

Cómo citar este documento

Castillo Montes, Francisco Javier. Influencia de la comunicación entre el profesional sanitario del Hospital Neuro-traumatológico Princesa de España de Jaén y los pacientes ingresados en planta hospitalaria. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0583.php>

INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL SANITARIO DEL HOSPITAL NEURO-TRAUMATOLÓGICO PRINCESA DE ESPAÑA DE JAÉN Y LOS PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA HOSPITALARIA

Autor: Francisco Javier Castillo Montes

Lugar de trabajo: Complejo Hospitalario de Jaén

Resumen:

Los pacientes cada vez más demandan una mejor y más amplia información acerca de sus procesos patológicos, sienten la necesidad de mantenerse informados y sobre todo el empleo, por parte del personal sanitario, de un lenguaje claro y adaptado a su nivel de comprensión.

Desde el nivel asistencial se hace necesario responder a las necesidades comunicativas actuales y conseguir establecer una relación con el paciente que les haga sentirse una pieza clave en su propia recuperación.

Diversos autores destacan la importancia de la atención centrada en el paciente. Esto, consiste en implicar a los pacientes en la toma de decisiones y compartir información, saber comunicar eficazmente y llegar a empatizar con ellos.

A través del conocimiento de las necesidades y demandas comunicacionales de los pacientes y mediante el empleo de una forma adecuada de comunicarnos con ellos, lograremos establecer una relación que influirá directamente en su recuperación y autocuidado.

Sin embargo, lo primero que hay que hacer para realizar una auténtica atención centrada en el paciente es conocer realmente sus necesidades y deseos, acercándonos sin prejuicios a ellos y a sus cuidadores, y tratar de entender cómo perciben en realidad las cosas. Por todo esto se hace necesaria una línea estratégica de formación en comunicación que debe fundamentarse en una perspectiva humana. Su integración debe ser asumida por la institución y ser universal a partir de los intereses y las necesidades sentidas y expresadas por los profesionales y los ciudadanos.

Formulación, antecedentes y estado actual del tema:

La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes ha sido estudiada ampliamente a lo largo de los últimos años, llegándose a concluir que es una parte esencial para una adecuada calidad asistencial e implicación del paciente en su propia recuperación. Durante la atención asistencial, el profesional sanitario, realiza acciones comunicativas con su paciente a través de la entrevista, la cual constituye un modelo singular de comunicación humana, que sirve de marco a la interacción afectiva entre el profesional y su paciente¹. El empleo de un lenguaje claro y adaptado en la comunicación asistencial incide directamente en la comprensión y relación profesional-paciente². Esta relación requiere una visión y actuación multidimensional que va más allá de la mejora de los recursos de otras intervenciones aisladas sobre factores individuales del profesional y paciente³ destacando, que la comunicación se ha de preparar y que uno de sus objetivos ha de ser tratar de reconfortar⁴.

A pesar de que el personal sanitario destaca la importancia de las capacidades comunicativas tanto verbales como no verbales para adquirir estos fines⁵, los pacientes pueden llegar a sentirse desplazados y como meros objetos en su propia recuperación por el desconocimiento y la desinformación sobre su enfermedad. Conociendo cómo los pacientes perciben esta comunicación y analizando sus necesidades es posible hacer que el paciente se convierta en una parte principal de su recuperación tanto física como psíquica. Definimos la recuperación funcional como el conjunto de procedimientos físicos y terapéuticos que nos permiten recuperar la funcionalidad óptima del elemento articular o músculo-tendinoso que afectado por una lesión⁶.

La necesidad de la incorporación del paciente al acto médico como sujeto activo es algo de lo que en los últimos años se viene hablando insistentemente entre los profesionales de la salud⁷.

Informar adecuadamente a los pacientes y a sus familias se ha convertido hoy día en uno de los principales retos para el personal sanitario. En la actualidad, los pacientes reclaman, casi de manera unánime, más y mejor información⁸, nuevas prestaciones y no respetan igual el criterio médico, por lo que se hace necesario insistir en: información, libre elección, trato respetuoso, equidad, segunda opinión, atención urgente, participación en toma de decisiones, deber de respeto hacia los profesionales y colaborar en la sostenibilidad⁹. La mayoría de esos trabajos se han centrado en la influencia (positiva) de la comunicación sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario¹⁰. Incluso los pacientes más predispuestos a dejar toda responsabilidad en manos de los profesionales sanitarios desean, cuando llegan a conocer estilos más participativos, una mayor consideración y participación en el proceso⁷.

