

**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**  
Escuela de CC de la Salud



**MASTER OFICIAL  
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

**Curso Académico 2010/11**

**Trabajo Fin de Master**

***La comunicación profesional percibida por los usuarios  
de Medicina Interna***

**Autor: Encarnación Sáez Molina**

**Tutora:**

**- Genoveva Granados Gámez**

## INDICE:

<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>1.INTRODUCCION</b> .....	<b>4</b>
1.1.Justificación y relevancia .....	4
1.2.Hipótesis y pregunta de investigación.....	6
<b>2.MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>7</b>
<b>3.ESTADO DEL CONOCIMIENTO</b> .....	<b>10</b>
<b>4.MARCO TEORICO</b> .....	<b>14</b>
<b>5.MARCO METODOLOGICO</b> .....	<b>17</b>
5.1.Tipo de estudio .....	17
5.2.Método e instrumentos para la recolecta de datos .....	18
5.3.Contactos y selección de los participantes .....	21
5.4.Etapas del proceso de descripción e interpretación.....	22
<b>TABLA II. RELACION DE METACATEGORIAS Y CATEGORIAS CON SU VALOR Y ANTIVALOR</b> .....	<b>24</b>
<b>TABLA III. RELACION DE CODIGOS Y SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS</b> .....	<b>25</b>
<b>TABLA IV. RELACION DE CODIGOS Y SIGNIFICADOS</b> .....	<b>26</b>
5.5.Consideración de orden ético .....	27
5.6.Sesgos y debilidades de la investigación.....	27
<b>6.RESULTADOS/HALLAZGOS</b> .....	<b>29</b>
6.1.Información grupo de cuidadores.....	29
6.2.Información grupo de pacientes .....	34
<b>7.DISCUSION</b> .....	<b>38</b>
<b>8.CONCLUSIONES</b> .....	<b>41</b>
8.1.Propuesta de nuevos trabajos de investigación .....	42
<b>9.BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>43</b>
<b>10.ANEXO I</b> .....	<b>47</b>
<b>11.ANEXO II</b> .....	<b>50</b>
<b>12.ANEXO III</b> .....	<b>51</b>

## RESUMEN

Si está más que demostrado las necesidades que tienen tanto pacientes como cuidadoras de recibir información en salud, estas necesidades se acusan más cuando el proceso de enfermedad se produce en un medio hostil como es un hospital. El presente estudio se ha planteado por la necesidad de conocer ¿Cómo es percibida por los usuarios de Medicina Interna del Hospital de Huércal-Overa la comunicación de los profesionales?

El diseño del estudio ha sido cualitativo Fenomenológico, ya que lo que pretendo estudiar son experiencias humanas (Clarke, 1992), mediante el método de investigación cualitativo utilizando grupos focales. Los participantes han sido pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna del Hospital de Huércal-Overa para uno de los grupos y cuidadores de pacientes ingresados en la misma Unidad. La realización de los grupos focales se realizó entre enero y abril de 2011.

En los resultados se evidencia que la percepción que tienen tanto pacientes como cuidadoras sobre la comunicación/información de los profesionales de la unidad de Medicina Interna es en general buena, siendo el colectivo mejor valorado el de las enfermeras. Los aspectos mejorables según los pacientes son el de mala noticias, distribución de pacientes en habitaciones y según cuidadoras, tiempo, lugares y horario para la información. Con el colectivo médico, aunque manifiestan una mejoría en los últimos años, todavía en las entrevistas es palpable una relación de desigualdad medico/paciente aspecto que hay que mejorar.

Como conclusión destaca la buena percepción que tienen respecto a la comunicación de los profesionales en general y de las enfermeras en particular, la mejoría percibida sobre este tema en los últimos años, y la necesidad que tienen las cuidadoras de que su actividad dentro de la organización sanitaria sea valorada.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

El tema planteado ha sido elegido, porque existe consenso en la importancia que dan los profesionales a la formación en habilidades emocionales y de comunicación y reconocen las dificultades de la comunicación con pacientes y familiares y la carencia de formación adecuada para resolverlas, considerando que se debe impulsar la formación en esta materia, ya que es de suma importancia en cualquiera de los ámbitos sanitarios. (Domínguez, Expósito, Barranco y Pérez, 2007).

Para algunos autores como Kirk et al. (2004), la necesidad de información del paciente es uno de los déficit más comunes en la prestación de asistencia sanitaria, y para informar hay que saber comunicar.

Se acepta que la intención de los profesionales de enfermería es mantener una relación de ayuda con aquellas personas que, por un motivo o por otro, no pueden cubrir de manera satisfactoria sus necesidades vitales. Igualmente se asume el papel que ocupa la comunicación en la relación enfermera paciente (Cibanal, 2005). Por otro lado, es ampliamente reconocida la necesidad de la población sobre la información en salud y como las organizaciones sanitarias, concretamente la andaluza, entre sus líneas de acción pone al ciudadano como centro del sistema sanitario público, sobre el que dirigir esa información. A la vez que mantener la calidad y transparencia como aspectos también imprescindibles y en continua mejora. En esta línea la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tiene establecidas entre sus líneas de actuación, la potenciación de las relaciones entre los servicios sanitarios y el ciudadano. (Consejería de Salud de la junta de Andalucía, 2003).

También el Servicio Andaluz de Salud, en su 3º Plan estratégico (2003-2008) dentro de sus líneas de acción tiene la de “Incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios”, así como en su 2º Plan de calidad (2005-2008) su primera línea es “Asumir las necesidades y expectativas de los ciudadanos”, entre ellas la de la información.

Igualmente, los procesos estratégicos en los que se basan los contratos programa en Andalucía se configuran a partir de las necesidades sanitarias y de las expectativas del ciudadano. Dentro de estas líneas de acción se encuentran entre otras:

- La información a usuarios y familiares.

- La garantía del desarrollo de las encuestas de satisfacción.

Unido a todo lo anterior, en el Hospital la Inmaculada, centro donde se pretende realizar el estudio, se trabaja con el modelo de gestión clínica, siendo uno de los objetivos fundamentales de estas unidades, ligados además a incentivos, la satisfacción de los usuarios. (Acuerdo de gestión clínica de la unidad de medicina interna, 2009). Más aún si tenemos en cuenta las características de los pacientes en la una unidad de hospitalización de Medicina Interna, donde tanto edad avanzada como patologías graves les otorgan un carácter de fragilidad y la comunicación con este colectivo se dificulta.

En este contexto, la justificación de este trabajo, viene determinada por la necesidad de saber si en la Unidad de Medicina Interna, se siguen las líneas que marca nuestra organización, teniendo al ciudadano como centro del sistema sanitario, concretamente en el tema de comunicación, y la identificación de necesidades y expectativas de los ciudadanos en este tema.

La importancia de esta investigación es para todo el equipo sanitario del Centro, y específicamente para la enfermería, una vez que se pretende detectar los posibles errores por omisión o acción y sobre el análisis de los mismos implantar las áreas de mejora necesarias, optimizando así nuestros cuidados.

## 1.2. HIPÓTESIS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En la investigación cualitativa, la hipótesis sobre las suposiciones o dudas a contrastar suelen modificarse en el transcurso de la investigación, sobre todo a partir de la investigación obtenida en el trabajo de campo, llevado a cabo por los investigadores/as cualitativos. No obstante, a partir de las preguntas de investigación, por lo general se suele construir una hipótesis de inicio, que sirva de guía en la investigación.

La hipótesis de partida en este estudio es:

La comunicación como parte inherente en la relación de ayuda, no es una comunicación basada en los mejores hallazgos disponibles y como consecuencia, los profesionales de la salud manifiestan dificultad en mantener una comunicación eficaz con los pacientes y cuidadores.

En este sentido, tomando como referencia la literatura consultada pretendemos indagar:

**¿Cómo es percibida por los usuarios de Medicina Interna del Hospital de Huércal-Overa la comunicación de los profesionales?**

El contexto o escenario de este estudio lo constituye la práctica diaria mirada desde la perspectiva del paciente y cuidadores. Para el logro de este objetivo general se ha planteado su fragmentación en objetivos específicos que permiten:

- Conocer la percepción que tienen los pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna del hospital de Huércal-Overa sobre la comunicación de los profesionales.
- Conocer la percepción de los cuidadores/as de pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna del hospital de Huércal-Overa sobre la comunicación de los profesionales.
- Detectar posibles áreas de mejora.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

La palabra comunicación proviene del latín "comunicare" hacer a otro partícipe de lo que uno tiene que transmitir señales mediante un código común al receptor y al emisor. Comunicar, significa transmitir ideas y pensamientos con el objetivo de ponerlos "en común" con otros. (Diccionario de la lengua Real Academia Española, 1992).

Un código es un conjunto de símbolos y signos los cuales deben ser compartidos por los protagonistas del proceso. Esto supone la utilización de un código de comunicación compartido (Martínez, 2006).

La **comunicación** se puede definir como un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. O, dicho de otra manera: por una parte, como una manifestación de cómo yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al decirte esto .Y por otra parte tú, como receptor, me reflejas ( feedback ) lo que has captado de lo que yo , como emisor, te acabo de decir, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que has captado con el lenguaje no verbal ( Cibanal , 2010 ).

