



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/417.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>La comunicación profesional-paciente, a través del discurso de las y los pacientes hospitalizados en la Xerencia da Xestión Integrada de Vigo (Galicia)</b>
<i>Autores</i>	Carlos Salgado-Álvarez, Laura Moure-Fernández, M <sup>a</sup> José Pualto-Durán, Rosa Antolín-Rodríguez, Benxamín Porto-Porto
<i>Centro/institución</i>	EOXI (Estructura Organizativa da Xerencia da Xestión Integrada) de Vigo
<i>Ciudad/país</i>	Vigo (Pontevedra), España
<i>Dirección e-mail</i>	carlos.salgado.alvarez@sergas.es

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La comunicación es la base de la interacción social, y como tal, es el principio básico de la sociedad, su esencia.<sup>(1)</sup>

Desde la gestión hospitalaria, la comunicación y en concreto la denominada "comunicación externa (aquella mantenida entre profesionales sanitarios y pacientes, entre otros) es considerada como un valor estratégico organizacional. A la vez que se considera vehículo de ciertos valores intangibles que potencian la arquitectura de la marca del hospital. Pero a pesar de lo anterior, también es conocida la escasa tradición comunicativa desarrollada en los hospitales. Es perentorio, por tanto, sondear el estado de los procesos "comunicativos externos" mantenidos entre profesionales de la salud y pacientes (ó público externo) desde la visión particularista de estos últimos.<sup>(2)</sup>

### Objetivos

- Describir la percepción, a través de la óptica de las y los pacientes, de los procesos comunicativos entre profesionales sanitarios y pacientes.

### Específicos

- Detectar las necesidades no cubiertas en relación a la información/comunicación recibida a través del discurso de las y los pacientes.
- Enuclación de los problemas de comunicación entre el/la profesional sanitario/paciente.

## Metodología

Estudio de corte cualitativo, de carácter descriptivo donde se utilizó la entrevista en profundidad (con guión y duración 60-90 minutos), registrada mediante el uso de grabadora, como herramienta de obtención de datos.

Los sujetos del estudio (n=12) fueron seleccionados utilizando un muestreo de tipo:

Intencional (n=4), para los informantes expertos: aquellos que ocupaban un cargo directivo de las asociaciones de pacientes con sede en Vigo seleccionadas.

Aleatorio (n=8), para los informantes estratégicos: pacientes ingresados en el EOXI de Vigo en unidades de hospitalización quirúrgicas (n=4) y médicas (n=4) y que fueron dados de alta en el año 2013/14.

El reclutamiento del grupo aleatorio se realizó de forma prospectiva, seleccionando aleatoriamente una planta médica y otra quirúrgica de cada uno de los hospitales seleccionados. Se escogió un día de cada semestre del año. El día seleccionado, se reclutaban las/los pacientes entre aquellas/os que eran alta ese día, comenzando por los ingresados con el nº de habitación y cama más bajo, y con una estancia hospitalaria igual o mayor de 3 días.

Criterios de inclusión: ser mayor de edad y estar en plena posesión de facultades mentales.

Criterios de exclusión: no comprender la lengua castellana o gallega y no residir en el Área Sanitaria de Vigo.

El análisis cualitativo de datos textuales se realizó utilizando el ATLAS.ti 6.2 según el diseño de Taylor y Bodgan.<sup>(3)</sup> A lo largo de la investigación se desarrolló un proceso de triangulación y contraste de la información obtenida en las entrevistas por todos los integrantes del equipo investigador.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Galicia: nº expediente 2013/041.

## Resultados

Se entrevistaron 8 hombres y 4 mujeres.

Se consiguió la saturación de los campos del habla a pesar de que la muestra investigada no presentaba una fuerte homogeneidad inclusiva.

Del análisis de datos emergieron 48 categorías analíticas relacionadas con las sensaciones, opiniones y vivencias referidas por las/os informantes acerca de la asistencia/atención hospitalaria. De éstas, 14 categorías resultaron relevantes para los objetivos del estudio, que se agruparon en tres categorías de segundo orden o familias:

- Características de la interacción médica/o-paciente (cuadro 1)
- Características de la interacción enfermera/o-paciente (cuadro 2)
- Mala identificación del profesional (cuadro 3)

Respecto a las características de la interacción médica/o -paciente, esperan de éste, información acerca de su proceso de Salud/Enfermar/Atención en cantidad suficiente, continuada, en el momento oportuno y adaptada al código del paciente. También demandan más información y sensibilidad circunscrita a la esfera psicosocial, ser escuchados (mayor posibilidad de feedback) y un trato más personalizado.