Implicar a los pacientes en la toma de decisiones y compartir información con ellos es el núcleo de lo que se ha llamado «atención centrada en el paciente»⁷. Villanueva A et al⁹ llegó a la conclusión de que una atención centrada en el paciente pasa por saber comunicar eficazmente, (informar sabiendo escuchar y dialogar) y, llegar a empatizar con el paciente incluyendo un trato amable y respetuoso, personalizado, respetar su punto de vista y abrirle la oportunidad de participar en la toma de decisiones.

Trabajos realizados en nuestro país destacan, entre los aspectos más valorados por los pacientes el recibir una información clara y comprensible, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos, así como que el médico les aclare dudas y les facilite el conocimiento y la comprensión de su problema; sin

embargo, los pacientes reciben, aún hoy día, una información vaga y poco concreta que les impide abordar adecuadamente su problema, los médicos no explican la orientación diagnóstica y existe un importante número de pacientes que no comprenden la información que se les ofrece y no se atreven a preguntar a su médico⁸. En un estudio realizado por C. Janssen et al¹¹, se concluyó que la satisfacción de los pacientes gravemente lesionados con respecto a su estancia hospitalaria durante su periodo agudo, está esencialmente determinada por los factores relativos a la comunicación entre el médico y el paciente.

Las actitudes impersonales por parte de los profesionales sanitarios provoca la falta de adhesión a los tratamientos médicos, los fallos en la comunicación, la falta de satisfacción tanto entre los pacientes como entre los médicos, las denuncias por mala praxis, y la "pérdida de fe" en la medicina. A la inversa, la participación de los pacientes conduce a mejores resultados de salud¹². La formación en comunicación asistencial e interprofesional es fundamental aunque escasa, autodidacta, poco estructurada y generalista. Presenta dificultades relacionadas con la asistencia, la difusión y el reconocimiento¹³.

En un profundo estudio de revisión llevado a cabo por Nordby¹⁴, sobre la comunicación enfermera-paciente se llegó a la conclusión de que los pacientes no tienen que tener un conocimiento experto de la detallada aplicación de los términos médicos con el fin de poder compartir pensamientos, creencias u otros estados mentales con las enfermeras.

Las personas con discapacidades comunicativas y el personal sanitario reconocen la importancia de la falta de comunicación en términos de acceso a los servicios de salud con la conclusión de que la extensión del problema era mayor de lo que se había creído anteriormente¹⁵.

En los próximos años se espera que el paciente demande mayor acceso al sistema sanitario, solicite más información de su propio proceso y quiera conocer más sobre la organización y la capacitación de los profesionales que lo atienden, también que solicite nuevos cauces de comunicación con los profesionales, demande mayor calidad de la información que recibe y busque participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud. Se espera que los pacientes exijan no sólo calidad técnica, sino, recibir una información detallada y comprensible, sentirse responsables de su propia salud⁹.

La participación activa del paciente en la toma de decisiones, la creciente demanda de información y la influencia de las tecnologías de la comunicación en la relación entre el paciente y el profesional sanitario constituyen el eje de los nuevos escenarios que deben contemplarse. En este sentido, la propuesta de incluir entre las materias de los futuros planes de estudio en el área de salud técnicas de comunicación con el paciente coincide con la tendencia que venimos comentando y observando en la práctica⁹ y así, poder lograr una mayor satisfacción de los pacientes y del personal sanitario, alcanzar una mejor resolución de los problemas por los que los pacientes consultan, y un mayor cumplimiento de los consejos y tratamientos. Sin embargo, lo primero que hay que hacer para realizar una auténtica atención centrada en el paciente es conocer realmente sus necesidades y deseos, acercándonos sin prejuicios a ellos y a sus cuidadores, y tratar de entender cómo perciben en realidad las cosas⁷. Por todo esto se hace necesaria una línea estratégica de formación en comunicación que debe fundamentarse en una perspectiva humana. Su integración debe ser asumida por la institución y ser universal a partir de los

intereses y las necesidades sentidas y expresadas por los profesionales y los ciudadanos¹³.

