

Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional

Fuensanta Sánchez Sánchez^a, Francisco José Sánchez Marín^b y Yolanda López Benavente^c

^aDirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.

^bDirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia. España.

^cDirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.

Fuente de financiación del trabajo: Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud y Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad de Murcia.

Correspondencia: F.J. Sánchez Marín.

Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia. España.

Correo electrónico: franciscoj.sanchez8@carm.es

Resumen

Objetivo: Identificar características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y descubrir mecanismos de mejora y perfil docente deseable para la implantación de una línea estratégica de formación.

Material y método: Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo desarrollado entre septiembre de 2006 y julio de 2007 a iniciativa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Murcia, España. Participaron 11 médicos, 5 enfermeros, 1 psicólogo y 1 periodista de atención primaria y especializada y la Consejería de Sanidad de Murcia. Se utilizaron dos grupos focales con muestreo por saturación estructural, registro de los discursos en soporte audiovisual, transcripción literal y análisis de contenido.

Resultados: Es preciso potenciar cambios de actitud y adquirir herramientas para la adecuada atención de situaciones cotidianas. También es necesario replantear temas y enfoques, definir el perfil de los docentes y desarrollar mecanismos de colaboración y motivación. La formación en comunicación asistencial e interprofesional es fundamental aunque escasa, autodidacta, poco estructurada y generalista. Presenta dificultades relacionadas con la asistencia, la difusión y el reconocimiento.

Conclusiones: Una línea estratégica de formación en comunicación debe fundamentarse en una perspectiva humana. Su integración debe ser asumida por la institución y ser universal a partir de los intereses y las necesidades sentidas y expresadas por los profesionales y los ciudadanos.

Palabras clave: Grupos focales. Formación. Comunicación asistencial. Comunicación interprofesional.

Abstract

Objective: To identify the characteristics, needs and difficulties of training of health professionals in health care and inter-professional communication and discover mechanisms for improvement and a desirable educational profile for implementing a training strategy.

Material and method: Qualitative, descriptive and interpretive study carried out between September 2006 and July 2007 at the initiative of the Dirección General de Asistencia Sanitaria-Servicio Murciano de Salud (SMS) and the Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria-Consejería de Sanidad of Murcia, Spain. Participants included 11 doctors, 5 nurses, 1 psychologist and 1 primary and specialised care journalist and the Consejería de Sanidad of Murcia. 2 focus groups were used with sampling by structural saturation, recording of speeches on audiovisual support, verbatim transcript and content analysis.

Results: We must encourage attitude changes and acquire the tools for proper care in everyday situations. It is also necessary to rethink subject matter and approaches, define the profile of teachers and develop collaboration and motivation mechanisms. Training in health care communication and inter-professional communication is crucial but it is limited, self-taught, poorly structured and generalistic. It has difficulties associated with attendance, outreach and recognition.

Conclusions: A strategic plan for training communication must be based on a human perspective. Its integration must be undertaken by the institution, and universal with the interests and needs felt and expressed by professionals and citizens.

Key words: Focus groups. Training. Care communication. Inter-professional communication.

Introducción

Entre las competencias más relevantes de un profesional de la salud, se encuentra una adecuada capacidad de comunicación en el ámbito asistencial e interprofesional¹ para que influya en la satisfacción de profesionales y pacientes², el cumplimiento terapéutico, la prevención de conflictos, la mejora de los resultados clínicos y la eficiencia de los servicios sani-

tarios³. Las denominadas “entrevista clínica”, “comunicación centrada en el paciente” o “entrevista motivacional”, entre otras, son instrumentos valiosísimos para comunicar, educar, diagnosticar, tratar y asesorar a los pacientes^{4,5}. Sin embargo, pierden gran parte de su valor cuando se utilizan de forma meramente instrumental, utilitarista o excesivamente tecnicizada y deshumanizada. De manera que resulta necesario que su uso sea conforme a un modelo que les aporte sentido, orienta-

ción, finalidad, un contexto específico donde desarrollarse^{6,7} y una permanente revisión de su aplicación metodológica.

Por otro lado, las habilidades de comunicación en general y la práctica de la orientación familiar, entre otras⁸, cuando se desarrollan de forma pertinente, coherente y con una valoración ética, aportan valor al manejo de situaciones críticas, a la gestión de la demanda o a la prevención del desgaste profesional⁹.