En el siguiente cuadro se pueden ver una serie de factores facilitadores y dificultadores de la comunicación (Bimbela, 2005).

**Tabla I Factores facilitadores y dificultadores de la comunicación (Bimbela, 2005)**

<b>Factores Facilitadores</b>	<b>Factores Dificultadores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escoger un lugar adecuado</li> <li>• Escoger un momento adecuado</li> <li>• Preguntar, sin dar nada por supuesto</li> <li>• Escuchar activamente</li> <li>• Empalmar</li> <li>• Pedir Opinión</li> <li>• Declarar deseos</li> <li>• Manifestar acuerdo parcial con argumento de otro</li> <li>• Dar la información en sentido positivo, enfatizando los aspectos positivos</li> <li>• Utilizar un lenguaje adaptado, evitando el uso de jerga profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escoger un lugar inadecuado</li> <li>• Escoger un momento inadecuado</li> <li>• Acusar</li> <li>• Amenazar</li> <li>• Exigir</li> <li>• Utilizar frases del tipo "deberías"</li> <li>• Utilizar el sarcasmo o la ironía</li> <li>• Etiquetar</li> <li>• Generalizar</li> <li>• Ignorar mensajes verbales y no verbales del interlocutor</li> <li>• Menospreciar los argumentos del interlocutor</li> <li>• Dar la información en sentido negativo, enfatizando los aspectos negativos</li> <li>• Utilizar un lenguaje no adaptado</li> </ul>

En comunicación el significado de las palabras está en las personas, no en las palabras, y como las personas adquieren experiencias distintas, su forma de captar, interpretar y proyectar lo que han captado del otro es muy particular peculiar y a veces distinto de aquí que” lo que está claro para mí solo lo está para mí. Únicamente a través de un buen feedback, al contenido, al sentimiento y a la demanda de nuestro interlocutor nos permitirá saber si hablando de lo mismo decimos lo mismo (Cibanal, 2010).

Siguiendo con el autor anterior, se puede decir que la esencia de una comunicación eficaz es la respuesta comprensiva a toda una serie de variables; Los diferentes significados de los mensajes humanos no pueden ser transmitidos tal cual de un individuo a otro, sino que estos deben ser clarificados y negociados por ambos, dado que pueden estar influenciados por numerosas variables.

En la comunicación influyen varios factores como son:

- La percepción (imagen que uno se hace del mundo y del otro)
- Los valores y creencias
- Aspectos sociales y culturales
- Aspectos familiares e individuales y otros

La comunicación puede situarse al menos a tres niveles diferentes:

- a) Intrapersonal : cuando el individuo se envía un mensaje a sí mismo
- b) La comunicación pública : la que tiene lugar entre un individuo y otros varios
- c) Interpersonal: es la comunicación entre dos personas, es la que llevamos a cabo en la relación terapéutica con pacientes y familia y será la que tengamos en cuenta a lo largo de este trabajo.

Para que la comunicación verbal sea efectiva, siempre debe de ir unida a la no verbal, porque de lo contrario contenidos muy adecuados ( las” letras” de la comunicación) no consiguen comunicar lo que pretenden, o incluso llegar a comunicar lo contrario, porque el lenguaje no verbal (las “músicas” de la comunicación) que los acompaña, los matiza, los modifica, o, incluso, los contradice. Por tanto, resulta fundamental cuidar los aspectos no verbales (los “como”, las músicas de la comunicación) que acompañan los contenidos verbales (los “qué”, las letras de la comunicación) (Bimbela, 2005).

### **3. ESTADO DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE COMUNICACIÓN.**

Una de las principales aportaciones de la psicología social al ámbito de la salud ha sido la de analizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, con la finalidad de optimizar este proceso y contribuir, de este modo, a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia (Boyés y Marín, 1992). Investigaciones empíricas realizadas en muy distintos contextos culturales (Bensing, Schreurs y De Rijdt, 1996; Harrison, 1996; Rodríguez y Mira, 2002) comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida, tanto en hospitales como en centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que les atiende, destacándose como elementos fundamentales de este trato, la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el enfermo y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse.

El profesional de la salud debe ser consciente de que la mejora de la calidad asistencial pasa ineludiblemente por la mejora del proceso interactivo que se establece con el paciente. Las habilidades de comunicación constituyen hoy día un instrumento básico de trabajo en la práctica de cualquier actividad profesional. En el caso del ejercicio de las profesiones sanitarias, es fundamental estar dotado de una amplia formación en esta materia. El estado de bienestar que ha conseguido nuestra sociedad española, determina que cada vez seamos más “intolerantes” ante cualquier enfermedad, exigiendo de los profesionales una rápida y eficaz respuesta que, obviamente, no es posible lograr en muchas ocasiones. Por otra parte, es escasa la formación que los profesionales de las Ciencias de la Salud han recibido de forma institucional en esta materia. Por ello, y por tener que adaptarse a esta nueva realidad social, se considera tan necesaria este tipo de formación.

Entre las competencias psicosociales (habilidades con que contamos las personas para enfrentar de forma efectiva los retos que se nos presentan día a día), la OMS destaca como básica la habilidad para comunicarse en forma efectiva, y para establecer y mantener relaciones interpersonales (OMS 1993).

La comunicación efectiva tiene que ver con nuestra capacidad de expresarnos verbalmente y con el cuerpo en forma apropiada con nuestro contexto cultural y con las situaciones que se nos presentan.

Comunicar es uno de los comportamientos humanos más importantes. Es un mecanismo complejo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus contactos humanos. Es, por tanto, un proceso multidimensional muy complejo (Cibanal, Arce y Carballal, 2003).

El profesional debe adquirir la habilidad de ayudar a su cliente a poder hablar de sus problemas y a encontrar la forma de solucionarlos. Por ello, el profesional debe ser consciente de que sus percepciones personales, sus valores y su cultura influyen la manera como él encamina la información respecto al mundo que le rodea (Cibanal, Arce Sánchez, Carballal, 2003).

La persona que se comunica asertivamente, expresa en forma clara lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hacer valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas.

La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones con las demás personas. Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos (OMS, 1993).

El ingreso de una persona en un centro hospitalario supone un importante cambio en su vida que no afecta exclusivamente al desarrollo de su enfermedad. Los factores comunicativos son los que primeramente se ven afectados. El contacto con el paciente exige el desarrollo de situaciones de comunicación que deben de estar marcadas por la implicación, la confianza, la flexibilidad y la profesionalidad. Pero este proceso adaptativo por parte de los profesionales a las circunstancias individuales de pacientes y familiares a la hora de entablar la comunicación es dificultoso, y no siempre dotado de la flexibilidad que exigen unos cuidados personalizados (aspecto que toma especial relevancia ante el desarrollo de los procedimientos enfermeros). El empleo de ciertas fórmulas de tratamiento, giros expresivos, lenguaje no verbal, etc., no siempre es interpretado por el enfermo como un elemento de confianza o afecto, aspecto éste que puede derivar en malestar social e individual (Granero, Fernández, Moreno, Muñoz y Heredia, 2004).

El acto profesional de cuidar la salud se ha ido deteriorando en la medida que la comunicación con el paciente se restringe a encuentros cada vez más técnicos, distantes y fríos que esquivan el diálogo y privilegian la 'información'. Esto plantea un reto al personal de salud, particularmente, a las escuelas y facultades de ciencias de la salud. Hoy más que nunca,

en un mundo que sucumbe en el conflicto y la intolerancia, resurge la necesidad de reconocer la enfermedad, más allá del mero hecho biológico, como hecho social y cultural; de volver a valorar el diálogo como estrategia que permite el encuentro, dando sentido a nuestra existencia y haciéndonos humanos en el acto de enfermar y de sanar (Bohórquez y Jaramillo, 2005).

Existen distintos grados de satisfacción respecto de la información sanitaria recibida según el grado de comprensión y profundidad que esta aporte (González, Gijón, Escudero, Prieto y Ruiz, 2008).

Los profesionales reconocen como elementos favorecedores de la comunicación con el paciente/familia aspectos que dependen del profesional sanitario, como puede ser el tipo de acogida, el tiempo dedicado y la importancia que se da a la comunicación dentro de la labor asistencial. Las dificultades van desde elementos relacionados con el profesional (falta de adiestramiento en materia de comunicación), relacionadas con el medio y el entorno (esperas inadecuadas, espacios inapropiados) y relacionados con el paciente y las características de su enfermedad, concluyen en la carencia de formación de los profesionales sanitarios en habilidades emocionales y de comunicación (Domínguez, Expósito, Barranco y Pérez, 2007).

El cumplimiento del deber de información no alcanza unos niveles de eficacia suficientes. Hay una insatisfacción laboral generalizada en los médicos de familia que influye negativamente en el derecho de información del paciente (Pérez, Pereñiquez, Osuna y Luna, 2006).

La buena comunicación requiere no solo saber escuchar a los demás, sino también el saberse escuchar a uno mismo (Garrido, 2006).

La satisfacción del paciente se relaciona principalmente con las dimensiones que reflejan una alta calidad en la relación comunicativa médico-paciente, por ello resulta de gran interés entrenar a los profesionales en habilidades sociales y comunicativas para satisfacción de todos (Ruiz de Vargas, García, Palomo, Pérez, Sánchez y Cayuela, 2004).