Los pacientes ingresados en planta del Hospital Neuro-traumatológico Princesa de España de Jaén operados de prótesis total y/o parcial de cadera y/o rodilla así como de fractura de miembro inferior reclaman una mayor comunicación con los profesionales sanitarios o el empleo de un canal y lenguaje adecuados que les permita estar informados de su proceso y no sentirse desplazados, por esto, se hace necesario conocer cómo es la comunicación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes y, establecer unas líneas estratégicas de formación en comunicación para dichos profesionales sanitarios. El cómo se establezca dicha comunicación influirá directamente en la actitud del paciente a la hora de afrontar su enfermedad. Todo esto puede reducir el tiempo de ingreso hospitalario, material sanitario, dietas y en general el gasto económico, aumentando la satisfacción de los pacientes.

Pregunta de investigación, hipótesis y objetivos del estudio:

El establecimiento de unas líneas estratégicas de formación en comunicación, y la aplicación de un protocolo de comunicación mejoran la comunicación y recuperación de los pacientes.

Objetivos:

1. Específicos:

- Evaluar qué variables influyen positivamente en la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes.
- Determinar la necesidad de unas líneas estrategias de formación en comunicación.
- Estimar la validez de un protocolo de comunicación elaborado con la información recogida en la parte descriptiva.

2. Generales:

- Describir la comunicación entre paciente y terapeuta.

Bibliografía:

1. Arteaga Herrera JJ, Chávez Lazo E. Integración docente-asistencial-investigativa (idai). Rev Cubana Educ Med Super 2000; 14(2):184-195.

Se realiza un análisis completo del proceso de enseñanza-aprendizaje-investigación de acuerdo con los conocimientos modernos. Se puede concluir que en el desarrollo del proceso docente-educativo, el estudiante debe efectuar 3 tipos de actividades: académica, laboral e investigativa, con vistas a garantizar su formación.

2. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 2000; 39(1):5-15.

El propósito de este ensayo es explorar las implicaciones de una relación centrada en el paradigma médico sobre la naturaleza de la relación médico-paciente y su expresión en la comunicación de la práctica médica diaria. Los resultados del estudio demuestran la utilidad de este enfoque en la vinculación

de la comunicación a los modelos de la relación terapéutica.

3. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón TM. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuestados en Atención Primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(5):561-575.

Se explora la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria. Los médicos percibieron una relación entre la pobreza de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), el conflicto con pacientes "difíciles" y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico, con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios.

4. Turabián JL, Pérez Franco B. Del consejo médico persuasivo al participativo en medicina de familia. Elementos para iniciar un debate. *Medifan* 1995; 5(5): 258-263.

5. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: Una herramienta para su medición. *Aten Primaria* 2010; 42(5): 257-263.

Se pretende explorar el involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones (IPTD) que hacen médicos de familia españoles y describir el desarrollo de un instrumento para su valoración. Los niveles de participación de los pacientes en las consultas de atención primaria pueden considerarse bajos.

6. Wilmore J, Costill, D. Fisiología del esfuerzo y del deporte. Barcelona: Paidotribo; 2001.

7. Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. *Aten Primaria* 2004; 34(6):277-8.

En este artículo el autor pretende situar realmente al paciente en el centro de la atención sanitaria y hacer que junto al médico participe en la toma de decisiones sobre su enfermedad, concluyendo que las actuaciones de los médicos que tienen en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes, y en las que además se comparten las decisiones, se relacionan generalmente con una atención más eficiente.

8. Ruiz Moral R. El reto de la información a los pacientes. *Aten Primaria* 2004; 33(7):361-7.

9. Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira JJ, Pérez Jover V, Tomás O. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calidad Asistencial* 2006; 21(4); 199-206.

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo donde se usaron las técnicas del grupo nominal y grupo focal. El objetivo de este estudio era descubrir que entienden por "humanización" los profesionales y directivos sanitarios y líderes de asociaciones ciudadanas y de pacientes. Comunicación, empatía, trato personalizado, calidad técnica, comodidad y una buena gestión de los recursos definen el concepto de humanización. Formación, información al paciente, medios y mejoras en infraestructuras constituyen ejes para mejorar la calidad de la atención.

10. Barca Fernández I, Parejo Mínguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2004; 33(7):

361-7.

