



La comunicación entre enfermeras quirúrgicas:

CONVIENDO ENTRE DOS MUNDOS

Rosa VILLANUEVA BOLOIX¹ Rosa del Mar GONZÁLEZ GONZÁLEZ¹

Resumen Abstract

La comunicación es una herramienta fundamental para el desarrollo profesional de las enfermeras, con consecuencias negativas o positivas en función de los diferentes estilos comunicativos y dinámicas de grupo. Este estudio tiene como objetivo conocer cómo es la comunicación intraprofesional entre enfermeras dentro del área quirúrgica, identificando modelos conductuales, factores generadores de satisfacción/insatisfacción, entre otros. Metodología: Estudio cualitativo etnográfico. Resultados: El mayor determinante de satisfacción y compromiso asociado a la comunicación intraprofesional son las relaciones sociales que se establecen, por encima de la autonomía, de las cargas de trabajo, de la presión del tiempo fundamentalmente. Conclusiones: Es importante darse cuenta de lo necesario que es transmitir de una forma adecuada los conocimientos, estableciendo un feedback, sin barreras, siendo empáticos y así reconocer nuestras necesidades para aumentar eficacia y eficiencia en nuestro ámbito.

Palabras clave: Comunicación. Quirófano. Equipo interdisciplinar. Enfermeras. Relaciones intraprofesionales. Etnografía.

COMMUNICATION WITHIN SURGICAL NURSING STAFF: COEXISTING BETWEEN TWO WORLDS

Communication is a basic tool in the professional development of nursing staff, with positive or negative consequences depending on the various communicative styles and group dynamics. The purpose of this paper is communication among nursing staff (intraprofessional) within the surgical departments of a hospital, with the identification of conduct models and factors that generate satisfaction or dissatisfaction, among others. Methodology: Ethnographic study. Results: The greatest point of satisfaction and the commitment associated with the interprofessional communication are the social relationships that are established above the autonomy, mainly the amount of work, to work under pressure of time. Conclusions: It's really important to realize how necessary it's to convey the knowledge in our profession, with the feed-back, being empathic and recognize our needs to increase our efficiency in our field.

Keywords: Communication. Operating room. Interdisciplinary team. Nursing. Intraprofessional relationship. Ethnography.

¹Hospital de la Esperanza, PSMar.
Barcelona, España

CORRESPONDENCIA: Rosa Villanueva
Boloix 90384@parcdesalutmar.cat

Manuscrito recibido el 9.11.2014
Manuscrito aceptado el 16.03.2015

Index Enferm (Gran) 2015; 24(4):212-216

Introducción

La comunicación es un proceso esencial en la vida cotidiana: mediante ella se produce el intercambio de información, discusión de ideas, negociación de conflictos y apoyo emocional. Es un proceso complejo, difícil de concretar en una definición única o establecer modelos que agoten su explicación, ya que ello implica integrar numerosos y variados elementos. Una definición adecuada y suficientemente abierta sería la de intercambio de Geiger y Bradac, que entienden la comunicación “como un proceso de intercambio de mensajes en el entorno social, que supone actividad cognitiva, estados afectivos y resultados conductuales. Este proceso es uno de los componentes fundamentales de la conducta social”.¹ También puede definirse la comunicación como un proceso de transmisión y recepción de señales – ideas, mensajes, datos – mediante un código – un sistema de signos y de reglas que es común tanto a receptor como a emisor.²

La enfermera quirúrgica trabaja dentro de un equipo multi e interdisciplinar con el que se interrelaciona con otros profesionales asegurando así el buen desarrollo de su trabajo. Es preciso recordar que el área quirúrgica es un entorno cerrado y en el que deben preverse las posibles complicaciones y, en el caso de que surjan, resolverlas de forma eficiente, eficaz y efectiva. Ello comporta elevados niveles de estrés y exige una buena comunicación para el cumplimiento del objetivo común para todos: cuidar al paciente.

