



ORIGINAL

Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo



E. Martín Padilla^{a,*}, P. Sarmiento Medina^b y A. Ramírez Jaramillo^c

^a *Psicología Clínica y de Familia, Grupo Contexto y Crisis, Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia*

^b *Departamento de Bioética, Universidad Sacro Cuore, Roma, Grupo Kheyron, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia*

^c *Psicología Clínica y de Familia, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia*

Recibido el 8 de octubre de 2013; aceptado el 29 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 29 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Comunicación en salud;
Cuidado a largo plazo;
Relaciones profesional-paciente;
Práctica profesional;
Calidad de la atención de la salud

Resumen

Objetivo: Identificar aspectos de la comunicación del profesional que inciden en la calidad de la atención a largo plazo en pacientes con enfermedad crónica o discapacidad y sus familias, según la experiencia de profesionales sanitarios, como base para la elaboración de un instrumento de evaluación.

Material y método: Estudio descriptivo de tipo cualitativo. El procesamiento de datos se hizo por análisis interpretativo desde la teoría fundamentada. Participantes: 12 profesionales de la salud (3 médicos, 3 enfermeras, 3 terapeutas y 3 psicólogos) de la Clínica de la Universidad de La Sabana, Chía, y otras instituciones en Bogotá, Colombia, con experiencia de más de 8 años en atención a la enfermedad crónica o a la discapacidad en contextos hospitalarios. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y encuesta Delphi. Las estrategias de confiabilidad incluyeron muestreo teórico, evaluación por jueces, triangulación de técnicas de recolección y de entrevistadores.

Resultados: Se definieron aspectos específicos de la comunicación de los profesionales que pueden optimizar la calidad de la atención en salud, tanto en el manejo de la información, como en la relación con pacientes y familiares. A partir de estos aspectos, se diseñó una matriz con ejes, códigos y componentes, como soporte para la construcción de instrumentos.

Conclusiones: La comunicación en salud, para convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible, dada con acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamiento. Se debe incluir y dar participación a la familia en una toma de decisiones argumentada.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mario.martin1@unisabana.edu.co (E. Martín Padilla).

KEYWORDS

Health communication, Long-term care; Professional-patient relationships; Professional practice; Quality of health care

Professional communication in long term health care quality**Abstract**

Objective: To identify aspects of professional communication that affect the quality of long-term care for patients with chronic illness or disabilities and their families, in the experience of health professionals, as input for the development of an assessment tool.

Material and method: Descriptive qualitative. The data was processed by performing an interpretative analysis from grounded theory. The participants included 12 health professionals (three doctors, three nurses, three therapists and three psychologists), who work at the Hospital of the Universidad de La Sabana, Chia, and other institutions in Bogotá, Colombia, with more than five years experience in programs treating chronic disease or disability in hospital therapeutic contexts. Semi-structured interviews and a Delphi survey were used. Validation strategies included, theoretical sampling, script evaluation by judges, triangulation of data collection techniques, and interviewers.

Results: We defined specific aspects of professional communication that could optimize the quality of health care, in information management as well as in the relationships with patients and families. From these aspects, an explanatory matrix was designed with axes, categories, and codes as a support for the construction of tools.

Conclusions: Health communication, in order to become a therapeutic support element, requires professional training in communication skills to give information in an understandable way, with emotional support and coping possibilities. It should include and involve the family in decision making.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Hablar de comunicación en salud implica referirse a una serie de interacciones que se dan en la relación profesional con los usuarios de los servicios sanitarios y contribuyen positiva o negativamente en la percepción de satisfacción de los mismos, como se evidencia en revisiones y estudios sobre el tema¹⁻⁴. En estos trabajos se ve cómo, en cada campo de acción disciplinar, hay una incidencia de la comunicación en la calidad de la atención, lo que a su vez repercute en las actitudes y las conductas frente al proceso de intervención por parte de pacientes y allegados. Añadido a esto, se ha reconocido el efecto terapéutico de una buena comunicación, además del obtenido por los fármacos o procedimientos clínicos⁴.

Esta comunicación incluye al paciente y a su familia, que es el contexto más influyente en la salud, y el afrontamiento de la enfermedad, por lo cual su participación en el proceso es un factor fundamental para la evolución clínica y el apoyo al tratamiento, como se sostiene en la terapia sistémica de familia o en la medicina familiar⁵. El encuentro entre profesionales, pacientes y sus familias implica un intercambio de información, donde se debe avanzar hacia orientaciones específicas de tipo educativo y pedagógico, que posibiliten la participación activa y favorezcan el afrontamiento de la condición de salud⁶. En este sentido cabe preguntarse, ¿en qué medida están preparados los profesionales sanitarios para asumir el reto de la interacción comunicativa? Sondeos al respecto encuentran vacíos en la formación universitaria, por lo que se precisa incluir en los currículos de las profesiones de la salud el entrenamiento en comunicación, desde modelos y parámetros aplicables en el ámbito asistencial e interprofesional^{7,8}.

