

La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares

C. ECHEVARRÍA RUIZ DE VARGAS, I. GARCÍA OBRERO, J.M. PALOMO GALLARDO, J.C. PÉREZ HERRERA, C. SÁNCHEZ NAVARRO y A. CAYUELA DOMÍNGUEZ

Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen.—Las habilidades comunicativas son imprescindibles en el tratamiento de los pacientes discapacitados, para satisfacción de ellos, sus familias y los propios profesionales.

Material y método. Se gestiona la información encontrada en Internet Medline, centrada prioritariamente en ensayos clínicos y textos clásicos.

Se elaboran dos cuestionarios de satisfacción en pacientes y cuidadores a partir de los encontrados en la literatura especializada. Con ellos se mide de manera indirecta la comunicación, a la vez que se utilizan para un análisis de situación en nuestro Servicio, sobre una muestra de 102 usuarios.

Resultados. Se proponen los dos cuestionarios elaborados que, utilizados en nuestros pacientes, informan de un buen nivel de satisfacción con respecto al conocimiento de su proceso de readaptación.

Discusión y conclusiones. La satisfacción del paciente se relaciona principalmente con las dimensiones que reflejan una alta calidad en la relación comunicativa médico-paciente; por ello resulta de gran interés entrenar a los profesionales en habilidades sociales y comunicativas para satisfacción de todos.

Hay que perfilar cuestionarios para medir la satisfacción personal del paciente, cuidador/familiar y profesionales en los servicios de rehabilitación. Los cuestionarios presentados en este trabajo deben ser simplificados y estudiarse sus características métricas.

Palabras clave: *Comunicación. Médico. Paciente. Enfermera. Cuidados domiciliarios. Cuidados sanitarios. Cumplimiento terapéutico. Familiares.*

THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION BETWEEN THE PROFESSIONAL TEAM, THE PATIENT AND THE FAMILY CARETAKERS

Summary.—Communication skills are essential in the management of incapacitated patients, for their satisfaction, that of their families and the professionals themselves.

Material and methods. The information found in the Internet Medline, essentially focused on clinical trials and classic texts, is managed.

Two satisfaction questionnaires are elaborated in patients and caretakers based on those found in the literature. With them, communication is indirectly measured, and are used for an analysis of the situation in our service, on a sample of 102 users.

Results. The two questionnaires elaborated are proposed. Used in our patients, they inform us on the good level of satisfaction in regards to the knowledge of their readaptation process.

Discussion and conclusions. The satisfaction of the patient is mainly related with the dimensions that reflect a high quality in the physician/patient communication relationship. Thus, it of great interest to train the professionals in social and communication skills for every ones satisfaction.

Questionnaires must be shaped to measure the personal satisfaction of the patient, caretaker/family and professionals in the rehabilitation services. The questionnaires presented in this work should be simplified and their metric characteristics studied.

Key words: *Communication. Physician. Patient. Nurse. Home Care. Health Care. Key workers. Compliance. Family Members.*

INTRODUCCIÓN

Se entiende por relación médico-enfermo la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad¹. El instrumento más adecuado para la relación es la comunicación y el vínculo más apropiado la empatía² (ponerse en el lugar del otro). La comunicación se establece en dos modalidades: a) verbal, que es aquella que utiliza la palabra, oral o escrita, y b) no verbal, que acompaña en la comunicación interpersonal a la verbal. Se estima que esta última puede llegar a constituir el 65 % del total de la información transmitida durante la conversación cotidiana³. Al no ser la salud un bien individual, sino social y

público, adquiere el carácter de hecho social institucionalizado⁴. La Secretaría del Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Comunidad Andaluza convierte a la comunicación en el pilar de su gestión por procesos asistenciales⁵.

Las claves de la comunicación verbal son muchas: concretar objetivos, acoger cálidamente, preguntar para obtener información y motivar al paciente, así como escuchar y empatizar de forma activa en aspectos concretos que puedan ser sinceros. Cuando un usuario ha percibido el interés del profesional, está en buena disposición para incorporar a su propio bagaje algunas herramientas que puedan ser útiles a su salud.

La comunicación no verbal incluye mirada, expresión de la cara, movimientos de la cabeza, sonrisa, posturas corporales, gestos de manos, distancia, proximidad, contacto físico, apariencia personal, además del volumen, tono, fluidez, claridad, velocidad y duración que se imprime al discurso. Cuando lo verbal y lo no verbal dicen lo mismo, el mensaje se potencia enormemente. En muchas ocasiones, en un paciente con secuelas lo único que podemos ofrecer en rehabilitación clínica es una comunicación eficaz, y opinamos que puede considerarse como procedimiento de “alta tecnología software”.

El buen tratamiento del lenguaje se convierte hoy en un instrumento terapéutico importante y en una necesidad para el médico de rehabilitación⁶ que ha de transmitir a sus pacientes en qué forma la enfermedad y sus secuelas afectan a su autonomía. Este tipo de comunicación, denominada “externa”, nos obliga también con la familia del paciente para disminuir su dolor e incertidumbre (síndrome del cuidador)⁷, a la vez que se facilitan sus cuidados, pues serán más efectivos si están bien informados. Igualmente, una buena comunicación “interna” en los servicios facilita el trabajo en los equipos de los profesionales y disminuye el *burn-out* (síndrome de estar “quemado”) de éstos⁸.