La velocidad a la que se están desarrollando actualmente los cambios socioculturales en el ámbito mundial resultado de la globalización de mercados, el desarrollo de las telecomunicaciones, la demografía, etc., no es extraña a las organizaciones sanitarias, cuyas políticas deben adecuarse constantemente a los requerimientos de salud de la población, y a los nuevos perfiles de los ciudadanos. El nuevo rol del ciudadano como consumidor de los servicios sanitarios incluye su participación en las decisiones clínicas a través de su opinión y

sus expectativas. La opinión del paciente es un componente esencial en la valoración del servicio prestado. Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según criterio clínico u otro ajeno al consumidor.

“La efectividad del cuidado... en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado” (Cruzado, Fuentes, Cabeza de Vaca, Rivera, Delgado y Sánchez, 1997).

La comunicación es un proceso importante en nuestra vida y aún lo es más si tenemos las armas adecuadas para que esta sea, además, efectiva. El trabajo en residencias va más allá de la prestación de atención sanitaria; el hecho de ser institucionalizado crea en el anciano sentimientos de abandono y tristeza, ansiedad ante la nueva situación, aislamiento y es enfermería quien, por el trato constante y diario, será capaz de ayudar al residente a exteriorizarlos y solucionar los problemas, si estamos preparados y formados adecuadamente, y estamos en disposición de hacerlo (Serrano y Serrano, 2010).

En esta línea el modelo sobre la Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita: profesional de la salud, paciente y familia (figura nº 1), señala que el éxito de un programa de atención al enfermo, a una persona mayor, debe contemplar la valoración de cada uno de estos tres mundos, y sólo un camino con objetivos compartidos puede garantizar la satisfacción vital de cada uno de estos tres estamentos, porque el modo más seguro de hacernos agradable la vida a nosotros mismos es hacerla también agradable a los demás (Rubio, Cabezas, Alexandre y Fernández, 1998).

La espera, la falta de información y las deficiencias de pequeñas cosas materiales son las caras de un sistema sanitario rico en técnicas de última generación y en excelentes profesionales con formación de alta calidad que a día de hoy son reclamados por otros sistemas sanitarios (Nieto, 2006).

La falta de tiempo, la falta de coordinación dentro del mismo sistema, genera descontento y una visión negativa que con pequeñas intervenciones, en su mayoría relacionadas con la comunicación, generarían un gran beneficio y un gran alivio entre los pacientes-usuarios-clientes... que llevan consigo en su espera la ansiedad, el miedo y la duda. (Nieto, 2006).

**Figura nº 1: Comunicación tripartita**



#### **4. MARCO TEÓRICO**

Está basado en la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick (1981).

Según este autor, existen cinco axiomas en su teoría de la comunicación humana. Se consideran axiomas porque su cumplimiento es indefectible; en otros términos, reflejan condiciones *de hecho* en la comunicación humana, que nunca se hallan ausentes. Dicho de otro modo: el cumplimiento de estos axiomas no puede, por lógica, no verificarse.

- **Es imposible no comunicarse:** Todo comportamiento es una forma de comunicación. Como no existe forma contraria al comportamiento («no comportamiento» o «anticomportamiento»), tampoco existe «no comunicación».
- **Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una meta comunicación:** Esto significa que toda comunicación tiene, además del significado de las palabras, más información sobre cómo el que habla quiere ser entendido y que le entiendan, así como, cómo la persona receptora va a entender el mensaje; y cómo el primero ve su relación con el receptor de la información. Por ejemplo, el comunicador dice: «Cuidate mucho». El *nivel de contenido* en este caso podría ser evitar que pase algo malo y el *nivel de relación* sería de amistad-paternalista.
- **La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos:** tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el del otro. Cada uno cree que la

conducta del otro es «la» causa de su propia conducta, cuando lo cierto es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación, o modulación) del intercambio. Un ejemplo es el conflicto entre Israel y Palestina, donde cada parte actúa aseverando que no hace más que defenderse ante los ataques de la otra.

- **La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica:** la comunicación no implica simplemente las palabras habladas (comunicación digital: *lo que se dice*); también es importante la comunicación no verbal (o comunicación analógica: *cómo se dice*).

- **Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios:** dependiendo de si la relación de las personas comunicantes está basada en intercambios igualitarios, es decir, tienden a igualar su conducta recíproca (p. ej.: el grupo A critica fuertemente al grupo B, el grupo B critica fuertemente al grupo A); o si está basada en intercambios aditivos, es decir, donde uno y otro se complementan, produciendo un acoplamiento recíproco de la relación (p. ej.: A se comporta de manera dominante, B se atiene a este comportamiento). Una relación complementaria es la que presenta un tipo de autoridad (padre-hijo, profesor-alumno) y la simétrica es la que se presenta en seres de iguales condiciones (hermanos, amigos, amantes, etc.)

Los fracasos en la comunicación entre individuos se presentan, cuando:

- Estos se comunican en un código distinto.
- El código en el que transmite el mensaje ha sido alterado dentro del canal.
- Existe una falsa interpretación de la situación.
- Se confunde el nivel de relación por el nivel de contenido.
- Existe una puntuación.
- La comunicación digital no concuerda con la comunicación analógica.
- Se espera un intercambio comunicacional complementario y se recibe uno paralelo (o bien simétrico).

La comunicación entre individuos es buena cuando:

- El código del mensaje es correcto.
- Se evitan alteraciones en el código dentro del canal.
- Se toma en cuenta la situación del receptor.

- Se analiza el cuadro en el que se encuentra la comunicación.
- La puntuación está bien definida.
- La comunicación digital concuerda con la comunicación analógica.
- El comunicador tiene su receptor.(Watzlawick, 1981)

La elección de la Teoría de la comunicación humana como marco teórico y no otras como la teoría matemática de la información, el modelo lineal de Shanon y Weaver (1949) u otras, ha sido por la atención que esta teoría presta al contexto sociocultural.

En la Escuela de Palo Alto (California) a la que pertenecía Paúl Watzlawick los conceptos claves en materia de comunicación son:

1. La comunicación se funda en procesos relacionales. Lo importante no es cada elemento por separado, sino su interconexión.

2. Cualquier actividad humana posee valor comunicativo. De ahí su célebre frase:

“Es imposible no comunicar”

Así se ha dado más importancia al concepto de comunicación como relación e interacción. A ello han ayudado después la semiótica y los Estudios Culturales.

## 5. MARCO METODOLÓGICO.

Los métodos son las vías que se utilizan para alcanzar una meta, en el mismo sentido constituyen un modo lógico, estructurado y razonado que nos permite la comprensión del fenómeno de estudio.

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio constituye una investigación basada en el método **cualitativo Fenomenológico**, ya que lo que se pretende estudiar son experiencias humanas (Clarke, 1992), mediante el método interpretativo o hermenéutica. Esta técnica está indicada ya que el fenómeno que se trata de investigar es comprender las percepciones de los participantes frente a comportamientos de los profesionales (García y Mateo, 2000).

Otra justificación de por qué la elección de esta técnica, es que todas las organizaciones incluidas las sanitarias han de estar interesadas en “escuchar al cliente o usuario (real o potencial) de sus servicios y programas” (Krueger RA. El grupo de discusión, 1991), y la hermenéutica nos puede ayudar, de manera específica, al profesional de enfermería a comprender al paciente y en la toma de decisiones sobre la necesidad de comunicación.

Se acepta que el análisis cualitativo es un proceso no matemático de interpretación realizado con el fin de descubrir conceptos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico. La fenomenología hermenéutica, es la que más se utiliza en enfermería, su objetivo es comprender una vivencia. Autores como Zichi, Cohen y Omery (2003), describen que la fenomenología hermenéutica es en sí misma un proceso interpretativo de la vivencia humana y que la interpretación de esta ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe. Esta presencia del investigador es una de las diferencias más destacadas que tiene con la fenomenología descriptiva (citado en De la Cuesta, 2006).

El escenario donde se desarrolló el trabajo de campo, fue la unidad de Medicina Interna del Hospital de Huércal-Overa, perteneciente al servicio Sanitario público Andaluz (SSPA). Dicha unidad consta de dos áreas de hospitalización con un total de 78 camas, con una ocupación cercana al 95%.

Las especialidades médicas que incluye son, medicina interna propiamente dicha, cardiología, neumología y digestivo.

La estancia media es bastante elevada, ya que unido a las patologías que suelen ser graves, la edad media de los pacientes es también elevada así como el nivel de dependencia,

características que hacen que los familiares y cuidadores, sean piezas claves durante el ingreso de estos pacientes.

Los participantes han sido, pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna del Hospital de Huércal-Overa para uno de los grupos y cuidadores de pacientes ingresados en la misma Unidad para el otro grupo.

Durante el procedimiento, la **moderación** de los dos grupos la ha realizado la autora del presente estudio y como **observador** ha participado un compañero enfermero de la unidad de Toco-Ginecología del mismo hospital.