En este trabajo presentamos los resultados de un estudio desarrollado en colaboración entre la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Murcia. Y es que, en nuestro medio, y tras más de 20 años de difusión y desarrollo de actividades de formación en comunicación dirigidas a los profesionales de la salud, no se ha alcanzado el nivel de amplitud esperado y la repercusión que se percibe sigue siendo insuficiente. Por ello resulta necesario identificar dificultades y necesidades formativas, descubrir posibles soluciones y revelar algunas claves que permitan planificar adecuadamente este tipo de formación (tabla 1).

Material y método

El proyecto se llevó a cabo entre septiembre de 2006 y julio de 2007 mediante dos grupos focales¹⁰ (fig. 1). En su organización participaron tres investigadores con experiencia en la aplicación de la técnica de grupos focales y formación: una médica, una enfermera y un pedagogo. El primer grupo fueron profesionales con una labor asistencial directa con el paciente (grupo asistencial): 4 médicos y 4 diplomados universitarios en enfermería (DUE). Y un segundo grupo con responsabilidades en dirección, coordinación o gestión de servicios sanitarios (grupo institucional): 7 médicos, 1 psicólogo, 1 periodista y 1 DUE. Fueron seleccionados mediante muestreo por saturación estructural¹¹: profesión, nivel de responsabilidad, centro de trabajo, área de salud y organismo sanitario (tabla 2).

Tras explicar las condiciones del estudio, aceptaron participar 20 profesionales de 4 centros de salud, 4 hospitales,

10 servicios sanitarios y 2 organismos sanitarios diferentes (SMS y Consejería de Sanidad). Se celebraron dos reuniones (una para cada grupo focal) con una duración aproximada de 1.30 h, a las que acudieron 8 profesionales para el grupo asistencial y 10 para el grupo institucional. Las reuniones se estructuraron según un guion temático (fig. 2) utilizando principalmente preguntas circulares. Fueron registradas (dictáfono y cámara de video) y los testimonios fueron transcritos y sometidos a un análisis de contenido categórico¹², consistente en su ordenación, codificación, depuración y categorización. Este proceso fue sometido a verificación intersubjetiva, exhaustividad, univocación y mutua exclusividad¹³.

Resultados

Situación actual de la formación en comunicación asistencial

En nuestro medio, la percepción acerca de la formación actual en comunicación asistencial encaja con los términos “escasa” y “autodidacta”, con acciones formativas generalmente puntuales, poco estructuradas y en torno a la comunicación en general y la atención a la familia en particular. Asimismo se nos presentan diferenciadas por categorías profesionales (médicos, DUE, etc.) y niveles (programas MIR y programas de formación continuada). Por otro lado, la participación en ellas es en general constante: asisten las mismas personas, de las mismas categorías profesionales y con interés reconocido sobre el tema. No obstante, su valoración es generalmente muy buena.

Dificultades de la formación en comunicación asistencial

Encontramos dificultades relacionadas principalmente con cierto temor a participar debido a que, en la mayoría de ellas, se abordan aspectos personales (afectos, sentimientos o emociones). Además, se considera que el contexto laboral está alejado del lenguaje y los planteamientos que se propugnan en este tipo de actividades y, por lo tanto, resulta poco propicio para aplicar lo aprendido. También se reconoce una escasa eficacia en su difusión.

Tabla 1. Puntos clave

Lo conocido sobre el tema	Una adecuada capacidad de comunicación comporta una de las competencias profesionales importantes y supone una herramienta fundamental para el éxito en el desempeño del puesto de trabajo La formación es un método óptimo para la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la aprehensión de actitudes y valores positivos en torno a la comunicación Para un adecuado planteamiento formativo en comunicación se debe partir de las concepciones, creencias, expectativas, necesidades, intereses y dificultades de los destinatarios, así como del contexto
Qué aporta este estudio	Una aproximación al estado actual en nuestro medio de la formación en comunicación asistencial e interprofesional (características, dificultades y necesidades) a través de los testimonios de profesionales clave Propuestas de mejora de la formación en comunicación asistencial e interprofesional a través de orientaciones para superar las dificultades, responder a las necesidades y planificar adecuadamente las líneas estratégicas, planes y actividades concretas de formación en esta materia

Respuesta a las dificultades de formación en comunicación asistencial

Teniendo en cuenta la relevancia de "lo personal" en este tipo de actividades, resulta imprescindible generar un clima de seguridad haciendo énfasis en un enfoque ético-moral y en la pericia y la maestría de los docentes. También se propone tener muy en cuenta los diferentes puntos de vista de todos los profesionales de todas las categorías e indagar en los motivos para no participar que aluden.