Se trata de un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo es valorar la información aportada por el médico en consulta, la información solicitada por el paciente y su participación en la toma de decisiones. Las conclusiones fueron que la información que el médico proporciona no es todo lo completa que debiera. El paciente suele preguntar poco al médico; un alto porcentaje de ellos se quedan con ganas de preguntar y/o no comprenden totalmente la información. La participación del paciente en la toma de decisiones es escasa.

Limitación. Centro de Atención Primaria

11. Janssen C, Ommen O, Neugebauer E, Lefering R, Pfaff H. How to improve satisfaction with hospital stay of severely injured patients. *Langenbecks Arch Surg* 2007; 392(6):747–760.

12. Martínez Urionabarrenetxea K. Hacia un nuevo modelo de relación clínica. *Semergen* 2001; 27(6):291-6.

13. Sánchez Sánchez F, Sánchez Marín FJ, López Benavente Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23 (6): 253-8.

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo e interpretativo cuyo objetivo es identificar características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y descubrir mecanismos de mejora y perfil docente deseable para la implantación de una línea estratégica de formación. Los resultados fueron que, en nuestro medio, la percepción acerca de la formación actual en comunicación asistencial encaja con los términos “escasa” y “autodidacta”, con acciones formativas generalmente puntuales, poco estructuradas y en torno a la comunicación en general y la atención a la familia en particular.

14. Nordby H. Nurse-patient communication: Language mastery and concept possession. *Nursing Inquiry* 2006; 13(1): 64-72.

15. Murphy J. Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations* 2006; 9(1):49-59.

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo e interpretativo cuyo objetivo es identificar características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y descubrir mecanismos de mejora y perfil docente deseable para la implantación de una línea estratégica de formación.

16. Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological methods as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*. 1999; 28(2): 235- 240.

El objetivo del autor es describir el enfoque fenomenológico así como las características de la investigación cualitativa.

17. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: Contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile* 2005; 133(6): 693-8.

El propósito de este trabajo es reflexionar sobre el proceso de comunicación de la verdad en medicina, sus dificultades y conveniencias, desde un punto de vista tanto ético como técnico, mostrando la necesaria vinculación (pero escasamente explicitada) entre la reflexión bioética y la literatura e investigación sobre comunicación y psicología médica.

Metodología:

-Diseño: Cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico, con la utilización de varias técnicas cualitativas simultáneas. El empleo de la metodología cualitativa nos permite profundizar y adentrarnos en la vida de las personas y el objeto de investigación además de promover la relación con los sujetos para conocer sus emociones, opiniones, pensamientos y sentimientos relacionados con el tema de estudio. De esta parte de la investigación surgirán los indicadores más importantes en la comunicación asistencial y se elaborará un protocolo de comunicación. En la segunda parte se aplicarán una serie de cuestionarios con los indicadores más relevantes antes y después de la aplicación de dicho protocolo diseñado ad-hoc con la información del estudio descriptivo, que evalúen la efectividad del mismo. Para esta segunda parte se empleará un diseño metodológico cuasiexperimental sin grupo control del tipo pretest-postest.

-Emplazamiento: El estudio se realizará en el Hospital Neuro-traumatológico Princesa de España de Jaén, perteneciente al Complejo Hospitalario de Jaén, ya que en este hospital es donde se encuentran ingresados los pacientes con los criterios necesarios para este estudio (pacientes con prótesis o fractura de miembro inferior)

-Sujetos de estudio:

-*Población de estudio*: La población de estudio serán pacientes operados de prótesis total y/o parcial de cadera y rodilla y fractura de miembro inferior (tibia y/o peroné y fémur) tanto programada como urgente. La selección de la muestra se hará mediante muestreo teórico, dando como resultado una muestra muy representativa de la población.

Consideramos que el número mínimo aproximado de pacientes participantes necesarios para garantizar la saturación de la información en este estudio será de 15-20, estando representadas todas las operaciones descritas anteriormente.

Los criterios de inclusión y exclusión que definen este tipo de muestreo son:

Inclusión:

- Acceder de forma voluntaria al estudio
- Pacientes operados de prótesis total de cadera y rodilla, pacientes operados de prótesis parcial de cadera y rodilla, pacientes operados de prótesis parcial de cadera y rodilla y fractura de miembro inferior (tibia y/o peroné y fémur)
- Pacientes ingresados en planta durante al menos 5 días de ingreso.
- Hombre y mujeres con edades inferiores 75 años.