La comunicación tiene dos componentes: la información y el establecimiento de una relación que se debe adecuar al modelo de *Counseling*⁹. Este término nos habla de “consejo asistido”, de relación de ayuda. Es un concepto que intenta mejorar la salud del usuario, cuidar al profesional y adquirir habilidades para la relación médico-paciente. Este modelo facilita al profesional sus conocimientos, alternativas, técnicas y entrenamiento; y al usuario le facilita la conducción de su proceso, sus cambios de comportamiento y el logro de su salud.

De la vertiente información¹⁰⁻¹³ se derivan aspectos como: a) el derecho del ciudadano al consentimiento informado recogido en la Ley de Sanidad Española, artículo 5 (BOE 102, 29/4/1986); b) decir o no la verdad, ya que el 10% de los pacientes no quieren hablar de su enfermedad; c) no colaborar con la conspiración de silencio familiar, que no puede prohibir al profesional hablar con el enfermo ni negarle la verdad si éste lo pide; d) que se den las malas noticias con la esperanza de poder ha-

cer algo incluso en las peores situaciones, y e) al informe de alta, documento prioritario para la atención de calidad al paciente, garante de la continuidad asistencial.

En las relaciones interpersonales se suelen distinguir tres tipos de comunicación: a) pasiva, en la cual la persona se expresa de forma indirecta y dubitativa; b) agresiva, en que la persona se expresa de forma impositiva y utiliza la coacción, y c) asertiva, en la que la persona se expresa de forma directa y honesta, siendo este estilo comunicativo el que hay que desarrollar. En la bibliografía se encuentran informes sobre entrenamientos en habilidades sociales comunicativas (EHSC)^{14,15} que mejoran el estado de salud de los pacientes¹⁶, los cumplimientos de los tratamientos¹⁷⁻¹⁹, informes que ayudan a los trabajadores sociales a preparar el alta²⁰ y facilitan programas de acercamiento y seguimiento a través del teléfono^{21,22}. El aumento de la competencia clínica y comunicativa se constata si existe una retroalimentación entre médicos, pacientes y familiares, con la consecución de las acciones terapéuticas^{23,24} y de sus resultados²⁵.

En la enseñanza actual de médico interno residente (MIR) y de formación continuada hay que poner énfasis en aumentar las habilidades y competencias, además de los conocimientos. Son necesarios programas basados en la interactividad^{26,27} y las auditorías²⁸ para mejorar las capacidades de aprender y comunicar. Consideramos de interés el programa de entrenamiento diseñado en Córdoba y medido con el cuestionario GATHA-RES²⁹. Es conveniente no olvidar los factores que inciden en el comportamiento humano antes de aplicar cualquier estrategia de entrenamiento en habilidades sociales para el cambio. Es sencilla y aplicable la metodología que nos enseña el modelo PRECEDE⁹ (acrónimo de *Predisposing*, predisponentes; *Reinforcing*, reforzadores; *Enabling*, facilitadores; *Causes*, causas; *Educational*, educacional; *Diagnosis*, diagnóstico, y *Evaluation*, evaluación).

Una apreciación indirecta de la comunicación paciente-profesional puede obtenerse incluyendo aspectos de la satisfacción del paciente³⁰. Se han construido y validado varias encuestas de satisfacción de usuarios en atención primaria³¹⁻³⁵. En nuestra comunidad, dentro del Plan de Apoyo a la Familia Andaluza³⁶, se crean los servicios de equipos móviles de rehabilitación y fisioterapia a domicilio y se incrementa el número de salas de tratamiento físico. Este hecho ha permitido un mayor conocimiento de nuestra especialidad en atención primaria. La mayoría de los pacientes de atención domiciliaria son grandes discapacitados pluripatológicos. La discapacidad constituye un factor de riesgo independiente y significativo de insatisfacción³⁷.

En la búsqueda realizada hemos encontrado escalas que valoran la satisfacción del usuario con tratamientos en rehabilitación³⁸⁻⁴⁰. En España se han desarrollado, en atención especializada, encuestas de satisfacción del usuario en la Unidad de Gestión Clínica Hospitalaria (UGC) del Hospital Universitario Virgen del Rocío de

TABLA I. Encuesta a los pacientes

Datos de filiación

Fecha: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: V ☐ M ☐

Población: _____ Zona: _____

Estudios realizados

- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ FP
- ☐ Bachiller
- ☐ Media
- ☐ Superior

Situación laboral

- ☐ Activo
- ☐ Incapacidad laboral
- ☐ Gran invalidez
- ☐ Jubilación
- ☐ Paro
- ☐ Ama de casa

Fuentes de derivación:

- ☐ Médico de familia
- ☐ Rehabilitador
- ☐ Enfermera comunitaria de enlace o enfermera adjunta
- ☐ Médico especialista hospitalario
- ☐ Médico especialista de ambulatorio
- ☐ Lo desconozco