La literatura ofrece datos interesantes sobre cómo es la comunicación entre diversos estamentos, especialidades y servicios, y sugiere que cuando existe una adecuada comunicación en el equipo se evitan conflictos y riesgos innecesarios.³⁻⁵ Asimismo, Moreno Millán afirma que “la discontinuidad en la comunicación durante las intervenciones en equipo dificulta la concentración de recursos para elaborar procesos de alta calidad”.¹ Por el contrario, no se disponen de evidencias que estudien la comunicación intraprofesional en el ámbito de la Enfermería. Hay numerosos precedentes sobre la comunicación interprofesional así como entre pacientes y profesionales de la salud^{3,5-9} pero no entre enfermeras quirúrgicas exclusivamente. Se entiende por comunicación intraprofesional el intercambio de información entre profesionales de la misma categoría, en este caso de enfermería de quirófano.

Moreno Millán y cols. opinan que “la mejora de la comunicación interprofesional debería conducir a optimizar los resultados, disminuyendo la aparición y facilitación de las crisis”.¹ Esto mismo es extrapolable al ámbito intraprofesional, con más motivo, del ámbito de la enfermería quirúrgica, ya que es una disciplina en la que se debe trabajar en equipo constantemente, dependiendo unas de otras.

El principal motivo que nos animó a realizar este estudio es la ausencia de información sobre el tema. Existen antecedentes sobre la comunicación laboral pero no hay tantos en cuanto a comunicación intraprofesional, por ello es difícil realizar comparaciones, si bien, podemos referenciar autores como Garay que nos dice que “el déficit de la comunicación no fomenta el trabajo en equipo y ocasiona falta de compañerismo y de participación en las actividades que incide finalmente en la falta de compromiso. El personal no se involucra”.¹⁰ En la misma línea, Martínez Romero expone que “las relaciones interpersonales son importantes porque un empleado que se sienta a gusto, motivado y con buen ambiente de equipo trabaja mejor y es más productivo”.¹¹ En sentido contrario, que la efectividad y el buen rendimiento no dependan de una comunicación adecuada, no disponemos de hallazgos en la literatura, por ello es difícil establecer una discusión.

La comunicación intraprofesional (verbal y no verbal) dentro del área quirúrgica, está sometida a factores tales como la presión asistencial, la experiencia personal, así como el desarrollo de la labor profesional en un entorno cerrado, entre otras, hecho que lo convierte en un contexto especial. Así, este estudio tiene como objetivo conocer cómo es la comunicación entre los profesionales de Enfermería del ámbito quirúrgico para así identificar los factores facilitadores y los que dificultan el proceso de comunicación y sus posibles consecuencias.

Metodología

Estudio cualitativo con enfoque etnográfico. La investigación etnográfica es definida como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, pudiendo ser ésta una familia, una clase, un claustro de profesores o una escuela, etc.^{12,13} En nuestro caso la unidad social la conforma el equipo de enfermería del área quirúrgica de

un hospital general de la ciudad de Barcelona.

El área quirúrgica es una unidad de asistencia aguda diseñada para conseguir un ambiente aséptico donde realizar las intervenciones, el ambiente físico está estrictamente controlado. La actividad asistencial, donde realizamos nuestro estudio, se desarrolla en seis quirófanos con una zona de preanestesia y la zona de reanimación, con dos camas para ingresos de 24 horas y siete cubículos abiertos para camillas para recuperación de corta estancia. En todo el servicio desarrollan su labor un total de 58 personas de diversas categorías profesionales, distribuidas en su mayoría en dos turnos (mañana y tarde).

La recogida de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas y observación participante por parte de las dos investigadoras, siempre en lugar neutral salvaguardando la intimidad y comodidad de los informantes. El guión de la entrevista y de las observaciones se construyó en base a las escasas evidencias disponibles, así como de la experiencia previa e inquietudes de las investigadoras. Las observaciones se realizaron dentro del área quirúrgica durante las sesiones de trabajo diarias. La mayor dificultad que nos encontramos fue permanecer al margen de las actuaciones con los profesionales que trabajamos para poder ser objetivas, teniendo en cuenta que nosotras también formamos parte del mismo ámbito.