La selección de los participantes se ha hecho mediante informantes claves en lugar de la forma aleatoria ya que por las características de los participantes (pacientes con edad avanzada, altos niveles de dependencia, deterioros cognitivos, déficit de movilidad, etc.), era la mejor opción. Como **Informantes Clave** se ha contado con el personal de Enfermería de la propia unidad, ya que son las personas que por su experiencia y contacto con la población de estudio tiene la información necesaria para seleccionar a los participantes de forma que se ajusten al perfil previamente definido (Prieto y March, 2002).

Previamente se realizó un sondeo exploratorio para conocer la disponibilidad a la hora de la colaboración de los participantes.

## 5.2. MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevó a cabo a través de la realización de dos grupos focales diferenciados, uno de pacientes y otro de cuidadores/as. Se entiende por grupo focal una técnica especial, incluida dentro del grupo de entrevistas grupales, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción de grupo (Morgan, 1998). Las actitudes y los puntos de vista sobre un determinado fenómeno no se desarrollan aisladamente, sino en interacción con otras personas. El grupo focal es “una conversación cuidadosamente planeada diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo y no directivo”. Su propósito fundamental es comprender el porque y el como las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen sin pretender llegar a acuerdos (Krueger, 1991).

La realización de los grupos focales se hizo entre enero y abril de 2011, y cada grupo estaba compuesto por 8 participantes. Para mejorar la calidad de la recogida de datos, se contó con la

participación de un moderador y un observador que siempre fueron las mismas personas. La entrevista fue realizada por el primero en tanto que el segundo se encargaba de documentar las respuestas.

El espacio físico donde se han realizado los grupos focales, ha sido la sala de juntas de Medicina Interna, que pertenece a la unidad pero físicamente está fuera de la misma, con lo cual se cumple el criterio de zona neutral para los participantes, así mismo es luminosa y acogedora.

La colocación de los participantes ha sido en círculo, rodeando a la moderadora, para evitar la sensación de poder; la observadora está al mismo nivel, colocada discretamente.

Al convocar a los participantes se les informó de la duración de los grupos que será entre 1,5 y 2 horas que es el tiempo recomendado, ya que más de dos horas producen cansancio tanto el los participantes como en el moderador, que pueden empezar a distraerse y perder importancia la discusión.

Se controló el tiempo empleado en cada pregunta, y no se han sobrepasarán los 20 minutos para evitar distracciones ya que la capacidad de concentración de un adulto está alrededor de este tiempo.

Tanto moderadora como observador llegaron a la sala antes que los participantes para controlar los detalles de la sala de reunión, luz, limpieza, colocación de sillas, y control-comprobación del equipo de grabación.

A la llegada de los participantes se les invitó a que se sentaran, la moderadora se presentó, y les indicó que no era ninguna experta en el tema que iban a tratar, volvió a explicar el objetivo y la dinámica de la reunión, les pidió permiso para poder grabar, así posteriormente podría analizar con detenimiento las opiniones verbales y no verbales animándolos a que cada uno se expresase con las palabras que utilizan normalmente para así quitar los posibles miedos, les aclaro que no había respuestas u opiniones correctas ni incorrectas, sino experiencias y puntos de vista en los que podían o no coincidir y que nos servirían para mejorar en el tema de comunicación. Se explicaron las normas de la reunión, todos debían opinar, no hablaría más de una persona a la vez .En la colocación de los participantes se procuró poner a la persona más experta a su lado con el fin de que no acaparara la conversación y dinamizó el grupo para que todos participaran.

El papel de la moderadora ha sido el de conducir la reunión sin intentar convencer al grupo, mediante un guión de preguntas previamente diseñado, animar a la participación sobre todo a los que participen menos y reconducir la reunión si alguno de los participantes acapara la conversación También se ha encargado del control del tiempo.

Para el guión de la entrevista se han consultado distintas fuentes, (Debus M, 1998) elaborando un guión con pocas preguntas, todas de ellas abiertas, para permitir expresarse con total libertad a todos los participantes (ver anexo II).

La moderadora lanza la primera pregunta abierta invitando a los participantes a realizar la primera ronda de intervenciones donde participan todos, y a partir de ahí va conduciendo el grupo, lanzando preguntas empezando por lo general y terminando con lo particular.

Durante la reunión el papel del observador ha sido:

- Tomar notas, datos básicos tanto de los participantes como de la moderadora.
- Anotación del nº de participantes y ver si ha faltado alguno.
- Observar y anotar la participación, si lo hacen todos.
- Grabar y transcribir la reunión.
- Registrar aspectos no verbales de los participantes.
- Elaboración de un breve informe descriptivo de la reunión.

La recogida de datos se ha realizado mediante grabación de voz con la ayuda de una grabadora modelo (Olimpos VN-3500PC) y posteriormente ha sido transcrita literalmente, para mantener la integridad de los datos y minimizar los sesgos del entrevistador, procurando, además que el tiempo transcurrido entre la realización de la entrevista y su posterior transcripción y su archivo en una base de datos informática fuese el menor posible. El análisis de los datos se realizará mediante la aplicación informática Aguad versión 6.7.1.1.

### 5.3 CONTACTOS Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

La selección de los participantes se realizó mediante el procedimiento de **“informante clave”**, que en este caso fueron las enfermeras de la unidad de Medicina Interna, ya que por su experiencia y contacto con los participantes, son las que tienen mejor información para una mejor selección ( Prieto y March, 2002).

Se estableció contacto con las enfermeras que iban a participar como informantes clave así como con todos los participantes del estudio, a ambos grupos se les explicó con transparencia todos los aspectos referentes al proyecto.

Para poder participar en el estudio dadas las características de los participantes, sobre todo el grupo de pacientes, donde un gran número de ellos presentan algún tipo de deterioro bien de la movilidad física o cognitivo o necesitan tratamientos que le impidan desplazarse fuera de la unidad por ejemplo la oxigenoterapia, hubo que determinar unos criterios de inclusión que eran los mínimos necesarios para poder desplazarse fuera de la unidad y poder expresarse. Estos fueron:

- Estar ingresado en la unidad de Medicina Interna.
- Ser cuidador/a de algún paciente ingresado en dicha unidad.
- No presentar problemas de comunicación.
- No presentar deterioro cognitivo.
- No presentar barrera idiomática.
- No presentar deterioro de la movilidad física.

Se realizó un pequeño vagabundeo por las dos áreas que constituyen Medicina Interna para reconocer el terreno y que los participantes se familiarizaran con la investigadora, con el fin de aclarar dudas con respecto al proyecto, que perdiesen el posible miedo que pudiesen tener y poder realizar los grupos con el mayor rigor.

## 5.4 ETAPAS DEL PROCESO DE DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Fase de recogida productiva y análisis preliminar:

Los datos se han ido recogiendo, analizando e interpretando en un proceso recurrente y a partir de ahí se tomarán las decisiones.

- Fase de salida del campo y análisis:

Aunque en investigación cualitativa es difícil decidir cuando el estudio está completo como señalan Taylor y Bogdan (1987) se hizo la retirada del campo cuando se alcanzó la saturación teórica, o sea cuando los datos empezaron a ser repetitivos y no salía nada nuevo. Una vez analizados los datos se redactará el informe.

- Análisis de la información.

El análisis de este estudio seguirá el modelo de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas y presenta las siguientes fases:

- Transcripción: se realizará una transcripción literal de cada sesión en un tiempo cercano a la fecha de la realización.
- Lectura preliminar de las transcripciones.
- Categorización de la información.
- Elaboración de un guión de temas (categorías) a las que se les asigna un código.
- Nombre del tema (categorías de análisis).
- Descripción de la información que se incluye en el tema.
- Código que se va a utilizar para cada tema.
- Segmentación de la información.

Todas las categorías serían exhaustivas, (toda la información relevante podría ser incluyente o excluyente en alguna categoría)

- Codificación de las transcripciones.

División del texto en fragmentos (unidades de análisis básicas) y asignación de un código a cada fragmento)

- Análisis del contenido de las transcripciones, tanto del contenido de cada grupo, como del contenido de las categorías.
- Elaboración del informe final.

Como herramienta para evitar la subjetividad, se ha utilizado la técnica de la **triangulación**, consistente en contrastar el resultado del análisis las tres personas que han participado en el proyecto, la investigadora, el observador y una enfermera colaboradora, a partir de las mismas transcripciones y de forma independiente (March, Prieto, Hernán y Solas, 1999).

**Tablas II. Relación de Metacategorías y categorías con su valor y antivalor**

Metacategorías	Categorías	CODIGOS	
		Valor	Antivalor
<b>Comunicación</b>	Información	INF	INF(-)
	Trato Amable	TA	TA(-)
	Comprensión Lenguaje	CL	CL(-)
	Accesibilidad	ACC	ACC(-)
	Confidencialidad	CONF	CONF(-)
	Malas Noticias	MN	MN(-)
	Tiempo	TI	TI(-)
	Lugar	LUG	LUG(-)
<b>Profesionales</b>	Facultativos	FC	FC(-)
	Enfermeras	ENF	ENF(-)
	AE	AE	AE(-)
<b>Otros</b>	Exploraciones complementarias	EXC	EXC(-)
	Fines de semana	FS	FS(-)
	Habitación individual	HAB	HAB(-)
	Pacientes graves y menos graves	PAC	PAC(-)
	Tener en cuenta a los familiares	FAM	FAM(-)

En la metacategoría **Otros**, se han incluido aquellas categorías que ha aparecido en el transcurso de las reuniones y no se podían incluir en las Metacategorías de **Comunicación** ni **Profesionales**.