Diagnóstico del proceso rehabilitador: _____

Datos previos al proceso rehabilitador

1. ¿Cuánto tiempo hace que sufre esta enfermedad?
 - ☐ Menos de un mes
 - ☐ De 1 a 3 meses
 - ☐ De 3 a 6 meses
 - ☐ De 6 a 12 meses
 - ☐ Menos de 3 años
 - ☐ Más de 5 años
2. ¿Conoce el nombre de la enfermedad por la que ha sido enviado al Servicio de Rehabilitación? Sí ☐ No ☐
3. ¿Conoce el motivo por el que le han enviado a rehabilitación? Sí ☐ No ☐
4. ¿Tenía referencias antes de recibir el tratamiento rehabilitador de en qué consiste un tratamiento de este tipo? Sí ☐ No ☐
5. ¿Es el primer tratamiento rehabilitador? Sí ☐ No ☐
6. En caso de que no sea el primero ¿ha recibido el o los tratamientos anteriores en nuestro servicio? Sí ☐ No ☐
7. Si no ha sido en nuestro servicio, el tratamiento ha sido en:
 - ☐ Sala de fisioterapia del SAS
 - ☐ Sala de fisioterapia privada
 - ☐ Domicilio
 - ☐ Otro hospital

8. ¿Qué tiempo lleva acudiendo al Servicio de Rehabilitación para tratamiento?

- ☐ Más de 15 días
- ☐ De 15 a 30 días
- ☐ De 1 a 3 meses
- ☐ Más de 3 meses
- ☐ Más de 6 meses

Datos del proceso de rehabilitación y opinión profesional

9. ¿Cuánto tiempo pasó desde que le enviaron a rehabilitación hasta que le atendieron?

- ☐ Más de una semana
- ☐ De 1 a 2 semanas
- ☐ De 2 semanas a un mes
- ☐ Más de un mes

10. ¿Se le ha explicado en nuestro servicio la utilidad y fin de su tratamiento? Sí ☐ No ☐

11. Desde que se le visitó en la consulta y se le mandó el tratamiento ¿cuánto tiempo tardó en comenzarlo?

- ☐ Menos de un mes
- ☐ De 1 a 3 meses
- ☐ De 3 a 6 meses
- ☐ De 6 a 12 meses
- ☐ Más de un año

12. ¿Cuánto tiempo ha estado en tratamiento en nuestro servicio?

- ☐ Menos de un mes
- ☐ De 1 a 3 meses
- ☐ De 3 a 6 meses
- ☐ De 6-12 meses
- ☐ Más de 3 años

13. ¿Cómo piensa que le atendieron los médicos?

- ☐ Muy bien
- ☐ Bastante bien
- ☐ Regular
- ☐ Muy mal

14. ¿Le ha atendido habitualmente el mismo médico?

- ☐ Siempre
- ☐ Habitualmente sí
- ☐ Casi nunca
- ☐ No, cada vez uno diferente

15. ¿Tiene fácil accesibilidad a su médico una vez iniciada la rehabilitación o tratamiento?

- ☐ Buena
- ☐ Normal
- ☐ Dificultosa
- ☐ Muy difícil

16. ¿Cómo piensa que le atendieron los médicos?

- ☐ Bien
- ☐ Muy bien
- ☐ Regular
- ☐ Mal

(continúa)

TABLA I. Encuesta a los pacientes (continuación)

<p>17. Desde el punto de vista técnico (motivación a la rehabilitación, delicadeza, forma y aplicación de las técnicas), ¿qué le parece el fisioterapeuta que le atiende?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Malo</p> <p>18. ¿Cómo cree que fue el trato del celador con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mal</p> <p>19. ¿Desde el punto de vista técnico (motivación a la rehabilitación, delicadeza, forma y aplicación de las técnicas), ¿qué le parece el terapeuta ocupacional que le atiende?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Malo</p> <p>20. ¿Cómo piensa que le atendió la/el asistente/a social?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mal</p>	<p>21. ¿Cómo piensa que le atendieron los/as enfermeros/as?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mal</p> <p>22. ¿Cómo piensa que le atendieron los/as auxiliares de clínica?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante bien</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Muy mal</p> <p>23. ¿Cómo piensa que le atendió el personal administrativo, para citarle por teléfono y/o personalmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante bien</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Muy mal</p> <p>24. ¿Cómo se encuentra de su dolencia?</p> <p><input type="checkbox"/> Peor</p> <p><input type="checkbox"/> Igual</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco mejor</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante mejor</p> <p><input type="checkbox"/> Mejor</p> <p>25. ¿Esperaba más del tratamiento rehabilitador?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>26. ¿Está satisfecho con la asistencia que recibe en rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

Sevilla⁴¹, en el Servicio Vasco de Salud⁴² y en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona⁴³. De nuestra especialidad se encuentra una encuesta de opinión efectuada por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Lluís Alcanyís-Xàtiva⁴⁴ y un cuestionario elaborado por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario-Zaragoza⁴⁵. En la revisión efectuada no se han encontrado cuestionarios específicos que valoren la satisfacción del cuidador/familiar, por lo que se ha elaborado uno, basado en el modelo SERVQUAL⁴⁶, cuyo objetivo es la medida de la calidad de los servicios.