La recogida de datos se realizó entre los meses de octubre del 2012 y marzo del 2013. Los resultados obtenidos fueron analizados según el método descrito por Spradley,⁴ el cual sugiere que las palabras son símbolos que cada individuo construye con un significado individualizado. En relación al tamaño muestral, se dio la muestra por concluida en cuanto se detectó que no emergía ningún dato nuevo y se llegó a la saturación de los mismos. Se realizó una exposición oral para informar del estudio y se realizó un muestreo intencionado (antigüedad en el servicio, tipo de contrato, más o menos liderazgo, edad). Solo una persona rechazó la posibilidad de participar, el resto de las personas seleccionadas mostró interés y satisfacción durante todo el proceso. Se llegó a la saturación de datos con 9 entrevistas de las 25 posibles.

En este estudio hemos seguido la normativa legal, la Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal de España (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre), según la normativa de la AEPD y la apro-

bación del CEIC del Parc de Salut Mar (ref. 2012/4910/I). Los participantes fueron informados de las implicaciones del estudio antes de firmar el consentimiento informado, así como de la posibilidad de suspender su participación en cualquier momento. Se garantizó la confidencialidad. Para identificar a los participantes se sustituyeron sus nombres por códigos alfanuméricos. Se ha considerado oportuno no indicar el nombre del hospital para que ninguna de las personas informantes pudiera ser identificada.

Resultados-discusión

Participaron en el estudio 9 enfermeras cuyas edades oscilaban entre los 36 y 60 años, con una experiencia profesional comprendida entre 12 y 38 años, de los cuales entre 6 meses y 38 años eran en el bloque quirúrgico; todas ellas excepto una contaban con un contrato laboral fijo, así como titulación especializada (Tabla 1).

El proceso de comunicación entre las enfermeras del área quirúrgica comporta tres grandes dominios: “el mundo real”, “el entorno ideal” y la “limitación espacial”. Estos dominios están formados, a su vez, por subdominios que dan sentido a la situación global (tabla 2), evidenciándose que el estado habitual en el que se encuentran las enfermeras es en tránsito entre lo ideal y lo real.

El entorno real. En este dominio englobamos como las enfermeras se relacionan y se comunican en su trabajo diario. Los sentimientos que emergen en este dominio apuntan hacia una experiencia vivencial intensa que repercute negativamente la calidad de la comunicación intraprofesional. Se detecta el entorno como principal influencia para dificultar la cohesión del grupo y el trabajo en equipo, el cual nace y crece como una suma de inquietudes individualidades. Esta situación genera sufrimiento, entendido como un padecimiento, dolor o pena. Se trata de un servicio con un elevado grado de tensión que comporta situaciones de comunicación intensas. Una de las participantes dice al respecto: “*estresada, la faena sale pero yo me estreso. Hay que correr mucho, sobre todo a primera hora. La comunicación es más agresiva*” (A03).

La expresión de los sentimientos dolorosos no resulta fácil, optando incluso por permanecer en silencio ante determinadas situaciones de conflicto inter-

no. Según Leyva, en su trabajo sobre el silencio organizacional, la acción de poder hablar libremente, el expresar la opinión en voz alta y dejar aflorar los sentimientos son importantes. El resultado de la ausencia de estas acciones es el silencio. En su estudio menciona que en multitud de ocasiones las personas, en su puesto de trabajo, no hablan por miedo a las represalias, por ser estigmatizadas como conflictivas, por lo tanto deciden estar en silencio, de la misma forma que otras deciden expresarse estableciendo conflictos, ya sea abusando de su poder por una aceptación explícita de las jerarquías, por los años de experiencia u otras razones.¹⁰ En nuestro estudio evidenciamos la necesidad de hablar y de ser escuchado, de comunicarse con retroalimentación. Un problema cuyo origen parece identificarse con la carga de trabajo y el complejo del entorno. Esta situación puede comportar la aparición la soledad, entendida como la falta de compañía o notar la ausencia de alguien. Los discursos refieren cierto grado de incompreensión e incapacidad para resolver determinadas situaciones complejas, optando por el aislamiento para evitar así enfrentamientos innecesarios. Esta situación queda demostrada en las palabras de una de las informantes: “*Te aíslas, si no tienes buena relación con tus compañeras, te aíslas más. Me gusta mi*