En este sentido, se ha comprobado la importancia de la comunicación como factor terapéutico. Song et al.⁹, en un análisis de datos secundarios de entrevistas cualitativas con 28 pacientes con cáncer, destacaron la importancia de la comunicación para ampliar el conocimiento que tiene el paciente y la familia sobre su historia de salud, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento; igualmente, señalaron la importancia de las actitudes de confianza, como aspectos clave en la relación médico-paciente. A su vez, Nelson et al.¹⁰, en un estudio con pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón, encontraron que la falta de comunicación con el médico en temas clave era un problema generalizado, por lo que los pacientes se veían perjudicados al aumentar su malestar y poner en peligro los resultados clínicos. Domínguez et al.¹¹, utilizando un método Delphi con un grupo de expertos seleccionado entre el personal médico y de enfermería de los servicios de oncología médica y radioterapia, estudiaron las dificultades de comunicación entre profesionales y pacientes con cáncer. En dicho estudio destacaron aspectos clave para mejorar la comunicación con los pacientes, como la formación del profesional en habilidades para dar información veraz pero sin generar expectativas falsas, crear un clima de confianza y solidaridad, usar un lenguaje asequible, tener en cuenta las necesidades de información de la familia, dedicar el tiempo suficiente y utilizar un protocolo de atención consensuado por el equipo de profesionales.

En relación con este contexto, se han identificado en los estudios previos elementos o parámetros específicos de la comunicación entre profesionales de la salud y las personas atendidas^{1,2,12}. A partir de estos trabajos, se evidencia la necesidad de identificar las áreas o las dimensiones de la comunicación⁵, para dar una organización a la diversidad de los temas y aspectos que pueden estar incluidos en

una noción tan compleja como la comunicación en salud y avanzar en instrumentos que permitan la evaluación y optimización de la interacción de los equipos profesionales con los usuarios en programas de atención a largo plazo.

Sobre la base de estos antecedentes, el presente estudio tuvo como objetivo identificar aspectos para una comunicación eficaz, que contribuyeran a la calidad de la atención a largo plazo, a partir de la experiencia de profesionales de la salud en servicios clínicos. Este objetivo constituyó una primera fase, cuyos resultados se utilizaran como base para la construcción de un instrumento de evaluación de los componentes de la comunicación, a fin de aportar una herramienta para el mejoramiento en la calidad de la atención en salud.

Material y métodos

El proyecto se enmarca dentro de la investigación social en salud. El método utilizado fue descriptivo y cualitativo. Las investigaciones de este tipo, antes que explicar o comprobar, permiten crear significados en un contexto social específico, desde la interpretación de los datos^{13,14}. El procedimiento se llevó a cabo desde junio del 2011 hasta agosto del 2012. Se seleccionó a profesionales contactados en la Clínica de la Universidad de La Sabana (Chía, Colombia) y profesionales que trabajaban en instituciones de Bogotá. Participaron 12 profesionales de la salud: 3 médicos (2 con especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, uno con especialidad en pediatría), 3 enfermeros (2 especializados, un especialista en gestión en rehabilitación, un especialista en Bioética), 3 terapeutas (2 fisioterapeutas y una fonoaudióloga) y 3 psicólogas (una con maestría en Psicooncología, una con maestría en Neuropsicología clínica, una con maestría en Evaluación Psicológica Clínica y Forense) con más de 8 años trabajando en la atención a la enfermedad crónica o a la discapacidad, en contextos terapéuticos hospitalarios. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, avalado por el Comité de Ética de la Universidad de La Sabana, entidad financiadora, y por la subcomisión de investigaciones de la clínica.

En la primera fase, se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas, donde se trabajó un guión en un diálogo cara a cara, abierto a cambios e introducción de nuevas preguntas o temas, según el curso de la conversación¹⁴. Para las entrevistas se partió de 2 categorías centrales propias de la interacción comunicativa, comunicación de contenidos y relación entre profesionales, pacientes y familiares, definidas sobre la base de la teoría de la comunicación de Watzlawick et al.¹⁵. Las entrevistas se desarrollaron con una guía de ítems, valorada por jueces (véanse las tablas 1 y 2). Posteriormente, se elaboró y aplicó una encuesta tipo Delphi a 12 participantes, incluidos los 8 entrevistados. La encuesta se elaboró sobre la base de los resultados de las entrevistas, para verificar con los profesionales el consenso sobre las interpretaciones hechas por el equipo investigador y así buscar la saturación de la información. Fue una técnica que facilitó la consulta de un grupo de expertos mediante la aplicación de cuestionarios respondidos de manera anónima sin que los integrantes se reunieran. Este enfoque posibilitó la verificabilidad de consensos y diferencias en la información¹⁶.