Los objetivos de este trabajo han sido: a) gestionar la información encontrada en Internet Medline, con selección primordial de ensayos clínicos y búsqueda manual en textos considerados de interés, cuyo resumen se ha expuesto, y b) analizar la situación de nuestros pacientes en cuanto al conocimiento de su enfermedad, del proceso rehabilitador y su opinión sobre los profesionales que les atienden.

PACIENTES Y MÉTODO

La población objeto de estudio la han constituido 85 pacientes: 16 de rehabilitación domiciliaria, 45 aten-

didos en salas de rehabilitación del hospital, 18 de salas de rehabilitación en atención primaria y seis pacientes ingresados en la unidad de lesionados medulares (ULM). Se encuestó a 17 cuidadores: diez del grupo de atención domiciliaria y siete familiares de los pacientes ingresados en la ULM de subagudos dependiente de nuestro hospital.

El tipo de muestreo ha sido aleatorizado simple en el grupo de pacientes y cuidadores. En los pacientes geriátricos, el criterio de inclusión fue que tuviesen el estado cognitivo conservado. Los pacientes incluidos ya habían terminado o estaban próximos a la finalización del proceso rehabilitador. El tamaño global de la muestra fue de 102 usuarios (85 pacientes y 17 cuidadores).

El cuestionario surgió de una selección de ítems divididos en tres categorías:

- Datos de filiación y sociodemográficos.
- Datos previos al proceso rehabilitador.
- Datos del proceso rehabilitador y opinión sobre el equipo profesional, elaborado por un grupo de médicos rehabilitadores (tabla I), sobre los cuestionarios de los servicios de Rehabilitación de: a) Hospital Clínico Universitario-Zaragoza⁴⁵; b) Hospital Lluís Alcanyís-Xàtiva⁴⁴, encuesta de satisfacción del usuario

TABLA 2. Encuesta cuidador/familiar

<p>Fecha: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Población: _____ Zona: _____</p> <p>Nivel de estudios</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria</p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> FP</p> <p><input type="checkbox"/> Bachiller</p> <p><input type="checkbox"/> Estudios medios</p> <p><input type="checkbox"/> Estudios superiores</p> <p>Rol familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Esposo</p> <p><input type="checkbox"/> Esposa</p> <p><input type="checkbox"/> Hijo</p> <p><input type="checkbox"/> Hija</p> <p><input type="checkbox"/> Sobrino</p> <p><input type="checkbox"/> Nuera</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidador asalariado</p> <p>Situación laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Activo</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidad laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Paro</p> <p><input type="checkbox"/> Ama de casa</p> <p>Diagnóstico del proceso rehabilitador del paciente: _____</p>	<p>5. El EP debería enseñarme de forma progresiva las técnicas y habilidades necesarias para mi autocuidado (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>6. La explicación sobre el cuidado de mi familiar y/o enfermo ha sido adecuada (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>7. El tiempo de aprendizaje que me dedican es el adecuado (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>8. La amabilidad por parte del EP me facilita el aprendizaje (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>9. La atención prestada por el EP ha sido satisfactoria (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>10. Al EP le interesa conocer mi opinión (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>11. No es importante que sea el mismo EP el que siempre me atienda (-)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>12. No es importante para mí conocer los nombres de los profesionales que me atienden (-)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>
--	--

(continúa)

TABLA 2. Encuesta cuidador/familiar (continuación)

<p>13. No es importante que el EP conozca la dolencia de mi familiar (-)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>	<p>15. Me resulta fácil y cómodo contactar con el EP cuando lo necesito (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>
<p>14. El EP, no debe explicarme en que consiste la enfermedad que padece la persona a la que cuido (-)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>	<p>16. El EP se preocupa por preservar mi intimidad (+)</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>

de la Unidad de Gestión Clínica Hospitalaria (UGC) del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla⁴¹, y de la encuesta de satisfacción 1998-2001 realizada por el Servicio Vasco de Salud⁴² a sus pacientes hospitalizados.

Al no disponer de cuestionarios que valorasen la satisfacción del cuidador, se diseñó un cuestionario basado en el modelo SERVQUAL⁴⁶ (tabla 2), que valora la percepción de la calidad de los servicios por parte de los clientes. La base de los formularios se realizó en el programa Acces 2000 y se procesó en el programa estadístico SPSS-12. El cuestionario se administró personalmente por una persona ajena al sistema sanitario y entrenado para prestar este servicio.

RESULTADOS

Grupo de pacientes

Variables sociodemográficas

La edad media de la población objeto de estudio es de 55, 17 años (rango: 8 y 89 años). Predominan los varones (52,4%), en régimen de jubilación en el 37,5% de los casos, y la mayoría, el 54%, tienen un nivel de estudios de formación primaria.