Situación actual de la formación en comunicación interprofesional

La formación en comunicación interprofesional se desarrolla desde líneas de trabajo muy generales relacionadas con el clima laboral (trabajo grupal y en equipo) y orientadas

a conciliar los aspectos personales y profesionales. Además, se caracteriza por su escaso reconocimiento institucional y la escasa oferta formativa específica, así como por su carácter autodidacta. No obstante, las actividades que se llevan a cabo son de tipo vivencial y resultan bien valoradas y gratificantes.

Dificultades de la formación en comunicación interprofesional

Presenta algunas dificultades relacionadas con la rigidez de los mecanismos de comunicación entre profesionales, centros asistenciales e instituciones. También un escaso reconocimiento entre los profesionales de la necesidad de este tipo de formación, lo que repercute en la participación en estas acciones formativas.

Figura 1. Esquema general del estudio.

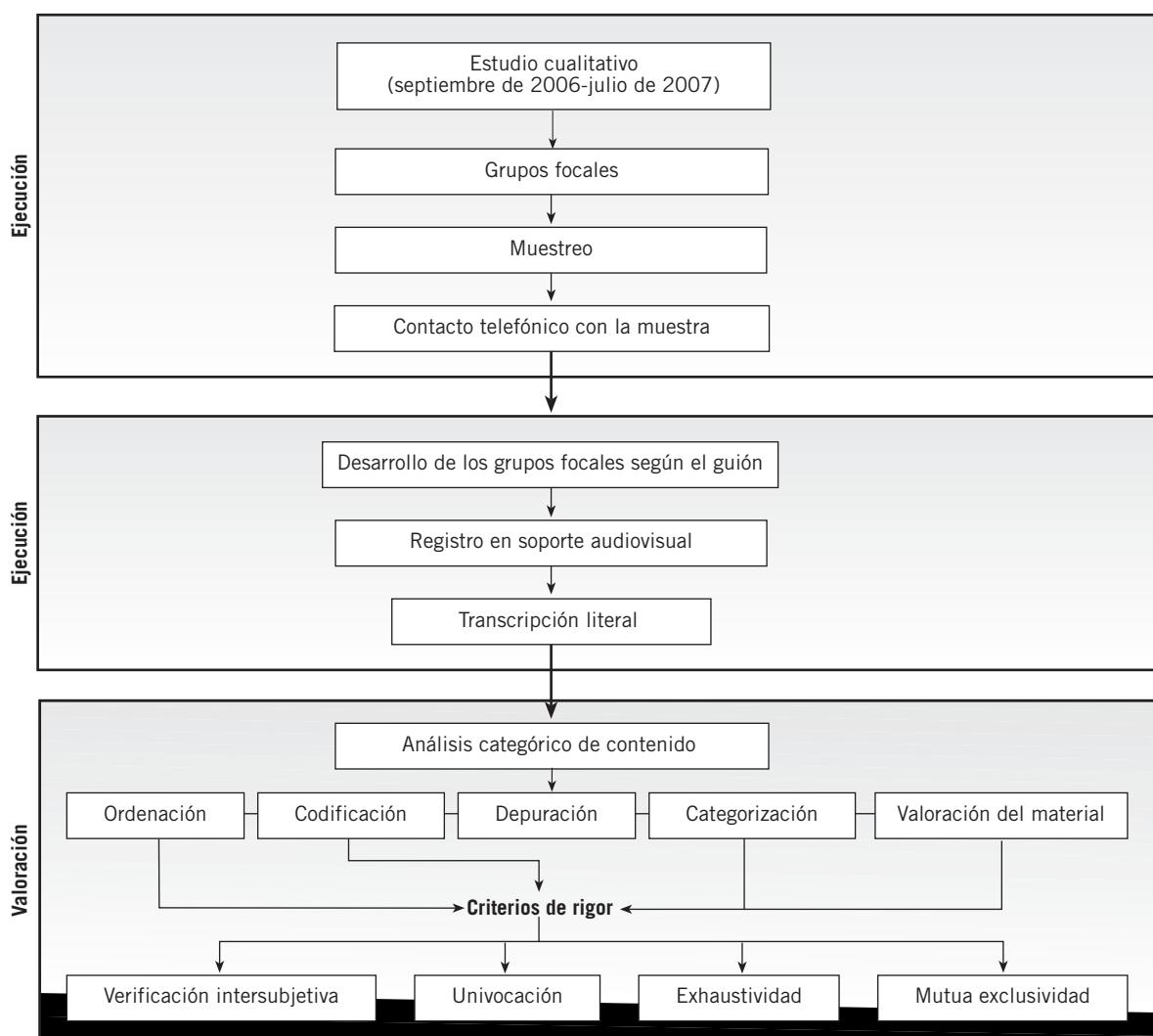


Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Nivel I	Labor asistencial directa con el paciente Responsabilidades en dirección, coordinación o gestión de servicios sanitarios
Nivel II	Homogeneidad: contenido de los discursos Heterogeneidad: saturación estructural
Nivel III	Sexo Edad cronológica Perfil profesional Disposición a participar Centros de trabajo Relación o participación en acciones, contextos o actividades formativas relacionadas con la comunicación

Necesidades a las que dar respuesta desde la formación en comunicación