Para la interpretación, se utilizó como estrategia de análisis el método comparativo constante de la teoría fundamentada, haciendo un microanálisis línea por línea¹⁷. Se utilizó como soporte tecnológico el programa ATLAS TI. Como recursos para sustentar la confiabilidad, se hizo uso de los criterios propios de los estudios cualitativos, mediante la segmentación de la muestra, la valoración por jueces, la triangulación de entrevistadores (entrevistador y observadores) y la triangulación de técnicas de recolección (entrevistas y encuestas)^{13,18}, tal como muestra la figura 1.

Resultados

Los resultados se agruparon por categorías: en la categoría 1 (comunicación de contenidos) se incluyó la información acerca del proceso de diagnóstico e intervención¹⁶. En la categoría 2 (relación profesional) se registró la interacción entre los distintos profesionales, la persona en tratamiento y su familia.

Categoría 1: comunicación de contenidos

Tal como muestra la tabla 1, la comunicación de contenidos como recurso terapéutico dependió de que el profesional tuviera el entrenamiento y la habilidad para proporcionar u obtener la información necesaria, actualizada y exenta de especulaciones o detalles excesivos. Igualmente, que la información se diera en un lenguaje comprensible para los interlocutores y fuera verificada su comprensión; que la información tuviera correspondencia con la evaluación e intervención, fuera oportuna y cumpliera con el propósito de lograr que el paciente y su familia obtuvieran conocimiento para afrontar el proceso de salud-enfermedad. La comunicación también incluía una adecuada información del pronóstico: este debía ser dado haciendo una distinción entre el curso posible de la enfermedad o discapacidad, que el profesional pudiese anticipar a partir de la evidencia científica, y la evolución clínica, que podía variar según diferencias individuales físicas, psicológicas y sociales.

Categoría 2: relación profesional

Como se aprecia en la tabla 2, la relación profesional requirió del manejo de las expresiones emocionales. Se debían posibilitar en la interacción entre profesionales y familias la participación y la colaboración mutua. Esto requería de un contexto adecuado, con suficiencia de los tiempos y medios para los encuentros con la familia. Igualmente, se requirió de un proceso educativo que facilitase el ajuste y la aceptación de la condición clínica y así lograr adherencia al tratamiento. Además de la información sobre el pronóstico y la evolución, las personas necesitaban conocer por qué se había elegido una ruta determinada de intervención y qué iba a implicar para su vida cotidiana. En la elección del tratamiento, era importante permitir los desacuerdos y ser flexibles a los cambios, si se presentaban razones suficientes, a fin de respetar la autonomía a la cual tenía derecho el

Tabla 1 Resultados categoría 1: comunicación de contenidosÍtem Entrevista-Resultado-Texto participante^a