Exclusión:

- Personas ingresadas anteriormente en planta.
- Presentar déficits cognitivos.

-Muestra: Selección de los participantes por muestreo teórico.

-Número de participantes: El número de participantes será el necesario hasta llegar a la saturación de la información, con un mínimo de 15-20 participantes.

-Categorías de estudio.

Necesidad de informar adecuadamente: Con este estudio se pretende detectar las necesidades y demandas de comunicación de los pacientes.

Empleo de un protocolo de comunicación adecuado: Se pretende que a partir de las necesidades comunicacionales detectadas en los pacientes, seamos capaces de crear un protocolo de comunicación de la información mediante el cual, el paciente, entienda la información que los profesionales sanitarios le brindan.

Satisfacción del paciente: La mejora de la satisfacción del paciente se traduce en una valoración positiva acerca de la información recibida y de la forma en que los profesionales se comunican.

Adherencia al tratamiento: Lograr que el paciente se sienta protagonista de su propia recuperación y se involucre totalmente.

Detección de los indicadores más importantes en la comunicación con el paciente: En este estudio, detectaremos que indicadores son lo más importantes para los pacientes y como son modificados después de la aplicación del protocolo de comunicación (V. Cuantitativa).

Elaboración de unas líneas estratégicas de formación: Con la elaboración de unas líneas estratégicas en formación nos referimos a que, una vez detectadas las necesidades comunicacionales y los indicadores que mejoran la comunicación con el paciente, elaborar un programa de formación con el que adiestrar a los profesionales sanitarios.

Las categorías de estudio anteriormente citadas son categorías preliminares, ya que se espera que vayan emergiendo durante el curso de la investigación.

-Variable de estudio (parte cuasi-experimental)

-Población de estudio: La población de estudio serán pacientes operados de prótesis total y/o parcial de cadera y rodilla y fractura de miembro inferior (tibia y/o peroné y fémur) tanto programada como urgente.

-Muestra: La selección de la muestra corresponderá a los pacientes que hayan aceptado participar en la primera parte de la investigación y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Consideramos que el número mínimo aproximado de pacientes participantes será de 15-20, estando representadas todas las operaciones descritas anteriormente.

Los criterios de inclusión y exclusión que definen este tipo de muestreo son:

Inclusión:

-Haber participado en la primera parte de la investigación.

-Acceder de forma voluntaria a la segunda parte del estudio.

Exclusión:

-Pacientes que hayan sufrido complicaciones (infecciones, mal anclaje de la prótesis, ACVA,...) en el transcurso de la primera a la segunda del estudio.

-Pacientes dados de alta o que ya no se encuentren ingresados en planta de dicho hospital.

-Variable Independiente: Intervención de los profesionales sanitarios: Su intervención consistirá en mejorar la satisfacción e implicación de los pacientes mediante las necesidades obtenidas de la parte cualitativa.

-Variable Dependiente: Satisfacción e implicación de los pacientes en su propia recuperación. La satisfacción e implicación de los pacientes en su propia recuperación corresponderá al resultado de la puntuación obtenida en las escalas o cuestionarios de medida de los indicadores.

-Recogida de datos: Para la primera parte del estudio o parte cualitativa

realizaremos entrevistas individuales semiestructuradas, en lugares que proporcionen un ambiente adecuado para recoger los datos necesarios de las dimensiones de nuestro estudio y, se recogerán notas de campo mediante la observación. También realizaremos un mínimo de 3 grupos focales compuestos por al menos 5 participantes (pacientes) para tratar de proporcionar una imagen lo más fiel posible del comportamiento y de los pensamientos de la gente en la vida real. El grupo focal es en la actualidad la técnica más indicada y utilizada por los investigadores en salud cuando realizan estudios cualitativos cuyo objetivo es capturar opiniones de grupos homogéneos sobre un tema en común. A los grupos focales se les citará en el hospital, en una habitación especialmente habilitada para ello. Se empleará la triangulación metodológica para determinar la congruencia de los resultados, así como una retroalimentación de los datos que revise o confirme los hallazgos mediante diferentes métodos o fuentes de datos.