Desde el plano asistencial, la formación en comunicación debe propiciar un cambio de actitud hacia la concepción del paciente como centro del sistema sanitario, principalmente asegurando que comprenda la información que se le brinda. Del mismo modo, aportar instrumentos y técnicas para manejar de manera coherente y homogénea las situaciones problemáticas o los momentos de crisis: especialmente procesos de duelo, atención a pacientes difíciles o agresivos, ofrecer información y dar malas noticias.

Desde la perspectiva interprofesional, ofrecer oportunidades de trabajo en equipo, potenciar el carácter multidireccional de la comunicación y una perspectiva más humana en el trato y el apoyo a los compañeros.

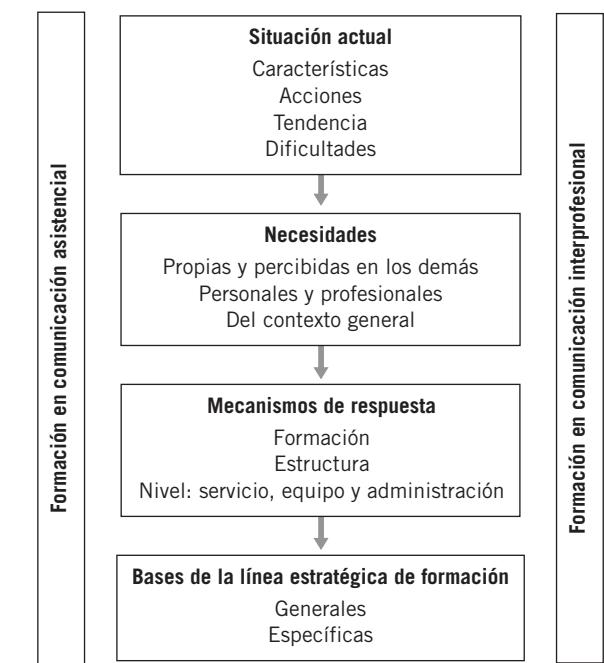
Desde el punto de vista personal, aportar argumentos sólidos para reconocer la comunicación como una herramienta útil. Asimismo, desarrollar la capacidad para detectar, en la mayoría de los problemas cotidianos, la naturaleza comunicacional y de valores; la destreza para reconocer la necesidad de habilidades de comunicación: apertura, diálogo, empatía y escucha y las habilidades para trabajar los propios sentimientos: sufrimiento, incertidumbre, prejuicios y reconocimiento.

En cuanto a la atención a la familia, brindar recursos útiles para transmitir información y comunicarse adecuadamente con las familias: valorar sus necesidades y problemas, saber escucharlas y ayudarlas, interpretar sus vivencias y acompañarlas en la adquisición y la gestión de su propia autonomía y sus recursos.

Respuesta a las necesidades de formación en comunicación

Para atender a estos requerimientos se recomienda replantear los temas, las estrategias y los enfoques que se adoptan potenciando la colaboración en los propios centros y entre ellos y la motivación de los profesionales (tabla 3). A su vez, se apuntan indicaciones de tipo metodológico, estratégico

Figura 2. Guión con los temas abordados en los grupos focales.



co, didáctico e ideológico para la planificación de acciones de formación concretas (tabla 4).

Perfil docente en la formación en comunicación

En este tipo de formación, los docentes han de ser profesionales con una adecuada formación, experiencia y hábito de comunicación. Deben compartir las mismas condiciones de comunicación e implicación en el trabajo que los destinatarios (mismas situaciones y dilemas, aunque habiendo aprendido a resolverlos y transmitirlos a los demás).

Línea estratégica de formación en comunicación

Se considera adecuado generar una línea estratégica de formación en comunicación con los siguientes objetivos:

- Integrar la comunicación en el desempeño de la profesión.
- Institucionalizar la comunicación.
- Establecer la obligatoriedad de formación en comunicación.
- Fomentar la comunicación como tema de actualidad.
- Universalizar la comunicación evitando su departamentalización y orientándola a todas las categorías profesionales.
- Considerar las necesidades y los intereses de profesionales y usuarios.
- Fundamentar la comunicación en la ética, la legalidad, el respeto, el reconocimiento de los logros, la perspecti-

Tabla 3. Medidas de respuesta generales a las necesidades de la formación en comunicación

Temas que tratar en las acciones formativas	Procedimientos deliberativos Habilidades de negociación y toma de decisiones Estrategias de mejora de la comunicación
Estrategias	
Enfoque	Clarificación de modelos comunicativos
Comunicación entre centros	Procedimientos de intercambio de información específicos y explícitos que incluyan protocolos de actuación
Comunicación en el centro	Protocolos de seguimiento de la información Espacios de comunicación reglados y sistemáticos (p. ej., sesiones clínicas) Mapas de incidentes críticos, vías clínicas, historias de valores y dinámicas de autogestión del trabajo
Motivación	Rotaciones específicas por diferentes consultas Intrínseca: reconocimiento de las dificultades y habilidades propias de comunicación (p. ej., assertividad) Extrínseca: incentivos

Tabla 4. Medidas para la planificación de acciones de formación en comunicación

De tipo ideológico	Aspectos emocionales y de actitud de la vida personal en sintonía con la profesional
De tipo estratégico	Plan institucional para la mejora de los circuitos de comunicación entre centros Plan de formación que imprima continuidad y diferentes niveles de profundización (itinerarios) Perfil de conocimientos teóricos y habilidades técnicas, fundamentadas en argumentos y condiciones de la práctica
De tipo metodológico	Aprendizaje centrado en el profesional, práctico, significativo, interactivo y transferible Combinación de talleres y grupos reducidos, supervisada por expertos para trabajar conocimientos, habilidades y actitudes
De tipo didáctico	Partir de los conocimientos previos de los participantes Empatía como estrategia didáctica principal Modalidad presencial y <i>online</i> Respeto y reconocimiento de los derechos Cuerpo de conocimientos y lenguaje común consensuado y fundamentado en principios básicos: saber escuchar y empatía

va humana y la mejora de la calidad en los procesos comunicativos.

– Promocionar actitudes positivas y habilidades como empatía y escucha.

Discusión

Según estos resultados y los obtenidos por otros en este mismo sentido^{14,15}, se precisa promocionar actividades de formación en comunicación como elemento fundamental de las relaciones en el ámbito asistencial e interprofesional¹⁶, sobre todo atendiendo a las creencias y actitudes de los profesionales sanitarios respecto a usuarios, pacientes, compañeros, jefes y subordinados¹⁶. Resulta de vital importancia abordar situaciones coti-

dianas y de relación desde una perspectiva más humana^{17,18}. Asimismo resulta imprescindible no sólo reconocer la necesidad de adquirir habilidades de comunicación¹⁹, sino comprender, aprehender y asumir los modelos emergentes de ellas. Para ello proponemos utilizar aprendizajes progresivos continuos, integrados y transferibles a la realidad²⁰ confeccionando un perfil unitario de conocimientos, habilidades y lenguajes de comunicación y atendiendo a aspectos axiológicos^{21,22}. Se hace necesario construir una línea estratégica de formación en comunicación fundamentada en una perspectiva humana que impulse la integración de la comunicación en la profesión, su institucionalización y universalidad a partir de los intereses y las necesidades sentidas de los potenciales asistentes.

Debemos mostrar cierta prudencia a la hora de generalizar los resultados debido a las limitaciones del estudio en

cuanto a la escasez de la muestra y la ausencia de sujetos relevantes de otras categorías profesionales (residentes, personal de administración o servicios de apoyo), así como de triangulación con otro método-técnica-instrumento (aunque las categorías emergentes del análisis fueron contrastadas con el material audiovisual). Sin embargo, asumimos que los resultados son una primera aproximación a la realidad estudiada, que se completará posteriormente con entrevistas en profundidad y consulta a expertos comunicadores. En este sentido, constatamos la necesidad de seguir ampliando los horizontes de investigación hacia la clarificación de las relaciones de comunicación en el ámbito asistencial e interprofesional, en la comprensión del fenómeno de la comunicación en la realidad, en los modelos que inspiran las actividades de formación y la praxis docente que se lleva a cabo en ellas. De igual modo, en las políticas que lleva a cabo la administración sanitaria y en los valores emergentes de ellas.

Agradecimientos

A los profesionales que han participado en los grupos focales.

Bibliografía

1. Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfli E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. Aten Primaria. 2003;32: 110-7.
2. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. Enferm Clin. 2006;16: 19-26.
3. Peña C, Comín J. Integración de ámbitos asistenciales. Rev Esp Cardiol. 2007;7:21-9.
4. Rodríguez JJ. Formación en relación médico-paciente. Tribuna Docente. 2003;4:10-9.
5. Rodríguez JJ. Entrevista clínica y relación médico-paciente. Tribuna Docente. 2003;4:42-53.
6. Pérez CM. Los paradigmas médicos. Factores de su conservación y cambio. Bol Ateneo Juan César García. 1995;3:21.
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1979;196:129-35.
8. Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. An Sis Navarra. 2001;24 Supl 2:73-82.
9. Castaño I, García M, Leguizamón L, Novoa M, Moreno I. Association between burnout syndrome in internal medicine residents, their report of their suboptimal care practices and patients' report. Univ Psychol. 2006;5:549-62.
10. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;320:50-2.
11. Sánchez E. Curso de introducción a la investigación clínica. Capítulo 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico. Semergen. 2008;34:75-9.
12. Strauss A, Corbin J. Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory. 2.^a ed. London: Sage; 1998.
13. Bolívar A, Domingo J, Fernández M. La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología. Madrid: La Muralla; 2001.
14. González R, Gijón MT, Escudero MJ, Prieto MA, March JC, Ruiz A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2008;23:101-8.
15. Sánchez FJ, Molina F, Romero BE. Capacidad y necesidades del residente. Recursos docentes para ayudar al tutor en una situación de cambio. Aten Primaria. 2007;39:535-9.
16. Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbel JL, Robledo T, Megido X et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. Aten Primaria. 2007;39:285-8.
17. Loayssa JR, González F, Ruiz R. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. Aten Primaria. 2007;39:291-7.
18. Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira JJ, et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Rev Calidad Asistencial. 2006;21:199-206.
19. Domínguez C, Expósito J, Barranco J, Pérez S. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. Rev Calidad Asistencial. 2007;22:44-9.
20. Saura J, Saturno PJ, Romero BE. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. FMC. 2006; 13:435-46.
21. Sánchez FJ, Molina F, Martínez MT, Sánchez F, Cifuentes MA, Martínez MA, et al. Programa MIR de medicina familiar: una interacción transprofesional en una realidad compleja. Aten Primaria. 2004;33:312-9.
22. Sánchez FJ. Análisis de valores en los agentes de formación de los MIRs de Medicina Familiar y Comunitaria. Un estudio biográfico-narrativo [tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia; 2007.