- Entrenamiento de los profesionales: no hay un entrenamiento previo suficiente en habilidades de comunicación; aunque estas habilidades se perfeccionen con la práctica esta formación sería necesaria en la universidad:
 - «Queremos saber cómo funciona el paciente en términos muy técnicos (...), pero nos hace falta más entrenamiento para ver realmente cómo eso afecta al contexto y a las necesidades propias del paciente» (MED1)
- Para los psicólogos, sí hay un entrenamiento específico en comunicación; pero este entrenamiento, aunque lo ven como parte esencial de la carrera, no es completo:
 - «Con los psicólogos lo veo claramente como un entrenamiento universitario. Yo creo que es una formación como tal de carrera, o sea, un psicólogo que no se sepa comunicar, indica que algo pasó en su formación académica» (PSI1). «En ocasiones, los programas (de Psicología) hacen énfasis en temáticas disciplinares, asumiendo que estas habilidades (para comunicarse) están presentes en los estudiantes» (PSI-ENC)
- Consecuencias de la insuficiencia en la información: falta de adherencia, seguimiento inadecuado de instrucciones, reingresos, complicaciones en el cuadro clínico o subutilización de los equipos y técnicas de intervención:
 - «Pueden darse muchas complicaciones en el tratamiento en cosas tan sencillas como problemas de deglución o complicaciones mayores con las que uno se encuentra con muchos pacientes oncológicos, donde se complica un paciente porque se comió una cosa que no se podía comer, broncoaspiró y puede terminar en cuidados intensivos y tener hasta un final desastroso» (TER2)
- Información necesaria sobre la condición de salud-enfermedad: se debe proporcionar la información completa sobre el diagnóstico y sus implicaciones (limitaciones, adaptación, inclusión al medio, pronóstico de curación o recuperación), así como las alternativas de tratamiento y las pautas para el manejo doméstico:
 - «Considero de todos modos que debemos ser sinceros en cuanto al diagnóstico y pronóstico, sin crear falsas expectativas a nivel de la familia, y en un diálogo compartido con todo el grupo familiar» (MED2)
- Con respecto al pronóstico, es importante explicar a las personas y sus familias la diferencia entre una presunción sobre la probable evolución de la condición de salud, basada en la evidencia, y la posibilidad de que esto no se cumpla en sentido estricto:
 - «Aquí lo importante es que el médico conozca la diferencia entre la información clínica con la que se hace una impresión diagnóstica y comunicar "toda la verdad"; con frecuencia, se le da carácter de verdad a las presunciones diagnósticas» (MED-ENC)
- Se debe dar la información inmediatamente haya certeza en los resultados de la evolución clínica, en sentido positivo, acompañada de las alternativas posibles:
 - «Siempre creo que se debe hablar con la verdad (...) ser concreto y sincero en dar la información; si la noticia es mala y no hay una posibilidad de revertir una situación, hay que informarla en el momento en que se sepa, planteando las alternativas, si es que existen» (MED2)
- Las personas y las familias con enfermedad o discapacidad requieren ser informadas tanto del tipo de seguridad social a la que están afiliadas y su cobertura, como de los apoyos tecnológicos con que cuenta la institución:
 - «Deben saber qué le cubre su sistema de salud, qué es POS (Plan Obligatorio de Salud); el paciente debería saber «Usted necesita silla de ruedas, pues aquí hay ayudas técnicas, inscribese acá, solicítela». Toda la parte jurídica, por ejemplo, cuando el paciente quedó con discapacidad cognitiva, cómo hacer la declaración de interdicción, qué pasa con todos los bienes» (ENF2)
- Información que se requiere de la familia como apoyo al proceso de intervención: se debe indagar sobre las relaciones familiares y de pareja, antecedentes, dinámica familiar, para saber su influencia en el proceso y reconocer y potenciar su red de apoyo:
 - «Si hay una pésima comunicación y hay unos problemas intrafamiliares terribles (...) conocer esos patrones de relación considero que es fundamental (PSI2)
- Formas de lograr la comprensión y aclarar dudas acerca de las características de los procesos clínicos: se debe adaptar el lenguaje al nivel educativo de cada paciente y familia; es importante usar estrategias para verificar la comprensión e identificar dudas en las personas atendidas, tales como pedirles que lleven un registro escrito, brindar más instrucciones sobre aspectos que pueden ser difíciles de entender o preguntar directamente lo que entendieron:
 - «Si uno les pudiera mostrar de alguna forma situaciones reales en que la gente en medio de esa misma situación de discapacidad logró ese nivel de independencia, sería más comprensible» (MED1). «Mi estrategia son preguntas abiertas y directas, o sea "¿qué entendiste sobre tal situación? ¿Qué entiendes por un tumor agresivo?". Entonces, ya ahí te das cuenta de que están parafraseando lo que dicen sin entender de qué se trata» (PS1)

El número corresponde al participante específico, excepto cuando se coloca ENC, que implica una observación hecha en la encuesta. MED: médico; ENF: enfermero; PSI: psicólogo; TER: terapeuta.

^a Ítem entrevista: aspecto del guión que fue desarrollado en la conversación. Resultado: interpretaciones de las entrevistas, confirmadas en la encuesta Delphi. Texto participante: transcripción literal de segmentos de las entrevistas que ejemplifican el resultado.

Tabla 2 Resultados categoría 2: relación profesionalÍtem Entrevista-Resultado-Texto participante^a