Valoración de datos previos al tratamiento en rehabilitación

La fuente de derivación de nuestros pacientes proviene de atención especializada y primaria. El 26,8% de los encuestados sufren procesos crónicos. El 84,3% de los pacientes conocen el nombre de su enfermedad y el 97,6% conocen el motivo por el que han sido remitidos a tratamiento, teniendo el 51,9% de encuestados refe-

rencias previas de lo que es un tratamiento en rehabilitación.

Para el 77,4% era su primer tratamiento. De los pacientes que habían recibido en otras ocasiones esta terapia, el 57,1% fue en nuestro servicio; el 20% en salas de rehabilitación y fisioterapia de los centros de salud de nuestra área; el 30% en salas de centros privados; el 20% en domicilio, y el 30% en otro hospital; con un tiempo medio de 1 a 3 meses.

Valoración de los resultados del proceso rehabilitador y del equipo profesional

El tiempo transcurrido desde la valoración por otras especialidades médicas hasta la primera consulta en rehabilitación es más de una semana en el 53% de los casos. La mayoría de los encuestados conocen la utilidad del tratamiento, lo inician en menos de un mes, manifiestan mejoría de su dolencia, se encuentran satisfechos con la asistencia prestada y el 58,8% de ellos dicen no esperar más del tratamiento recibido (tabla 3).

Referente a la valoración del equipo profesional, las dimensiones se establecen en: atención médica, continuidad del profesional, accesibilidad y atención recibida por los componentes del equipo interdisciplinar (tabla 4).

Grupo de cuidadores

Variables sociodemográficas

Existe un predominio de las mujeres (82,4%), con una edad media de 51,7 años (rango: 31-76) y nivel de estudios en formación primaria en el 70,6% de las cuidadoras. El 62,5% de las mujeres son amas de casa. Se

TABLA 3. Proceso rehabilitador

	Número (%)
Tiempo 1.ª valoración ^a	
Menos de 1 semana	44 (53)
De 1 a 12 semanas	12 (14,5)
De 2 semanas a 1 mes	13 (15,7)
Más de un mes	14 (16,9)
Conoce la utilidad del tratamiento ^a	
Sí	76 (89,4)
No	9 (10,6)
Tiempo de inicio ^a	
Menos de 1 mes	55 (79,7)
De 1-3 meses	12 (17,4)
De 6-12 meses	2 (2,9)
Evolución de la dolencia ^a	
Peor	3 (3,5)
Igual	5 (5,9)
Un poco mejor	19 (22,4)
Mejor	30 (35,3)
Bastante mejor	28 (32,9)
Esperaba más del tratamiento	
Sí	33 (41,35)
No	47 (58,8)
Satisfacción con la asistencia	
Sí	79 (95,2)
No	4 (4,8)

^an = 85.

distribuye con el mismo porcentaje (12,5 %) los cuidadores en activo, incapacidad laboral y jubilación.

Valoración de la satisfacción del cuidador en el proceso de rehabilitación

Las respuestas se han realizado basándose en una escala que se representa de la siguiente manera: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Se valoran las siguientes dimensiones: visita concertada, tiempo en iniciar el tratamiento, conocimientos técnicos del profesional, cumplimiento de las expectativas del cuidador, información sobre las técnicas aplicadas para su autocuidado, información adecuada sobre el manejo del enfermo y tiempo de dedicación (tabla 5).

Valoración de la satisfacción del cuidador con el equipo profesional

Las dimensiones que se recogen en esta parte del cuestionario son: amabilidad, integridad de la atención, interés por el cuidador, continuidad del equipo, identidad del profesional, conocimiento del proceso del enfermo, información sobre la enfermedad, accesibilidad y confidencialidad (tabla 6).

TABLA 4. Valoración del equipo profesional

	Número (%) ^a
Atención médica	
Muy bien	64 (76,2)
Bastante bien	16 (19,0)
Regular	3 (3,6)
Muy mal	1 (1,2)
Continuidad profesional	
Siempre	51 (60,0)
Habitualmente sí	21 (24,7)
Casi nunca	6 (7,1)
Accesibilidad con el médico	
Bien	42 (52,5)
Normal	25 (31,3)
Difícil	9 (11,3)
Muy difícil	4 (4,7)
Valoración del fisioterapeuta	
Muy bueno	74 (90,2)
Bueno	7 (8,5)
Regular	1 (1,2)
Valoración del celador	
Muy bien	43 (78,2)
Bien	10 (18,2)
Regular	1 (1,8)
Mal	1 (1,8)
Valoración del terapeuta ocupacional	
Muy bueno	45 (77,6)
Bueno	13 (22,4)
Valoración del asistente social	
Muy bien	29 (69,0)
Bien	11 (26,2)
Regular	1 (2,4)
Mal	1 (2,4)
Valoración de las enfermeras	
Muy bien	48 (76,2)
Bien	15 (23,8)
Valoración del auxiliar de clínica	
Muy bien	52 (82,5)
Bastante bien	9 (14,3)
Regular	2 (3,2)
Valoración del personal administrativo	
Muy bien	36 (63,2)
Bastante bien	15 (26,3)
Regular	6 (10,5)

^an = 85.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los distintos modelos de comunicación pueden ser evaluados a través de la satisfacción del paciente con el resultado del proceso asistencial³⁷⁻³⁹. A pesar del amplio uso de medidas de satisfacción, hay poca literatura médica sobre este aspecto en el campo de la rehabilitación en nuestro medio¹¹. El perfil de la muestra —edad media, nivel de estudios primarios e inactivos— coincide con los datos de filiación referenciados por otros servicios de rehabilitación^{42,44}.