A las/os médicas/os se les cuestiona su hegemonía de saber experto y las relaciones que mantienen por tradición de complementariedad o asimetría (axioma de Palo Alto)<sup>(4)</sup>.

Surgen sesgos atribucionales donde se tiende a culpar al paciente de los errores cometidos por el colectivo:

*“(...) ¿quién le habrá recetado antibiótico a esta niña? y mi mujer que se acordaba le dijo al médico: usted se los dio otra vez que vinimos a urgencias (...)” E1QM*

En la segunda familia, encontramos que las/os pacientes necesitan/esperan de las/os enfermeras/os además de una información sobre sus cuidados (verbal y por escrito) rigurosa/correcta, ser reconfortados y acompañados a través de la escucha, la comprensión empática y la Relación de Ayuda (realizada durante el ejercicio de su profesión de ayuda) durante su hospitalización:

*“La enfermera está allí todo (...) su turno ¿no? Y lo que necesites, te lo va a dar ella” E2A*

Perciben que la mayor interacción comunicativa se realice durante la realización de la “tarea” (considerada “tarea express” por la rapidez percibida por los pacientes en su ejecución) y muy baja durante el resto de su estancia, así como una tendencia hacia el biologicismo y el paternalismo:

*“(...) notas a las enfermeras que andan a correr todo el día, que andan con las pastillas a correr con el carrito porque les viene la comida, no dan repartido el material” E1MX*

Cala en el discurso de las/os entrevistadas/os la ambigüedad y ansiedad que les genera la mala o imposible identificación de los roles profesionales sanitarios debido a que las/os profesionales no tienden a presentarse formalmente, y tampoco ayuda su idéntica uniformidad en la vestimenta:

*“Yo tenía una idea, algo por los uniformes aunque no muy definido, sabía que los médicos andan con bata por eso lo sabía, el resto no lo sabía“ E1MM*

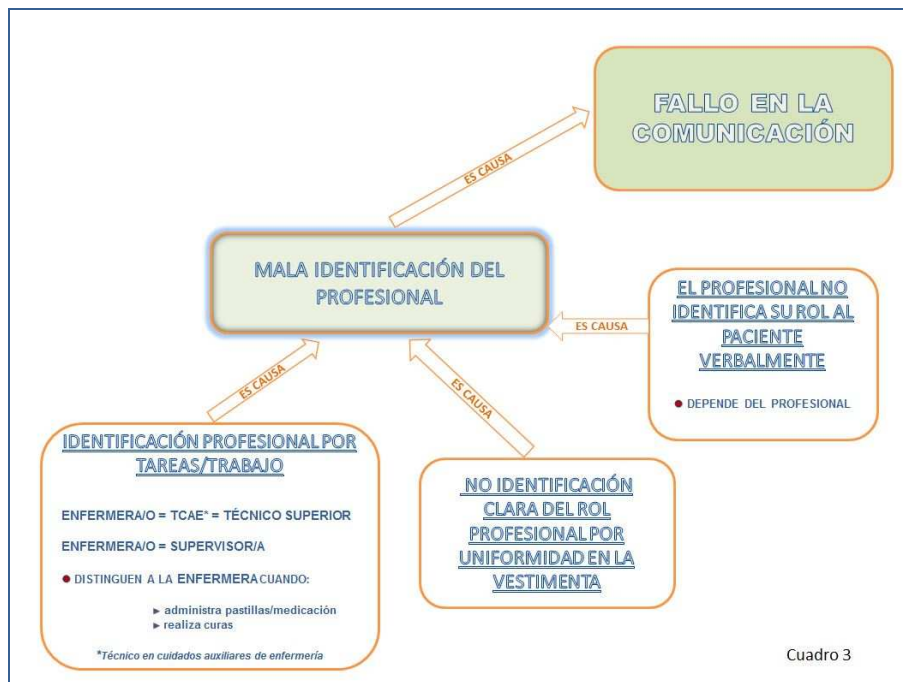
Tienden a utilizar como recurso de identificación del rol profesional el tipo de tarea realizada, si bien esto requiere, en ocasiones, una gran cantidad de tiempo debido al elevado número de profesionales que integran las plantillas hospitalarias.