- Comunicación no verbal: los profesionales, a través de la comunicación no verbal, pueden mostrar emociones y actitudes que son confusas para las personas; los pacientes y los familiares buscan indicadores de lo que está sucediendo y pueden interpretar estas señales frecuentemente de manera errónea:
«Es muy importante la comunicación no verbal porque lo que tú no expresas con palabras lo estás expresando con tu cuerpo. La incomodidad, el impacto emocional que están teniendo mis palabras en ti, la importancia que tú le estás dando» (PSI2)
- Encargado de comunicar la condición de salud: por unanimidad, los participantes sostienen que el médico tratante es el encargado de comunicar el diagnóstico y el pronóstico, pero debe haber consenso y coherencia con todo el equipo de profesionales; si una mala noticia corresponde a una especialidad, el especialista es quien debe comunicarlo:
«El médico le puede dar el diagnóstico que tiene y cuál es el plan de manejo general, pero ya si queremos que explique cómo se debe colocar la férula, eso lo tiene que hacer la fisioterapeuta, o cómo es la nutrición, la nutricionista, o los cuidados ya del paciente, con la enfermera» (ENF2)
- Reacciones emocionales de la familia frente al diagnóstico y la intervención: es importante validar y aceptar la expresión emocional del paciente y la familia, no controlarla o evitarla; al escuchar al paciente, se fortalece la confianza; se debe hacer un seguimiento si se agudiza la emoción a niveles críticos:
«Creo que hay que ser tolerante y saber que cada persona puede manifestar de diferente forma su emoción; unos se quedan callados, otros lloran, otros gritan, otros empiezan a reprocharle a uno que por culpa del personal de salud es que le pasó eso. A menos que ya se tornen agresivos, hay que esperar un momento para que el paciente pueda manifestar sus emociones» (ENF1)
- Actitudes y emociones de los profesionales frente a las personas y las familias: El profesional que asume actitudes de distanciamiento, superioridad y rigidez genera dificultad en las personas para expresarse o hacer preguntas. El profesional debe regular y observar sus propias emociones:
«Actitudes como narcisias y de "Usted está con el mejor, y todo lo voy a solucionar" pueden dificultar la conversación porque (los pacientes y familiares) dejan de hacer preguntas y le quitan control al paciente» (PSI1)
- Conveniencia de que pacientes y familiares participen en la elección del tratamiento y en la toma de decisiones: debe involucrarse a la familia activamente, con reglas claras y delimitando sus requerimientos. Dar opciones de tratamiento, informando suficientemente sobre los riesgos o ventajas de realizar los procesos:
«Creo que si la persona no participa en lo que quiere es por una imposición de la sabiduría del médico. Puede resultar bien, pero la forma en que afronta la persona a mí me parece resignada; creo que deben participar en la decisión, discutir, debatir, inclusive hasta negarse si quieren» (MED2)
- No es conveniente dar a las personas y las familias la elección plena del tratamiento, debido a que las expectativas de una recuperación total podrían interferir negativamente:
«Creo que ahí la parte emocional de la familia, el vínculo que tiene la familia con el paciente no los hace muy objetivos frente al proceso» (ENF1)
- Creencias y valores de los pacientes y familiares al establecer un plan de tratamiento: las creencias y los valores familiares son factores que inciden en la adherencia y la toma de decisiones de las personas; por esto, es importante respetar estas creencias y valores, así entorpezcan la labor terapéutica, pero procurando usar estrategias alternativas de intervención si estas creencias ponen en riesgo la vida del paciente y la de su familia:
«Tú respetas la posición del paciente, pues no puedes decirle "No, eso no es un maleficio, lo que usted tiene es esto". Pero sí puedes irle explicando por los laditos los síntomas, lo que está sintiendo, sin que el paciente se dé cuenta de que lo que él piensa no es; hacerle ver las cosas como diferente» (TER1)
- Manejo de desacuerdos con lo planteado por los profesionales: cuando hay desacuerdo con los pacientes y familiares, sin entrar en confrontación, se deben dar los argumentos suficientes, buscando formas para que ellos entiendan claramente; se permite, e incluso se solicita, que indaguen sobre el tema y finalmente se debe respetar su decisión:
«El paciente le puede decir "Yo no estoy de acuerdo con eso que el médico me dio" y yo le digo "Bueno, está bien, usted está en desacuerdo con eso, pero... ¿ya intentó hacer algo de lo que el médico le dijo? Intentémoslo" (ENF1)
- Encuentros con el paciente y la familia: debe disponerse de un espacio y un tiempo adecuados para la conversación, que posibilite establecer un diálogo franco y directo, en el que se preserve la confidencialidad. No obstante, debido a la restricción habitual de espacios; debe tenerse flexibilidad para el aprovechamiento de oportunidades de interactuar:
«Lo que no hablan aquí lo hablan en el pasillo, "Doctora, es que tengo una inquietud"; uno está abajo en la cafetería y se acercan. Aun esos espacios son enriquecedores» (PS2)

El número corresponde al participante específico.

MED: médico; ENF: enfermero; PSI: psicólogo; TER: terapeuta.

^a Ítem entrevista: aspecto del guión que fue desarrollado en la conversación. Resultado: interpretaciones de las entrevistas, confirmadas en la encuesta Delphi. Texto participante: transcripción literal de segmentos de las entrevistas que ejemplifican el resultado.