espacio. Cuando acabo mi quirófano no voy al relax. Me quedo sola con mis cosas. A veces pienso que no me entienden mis compañeras, o no sé expresarme, no sé, me encierro en mi misma [silencio, a punto de llorar]” (A03).

La dificultad para gestionar esta amalgama de emociones intensas genera la aparición de sentimientos cercanos al enojo, ira o rabia. Hay que destacar también la presencia de cierto temor o miedo ante la percepción de peligros reales o supuestos relacionados con la convivencia grupal: “*me da miedo a trabajar con morros*” como dice la informante A05. “*Todo se basa en números, somos una fábrica, si ponen tres, salen tres y si ponen cuatro, salen cuatro, eso no quita que no puedas ir al lavabo ¡venga ya! Perdemos comunicación, entre compañeras ni nos vemos*” (A04).

Fruto de esta situación de difícil manejo y gran carga emocional, es fácil optar por la evitación y conformismo para evitar problemas o enfrentamientos, adentrándose así en una nueva realidad personal más cómoda y segura. Esta adaptación al entorno, comporta una frustración que secundaria a las consecuencias negativas de decir lo que se piensa, o por creer que permanecer callado mejora el ambiente laboral, a pesar de ser contrario a las creencias del individuo.¹⁰ Kish-Gephart indica en su artículo sobre el silencio en la empresa, que el efecto cognitivo de “lo malo es más fuerte que lo bueno” va unido a la persistencia de recuerdos basados en el miedo, y sugiere que la eficacia expresiva no es fácil de desarrollar, signo claro de inmadurez comunicativa por parte de todos los estamentos, imprescindible para favorecer la fluidez de las relaciones laborales.¹⁴ Una de las informantes dice al respecto: “*Es que a mí ya me va bien, ya me va bien, ¿para qué vamos a liarlo más? ¿No? A mí ya me va bien, ya me es cómodo así. No sé, yo creo que puedo trabajar con cualquiera de ellas, y ya está, trabajaré y ya está, nada más.*” (A08).

El entorno ideal. Como hemos comentado, la comunicación en el ambiente de trabajo está asociada a las condiciones que se viven dentro del entorno laboral. El ambiente de trabajo se compone de todas las circunstancias que inciden en la actividad realizada. Lo habitual es vincular el ambiente de trabajo a las relaciones humanas: si un trabajador se lleva bien con sus superiores y compa-

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes

	Edad	Años experiencia profesional	Años quirófano	Tipo contrato	Titulación especialista
A01	49	27	23	Fijo	2
A02	38	12	9	Fijo	1
A03	54	30	20	Fijo	1
A04	53	33	28	Fijo	1
A05	48	28	6 meses	Fijo	0
A06	36	13	3	Interina	1
A07	50	29	26	Fijo	0
A08	58	38	38	Fijo	2
A09	48	27	26	Fijo	1

Tabla 2. Relación de dominios y subdominios que explican la comunicación entre las enfermeras del área quirúrgica

DOMINIO	SUBDOMINIO
El mundo real	Sufrimiento
	Soledad
	Miedo
	Vulnerabilidad
	Evitación
El entorno ideal	Conformismo
	Satisfacción
	Seguridad
Limitación espacial	Confort

ñeros, se diría que se desempeña en un buen ambiente de trabajo, donde las discusiones y los conflictos relacionales no son frecuentes. En cambio, si el trabajador discute y se confronta con el resto del entorno, el ambiente de trabajo será menos fácil. Se construye así, el “entorno ideal”, un dominio que hace referencia a una realidad anhelada, caracterizada por la satisfacción, el confort y la seguridad tanto personal como grupal. La satisfacción se concibe como el grado de conformidad de la persona respecto a su entorno de trabajo. Incluye principalmente la consideración del tipo de trabajo, las relaciones humanas, la seguridad y la remuneración. Asimismo, la satisfacción incide en la actitud del trabajador frente a sus obligaciones, y en consecuencia con su forma de relacionarse y comunicarse. Puede decirse que la satisfacción surge a partir de la correspondencia entre el trabajo real y las expectativas del trabajador, y que se concibe como necesaria. Al respecto, los informantes relatan lo siguiente: “Si, nos echamos cuatro risas, nos comentamos cuatro cosas y es agradable” [se refiere a cuando toman café a primera hora, fuera del horario laboral] (A02).

La comunicación fluida, transparente y bidireccional genera un entorno personal de seguridad, y por ende, de bienestar, el cual, no obstante, precisa de interés y dedicación. Generar dinámicas y ambiente satisfactorio parece estar en manos de uno mismo, aunque sometido a una gran influencia del entorno. Dos de los informantes del estudio ilustran este hecho: “Yo creo que me entienden [...] intento adaptarme y que se adapten. Que haya comunicación” (A01). “Si, me comunico bien, mi entorno se comunica bien, [...]. Yo resuelvo mis propios problemas, no voy al despacho [...]. Ahora ha cambiado todo bastante, hay otro aire, mejor entente” (A04).

La comunicación en el entorno quirúrgico del grupo estudiado, se concibe como necesaria para establecer dinámicas cómodas, entendido este hecho como una necesidad de confort en el trabajo. Se percibe esta necesidad, casi como un anhelo, cómo algo que con el paso del tiempo se ha ido perdiendo: “Me gustaba más cuando podíamos hablar un poquito” (A01). Necesitan sentirse a gusto consigo mismas y con el resto del grupo para poder trabajar y relacionarse de forma satisfactoria, sin necesidad de llegar a forjar relaciones intensas ni grandes amistades, pero al menos asegurar la convivencia pacífica y agradable. “Creo que es importante relacionarse mínimamente, yo creo que tam-

co si no quieres ser amiga no hace falta, hay que entenderse y que tú sepas que está allí si la necesitas” (A08). “Si se está trabajando solo dos compañeras, con esa persona pasas las ocho horas seguidas, con esa persona tienes que hablar, porque si no es inhumano, es inviable, no se puede trabajar sin hablar” (A05).

Limitación espacial del entorno. Las características propias del espacio físico representan por sí una realidad que influye de forma directa e indirecta en la comunicación de las enfermeras. Como se ha mostrado anteriormente, el área quirúrgica es un espacio físico cerrado, que implica restricciones físicas, estructurales y psicológicas, además de interactuar siempre con las mismas personas. Esta realidad particular contribuye en la aparición de algunas limitaciones relacionales que generan alguna inquietud. Alguno de los informantes relata su experiencia, centrándose principalmente en la sensación de cautiverio, donde los espacios, roles y normas están muy definidos: “El quirófano es muy cerrado, una pecera, cada uno tiene su hueco, su rincón, sabe perfectamente lo que tiene que hacer, como mucho te cruzas, te saludas y si da para una conversación como mucho es de dos minutos” (A05).

Todas estas particularidades hacen que exista una inseguridad que puede resultar en malestar y que tan solo se solventa con buena profesionalidad gracias a un buen sistema de actividades protocolizadas de todas las intervenciones; el hecho de saber perfectamente todo lo que implica una intervención quirúrgica hace que adquieran seguridad sin necesidad de recurrir a la comunicación.

Como limitación es preciso reconocer que las investigadoras conocían de primera mano el espacio y las personas donde se llevó a cabo el estudio. Por tanto alguno de los relatos u observaciones podría haberse visto afectados. Aun así, se hizo hincapié en asegurar a los participantes la confidencialidad de los datos recogidos. Esta misma limitación es a su vez un punto fuerte, ya que nos permitió total accesibilidad para poder desarrollar nuestro trabajo.

Conclusiones

Hemos querido evidenciar la importancia de una buena comunicación para, si es preciso, a posteriori, desarrollar formas y estrategias que cumplan las expectativas, pero sorprendentemente a medida que

realizábamos el estudio, evidenciábamos que asistencialmente se cumplen todos los criterios aunque no se disponga de una buena comunicación, y ello se ha logrado con una planificación estandarizada mediante protocolos.

Este estudio sugiere que la comunicación entre las enfermeras del área quirúrgica presenta deficiencias y carencias importantes. Este trabajo muestra una realidad caracterizada por la dualidad constante entre “lo real” y “lo ideal”. Su entorno cerrado, así como la cada vez más estresante presión asistencial, los tiempos quirúrgicos, las constantes nuevas técnicas, las rotaciones en distintas especialidades, hace que las circunstancias las lleven a realizar una serie de acciones y a tomar una serie de actitudes que no reflejan realmente lo que ellas quisieran como enfermeras quirúrgicas.

Como conclusión final hemos detectado que la dificultad en la comunicación intraprofesional, no implica un deterioro de la praxis, ni va en detrimento del cuidado del paciente, ya que todas las actividades funcionan por protocolos. Sin embargo el déficit de comunicación en el terreno laboral de forma mantenida causa: vacío, insatisfacción, apatía y desencanto, que puede abarcar los aspectos personales, y por supuesto incidir en el terreno profesional. Consideramos que sería positivo ahondar más en este tema y proponer actividades para mejorar el entorno y las dinámicas de comunicación.

Agradecimientos

Quisiéramos destacar el apoyo incondicional al Dr. en Enfermería Juan M. Leyva, sin el cual este estudio no habría sido posible, así como a todas las personas que se han prestado a colaborar desinteresadamente.

Bibliografía

1. Moreno-Millán E, Villegas-Del Ojo J, Prieto-Valderrey F, Nieto-Galeano J. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Med intensiva* 2011; 35(1):3-5. DOI: 10.1016/j.medint.2010.09.007.
2. Ballenato Prieto G. Comunicación eficaz. Teoría y práctica de la comunicación humana. 2ª ed. Madrid: Ed. Pirámide; 2006.
3. Ulla S, Arranz P, Argüello MT, Cuevas C. Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería clínica* 2002; 12(5): 217-23.
4. Spradley J. The ethnographic interview. Forth Worth, Texas: Harcourt Jovanovich College; 1979.
5. McGibbon E, Peter E, Gallop R. An institutional ethnography of nurses' stress. *Qual. Health Res.*

2010; 20(10):1353–78. Doi: 10.1177/1049732310375435.

6. Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 2002; 77(3), 232–237. Doi: 10.1097/00001888-200203000-00013.

7. Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería* 2000; 30:30-35.

8. Adams A, Bond S. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *J Adv Nurs*. 2000; 32(3):536-543. Doi: 10.1155/2012/210509.

9. McHug MD, Kutney-Lee A, Cimiotti J P, Sloane D M, Aiken L H. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff (Millwood)*. 2011; 30:202–10. Doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.029.

10. Leyva-Moral, Juan M. El silencio entre los profesionales de la salud, un arma de doble filo. *Index de Enfermería* 2008; 17(1): 34-38. Doi: 10.4321/S1132-12962008000100008.

11. Garay Baño A. La comunicación organizacional y su incidencia en el clima laboral de la empresa "comunikt" [dissertation]. Univ. Ambato, Ecuador, 2013.