**Tabla III. Relación de códigos y significados atribuidos.**

<b>CODIGO</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
Información	Información recibida por cualquier profesional sanitario perteneciente a la unidad
Trato amable	Tratamiento amable y cercano
Comprensión del lenguaje	Lenguaje sencillo y comprensible, sin tecnicismos, que se adecue a cada interlocutor
Accesibilidad	Facilidad para acceder a cualquier profesional de la unidad.
Confidencialidad	Mantener la confianza y la seguridad a la hora de comunicar alguna noticia.
Malas noticias	Sensibilidad a la hora de dar una noticia sobre todo si ésta es mala ,adecuándose al receptor de la misma
Tiempo	Referido al tiempo empleado al comunicar con pacientes y cuidadores, si se da sensación de prisa
Lugar	Referido al lugar donde se comunica o informa.
Facultativos	Facultativos pertenecientes a la unidad de Medicina Interna
Enfermeras	Enfermeras pertenecientes a la unidad de Medicina Interna

**Tabla IV. Relación de códigos y significados atribuidos.**

<b>CÓDIGO</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
Fines de semana	Comunicación durante los fines de semana y festivos
Habitación individual	Un paciente por habitación
Tener en cuenta a familiares	Valoración del rol de los cuidadores durante la hospitalización
Exploraciones complementarias	Exploraciones que necesiten ayuno

## 5.5. CONSIDERACIONES DE ORDEN ÉTICO

Se han tomado las medidas necesarias para asegurar los derechos y libertades de los sujetos de estudio.

El proyecto ha contado con el permiso del comité de Ética e Investigación del Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa que fue concedido (ver anexo III).

Se solicitó la firma de consentimiento informado a todos los participantes al que se adjuntó documento informativo en el que aparecía el teléfono y el correo electrónico de la investigadora para resolver cualquier duda. A la entrega del consentimiento, se les informó que el tratamiento de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustaría a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, siendo la información de participante así como las bases de datos elaboradas para este estudio custodiadas, y su acceso restringido exclusivamente al personal del equipo de investigación, los cuales firmarán un compromiso de confidencialidad. (Ver anexo I).

Se asumió que la finalidad del consentimiento informado es asegurar que las personas participen en la investigación propuesta sólo cuando esta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos.

## 5.6. SESGOS Y DEBILIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

Al inicio del estudio un posible sesgo era que la investigadora ejercía de supervisora de la unidad de Medicina Interna, solucionándose ya que a la hora de grabar la primera reunión, había dejado el cargo, ocupando ahora el puesto de enfermera en cuidados paliativos domiciliarios, con lo cual no existe relación con la Unidad.

Otro posible sesgo puede ser el que la grabación de los grupos se realizó durante el ingreso de los pacientes con lo cual la imparcialidad puede sentirse comprometida por temor a las posibles repercusiones, esto se intenta controlar siendo muy clara y transparente en la información del estudio, asegurándoles que la finalidad no es otra que la de detectar posibles áreas de mejora, que no tendrá ninguna repercusión ni en su estancia ni en su proceso, y que es totalmente confidencial.

Antes de finalizar el apartado dedicado a la metodología es obligado destacar una de las posibles debilidades que encontramos en nuestro estudio y que está relacionada al pequeño tamaño de la muestra y las características de los participantes de los cuales la mayoría eran de edad elevada y un nivel cultural medio-bajo.

Se entendía y en el planteamiento y propósito de este estudio nunca estuvo el obtener resultados que pudieran ser más consistentes, que no tanto generalizables. Sin embargo, este factor lo debemos tener en cuenta en futuros estudios.

## 6. RESULTADOS/HALLAZGOS

El número total de participantes en este estudio, como se ha expuesto previamente, fue de 16 de los cuales 8 son pacientes y 8 cuidadores, que constituyen los dos grupos de investigación. En el grupo de pacientes 5 fueron varones y 3 mujeres, al contrario que en el grupo de cuidadoras, donde 6 fueron mujeres y solo 2 varones sin que el equipo investigador influyera en esta elección, solamente se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y la voluntad de participar en el estudio. La investigadora cree que la diferencia de sexo entre los dos grupos se debe a que en nuestra cultura la mayoría de cuidadoras son mujeres.

Se realizaron dos entrevistas grupales, una con los pacientes y otra con las cuidadoras.

En la redacción definitiva del texto de los resultados/hallazgos, los datos han sido agrupados en dos grandes bloques, uno referido a los datos proporcionados por el grupo de cuidadores y el otro al grupo de pacientes.

Se distinguen 3 grandes grupos o Metacategorías, donde se encuentran incluidos grupos más pequeños, que son las categorías, en las que se abordan los aspectos centrales del estudio partiendo de la identificación de las unidades de significados extraídos de las narraciones de los participantes en ambos grupos, y son los siguientes.

### 6.1 INFORMACIÓN GRUPO DE CUIDADORES:

#### *1- Metacategoría: Comunicación*

En cuanto a **la información** les parece suficiente y adecuada aunque con algunos matices

P1 “llamas por teléfono y no le dicen o no le pueden dar información”

P2 ”-o sea me tienen informado”

P5 ”-Pues yo creo que para mí la información es buena “

P6 ”-la información buenísima.”

P3 “todos: médicos, enfermeras y auxiliares...”

P5“la muchacha, esto, tengo que hacerle tal, tengo que hacerle e cuál, sea-“-

-Con respecto al **trato amable**, refieren que todos los profesionales sanitarios y no sanitarios-implicados son considerados amables

P6 “las enfermeras... no te preocupes y se ha venido conmigo y me ha dicho...”

P3 “la verdad es que todo el personal es agradable”

P2 “no te preocupes y se ha venido conmigo y me ha dicho, esto “

Referente a **comprensión del lenguaje**, hay discrepancia, unos refieren dificultades con el personal médico en el lenguaje empleado y otros no

P6 “ella me dice una cosa y yo no sé, entonces le insisto y le digo dímelo en palabras sencillas”

En el apartado de **accesibilidad**, también buena pero algo mejor respecto a las enfermeras

P 6 “que si es de urgencia y lo llamas sí, pero si es para alguna pregunta concreta...”

P1 ”Mujer ni las enfermeras ni los auxiliares”

P3 “Yo creo que es más el tema de hablar con el médico, que han dicho que no ha dicho, que esto que lo otro, creo”

En relación a la **confidencialidad** entienden que se da alguna información en la habitación aunque haya otras personas puesto que las habitaciones son de dos camas, aunque ciertos temas deberían ser comunicados en un lugar con más privacidad.

P4 “sería conveniente que te citaran en una sala aparte”

P3 ” yo creo que sería conveniente pues que te citaran por ejemplo en una sala, aparte, porque por ejemplo, en el caso de este muchacho es porque el otro señor está solo, pero si hay por ejemplo un acompañante como yo, yo no tengo por qué enterarme de lo de la paciente de al lado ni al contrario.”

P4 “Yo pienso que eso debería ser en un despacho.”

Referente a las **malas noticias** se quejan sobre todo de una falta de tacto y forma de dar los diagnósticos desfavorables por parte del personal médico aunque algunas discrepancias, algunas cuidadoras piensan que deberían recibirlas ellas antes que los pacientes.

P4 “prefiero que me lo diga el médico aparte en un despacho, no quiero que sufra porque es muy aprensivo”

P5 “se ponen por las nubes, es que se ponen peor y complican las cosas.

En cuanto al **tiempo** se quejan de tener que estar esperando toda la mañana a que el médico pase, piden un horario aunque lógicamente que sea flexible, cuando pasan lo perciben con prisa. De las enfermeras sin embargo dicen no tener este problema, destacan que las tienen todo el día

P3 “ha pasado ya el médico, entonces a ver dónde echas mano a buscar a ver, a ver”

P4 “que no haya más o menos un horario, tienes que estar esperando toda la mañana”

P5 ”No tienen horario, entonces no puedes estar...te tiras toda la santa mañana esperando a ver si viene a ver si no viene”

P2 “Exactamente pero que tampoco no estés pensando que va a venir a las nueve y que luego venga a las dos. Te tiras toda la mañana aquí sin poder moverte, ni siquiera ni para desayunar y yo pienso que los cuidadores o acompañantes también tienen que desayunar y tiene que comer y tienen que tener una vida para poder estar ahí con los enfermos”

P5 “por las carpetas cogidas, parece una cosa, que está, no sé, como de paso) ¿con sensación de prisa?”

P3 “sí con la sensación de prisa, aunque te quedas enterado, pero la sensación a lo mejor no es todo lo buena que, para los que estamos aquí veinticuatro horas.... no eh) Ahí fallamos, aunque insisto que la información para mí es buena, la forma de comunicarlo”

P3 “ahí falta, ahí si tuviera que valorar, valorar del uno a diez, un seis “pelaillo”

Con respecto al **lugar** opinan igual que con el tiempo que es en lo que más se falla, concretamente el colectivo médico, piensan que deberían existir despachos o espacios donde informar y con unos horarios estipulados, sobre todo a la hora de dar información relevante.