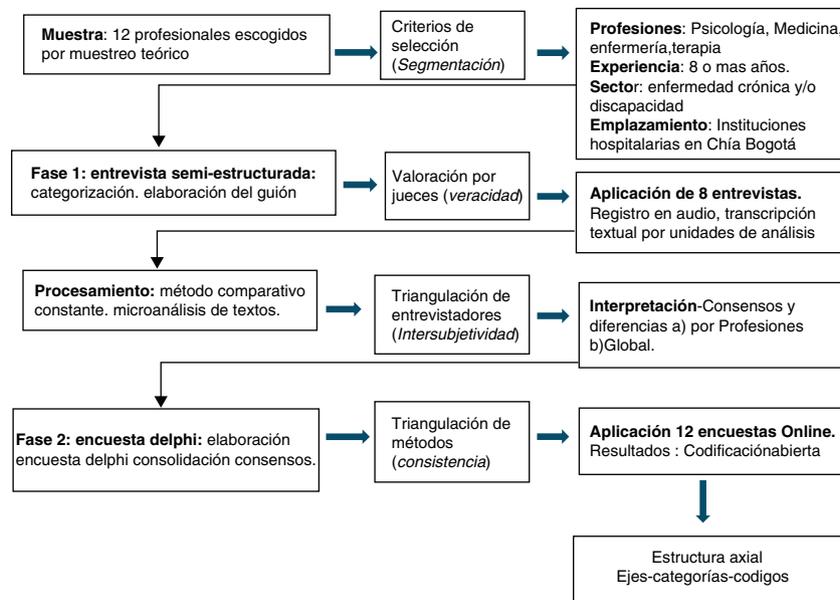


Figura 1 Procedimiento: curso y fases del proceso investigativo.

paciente y poder establecer una relación más igualitaria. Sin embargo, debía haber suficiente debate y argumentación para que se evaluaran los beneficios, las contraindicaciones y los efectos secundarios de los tratamientos, antes de que el paciente y la familia iniciaran otras alternativas de tratamiento sobre la base de fuentes de información no siempre confiables, por el riesgo de agravar la situación, en caso de que se tomaran acciones equivocadas.

Otro aspecto que surgió al abordar un proceso de intervención a largo plazo fue el de los mitos y las creencias, que a veces obstaculizaban procedimientos específicos. Los profesionales recomiendan en lo posible no ir abiertamente en contra de las convicciones religiosas, las costumbres, los consejos basados en aprendizajes empíricos u otros e indican conciliar dichos mitos y creencias con las indicaciones terapéuticas, para que se tomen las vías adecuadas, sin afectar la autonomía de las personas atendidas.

Comunicación en salud: organización de resultados en ejes, códigos y componentes

A partir de los resultados de las entrevistas y la encuesta, según el protocolo de la teoría fundamentada, donde la teoría emergió desde la interpretación de los datos, se elaboró una matriz descriptiva para organizar y discriminar ítems en comunicación (tabla 3).

En esta matriz, las 2 categorías iniciales se reorganizan en 4 ejes, que eran interdependientes entre sí, ya que la calidad de la comunicación en la atención a largo plazo dependió no solo de la información proporcionada sobre la condición de salud, sino de las habilidades comunicativas del profesional, que posibilitasen una interacción colaborativa, apoyada de un trabajo en equipo y de los recursos institucionales. Los códigos posibilitaron clasificar la información de cada eje y los componentes dan los ítems para evaluar cada código.

Discusión

Una primera reflexión de este trabajo es que, aunque los cánones éticos y bioéticos de la práctica profesional incluyen como fundamental el derecho a la información y a que el paciente o la familia den su aprobación mediante el consentimiento informado para fortalecer la autonomía²⁴, los profesionales han llegado a reconocer que hay aspectos cruciales para una comunicación en salud adecuada, que van más allá de una transmisión de información técnica, como también encuentran estudios realizados en otros contextos socioculturales⁷⁻¹¹.

Los resultados apuntan a la construcción de una relación colaborativa con pacientes y familiares, donde se dé un clima de confianza, aceptación y acompañamiento emocional, que permita la participación de las personas atendidas para hacer preguntas o argumentar sobre las opciones disponibles de tratamiento o afrontamiento, ya que, como se ve en estudios previos, una actitud más tranquilizadora y amistosa del profesional aumenta su efectividad^{2,12}. Los pacientes necesitan ser reconocidos en sus necesidades, sentimientos, creencias y opiniones, para poder confiar más en el proceso de atención clínica^{25,26}, en especial cuando el diagnóstico y sus implicaciones conllevan un alto nivel de sufrimiento y preocupación, como es el caso de las enfermedades crónicas de alto impacto²⁷. Por esto, la no aceptación de las emociones puede conducir a actitudes de inhibición, a errores en el seguimiento de las instrucciones o a una toma de decisiones unilateral por parte de la familia, que ponga en riesgo el proceso de intervención clínica²⁸. Pero esto tiene su lado de reciprocidad: pacientes y familiares también pueden contribuir a una buena comunicación, haciendo preguntas, manifestando sus preocupaciones y llevando organizadamente un plan para seguir las instrucciones².