Aparecen reacciones de tolerancia y justificación del déficit en el proceso comunicativo, que los pacientes asocian a la idiosincrasia del profesional (médicas/os y enfermeras/os) y/o a la falta de habilidades de comunicación.

De manera que mediante los mapas conceptuales (cuadros 1, 2 y 3) puede observarse la vinculación entre las tres familias y el fallo en el proceso comunicativo entre enfermera-o/médica-o e informante.

En las tres familias permean las dificultades y desencuentros entre los profesionales sanitarios y los informantes.





## Discusión

Las tres familias identificadas se fundamentan en el Primer Axioma de Palo Alto: “No es posible no comunicar” ya que toda conducta tiene valor de comunicación y no es posible la no conducta en el hombre. <sup>(4)</sup>

Tanto la correcta identificación del personal, como una adecuada información y/o comunicación se encuentran fuertemente asociadas a una alta satisfacción con la asistencia sanitaria recibida por los pacientes, <sup>(5)</sup> y a tenor de nuestros resultados, la organización debería plantearse la implementación de habilidades de comunicación paciente-profesional, como método para la mejora de la calidad asistencial.

En el discurso del paciente, trasciende la necesidad de adaptación/cambio de los roles profesionales, como ocurre en otros estudios, <sup>(6,7)</sup> y se le cuestiona a la médica/o su hegemonía de saber experto, y las relaciones que mantienen por tradición/dominación de complementariedad o asimetría.

Al mismo tiempo, detectan distorsiones cognitivas y obstáculos en la comunicación por parte de las/os enfermeras/os a la hora del procesamiento de los datos (moralizar, etiquetar, dirigir, etc), que no esperaban, ni llegan a entender por parte de este rol profesional, ya que las/os enfermeras/os han sido, hasta ahora, los profesionales que aportaban el lado más humano a la atención sanitaria. <sup>(7)</sup>

## Conclusiones

Aunque los hospitales son sistemas altamente complejos, formados por distintos subsistemas fuertemente interrelacionados y donde trabajan con el mismo objetivo un gran número de profesionales distintos, con una elevada especialización en ámbitos científicos diferentes, los informantes perciben como protagonistas principales en su interacción comunicativa a las/os médicas/os y enfermeras/os. Si bien esta interacción comunicativa es totalmente diferente de un colectivo a otro, tanto en la realidad diaria como en lo que las/os pacientes esperan o necesitan de cada uno. Destaca la no satisfacción en el proceso comunicativo con ambos colectivos.

La comunicación tiene un papel fundamental en los procesos de salud y enfermedad de la persona, de modo que cualquier profesional sanitario debería aprender a comunicarse. Una buena comunicación permitiría conocer las necesidades de información del paciente y sus preocupaciones, así como el nivel de comprensión de su proceso.

Todos los roles profesionales sanitarios, deberían evitar ese concepto empobrecido de profesionalidad, consecuencia del distanciamiento entre humanismo y ciencia, ya que no puede existir una asistencia digna sin ser una asistencia humanizada.

*Este estudio ha sido becado con la Ayuda Universidad de Vigo en el VIII Certamen de Investigación de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo en el año 2012.*

## **Bibliografía**

1. Rizo-García M. El camino hacia la “Nueva Comunicación”. Revista Razón y Palabra. agost–sept 2004.nº 40, año 9.
2. Medina Aguerrebere, Pablo (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. Revista de Comunicación y Salud. 2012;Vol.2, nº 1, pp. 19-28.
3. Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós;1994.
4. Rodrigo Alsina, M. La comunicación intercultural. Rubí (Barcelona): Anthropos; 1999.
5. Dierssen-Sotos T et al. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Diciembre 2009; 32(3):317-25.
6. Italo Braghetto M, Patricio Baronti C. Relación paciente-médico: Una alianza que fomenta la calidad. Revista chilena de cirugía 2007; 59(5):385-92.
7. García-Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm 2014;17(1):70-4