P4 “que sea privado, que tenga una miaja de privacidad”

P3 ” yo creo que sería conveniente pues que te citaran por ejemplo en una sala, aparte, porque por ejemplo, en el caso de este muchacho es porque el otro señor está solo, pero si hay por ejemplo un acompañante como yo, yo no tengo por qué enterarme de lo de la paciente de al lado ni al contrario.”

P4 “Yo pienso que eso debería ser en un despacho.”

P6 “para hablarlo con tranquilidad, eso de que estés por el pasillo...”

## **2- Metacategoría: Profesionales:**

En general se valoran bien todos los colectivos aunque se quejan de no saber quién es cada profesional. Comentan que les cuesta identificarlos porque todos visten igual, de blanco, aunque llevan tarjetas identificativas, cuesta leerlas, y además no se presentan

P3 “no distingues entre quién es el médico, quién es la enfermera, quién son los auxiliares”

P1 “van todos iguales y no se presentan”

P2 “Lo que tenemos que hacer es pillar y ponerlos en colores, los médicos en blanco y así...”

De los médicos, reclaman especialmente que no tengan prisa y que la información la den en un lugar adecuado, a veces no entienden bien el lenguaje (especialmente cuando se trata de profesionales no españoles),

P1 “sí con la sensación de prisa, aunque te quedas enterado...”

P4 “aunque la información es buena, la forma de comunicarlo...”

Las enfermeras, son las mejor valoradas en todos los aspectos

Las auxiliares de enfermería, son el colectivo sanitario que aparece más invisible y menos identificado.

## **3- Metacategoría: Otros:**

- Durante la entrevista han salido temas no clasificados en las categorías anteriores:
- Pruebas: refieren que podrían no tardar tanto y que se les deje claro cuando precisan ayunas
- P2 “Claro, pero eso también a lo pacientes que no se dan cuenta es lo que yo digo que.... una nota.”
- Habitación individual: lo reflejan como una mejora aunque lo presentan como una gran mejora (reflejo de pasar de las condiciones del hospital viejo al nuevo)
- Pacientes graves junto con menos graves: muestran su desacuerdo con la mezcla de pacientes graves y menos graves, especialmente si están moribundos

- Tener en cuenta a los familiares: Los familiares-cuidadores piden ser tenidos más en cuenta

Al grupo de cuidadoras/as se les percibe seguras, con las ideas claras respecto a lo que les parece bien y lo que hay que mejorar. Bastante más participativas y habladoras que el grupo de pacientes. Aunque el sistema sanitario va dando importancia a este grupo, parece que perciben que aun no se les tiene suficientemente en cuenta en el mismo.

## 6.2. INFORMACIÓN GRUPO DE PACIENTES

### *1- Metacategoría: Comunicación:*

En cuanto a la categoría de **información** los pacientes consideran que en general es positiva, no solo la información sino la comunicación en general. Manifiestan muy buena la comunicación del personal de enfermería donde ellos incluyen enfermeras y auxiliares de enfermería y así mismo manifiestan la mejora progresiva percibida especialmente en los últimos 5-10 años sobre todo referido al colectivo médico.

P1 “la comunicación se ha mejorado últimamente”

P1 “enfermería, de lo suyo si te suelen informar bien

P5 ”me tienen informado bastante bien de todo, yo estoy, hasta ahora, contento de la información que tengo, lo mismo de las enfermeras que de los médicos.”

P4 “han explicado todo, ya te he dicho antes, muy bien explicado.”

P6 ”han informado impecable”

Referente al **trato amable**, consideran que todos los profesionales que trabajan en la unidad son amables tanto sanitarios como no sanitarios, mencionan al personal de limpieza.

P7 ”muy bien, las enfermeras, yo no puedo decir nada más que bueno de todas, hasta de las de la limpieza, de la comida, de todo...”

P8 “en los días que llevo muy bien, me tratan muy bien las enfermeras y el médico, me informan de todo lo que me está pasando y lo que me ha pasado, sí.”

Sobre la **comprensión del lenguaje** existe más discrepancia aunque la mayoría dice entender, otros no lo tienen tan claro.

P2 “me lo dice, pero no me entero lo que está diciendo”

P1 “el médico, las enfermeras, yo me he entendido muy bien”

P3 “ella me dice una palabra que ella tiene estudios y yo tengo mis estudios pero no los tengo los que ella tiene y ella me dice una cosa, vamos a poner que estuviéramos hablando inglés y yo no sé, entonces le insisto y le digo dímelo en otras palabras, no en palabras técnicas.

Con relación a la **accesibilidad** de los profesionales también la aceptan como buena aunque mejor con las enfermeras que con los médicos.

P5 "pues sí, lo que pasa es que si están atendiendo a un paciente, no se lo pueden dejar en ese momento para irse a uno,"

P3 "yo opino, que si es de urgencia y los llamas sí, pero si es para alguna pregunta concreta, tiene que ser que lo llames porque haya empeorado"

P4 "Ni tengo que decir del médico ni de las enfermeras, tendré suerte que me han tocado buenas enfermeras, pero es que no hay malas enfermeras aquí..."

P7 "hubo un problema, que me estaban poniendo corticoides demás y me he tirado todo el puente, y... de aquí salgo infla y yo quería hablar con él..."

P7 "luego al día siguiente no hubo ningún problema"

P6 "que si es de urgencia y lo llamas sí, pero si es para alguna pregunta concreta..."

Referente a la **confidencialidad** los pacientes no le dan tanta importancia como las cuidadoras/es, aceptan como normal que al ser las habitaciones dobles, se les informe aun estando el otro paciente, y no ven necesario sacarlos de la habitación. Los más mayores que ya llevan muchos ingresos valoran mucho el nuevo Hospital con habitaciones dobles y manifiestan que en el antiguo eran de 6 camas.

P3 "la última vez que te va a ver antes de irte a tu casa, tenía que ser más íntimo"

P2 "pero informaciones y eso que si se deben dar fuera..."

P3 "si yo estoy en una cama y el otro paciente en otra, no lo vas a echar fuera para que yo hable, tiene que estar allí y mí no me importa que esté allí."

P1 "una cama en cada habitación." "sería lo suyo"

P2 "pues que no me importa que me lo den delante de otros pacientes"

P3, 4, 5. "a mí tampoco"

P5 "tenemos que pensar que cuándo estábamos en Huércal y estábamos 6 en cada habitación"

En relación a las **malas noticias**, se quejan de una falta de tacto y forma de dar los diagnósticos desfavorables por parte del colectivo médico.

P6 “hay algunas que las deberían de dar más suaves.”

P1 “más suavécitas, que lo hacen muy brusco.”

P7 ”las formas de decirlo, para ser señores estudiados y un...del campo, pues no lo ví correcto.”

P7 ”se queda uno a cuadros.”

Sobre el **tiempo** empleado los pacientes no tienen problema en este punto, si destacan de las enfermeras que las tienen todo el día.

P4 “yo el mío lo veo bien, que echa el tiempo correcto, el que necesita, no lo veo con prisa y me contesta a todo.”

P 1, 2, 3 y 6 “tenemos más contacto con ellas, más cercanas, procura que lo entiendas.”

Referente al **lugar** de la información, a los pacientes no les molesta ser informados en la habitación, aunque insinúan que podría existir un lugar para informar individualmente en algunos casos. P5. “si hay dos camas, cómo se va a ir uno para que el médico hable con él”.

P1 “a mí no me importa que este allí otro paciente”

P3 ” si estas en la cama, no te puedes ir a ningún lugar y si yo estoy en una cama y el otro paciente en otra, no lo vas a echar fuera para que yo hable, tiene que estar allí y mí no me importa que esté allí.”

P2 ” una cama en cada habitación, cosa que no puede ser pero sería lo suyo.”

P4 ” pues que no me importa que me lo den delante de otros pacientes.

P varios. “a mí tampoco.”

P4 “yo creo que el que está al lado es un desconocido y por eso no te importa, si fuera un conocido si te importa.”

P5 ” yo creo que el que tiene una enfermedad, si se enteran qué más da, si lo tienes.

P6 ” veo que tienen todo estupendamente, que parece que somos los mejores del mundo.

## ***2- Metacategoría: Profesionales:***

La valoración general de los profesionales que trabajan en la unidad es buena, siendo la del colectivo de enfermeras la mejor, el colectivo de auxiliares de enfermería parece inexistente, aunque parece que los pacientes engloban en la denominación enfermeras a ambos colectivos tanto enfermeras como auxiliares de enfermería.

P3 "tenemos más contacto con ellas."

P1 "yo creo que más cercanas, incluso que el médico"

P5 "son muy atentas"

P6 "se portan estupendamente"

P1 "yo aquí en planta las veo más, quiero decir, el médico esta un momento cuando pasa la consulta, te informa, te hace lo que te tiene que hacer y las enfermeras las tienes todo el día, cuando necesitas algo... o tienes algún problema es a la que acudes"

P2 "la veo más cerca y luego, con un lenguaje un poco más, procuran que lo entiendas."