Otro componente de la comunicación en salud es la autoobservación de las actitudes y emociones del profesional

Tabla 3 Comunicación en salud: organización de resultados en ejes, códigos y componentes

Ejes ^a	Códigos ^b	Componentes ^c
Información de la condición de salud La suficiencia, pertinencia y claridad, buscando la verdad y hablar con verdad ¹⁹ acerca de la condición de salud Habilidades comunicativas Estrategias de comunicación que posee el profesional en concordancia con sus recursos personales para la interacción ⁷	Cód. 1: calidad de la información Cód. 2: comunicación de noticias Cód. 3: competencias para lograr la comprensión de la información Cód. 4: manejo de las actitudes de los consultantes	Explicar la condición de salud: evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Informar sobre la evolución clínica. Informar sobre normativa y recursos técnicos y legales Comunicar la situación con cordialidad y calidez, comunicar la verdad, destacar las posibilidades, delimitar expectativas Tener entrenamiento en comunicación, aclarar dudas y temores, verificar la comprensión de la información, utilizar métodos pedagógicos, utilizar un lenguaje comprensible, acorde a la comprensión de los usuarios Hacer acompañamiento emocional, lograr vinculación afectiva, modular actitudes negativas, comprender significados emocionales del lenguaje no verbal
Interacciones colaborativas Relación de cooperación y participación entre los distintos profesionales, la persona diagnosticada y en tratamiento ¹⁹	Cód. 5: manejo de las actitudes del profesional Cód. 6: construcción de acuerdos Cód. 7: participación de la familia	Centrarse en las necesidades del paciente, modular las emociones del profesional, reconocer actitudes derivadas del rol, tener disponibilidad y disposición para la atención Argumentar las opiniones y alternativas ²¹ , hacer una mediación de puntos en conflicto ²² , lograr participación en la toma de decisiones Identificar la influencia del contexto familiar, considerar las creencias y costumbres familiares, dar entrenamiento a la familia sobre los procedimientos
Institución: logística y equipo profesional La <i>logística</i> es la gestión de los medios necesarios para alcanzar el objetivo de mejorar las condiciones de servicio ²⁰	Cód. 8: manejo de la logística institucional Cód. 9: actitudes y coherencia del equipo profesional	Disponer de espacios adecuados, recursos y tecnología requeridos de acuerdo con las enfermedades y niveles de atención, usar medios de comunicación a distancia Tener consenso profesional, apoyarse en el profesional adecuado para dar un enfoque integral a la intervención

Profesiones: psicología, medicina, enfermería, terapia. Experiencia: 8 o más años. Sector: enfermedad crónica y/o discapacidad. Emplazamiento: instituciones hospitalarias en Chía y Bogotá.

Definiciones: *argumentación*: debatir los puntos de vista en conflicto, buscando un traslado de los aspectos emocionales al plano racional²¹. *Mediación*: el profesional facilita que las partes en conflicto o deliberación participen y tomen la decisión final²². *Métodos pedagógicos*: formas de comunicar la información de manera que sea comprensible, entendidas desde la educación en salud²³.

^a Ejes: conceptos articuladores que enlazan las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones para formar explicaciones más precisas sobre los fenómenos¹⁷.

^b Códigos: conceptos de los participantes, a los que se les pone una denominación al analizarlos comparativamente¹⁷.

^c Componentes: elementos constitutivos de los códigos.

debido al impacto que producen; en especial, el lenguaje no verbal manifiesta y expresa mensajes que podrían interferir en la congruencia e incluso en la credibilidad de lo que se verbaliza. Gestos y actitudes de distancia, superioridad, enojo o displicencia pueden ser entendidos de diversas maneras por los pacientes o familiares, que pueden interpretar este tipo de comunicación como señales que no corresponden con su condición de salud real. Por esta razón, como se ve en estudios como el de Tsimitiou et al.²⁶, es importante que los profesionales trabajen en sus actitudes y prejuicios para mantener una adecuada comunicación.

Por otra parte, en la investigación se ve un consenso respecto a que el médico tratante es quien debe liderar la comunicación con el paciente y su familia, aunque la información específica la debe brindar el profesional según su área. En este sentido, deben cuidarse la unidad de

criterio y el apoyo entre profesionales, en concordancia con lo hallado por Domínguez et al.¹¹. Esto lo corrobora un estudio cualitativo sobre las barreras de la comunicación según profesionales de la salud, donde la falta de integridad y claridad en la comunicación organizacional en el contexto hospitalario genera un déficit en la calidad de la atención²⁹.

Los resultados obtenidos fortalecen el foco de articulación interdisciplinaria, ya que se puede crear un núcleo común en destrezas de comunicación. Con estos elementos, el propósito futuro es avanzar, a partir de la matriz emergente propuesta, hacia un desarrollo de instrumentos que evalúen de forma integral la comunicación en salud, con el fin de aplicar sus beneficios a la atención.

Finalmente, hay que considerar las limitaciones que tiene este tipo de estudio en cuanto a su generalización, dado que se realiza en un contexto social específico. Además, este diseño apunta a reconocer el funcionamiento de los

profesionales como una unidad, donde la comunicación depende del trabajo en equipo más que de la actuación individual de una disciplina, por lo que la responsabilidad es compartida. Esto implica una organización administrativa y sistemática que pueda ser evaluada y mejorada de acuerdo con los elementos encontrados.

Financiación

Agradecemos a la Universidad de La Sabana, Chía, Colombia, Dirección de investigaciones, que financió el proyecto Resiliencia familiar y comunicación entre profesionales de la salud y familias de personas con enfermedad crónica o discapacidad, con código PSI-35-2010.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Damos reconocimiento a la Clínica de la Universidad de La Sabana, que facilitó el contacto con los profesionales expertos.

Bibliografía

- Haskard K, Williams SL, Dimatteo RM, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG. Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychol.* 2008;27:513–22, doi:10.1037/0278-6133.27.5.513.
- Talen MR, Grampp K, Tucker A, Schultz J. What physicians want from their patients: Identifying what makes good patient Communications. *Fam Syst Health.* 2008;26:58–66, doi:10.1037/1091-7527.26.1.58.
- Herrera N, Gutierrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2010;12:343–55.
- Ugarte A. El binomio comunicación y salud: relaciones e investigación. En: Cuesta U, Ugarte A, Menéndez T, coordinadores. *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención* [consultado 9 Dic 2011]. Madrid: Universidad Complutense; 2008. p. 39–47. Disponible en <http://www.madridsalud.es/comunicacion.salud/documentos/ComunicacionySaludAvances.pdf>
- Hernández I, Fernández MA, Irigoyen A, Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Fam.* 2006;8:137–43.
- Bohórquez F. El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *IERed.* 2004;1:1–18.
- Sánchez F, Sánchez FJ, López Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calidad Asistencial.* 2008;23:199–204.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria.* 2012;44:358–65.
- Song L, Hamilton JB, Moore AD. Patient-healthcare provider communication: Perspectives of African American cancer patients. *Health Psychol.* 2012;31:539–47. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025334>.
- Nelson JE, Gay EB, Berman AR, Powell C, Salazar-Schicchi J, Wisnivesky JP. Patients rate physician communication about lung cancer. *Cancer.* 2011;117:5212–20. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.26152>.
- Domínguez C, Expósito J, Barranco J. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Rev Calidad Asistencial.* 2007;22:44–9.
- Talen MR, Muller-Held CF, Eshleman K, Stephens L. Patients' communication with doctors: A randomized control study of a brief patient communication intervention. *Fam Syst Health.* 2011;29:171–83. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024399>.
- Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. 3.ª ed. Bogotá: Ediciones Uniandes-Editorial Norma; 2005.
- Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: Mc Graw Hill; 2007.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1986.
- Yáñez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería.* 2008;XIV:9–15.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:473–82.
- Walsh F. Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento. Madrid: Amorrortu; 2004.
- Arbones E. Logística empresarial. Santafé de Bogotá: Alfaomega Grupo Editor; 1999.
- Rubinelli S, Schulz P. "Let me tell you why!". When argumentation in doctor-patient interaction makes a difference. *Argumentation.* 2006;20:353–75. <http://dx.doi.org/10.1007/s10503-006-9014>.
- Escribá P. La comprensión de la familia desde el enfoque ecosistémico. En: Poyatos A, coordinador. *Mediación social y familiar en diferentes contextos.* Valencia: Editorial PVU; 2003. p. 47–75.
- Enria G, Fleitas M, Staffolani C. El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud. *Ciencia, Docencia y Tecnología.* 2010;21:49–71.
- Torres S. El consentimiento informado en el ejercicio de la actividad médica. *CES Derecho.* 2012;3:154–68.
- Ospina DE. La relación terapeuta paciente en el mundo contemporáneo. *Invest Educ Enferm.* 2008;26:116–22.
- Tsimtsiou Z, Benos A, Garyfallos A, Hatzichristou D. Predictors of physicians' attitudes toward sharing information with patients and addressing psychosocial needs: A cross-sectional study in Greece. *Health Comm.* 2012;27:257–63.
- Belén F, Bejar E, Campos M. Primer impacto: programa de detección de estrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología.* 2012;9:317–34.
- Almendro-Padilla C, García-Vicente S, Vázquez-Costa M, Blanes-Pérez MC. El riesgo y su comunicación a los pacientes para la toma de decisiones en salud. *Semergen.* 2013;39:386–90.
- Manzo B, Brito MJ, Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2013;66:46–51.