Al ser una parte de este estudio de tipo cualitativo, somos conscientes de la posibilidad de que emerjan nuevas dimensiones de análisis que no se han contemplado en la fase de elaboración del proyecto y, que se irán incorporando a medida que vayan surgiendo, por lo que las primeras entrevistas servirán para realizar una posible reorientación sobre el tema, ya que se irán transcribiendo y analizando conforme se vayan realizando.

La duración de las entrevistas será de 30- 45 minutos y serán grabadas previo consentimiento escrito. Las entrevistas se realizarán elaborando un guión previo de preguntas abiertas que nos permita dirigir las hacia el objeto de estudio. El número de entrevistas será el necesario hasta llegar a una saturación de la información.

La técnica de recogida de datos para la parte cuantitativa consistirá en la aplicación una serie de cuestionarios o escalas que evalúen los indicadores más importantes, una vez conocidas las necesidades de los pacientes. Estos cuestionarios se pasarán antes de aplicar el protocolo de comunicación creado a partir de la información recogida y, después de aplicar dicho protocolo, para poder evaluar los resultados. Los indicadores más importantes emergerán del análisis de los datos obtenidos en la primera parte de la investigación.

Los pacientes que participen en este estudio cuasi-experimental sin grupo control del tipo pretest-posttest serán los mismos que participen en la parte cualitativa descriptiva.

-Análisis de datos.

La información recogida en las entrevistas individuales y los grupos focales será transcrita literalmente y analizadas mediante el método Giorgi¹⁶.

Los pasos a seguir serán:

-Transcripción y lectura comprensiva para obtener un sentido global.

-Una segunda lectura para poder seleccionar las unidades de significado (categorización), realizando un examen detallado y minucioso teniendo presente el objeto del estudio.

-Examinar las distintas unidades de significado.

-Interpretar y redactar las conclusiones obtenidas donde se recoge la opinión de los participantes.

Durante el análisis iremos ordenando los datos obtenidos, definiendo las categorías y las posibles subcategorías que vayan emergiendo y, se integrarán de la misma forma en la que los entrevistados lo contaron. Al finalizar el

MES

ACTIVIDAD	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Realización del protocolo de comunicación												
Recogida y análisis de datos (Parte Cuantitativa)												
Verificación de los resultados												
Elaboración del informe final y emisión de los resultados												

Distribución de Actividades entre el equipo investigador:

-Primera etapa: Revisión bibliográfica y presentación del proyecto (2 meses)

- ✓ A pesar de que ya se realizó una búsqueda bibliográfica centrada en la comunicación asistencial en la primera parte de este proyecto, nuestro objetivo es cotejar los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios similares.
- ✓ Se presentará formalmente el proyecto a la unidad de rehabilitación del Hospital (Personal investigador)
- ✓ Princesa de España, y se les explicará la importancia de su participación.
- ✓ Se abrirá un canal de información donde se puedan resolver todas las dudas que surjan. (Personal investigador)

-Segunda etapa: Recogida y análisis de datos (9 meses)

- ✓ La recogida de los datos y su análisis se hará de forma simultánea
- ✓ Se contactará y seleccionarán a los participantes de las entrevistas individuales semiestructuradas y de los grupos focales. (Equipo investigador)
- ✓ Realización y grabación de las entrevistas y grupos focales. (Equipo investigador)
- ✓ Transcripción de las entrevistas (Equipo investigador y personal experto)
- ✓ Análisis de datos (Equipo investigador y personal experto)

-Tercera etapa: Verificación de los datos (1 mes)

- ✓ Triangulación de los resultados con los profesionales sanitarios (equipo investigador)

-Cuarta etapa: Realización del protocolo de comunicación (3 meses)

- ✓ Realización del protocolo de comunicación en base a los datos obtenidos (Equipo investigador)

-Quinta etapa: Recogida y análisis de datos (6 meses)

- ✓ Se pasarán los cuestionarios con los indicadores seleccionados a los pacientes (Equipo investigador) y se analizarán los datos
- ✓ Los profesionales sanitarios empezarán a aplicar el protocolo de comunicación con los pacientes
- ✓ Se volverán a pasar los cuestionarios después de la introducción del protocolo y se analizarán los resultados.

-Sexta etapa: Verificación de los resultados (1 mes)

- ✓ Triangulación de los resultados con los profesionales sanitarios (equipo investigador)

-Séptima etapa: Elaboración del informe final y emisión de los resultados (2 meses)

- ✓ Elaboración final de las conclusiones y de la memoria del proyecto (Equipo investigador)
- ✓ Difusión de los resultados en Jornadas y Congresos afines (Equipo investigador)
- ✓ Elaboración en español e inglés del artículo original para su publicación en revistas de mayor factor de impacto. (Equipo investigador)

Consideraciones éticas:

Todos los sujetos participarán de forma voluntaria en este estudio. Se informará previamente a la realización de las entrevistas y los grupos focales de los objetivos del estudio y se les solicitará un consentimiento verbal, que será grabado al inicio de las entrevistas y por escrito. En todo momento se garantizará el anonimato de los sujetos, así como la confidencialidad de los datos registrados, no haciendo uso de la información más que para los fines del mismo. Se le informará también de que pueden abandonar el estudio en cualquier momento. El material en bruto resultante de la investigación será depositado, para garantizar su conservación, en el Depósito de Materiales Cualitativos de Archivos de la Memoria de la Fundación Index de Enfermería. La publicación y difusión de los resultados estarán sujetas a las normas establecidas a nivel Internacional.

Medios disponibles para la realización del proyecto:

A nuestra disposición tenemos las aulas necesarias para las entrevistas grupales y las reuniones además de los recursos de la Comisión de docencia e investigación del Complejos Hospitalario de Jaén. También contamos con la biblioteca donde buscar información, el aula informática y la ayuda del personal que fuera necesaria durante la investigación.

Contaremos con la biblioteca y el aula de informática del CHJ dónde poder buscar información.

Contaremos con la ayuda del personal sanitario que sea necesaria.

Presupuesto solicitado y justificación:

Para la realización del proyecto y poder grabar las entrevistas grupales e individuales necesitaremos grabadoras, éstas nos permitirán grabar las entrevistas y volcarlas a un soporte informático. Necesitaremos al menos 2 grabadoras digitales, ya que para evitar la pérdida de datos se grabaran por duplicado. Si se producen entrevistas de forma simultánea podríamos necesitar hasta 4 grabadoras digitales.

Será necesario un ordenador portátil que nos permita seguir trabajando durante los horarios en los que la biblioteca o el aula de informática estén cerradas, también para poder volcar la información y realizar las transcripciones así, como de software específico.

Una parte del presupuesto se ha reservado para comprar libros relacionados con el tema y para pagar los gastos de envío de los documentos que necesitemos.

Otra parte del presupuesto se destinará a dietas, desplazamientos e inscripción en congresos del equipo investigador para la difusión de los resultados. Para la publicación en revistas internacionales se prevén gastos de traducción al inglés.

1. Material inventariable, fungible y bibliográfico	EUROS
- Equipo informático	1000
- Impresora láser.....	200
- Soporte informático.....	300
-Grabadoras (4 unidades).....	600
-Recuperación de artículos.....	200
-Material de papelería.....	200
-Material bibliográfico.....	300
SUBTOTAL	2.800

2. Gastos de personal

3) Viajes y dietas	
- Derivados de la difusión del proyecto.....	1000
SUBTOTAL.....	1.000
4) Formación y difusión de resultados	
-Inscripción a Congresos.....	500
SUBTOTAL.....	500
5) Contratación de servicios externos	
- Servicio externo de traducción.....	800
SUBTOTAL.....	800
TOTAL AYUDA SOLICITADA.....	5100

Impacto clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico:

En este estudio se pretende conocer las necesidades comunicacionales y la percepción que tienen los pacientes de los profesionales sanitarios que les atienden a diario. Actualmente la comunicación con el paciente está cobrando cada vez más importancia y debe ser más tomada en cuenta por los profesionales sanitarios; paciente y profesional contribuyen conjuntamente, con un conocimiento esencial y específico, para tomar las decisiones adecuadas. La contribución del paciente no tiene que ver con su manejo del conocimiento médico si no con el hecho que sólo él sabe cómo experimenta su enfermedad, cuáles son sus circunstancias sociales, hábitos y preferencias¹². Si conocemos dicha percepción y sus necesidades podremos elaborar un protocolo de comunicación adecuado a ellos, lo que nos permitirá emplear un canal de información preciso. Esto hará que el paciente comprenda mejor todo el proceso asistencial al que está siendo sometido y su propia patología. Mejorando la comunicación con el paciente también conseguiremos que se involucre totalmente en su recuperación, mejore su autocuidado y aumente la satisfacción en general con el servicio recibido; conseguiremos una menor estancia en el hospital y posterior servicio de rehabilitación y se disminuirán los gastos en su cuidado.

En vez responsabilizar a los pacientes de su falta de comprensión, es necesario reflexionar críticamente sobre la manera en que los profesionales dan esta información¹⁷.

Anexo I

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PROTECCIÓN DE DATOS

Título del estudio: Influencia de la comunicación entre el profesional sanitario del Hospital Neuro-traumatológico Princesa de España de Jaén y los pacientes ingresado en planta Hospitalaria

Investigador principal: F. Javier Castillo Montes.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para ser entrevistado/a por uno de los investigadores que forman parte de este estudio.

Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre la comunicación asistencial y las experiencias de los pacientes ingresados en planta.

Este conocimiento por parte de los profesionales de la salud contribuirá a una mejor comprensión de las necesidades comunicacionales y experiencias, permitiendo una mejor intervención profesional. Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

La entrevista no me va a suponer un daño psicológico. Se me ha dicho que seré entrevistado/a por personas sensibles, con conocimientos, actitudes, destrezas y habilidades para formularme preguntas abiertas con mucha delicadeza y que el hecho de que ponga voz a mis sentimientos, a mis emociones, a mis miedos y a mi sufrimiento no va a afectarme negativamente en el aspecto psicológico.

Entiendo que seré entrevistado/a en alguna de las aulas habilitadas o en mi propia habitación del hospital y en los horarios que me convengan.

Se me harán algunas preguntas acerca de mi experiencia, de mis sentimientos y de la atención recibida.

La entrevista durará de 30 a 45 minutos y será grabada en soporte digital.

También estoy enterado/a de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información. Entiendo que fui elegido/a para participar en este estudio a través del personal sanitario del Hospital Neurotraumatológico Princesa de España de Jaén que se encargaron de mis cuidados durante mi estancia.

Mi participación es voluntaria y concedo esta entrevista libremente. Se me ha informado que aún después de iniciada puedo negarme a responder a alguna pregunta o decidir dar por terminada la entrevista en cualquier momento. Se me ha notificado que tanto si participo o no, si abandono o no respondo a alguna de las preguntas no se verá en absoluto afectada la relación con el personal sanitario del Hospital Princesa de España de Jaén.

Se me ha dicho que la *información del estudio será codificada para preservar mi identidad*, será protegida de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de Diciembre y que tras finalizar el estudio las grabaciones se archivarán en un fondo documental de materiales cualitativos "Archivos de la Memoria" de la Fundación Índex, dicho fondo garantiza la confidencialidad de los datos que en él se registran.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que el fisioterapeuta F. Javier Castillo Montes es la persona a la que debo buscar en caso de que tenga alguna duda o pregunta acerca del estudio o sobre mi participación, llamando a su línea de teléfono particular 616581510.

Firma del entrevistado/a.

Firma del entrevistador

Fecha:

Decisión de dejar de formar parte de la investigación

Motivo:

Firma de la entrevistada

Firma del entrevistador

Fecha:

Anexo 2:

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA Y DE LOS GRUPOS FOCALES

Datos referidos a las características de la entrevista:

Fecha realización:	Duración de la entrevista:
Lugar de realización:	Grabación: sí/ no
Recogida de notas de campo: sí/ no	

(Las notas de campo deben quedar reflejadas en la redacción de la entrevista)

Variables sociodemográficas:

Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de residencia:	Estado civil:
Profesión:	Nivel de Estudios:

Qué tal se encuentra.

De que le han intervenido.

El diagnóstico: información recibida acerca de la enfermedad, el tratamiento, la intervención quirúrgica y durante su ingreso en planta.

Ha comprendido la información que se le dio

Aspectos más importantes en la comunicación asistencial

Conocimiento de las ayudas sociales existentes.

Que cree que podría mejorarse durante la espera (necesidades surgidas).

Cómo calificaría la atención recibida.