TABLA 5. Satisfacción del cuidador con el proceso de rehabilitación

	Número (%)
Visita concertada ^a	
Totalmente de acuerdo	8 (50,0)
De acuerdo	6 (37,5)
Totalmente en desacuerdo	2 (11,8)
Importancia del tiempo de inicio del tratamiento ^a	
Totalmente de acuerdo	1 (5,9)
De acuerdo	7 (41,2)
Indiferente	4 (23,5)
Totalmente en desacuerdo	3 (17,6)
Conocimientos técnicos ^b	
Indiferente	6 (37,5)
En desacuerdo	6 (37,5)
Totalmente en desacuerdo	4 (25,0)
Cumplimiento de las expectativas ^a	
De acuerdo	1 (7,1)
En desacuerdo	5 (35,7)
Totalmente en desacuerdo	6 (42,9)
Indiferente	2 (11,8)
Técnicas de autocuidado ^b	
Totalmente de acuerdo	2 (12,5)
De acuerdo	7 (43,8)
Indiferente	7 (43,8)
Explicación de cuidados al familiar ^b	
Totalmente de acuerdo	7 (43,8)
De acuerdo	4 (25,0)
Indiferente	3 (18,8)
Totalmente en desacuerdo	2 (12,5)
Tiempo adecuado ^a	
Totalmente de acuerdo	1 (6,3)
De acuerdo	7 (43,8)
Indiferente	3 (18,8)
En desacuerdo	2 (12,5)
Totalmente en desacuerdo	3 (18,8)

^an = 17; ^bn = 16.

La fuente de derivación de nuestros pacientes, al igual que en otros servicios, procede de atención especializada^{42,44}, directamente del hospital y con menor frecuencia desde los centros de especialidades médicas. En nuestra comunidad, el Plan de Apoyo a la Familia Andaluza ha permitido un mayor conocimiento de la especialidad.

En el análisis de los resultados previos al proceso atendido en rehabilitación, coincidiendo con otros autores^{11-13,25,42,44}, la mayoría de los pacientes conocen el nombre de su enfermedad, el motivo de su derivación a rehabilitación, y tienen referencia sobre el tratamiento. En relación con el proceso de rehabilitación, la valoración del equipo profesional, los tiempos transcurridos desde la petición de consultas por otras especialidades y la visita médica en el servicio, tanto en nuestra muestra como en otras series⁴², es menos de una semana.

TABLA 6. Satisfacción del cuidador con el equipo profesional

	Número (%)
Amabilidad-aprendizaje ^a	
Totalmente de acuerdo	7 (41,2)
De acuerdo	4 (25,0)
Indiferente	3 (18,8)
Totalmente en desacuerdo	2 (12,5)
Amabilidad del equipo profesional ^a	
Totalmente de acuerdo	7 (43,8)
De acuerdo	4 (25,0)
Indiferente	3 (18,8)
Totalmente en desacuerdo	2 (12,5)
Atención prestada ^a	
Totalmente de acuerdo	15 (93,8)
De acuerdo	1 (5,9)
Interés del equipo ^a	
Totalmente de acuerdo	10 (62,5)
De acuerdo	4 (25,0)
En desacuerdo	1 (6,3)
Totalmente en desacuerdo	1 (6,3)
Continuidad del equipo ^b	
Totalmente de acuerdo	1 (6,7)
De acuerdo	1 (6,7)
En desacuerdo	3 (20,0)
Totalmente en desacuerdo	10 (66,7)
Identidad del equipo ^a	
Indiferente	4 (25,0)
En desacuerdo	7 (43,8)
Totalmente en desacuerdo	5 (31,3)
Conocimiento del proceso ^a	
Indiferente	1 (6,3)
En desacuerdo	2 (12,5)
Totalmente en desacuerdo	13 (81,3)
Información enfermedad ^a	
De acuerdo	3 (18,85)
Indiferente	1 (6,3)
En desacuerdo	1 (6,3)
Totalmente en desacuerdo	11 (68,8)
Accesibilidad ^a	
Totalmente de acuerdo	5 (31,3)
De acuerdo	1 (6,3)
Indiferente	5 (31,3)
Totalmente en desacuerdo	5 (29,4)
Preservan la intimidad ^a	
Totalmente de acuerdo	3 (20,0)
De acuerdo	4 (26,7)
Indiferente	8 (53,3)

^an = 16; ^bn = 15.

En nuestro caso la mayoría de los pacientes proceden del hospital y presentan enfermedades quirúrgicas que se consideran no demorables.