## ***3- Metacategoría: Otros:***

A lo largo de la entrevista han salido algunos temas no incluidos en las categorías descritas.

P8 "que te traigan a un moribundo y te lo pongan allí, habiendo habitaciones desocupadas, dos horas lo tuvieron se lo llevaron y al rato..."

P7 "pues cuando hay uno que está enfermo pero no muy grave y te traen uno grave, pues ya te descompones,"

P5 "habitación sola o con otra que este más o menos como ella."

Al grupo de pacientes les cuesta mucho concretar las cosas. Se percibe como dos grupos bien definidos. Los/as más mayores se muestran algo recelosos/as y reiteran el hecho de estar contentos con la asistencia sin entrar en detalles, especialmente cuando se les pregunta sobre lo que es mejorable. Los/as más jóvenes muestran con tranquilidad lo que piensan. Tal vez sea reflejo de generaciones y educaciones bastante diferentes. Al hablar de las enfermeras se les ve muy seguros a ambos grupos mostrando una clara unanimidad y multitud de adjetivos: lenguaje más sencillo, muy amables, atentas, simpáticas, las tienes todo el día.

## 7. DISCUSIÓN.

Este apartado tiene como función principal exponer nuestras interpretaciones en base a relaciones de acuerdo y discrepancia entre los resultados obtenidos en nuestro estudio y otros estudios relacionados. Autores como Luis Cibanal (2005) nos informan de la importancia de mantener una comunicación eficaz como elemento esencial en el desarrollo de enfermería.

Por otro lado, el proceso de la hospitalización genera tanto en pacientes como en cuidadores/as un cambio profundo en la representación de sus roles habituales y necesitan adaptarse a un medio que generalmente genera temor, relacionado por un lado con la incertidumbre de la enfermedad y por otro con las barreras de comunicación existentes en la infraestructura sanitaria y al cambio de rol y de status social que tienen que asumir “ el de paciente-cuidadora” En esta situación se genera una relación de desigualdad que es necesario tener en cuenta a la hora de realizar cualquier análisis en un proceso de hospitalización, entre ellos el de la comunicación.

Aunque la valoración general de la comunicación/ información en la unidad de Medicina Interna es buena, el colectivo profesional mejor valorado en el presente estudio es el de las enfermeras , posiblemente por la cercanía de este colectivo ya que son las que pasan 24 horas con el paciente y la relación con estas profesionales la perciben más cercana; con el colectivo médico, aunque manifiestan una mejoría en los últimos años, todavía en las entrevistas es palpable una relación de desigualdad medico/paciente aspecto que hay que mejorar, ya que el contacto con el paciente exige el desarrollo de situaciones de comunicación que deben de estar marcadas por la implicación, la confianza, la flexibilidad y la profesionalidad (Granero, “et als”, 2004) ya que en un medio hostil como es un hospital tan importante como el desarrollo de la enfermedad, son los factores comunicativos.

Manifiestan como positivo el hecho de haber mejorado la comunicación en los últimos años, lo que corrobora la idea de “buscar” la estrategia que permite el encuentro, dando sentido a nuestra existencia y haciéndonos humanos en el acto de enfermar y de sanar” (Bohórquez y Jaramillo, 2005).

Existen distintos grados de satisfacción respecto de la información sanitaria recibida según el grado de comprensión y profundidad que esta aporte (González,” et als” 2008). Esto también aparece en este estudio, manifestando que a unos profesionales los entienden muy bien y lo valoran como positivo, y sin embargo con otros manifiestan no enterarse y lo viven como negativo, afirmación que corroboran ambos grupos.

En el estudio al igual que en el de (Ruiz de Vargas, 2004) la satisfacción tanto de pacientes como de cuidadoras está relacionada con la calidad en la relación comunicativa médico-paciente, por ello resulta de gran interés entrenar a los profesionales en habilidades sociales y comunicativas.

Este entrenamiento es importante para mantener una buena comunicación médico/paciente a lo largo de todo el proceso de hospitalización, pero fundamental en el caso concreto de dar malas noticias como se reflejan en los resultados.

Es destacable la amabilidad que perciben ambos grupos, por parte de todo el personal que trabaja en la unidad.

En el tema tiempo existe discrepancia entre pacientes y cuidadoras, mientras el grupo de pacientes lo valoran como positivo, las cuidadoras creen que habría que mejorar los horarios de información para poder organizarse, así como la sensación de prisa a la hora de comunicarles algo sobre todo por parte del colectivo médico.

En el lugar de comunicar algo, sobre todo si son noticias importantes ambos grupos creen que hay que mejorar, aunque lo percibe peor el grupo de cuidadoras que piensan que la comunicación debería de llevarse a cabo en despachos o zonas habilitadas para ello, manteniendo así la confidencialidad.

La accesibilidad también es bien valorada en general, aunque mucho mejor en las enfermeras que en el colectivo médico.

Llama la atención los temas no relacionados con la comunicación que han salido durante las entrevistas, y que pone de manifiesto que son temas que les preocupan y los perciben como negativos:

Que se les avise con claridad cuando precisan ayunas para alguna exploración y que no tarden tanto (se refieren a que en las hospitalizaciones se pasan días enteros en ayunas, si no se planifican bien las exploraciones complementarias).

Posibilidad de habitación individual, lo reflejan como una mejora aunque lo presentan como una gran mejora (reflejo de pasar de las condiciones del hospital antiguo donde había 6 camas, al hospital nuevo).

Reclaman mejorar en el tema de ocupación de las habitaciones, que se ocupen por pacientes de similares características sobre todo de gravedad, haciendo especial hincapié en pacientes en fase terminal.

## 8. CONCLUSIONES:

En los hallazgos de este estudio se intenta mostrar una realidad descrita de manera narrativa y hemos evitado hacer juicios de valor de los informantes, de sus conductas y sus creencias, para centrarnos en los hechos que nos han proporcionado los datos, clasificados y ordenados con el objetivo de aportar coherencia y comprensión del fenómeno de estudio.

Desde esta distancia, una mirada a la hipótesis de partida no nos permite afirmar que efectivamente la hipótesis sea válida. Los hallazgos derivados del discurso de nuestros informantes, ha puesto de manifiesto lo contrario en la mayoría de las situaciones comunicativas. No obstante realizar una afirmación de estas dimensiones resultaría injusto y sólo podemos y debemos concluir, sobre lo que parece ocurrir en nuestro contexto de investigación, lo siguiente:

- La comunicación en la unidad de Medicina Interna ha sido valorada como buena en general.
- Todos los profesionales han sido valorados positivamente en general, destacando entre todos las enfermeras.
- Destaca la mejoría en la comunicación de los profesionales sanitarios en los últimos años.
- Destaca la percepción de cercanía con el colectivo de enfermeras y la relación de desigualdad con el colectivo médico al que perciben todavía en un estatus superior.
- El apartado de malas noticias hay que mejorarlo ya que la percepción sobre todo por parte de los pacientes así lo manifiesta.
- La accesibilidad también la perciben como buena aunque también mejor en las enfermeras.
- Hay que mejorar planificación de las pruebas complementarias.
- Hay que mejorar el tema de la distribución de los pacientes en la unidad, haciendo especial hincapié en los pacientes terminales.
- Las cuidadoras necesitan ser valoradas, así como su actividad dentro de la organización sanitaria.

### 8.1. PROPUESTA DE NUEVOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN:

Proponemos realizar nuevos trabajos dentro de la unidad, bien con metodología cualitativa utilizando más grupos focales de pacientes y de cuidadoras, o bien mediante un cuestionario que habría que someter a validación a partir de los resultados obtenidos y con metodología cuantitativa con el fin de darle más rigor a los resultados y poder realizar un intento de generalización.

#### *Agradecimientos:*

Agradezco muy especialmente la colaboración en este estudio de las personas que han conformado la muestra, su generosidad al dedicarme su tiempo, su disponibilidad y su sinceridad.

Igualmente, manifiesto mi agradecimiento a mi tutora, Genoveva Granados, así como a los enfermeros Jorge Díaz, Pilar Ortega y Marisa Rojas que han colaborado conmigo, como observador en los grupos y en la técnica de la triangulación para el análisis de los datos, y sin cuya ayuda me hubiese resultado mucho más difícil la realización de este trabajo.

## 9. BIBLIOGRAFÍA:

AGSNA (Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería). (Enero 2009). Acuerdo de gestión clínica de la unidad de medicina integral y cuidados.

Aguilar, R.M. (2005). Relación Enfermera-Paciente, un Enfoque de Calidad. Desarrollo Cientif. Enferm. 13(8), 234-239.

Bayés, R. y Marín, B. (1992). La Psicología de la Salud en España y en América Latina, Obtenido el día 12 de mayo de 2011 desde la dirección [www.enfervalencia.org/ei/73/articulos-cientificos/ac](http://www.enfervalencia.org/ei/73/articulos-cientificos/ac).

Bensing, J. Schreurs, K. y De Rijdt, A. (1996). The role of general practitioner's affective behavior in medical encounters. *Psychology and Health*, 11, 825-838.

Bimbela, J. L. (2005). Habilidades de comunicación. En Bimbela, J.L., Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación (pp.94-97).Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bimbela, J.L. y Navarro, B. (2005). Cuidando al formador: Habilidades Emocionales y de comunicación. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bohórquez G.F. y Jaramillo E.L.G. (2005). El diálogo como encuentro. Aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. *Rev. Índex. Enferm (Gran)*. XIV (50) ,38-42.

Cibanal, L. Noreña, A.L. (2005, jul-dic). Nos realizamos en la medida que escuchamos. *Presencia* 1(2).

Cibanal, L.Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (2ª Ed.) Madrid: Elsevier.

Cibanal, L. Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2010). Generalidades sobre la comunicación. En Cibanal Juan L., Arce Sánchez M.C. y Carballal Balsa M.C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (2ª Ed.), (p. 6). Madrid: Elsevier.

Clarke, M. (1992). *Memories of Breathing: A Phenomenological Dialogue: Asthma as a Way of Becoming*. En Morse JM, *Qualitative health research* (pp. 123-140). Newbury Park: Sage.

Consejería de Salud. *II Plan de Calidad (2003-2008)*. (2003). Sevilla: Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>

Consejería de Salud. *III Plan Andaluz de Salud (2003-2008)*. (2003). Sevilla: Junta de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>

Cruzado, M.D. Fuentes, L. Cabeza de Vaca, M.J. Rivera, J.M. y Debus, M. (1998). *Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Pennsylvania: HealthCom.

De La Cuesta, C. (2006). *Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud*. *Nure Investigación [Internet]* 25. Disponible en URL: <http://www.nureinvestigacion.es/Ficheros-Administrador/f-Metodológica/f-25.pdf>

Delgado, A. (1997). *Factores asociados a la satisfacción de los usuarios*. *Cuad. Gestión*. 3(2):90-101.

Domínguez-Nogueira, C., Expósito-Hernández, J., Barranco-Navarro, J. y Pérez-Vicente, S. (2007). *Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales*. *Rev. De Calidad asistencial*. 22(1):44-49,19.

García, M.M. y Mateo, I. (2000). *Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar*. *Rev. Aten Primaria*, 26(3), 25-34.

Garrido, M.M. (2006). *Saber hacer y saber estar*. *Rev. Semergen*, 32 (2), 93-94.

González, R. Gijón, M.T. Escudero, M.J. Prieto, M.A., March, J.C. y Ruiz, A. (2008). *Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de la información sanitaria*. *Rev. de Calidad Asistencial*, 23(3):101-108,37.

Granero, J. Fernández, C. Jiménez, F.R. Moreno, J.M. Muñoz, F.J. y Heredia, M. (2004). *Atención a las necesidades de comunicación en el marco de los procedimientos enfermeros*. *Rev. Enferm .Cientif* 262-263, 53-61.

Kirk, P. Kirk, I. Y Kristjanson, L. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *British Medical Journal* 328: 1343-1349.

Krueger R.A. (1991). El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide.

March, J.C., Prieto, M.A., Hernán, M. y Solas, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac. Sanit* 13, 312-319.

March J.C., Prieto M.A., Hernán M. y Jiménez, J.M. (1998). Sobre la calidad percibida y los estudios de satisfacción y expectativas en los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria* 12 (1), 51-52.

Martínez, J. (2006). Teorías de la comunicación. Obtenido el 15 de mayo de 2011 desde la dirección: [www.riial.org/espacios/teoriacom/teoriacom](http://www.riial.org/espacios/teoriacom/teoriacom)

Nieto, RM. (2006). La espera, la información, la educación y las pequeñas cosas materiales... esos grandes retos. *Arch Memoria* 3(3)

Noreña, A.L. y Cibanal, L. (2008). El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 23(1), 70-79.

OMS. (Organización Mundial de la Salud). (1993) Competencias psicosociales (capacidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida).

Pérez-Cárceles, M. Pereñiquez-Barranco, J. Osuna-Carrillo, E. y Luna-Maldonado, A. (2006). Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. *Rev. Atención Primaria* 37(2) ,69-69

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

Prieto, M.A. y March, J.C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten. Primaria*; 29, 366-373.

Real Academia Española. (1992). Diccionario de la lengua española. (21 Ed.). Madrid: RAE.

Rubio, R. Cabezas, J.L. Aleixandre, M. y Fernández, C. (1998). Un Modelo de Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita. Profesional de la salud, paciente y familiares. *Índex de Enfermeria* (edición digital) 23.

Ruiz, C. García Obrero, I. Palomo, J. Pérez, J. Sánchez, C. y Cayuela, A. (2004). La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/ familiares. *Rev. Rehabilitación*, 38 (6):296-305

Serrano, A.J. y Serrano, B.L. (2010). La importancia de la comunicación en el anciano institucionalizado. *Rev. Paraninfo digital* 9

Shanon, C y Weaver, W (1949) *Teoría matemática de la comunicación*.

Taylor, SJ y Bogdan, R. (1987). La presentación de los hallazgos. En Taylor, S.J. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 179-185). Barcelona: Paidós.

Watzlawick "Teoría de la comunicación humana" (1981), Edit. Herder

## 10. ANEXO I

### CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

**Naturaleza:** El objetivo de este estudio saber como perciben los usuarios y familiares, la comunicación de los profesionales, así como el grado de satisfacción o insatisfacción con el fin de mejorarla

En este estudio participarán pacientes y cuidadores que han estado hospitalizados en el periodo objeto del estudio, en la unidad de Medicina Interna de este Hospital.

Para el estudio se realizará una reunión con el equipo investigador y otros pacientes, u otros cuidadores, que serán grabadas y posteriormente transcritas, con el fin de conocer su opinión.

**Importancia:** La información que se obtenga en este estudio servirá para mejorar la calidad de nuestra atención, e implantar las medidas de mejora necesarias.

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio particular para su salud por participar en este estudio.

#### **Implicaciones para el paciente:**

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente o cuidador puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

#### **Riesgos de la investigación para el paciente:**

Usted no va a tener ningún riesgo ni beneficio para su salud por participar en el estudio.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con la investigadora principal Encarnación Sáez Molina en el teléfono: 671564732 o en el correo electrónico: encarnacionsaez.sspa@juntadeandalucia.es

## CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

### LA COMUNICACIÓN PROFESIONAL PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE MEDICINA INTERNA

Yo (Nombre y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)

**He podido hacer preguntas sobre el estudio:** Calidad percibida por los usuarios de los cuidados del Hospital La Inmaculada del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

**He recibido suficiente información sobre el estudio:** Calidad percibida por los usuarios de los cuidados del Hospital La Inmaculada del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

- He hablado con el profesional sanitario informador: Encarnación Sáez Molina
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera.

- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

**Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado:***

Comunicación profesional: Percepción de la comunicación profesional por los usuarios de Medicina Interna

Firma de la paciente

Firma del profesional

(O representante legal en su caso)

sanitario informador

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

## 11. ANEXO II

### GUIÓN DE PREGUNTAS EMPLEADO EN LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES.

1. En primer lugar realizar los saludos correspondientes, hacer las presentaciones, explicar en qué va a consistir la reunión y dinámica de la misma. Agradecer su asistencia. Hacerles ver lo importante que será su aportación. Asegurarles la confidencialidad, así como el que esto no tendrá ninguna consecuencia y mucho menos negativa para ellos. Aclaración de dudas.
2. Comentar la duración de la reunión y volver a pedir autorización para ser grabados
3. Comentar la misión del observador, y explicarles que tomará algunas notas.
4. Pregunta de arranque ¿que opinión tienen sobre la comunicación de los profesionales sanitarios en general?
5. ¿Tienen dificultades a la hora de comunicarse con los profesionales sanitarios? Médicos, enfermeras, auxiliares. ¿Es fácil acceder a ellos?
6. ¿Creen que los profesionales sanitarios, cuando comunicamos algo, lo hacemos en los lugares adecuados? ¿Y de la forma adecuada?
7. Cuándo los médicos les comunican algo, ¿lo entienden bien, tienen alguna dificultad, les hablan en lenguaje sencillo, emplean tiempo suficiente, se sienten escuchados?
8. Cuando las enfermeras les comunican algo, ¿las entienden bien? ¿Tienen alguna dificultad? les hablan en lenguaje sencillo, emplean tiempo suficiente, se sienten escuchados por ellas?
9. En general ¿Qué aspectos piensan que deberían de mejorar los profesionales sanitarios en materia de comunicación?

## 12. ANEXO III



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

D<sup>a</sup>. Eva Jiménez Gómez, Presidenta del Comité Ético del A.G.S.N.A.

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta de la UGC de Medicina Integral para la realización del proyecto de investigación " La comunicación profesional percibida por los usuarios de medicina interna", cuya investigadora principal es D<sup>a</sup>. Encarnación Sáez Molina, y una vez estudiada la documentación presentada este Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado.

Lo que firmo en Huércal-Overa a 17 de febrero de 2011

Fdo.: Eva Jiménez Gómez

#### Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada"  
Avenida Dra. Ana Parra, s/n  
04560 Huércal-Overa (ALMERÍA)  
Teléfono: 950 02 95 00

Distrito A. P. Levante A la Almería  
C/Silvestre Martínez de Haro s/n  
04800 Huércal-Overa (ALMERÍA)  
Teléfono 950 02 97 00