12. Martínez Romero V. La Comunicación Organizacional y su incidencia en el Clima Laboral de la empresa "Agroindustrial Agrocueros S.A". Universidad Ambato, Ecuador: 2012.

13. Hamme M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. *Etnografía Métodos de Investigación*. Barcelona: Ed Paidós; 1994.

14. Kish-Gephart JJ, Detert JR, Treviño LK et al. Silenced by fear: The nature, sources, and consequences of fear at work. *Research in Organizational Behavior* 2009; 29: 163–193. Doi: 10.1016/j.riob.2009.07.002.

BIBLIOGRÁFICA

GUÍAS RÁPIDAS

La entrevista en profundidad en 10 pasos

Manuel AMEZCUA

Grupo de Estudios Documentales, Fundación Index, España

Correspondencia: secretaria@ciberindex.com

1. Documentarse previamente sobre el informante y su contexto.

Si es posible, obtener la máxima información que podamos sobre la persona que vamos a entrevistar, lo que nos ayudará a orientar la entrevista hacia aspectos de potencial interés. Naturalmente nos referimos a fuentes accesibles que no atenten contra la intimidad y derechos de privacidad del informante.

2. Elaborar un guión temático como recordatorio.

Identificar los aspectos que nos gustaría incluir en la entrevista (pueden estar en relación con las variables o dimensiones del estudio). Hablamos de un listado de temas, nunca de preguntas. Esta es la manera de que, durante la entrevista, elabores las preguntas adaptándolas a las características del informante.

3. Programar la entrevista en la hora y lugar que el informante elija.

Se trata de transmitir confianza, por tanto, comencemos por adaptarnos a las preferencias del informante. Si está cómodo lo hará mejor. Fija algunos límites: nada de lugares ruidosos, nada de interrupciones, nada de testigos (y si se imponen, negociar el rol de participante silencioso).

4. Entrenarse en los medios de grabación.

Una entrevista en profundidad es un acto único e irreplicable, por tanto no hay lugar a las improvisaciones. Comprueba el estado de la batería y el adecuado funcionamiento de la grabadora antes de comenzar.

5. Motivar al informante para que hable abiertamente sobre lo que considere que es importante.

Él es el dueño de la palabra y quien decide qué es lo que incluye en su relato. No le interrumpas (luego decides lo que te conviene o no transcribir). Evita interrogarle sobre lo que tú consideras importante (mejor preguntas descriptivas que directivas). Primero deja que el informante se exprese con libertad y cuando haya finalizado repasa tu guión temático, continúa conversando introduciendo temas no tratados.

6. Establecer una duración máxima de la sesión en función de las posibilidades del informante (siempre inferior a 2 horas).

Menos tiempo si el informante es una persona mayor o notas signos de cansancio. Siempre es preferible realizar nuevas sesiones que agotarle en una sola entrevista.

7. Observar y registrar el lenguaje no verbal.

Sus gestos, sus posturas, sus estados de ánimo, sus emociones, sus silencios. Cuando son significativos merece la pena anotarlos. Luego los incorporas a la transcripción en anotaciones entre corchetes, siempre serán más descriptivos que el uso de puntos suspensivos. No te parezcas a la grabadora, utiliza tu propio lenguaje corporal para mostrar interés y motivar al informante.

8. Mantener la ética en todo momento, agradeciendo la participación.

El respeto al informante pasa por garantizar sus libertades como sujeto de una investigación, acepta si desea retirarse sin finalizar la entrevista, o interrúmpela si le está haciendo sufrir. Agradece su esfuerzo, la sensación de haber sido útil puede ser la mejor recompensa.

9. Transcribir las grabaciones lo antes posible.

Hazlo con método y lo más próximo a la realización de la entrevista. Así recordarás mejor expresiones poco comunes, pasajes afectados por ruidos u otros defectos de grabación.

10. Verificar el contenido de las transcripciones con el informante.

Si tienes oportunidad, otorga al informante el derecho al veto: entrega una copia de las transcripciones y permite que haga las modificaciones que estime oportunas.