La información de nuestros pacientes es adecuada. El 89,4 % de los encuestados conocen la utilidad de los tratamientos en rehabilitación. En otras series revisadas, los pacientes mencionaron no tener una información adecuada sobre su enfermedad, pruebas diagnósti-

cas y enfoque terapéutico, los motivos para esta consideración es la derivación, en una amplia mayoría de los usuarios, desde el servicio de cirugía ortopédica y traumatología⁴². Al igual que en otros servicios⁴⁴, el tiempo de inicio del tratamiento desde la primera valoración es menor de un mes. Coincidimos con otros autores en que cuanto mayor es la mejoría funcional, mayor es el grado de satisfacción del paciente^{19,44}.

En general, los pacientes de los servicios de rehabilitación se mostraron satisfechos con la asistencia recibida, aunque manifestaron que esperaban más del tratamiento⁴⁴. En todas las revisiones encontradas, y en concordancia con nuestros resultados, los pacientes se encuentran satisfechos con el equipo profesional que les atiende, valorando de manera positiva la continuidad asistencial^{19,42,44}.

En las revisiones realizadas hemos encontrado pocos cuestionarios que permitan valorar la satisfacción del cuidador con el proceso de rehabilitación y el equipo profesional, a pesar de que el número de discapacitados crónicos es mayor y con mayor demanda de cuidados del paciente por parte de la estructura familiar. Basándonos en estas premisas, el cuestionario empleado ha sido derivado del modelo SERVQUAL, utilizado en el ámbito hospitalario como instrumento de medida para valorar la calidad de los servicios prestados, combinando las expectativas y las percepciones de los usuarios^{45,46}.

Respecto a otros estudios, existen pocas diferencias en los datos de filiación de la figura del cuidador: edad media entre 52 y 65 años, y predominio del sexo femenino y amas de casa. En nuestra muestra fue más frecuente el rol de hija que el de esposa⁸.

Dentro del proceso de rehabilitación y valoración del equipo profesional, los cuidadores, al igual que los pacientes, destacan como positivas para su satisfacción las siguientes dimensiones: amabilidad en el trato, profesionalidad del equipo, integridad de la atención, interés por el cuidador, conocimiento del proceso, información, accesibilidad y confidencialidad.

La figura del cuidador es cada día más relevante, por el incremento de discapacitados crónicos y de políticas sanitarias que tienden a acortar las estancias hospitalarias, demandando, por lo tanto al cuidador una mayor atención, información y apoyo de la asistencia sanitaria en el ámbito domiciliario. Los pacientes están cada día más informados y demandan calidad; por consiguiente, los profesionales deben ser entrenados en habilidades comunicativas para ser más eficientes y proteger su propia autoestima.

Podría concluirse que:

– La satisfacción del paciente se relaciona principalmente con las dimensiones que reflejan una alta calidad en la relación comunicativa médico-paciente.

– Hay que perfilar cuestionarios para medir la satisfacción personal del paciente, cuidador/familiar y profesio-

sionales en los servicios de rehabilitación. Los cuestionarios presentados en este trabajo deben ser simplificados y estudiar sus características métricas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Gaspar M. Modelos de relación médico-enfermo [Consulta: 14-04-2003]. Disponible en: http://www.sepsi-quiatria/html/información_sociedad/manual/a3n4.htm.
2. Barcia D, Nieto J. La relación médico-enfermo. En: Seva A, editor. Psicología Médica. Zaragoza: Ino Reproducciones, 1994.
3. Pérez Gaspar M. Comunicación verbal y no verbal. Disponible en: http://www.sepsi-quiatria/html/información_sociedad/manual/a3n4.htm [Consulta: 14-04-2003].
4. Szasz TS, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationship. Arch Intern Med 1956;97:585-92.
5. II Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Comunidad Andaluza. 1999-2002.
6. Echevarría Ruiz de Vargas M, García Díaz J, Pérez Castilla. La Medicina de Rehabilitación y sus Implicaciones en la Comunicación y el Lenguaje. Rehabilitación (Madr) 1997;31:369-74.
7. Ashi S, Girona Chenoll G, Ortuño Cortes MA. Síndrome del cuidador. Rehabilitación (Madr) 1995;29:465-8.
8. Expósito Tirado JA, Echevarría Ruiz de Vargas C, del Pino Algarrada P, Díaz Borrego P, Algarín Fiestas MI, Cayuelas Domínguez A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (*burnout*) en los servicios de rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 2004;38:59-65.
9. Bimbela Pedrola JL. Cuidando al cuidador. "Counseling" para médicos y otros profesionales de la salud. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
10. Beatty PW, Richmond GW, Trpper S, DeJong G. Personal assistance for people with physical disabilities: consumer-direction and satisfaction with services. Arch Phys Med Rehabil 1988;79:674-7.
11. Schers H, van den Hoogen H, Grol R, van de Bosch W. Continuity of information in general practice. Patient views of confidentiality. Scand J Prim Health Care 2003; 21:21-6.
12. Aizpuru Barandiaran F. Barriers to verbal communication and consumer satisfaction consultations in general medicine. Gac Sanit 1993;7:27-31.
13. Boceta Osuna J, Cía Ramos R, de la Cuadra Liro C, Duarte Rodríguez M, Durán García M, García Fernández E, et al. Cuidados paliativos domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Edita Consejería de Salud Junta de Andalucía, 2003; p. 131-43.
14. Albert E. Reflections on rational emotive therapy. J Consult Clin Psychol 1993;61:199-201.
15. Avia MD. Técnicas cognitivas y de autocontrol. En: Mayor M, Labrador J, editores. Manual de modificación de conducta. Alambra, 1991.
16. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health sta-

- tus while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
17. LeBaron S, Zeltzer LK, Ratner P, Kniker WT. A controlled study of education for improving compliance with cromolyn sodium (Intal): the importance of physician-patient communication. *Ann Allergy* 1985;55:81-8.
 18. Goldberg HI, Neighbor WE, Hirsch IB, Cheadle AD, Ramsey SD, Gore E. Evidence-based management: using serial firm trials to improve diabetes care quality. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28:155-66.
 19. Ottenbacher KJ, González VA, Smith PM, Illig SB, Fiedler RC, Granger CV. Satisfaction with medical rehabilitation in patients with cerebrovascular impairment. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80:876-84.
 20. Rosswurm MA, Lanham DM. Discharge planning for elderly patients. *J Gerontol Nurs* 1998;24:14-21.
 21. Wallace P, Haines A, Harrison R, Barber JA, Thompson S, Roberts J, et al. Virtual Outreach Project Group. Design and performance of a multi-centre randomized controlled trial and economic evaluation of joint tele-consultations. *BMC Fam Pract* 2002;11:1.
 22. Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomized trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;26:320:550-4.
 23. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Med Educ* 2001;35:748-56.
 24. Zwar N, Wolk J, Gordon J, Sanson-Fisher R, Kehoe L. Influencing antibiotic prescribing in general practice: a trial of prescriber feedback and management guidelines. *Fam Pract* 1999;16:495-500.
 25. Little P, Everitt H, Wilianson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;20:323:908-11.
 26. Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, de Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
 27. Avellanet Viladomat M. El *feedback* en la comunicación, centrado en el que aprende. *Rehabilitación (Madr)* 2004;38(Supl 1):38-41.
 28. Gonzalez Viejo MA. Audit. Metodología para la mejora de la capacidad de comunicación. *Rehabilitación (Madr)* 2004;38(Supl 1):41-6.
 29. Moral RR, Rodríguez Salvador JJ, de Torres LP, Prados Castillejo JA; COMCORD Research Group. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents: a randomized controlled trial. *Fam Med* 2003;35:489-95.
 30. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1991.
 31. Bretones Alcaraz C, Sánchez Romero JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1989;6:312-6.
 32. Benavides FG, Nolasco A, Jiménez L, González C, López JM, Pérez E, Bolumar. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios de un centro de salud. *Aten Primaria* 1987;4:91-5.
 33. Torío Durantez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencia de los médicos. *Aten Primaria* 1997;1:31-4.
 34. Magallón Botaya R, García Mata JR, Antoñanzas Lombarte A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. *Aten Primaria* 1995;15:73-8.
 35. Loayssa Lara JR, González García FM. Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2001;28:158-66.
 36. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de apoyo a las Familias Andaluzas. Decreto 137/2002.
 37. Jha A, Patrick DL, MacLehose RF, Doctor JN, Chan L. Dissatisfaction with medical services among Medicare beneficiaries with disabilities. *Archs Phys Med Rehab* 2002;83:1335-41.
 38. Golstein MS, Elliot SD, Guccione AA. The development of a instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 2000;80:853-63.
 39. Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 2002;82:682-91.
 40. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys Ther* 1999;79:159-70.
 41. Alcalá Ruiz M, Grau Fibla G, de la Higuera González JM, et al. Satisfacción de los usuarios de las unidades de gestión clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío [Consulta: 4/08/2003]. Disponible en: <http://www.fundsis.org/http://www.fundsis.org/Actividades/cooperacioninstitucional/EconomiadelaSalud/programa%20XXIIIlaes.pdf>.
 42. El Camino de la Calidad en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud [Consulta: 4/08/2003]. Disponible en: http://www.Enskadikalitatea.net/castellano/euskadi/sanida/pag_sanidad.html.
 43. García Ameijeiras MC, Pajín Santos MA, Ibarz Giné C, Amevilia Rodríguez A, Bori de Fortuny I, Cuxart Fina A, et al. ¿Problemas éticos en rehabilitación? *Rehabilitación (Madr)* 2004;38(Supl 1):117.
 44. Mora Amerigo E, Forner Antoli P, Chumillas Lujan S, Peñalver Barrios L. Calidad percibida por el usuario de un servicio de rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 1996;30:47-52.
 45. Jiménez Salillas L, Cisneros Lanuza T, Ramos Martínez M, Gómez Opic C, Pinilla Gurbindo I, Bernard Sánchez M. Estudio sociométrico de la participación del paciente en el proceso de rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 1994;28:46-51.
 46. Parasuraman A, Zeithamil VA, Berry L. SERVQUAL: A multiple-Item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.

Correspondencia:

C. Echevarría Ruiz de Vargas
Servicio de Rehabilitación. Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT). Semisótano
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla