



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Subiela García, José Antonio; Abellón Ruiz, Juan; Celdrán Baños, Ana Isabel; Manzanares Lázaro, José Ángel; Satorres Ramis, Bárbara

La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera

Enfermería Global, vol. 13, núm. 2, abril, 2014, pp. 276-292

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834853013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera

Active Listening importance in Nurse intervention

*Subiela García, José Antonio *Abellón Ruiz, Juan *Celdrán Baños, Ana Isabel *Manzanares Lázaro, José Ángel *Satorres Ramis, Bárbara

*Enfermera/o Asistencial en el Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor en San Javier. Murcia..

E-mail: joseasubiela@hotmail.es

(1º Premio en las I JORNADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL AREA DE SALUD VIII MAR MENOR declaradas de interés científico-sanitario. Torre Pacheco, Murcia, 12 Abril de 2013.)

Palabras clave: Escucha activa; satisfacción del paciente; Comunicación interpersonal; Habilidades de comunicación.

Keywords: Listen actively; patient satisfaction; interpersonal communication; Communication Skills.

RESUMEN

Objetivos: Valorar la percepción que tienen los usuarios sobre algunos aspectos (aptitud y actitud) relacionados con la escucha activa durante el periodo de hospitalización.

Material y métodos: Revisión bibliográfica, Estudio observacional descriptivo, con una muestra de 30 pacientes, mediante cuestionario con 10 preguntas cerradas y cuatro opciones de respuesta.

Resultados: Más de un 66% (n=30) de los usuarios encuestados declararon en cada una de las cuestiones planteadas sobre la escucha activa que se cumplen las condiciones físicas adecuadas, de actitud y aptitud por parte del personal sanitario para que esta tenga el efecto deseado sobre el paciente.

Conclusiones: Los cuestionarios reflejan que los pacientes se muestran en general satisfechos con los elementos que definen la escucha activa como forma de hacer frente a las barreras de la comunicación.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the users' perception on some aspects (aptitude and attitude) related to active listening during the period of hospitalization.

Material and methods: Bibliographical review; descriptive and observational study with a sample of 30 patients by means of a questionnaire with 10 closed questions and four answer choices.

Results: Over than 66% (n = 30) of the users surveyed stated in each of the issues raised on active listening that the suitable conditions, attitude and aptitude for the medical staff are complied, so that it has the desired effect about the patient.

Conclusions: The questionnaires reflect that patients are generally satisfied with the defining elements of active listening as a way of dealing with communication barriers.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una necesidad primaria en cualquier ámbito y ante cualquier comunidad dada nuestra necesidad de compartir nuestros pensamientos, sentimientos y nuestra sabiduría. Cuando se dan situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada, en muchos casos se genera un conflicto interpersonal. En el ámbito de la salud desde sus orígenes la práctica sanitaria está totalmente vinculada a la comunicación interpersonal y a las habilidades de comunicación. En la base de la atención sanitaria donde se sitúa el proceso salud-enfermedad se encuentran la interacción entre un paciente, su familia y el médico y el enfermero como representantes del equipo de salud (Figura 1).

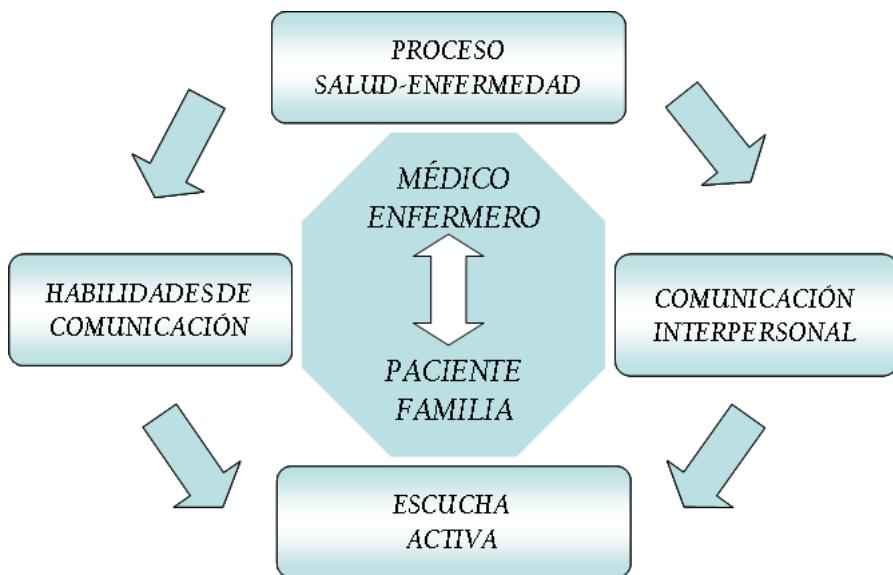


Figura 1. Base de la práctica sanitaria y su relación con el equipo de salud.

Actualmente el énfasis en la calidad de la atención sanitaria ha puesto de manifiesto que además del aspecto científico-técnico es preciso atender al aspecto relacional y las habilidades de comunicación ya que influye de forma directa en la satisfacción de los pacientes y resultan básicas de cara al ejercicio de cualquier actividad sanitaria¹ y son las que van a diferenciar a “un buen profesional” de un profesional menos considerado²⁻⁹ y es por tanto también un determinante para el logro de una mayor efectividad¹⁰⁻¹² y eficiencia¹³ tanto a nivel terapéutico facilitando la adherencia al tratamiento prescrito, como preventivo¹⁴ y por tanto mejorando el resultado clínico

final^{15,16}. Hay aspectos como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional e incluso el pronóstico de la enfermedad o estado de salud general que están relacionados con las habilidades de comunicación del profesional sanitario^{11,17,18} y no solo eso sino que hay estudios que demuestran que existe una alta asociación entre la satisfacción del personal sanitario con su trabajo y el proceso de comunicación del paciente, haciendo recíproco el beneficio obtenido en esta relación¹⁹.

Aunque hay muchos trabajos relacionados con la satisfacción de los pacientes²⁰⁻²⁴ y en la mayoría de ellos se incluye el concepto de “escucha activa”, hay pocos trabajos relacionados con la revisión de los componentes de la escucha activa dentro de una unidad de hospitalización que serán los que evaluemos en este trabajo y será el objetivo de nuestro estudio.

Descripción de la interacción medico-enfermera-paciente

¿Cual es la interacción medico-enfermera-paciente en nuestra planta de Medicina Interna-Neumología?

De un modo breve describiremos cuáles son los diferentes procesos comunicativos donde se puede poner de relevancia la escucha activa:

A nivel del médico: Hablaremos aquí de la visita del médico, corta pero intensa, en ella el médico tras valorar la evolución de enfermería (relevos escritos en el ordenador), las constantes vitales y los resultados de las pruebas realizadas, se dirige a la habitación del paciente. Es una práctica común que el médico (acompañado habitualmente por un residente) entre en la habitación, se presente (la primera vez), pida salir a familiares y amigos y quedándose solo con el paciente y en ocasiones con un familiar comience con la entrevista clínica y es aquí donde empieza el proceso de “escucha activa” para el médico. Tras evaluar durante un mes 50 intervenciones (sin realización de técnicas diagnósticas como drenajes, punciones, etc.) nos consta que en nuestra planta más del 90% de las entrevistas dura entre 5-10 minutos (media: 7,2 minutos), con un mínimo de 3 minutos y un máximo de 25 minutos. Una vez realizada esta entrevista clínica (de ahí el dicho: “pues no parece más que la visita del médico”), el médico modifica el tratamiento, marca los cambios y las pautas a seguir y se va a “visitar” a otro paciente, de manera que no vuelve a verlo hasta pasadas 24 horas (72 horas en el caso de los fines de semana).

A nivel del personal de Enfermería: En nuestra planta el enfermero (a turnos) mantiene un mayor contacto personal y directo que cualquiera de los profesionales de enfermería (celadores, auxiliares, médicos, técnicos, etc.). De forma rutinaria, el enfermero tras coger la información del relevo anterior, procede a la realización de extracciones de sangre y realización de glucemias, técnicas invasivas que se realizan siempre al inicio del turno y donde se establecen el primer contacto con el paciente, aquí ya empieza el proceso de “escucha activa” para nosotros. Posteriormente se procede al control de constantes vitales (por turno), técnica que permite también mantener esa interacción enfermero-paciente, posteriormente (y según cada profesional) se procede a la revisión de vías venosas periféricas, cuidados de curas y heridas, administración de medicación intravenosa y oral, así durante todo el turno de 8:00 a 20:00 hrs. y luego en el turno de 20:00 a 8:00 hrs., el proceso es similar solo que respetando las horas de sueño de los pacientes.

Hablamos que el médico entra una vez en la habitación del paciente por la mañana entre 5-10 minutos de media, y nosotros, los enfermeros, lo hacemos muchas más veces y habitualmente empleamos mucho más tiempo, por tanto podríamos afirmar que la interacción medico-paciente y enfermero-paciente está en relación 1:10, de ahí la importancia de que el tanto el médico pero sobre todo el personal de enfermería esté adiestrado en habilidades sociales y de comunicación y dentro de ellas, en utilizar de una forma adecuada la escucha activa. A pesar de estos datos, es curioso y tal como refleja el estudio de García Aparicio et al²⁵, el 76,4% de los pacientes entrevistados conoce el nombre del médico y solo el 34,7% de los pacientes conocía el nombre del enfermero, aunque esto creemos que es debido a que habitualmente es un solo médico el que atiende a un paciente y en el caso del personal de enfermería son bastantes los profesionales que, al estar a turnos, atienden al mismo paciente.

¿Qué es la escucha activa?

*“No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación” (Carl Rogers. *El poder de la persona.*)*

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones²⁶. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar es un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y escucha mucho, porque susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y la postura del cuerpo²⁷. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar²⁸. En nuestra opinión la escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de las mismas y a que resultemos un interlocutor agradable para los demás.

El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante²⁹. Debemos practicar el “silencio” que es sin duda la mejor escucha reflexiva³⁰.

Para Escuchar Activamente es necesario (Figura 2):

1. Dejar de hablar. Si se está hablando no se puede escuchar³¹.
2. Conseguir que el interlocutor se sienta con confianza. Hay que ayudar a la persona a que se sienta libre para expresarse. Para conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía³².
3. Demostrar al interlocutor que se está dispuesto a escucharle: se trata de adoptar una posición abierta y activa^{33,34}, manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos, lo que se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y palabras del estilo de “sí, sí”, “ya veo”, resumir y confirmar las afirmaciones de quién nos trasmite el mensaje^{35,36}, formulando las frases con una tonalidad adecuada (no con incredulidad), con empatía y respeto, pero sin abusar de ellas, permitiendo

que el paciente pueda exponer el problema sin interrumpirle precozmente ni realizar conclusiones prematuras^{37,38}, facilitando que exprese sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y cómo afecta la enfermedad a su vida³⁹.

4. Eliminar las posibles distracciones, (interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.).

5. Ser paciente. Tomarnos el tiempo necesario, teniendo en cuenta del que disponemos para hablar con él y con el resto de los pacientes. A veces es conveniente al principio establecer la duración de la entrevista⁴⁰ con el fin de poder llevar a cabo nuestro trabajo de una forma adecuada.

6. Conducir la conversación, sin interrumpirle. Para ello, suele ser útil resumir, preguntar y parafrasear, usando un lenguaje sencillo, asertivo y comprensible para el paciente¹² minimizando las reacciones negativas del paciente.

7. Dominar nuestras emociones. Una persona enojada siempre malinterpreta las palabras.

8. Evitar criticar y argumentar en exceso, ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente a que se enoje o se calle.

9. Preguntar cuánto sea necesario. Además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista con mayor amplitud. Utilizando frases y gestos sencillos: ummm..., mmm..., cuéntame más⁴¹.

10. De nuevo dejar de hablar: ésta es la primera y la última de las recomendaciones y de la que dependen todas las demás.

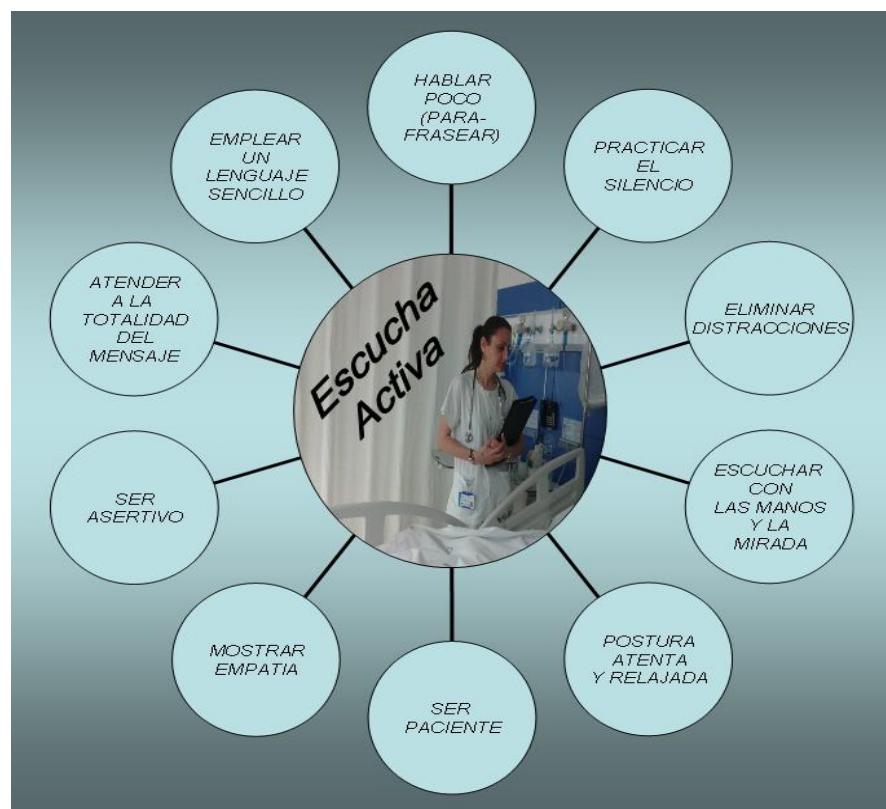


Figura. 2: Actitudes necesarias para practicar la Escucha Activa de una forma adecuada y efectiva.

Algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejerce la escucha activa⁴² y por los que se obtienen muchos beneficios (Figura 3) son:

- Te escucho, me intereso por ti.
- Permito tus emociones, por negativas que sean.
- Intento hacerme cargo de la situación.
- Contengo aquello que se está desbocando en ti.
- Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.

J. Llacuna Morera²⁷ compara el proceso de diálogo a través de una eficaz escucha activa como un “parto” donde el profesional sanitario (“la comadrona”) a través de preguntar, escuchar hábilmente, observar los aspectos no verbales, ayuda al parto y es el paciente el que dice (en el sentido más amplio de la expresión), el que “saca”, y es el profesional el que ayuda a sacar, el que ayuda a formular el mensaje correcto (que tal vez el propio paciente ignora en su totalidad de forma consciente).

I. Hernández Torres et al⁴³ dice que los médicos deben aprender a escuchar con ambos oídos, lo cual significa escuchar con un oído atentamente a la información biomédica y con el otro a la información psicosocial del paciente.



Figura 3. Beneficios de la escucha activa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de enfoque cuantitativo mediante el diseño de un cuestionario estructurado y validado de diez preguntas cerradas con cuatro opciones de respuesta (Anexo I) que mediante entrevista personal se realizó a treinta pacientes (la capacidad actual de la unidad de hospitalización) de forma aleatoria mientras estaban ingresados en la planta de Medicina Interna-Neumología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de Febrero y Marzo de 2013.

Las variables independientes recogidas fueron edad y sexo. No se incluyeron en el trabajo aquellos pacientes que por su patología médica presentaban cualquier deterioro de la capacidad cognitiva, demencia, trastorno psicológico agudo o crónico, o cualquier patología psiquiátrica que impidiese la correcta comprensión de cada una de las preguntas propuestas.

Se confeccionó un cuestionario que exploraba la opinión sobre las siguientes cuestiones sobre los elementos de la escucha activa:

- 1.-Existencia de ruido en la habitación.
- 2.-Respuestas correctas según demanda.
- 3.-Dedicación suficiente.
- 4.-Empleo de un lenguaje adecuado al nivel cultural del paciente.
- 5.-Se preguntó sobre los recursos personales disponibles en la unidad.
- 6.-Se resuelven las dudas sobre la hospitalización.
- 7.-Contacto ocular.
- 8.-Postura adecuada.
- 9.-Actitud agradable.
- 10.-Comprensión.

Cada una de estas áreas se respondía mediante una pregunta cerrada con 4 opciones de respuesta. Este cuestionario es de elaboración propia y antes de su utilización se sometió a un proceso de validación, consistente en comprobar la validez de consenso (llevada a cabo por los propios autores del estudio y dos facultativos) y su validez lógica o aparente; para ello, el cuestionario fue pasado en una muestra piloto de 10 pacientes donde se verificó la viabilidad del sistema organizativo y de recogida de información planeado, así como la idoneidad de las preguntas del cuestionario para los propósitos planteados, asegurándose de que estas eran entendidas por quienes respondían al cuestionario. Tras la prueba piloto se realizaron algunos cambios en las preguntas (por ejemplo se cambiaron los términos “médico y enfermero” por “personal sanitario”) para el correcto desarrollo del trabajo de campo, se amplió el número de respuestas posible de dos (a: sí, b: no) a cuatro opciones y se incluyó el sesgo de especialidad médica.

Los resultados fueron introducidos en una base de datos informativa, Microsoft Access (Microsoft Office 2003) creada para tal efecto y fueron objeto de un análisis cuantitativo de tipo descriptivo.

RESULTADOS

El número total de pacientes incluidos fue 30, de los cuales la edad media era de 69,7 años para los hombres y 73,8 años para las mujeres. Por especialidades, 19 pacientes eran atendidos por facultativos especialistas en Medicina Interna y 11 por facultativos especialistas en Neumología.

En las siguientes tablas (1 a la 10) se muestran los resultados por pregunta y dentro de cada una de ellas por especialidad médica.

Pregunta 1. ¿Cree usted que a la hora de mantener una conversación con el personal sanitario hay mucho ruido en la habitación?

Tabla 1:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 1	NML	2	2	4	3
	MI	0	0	10	9
TOTAL		2	2	14	12

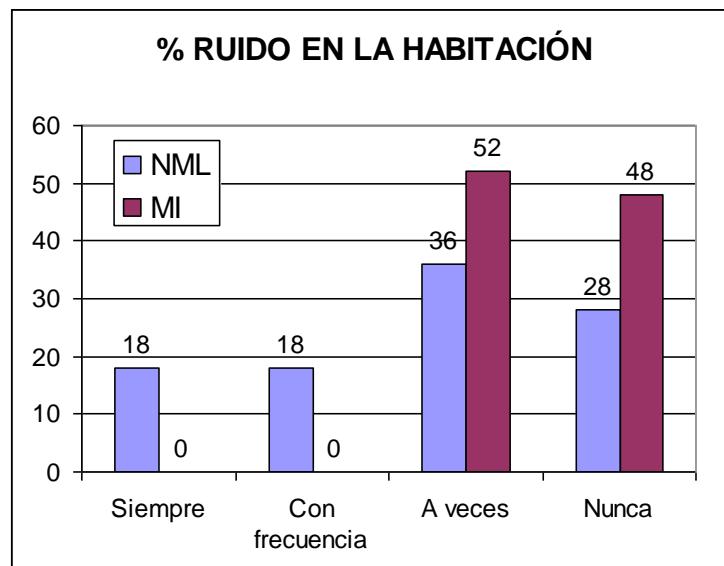


Gráfico 1

Pregunta 2. ¿Cree usted que cuando le realiza una pregunta al personal sanitario, este le responde de forma adecuada? (volumen, velocidad, entonación, etc.).

Tabla 2:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 2	NML	1	6	4	0
	MI	6	8	5	0
TOTAL		7	14	9	0

Pregunta 3. ¿Cree usted que el personal sanitario le dedica el suficiente tiempo en sus visitas?.

Tabla 3:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 3	NML	1	3	7	0
	MI	7	7	5	0
TOTAL		8	10	12	0

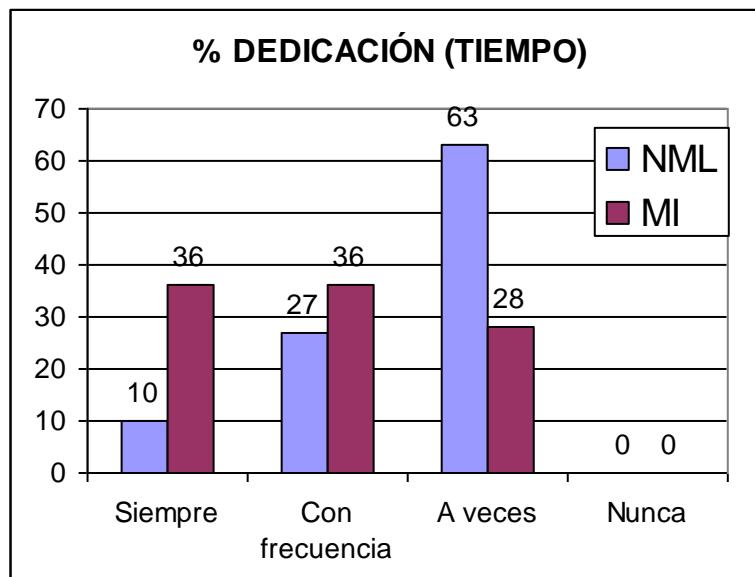


Gráfico 2

Pregunta 4. ¿Entiende usted de forma adecuada lo que le explica el personal sanitario? .(Utiliza un lenguaje claro y llano, de acuerdo al nivel cultural del paciente).

Tabla 4:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 4	NML	1	3	7	0
	MI	8	7	4	0
TOTAL		9	10	11	0

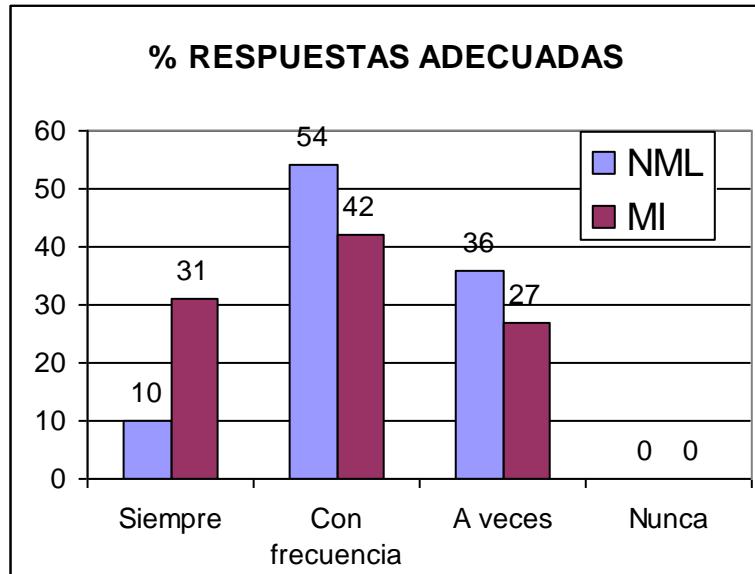


Gráfico 3

Pregunta 5. ¿Cree usted que favorecería la comunicación y la atención al paciente hospitalizado la existencia de más personal sanitario?.

Tabla 5:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 5	NML	7	4	1	0
	MI	9	8	1	0
TOTAL		16	12	2	0

Pregunta 6. ¿Se le resuelven sus dudas sobre su hospitalización de forma adecuada?.

Tabla 6:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 6	NML	1	4	6	0
	MI	7	8	4	0
TOTAL		8	12	10	0

Pregunta 7.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿mantiene el contacto ocular?.

Tabla 7:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 7	NML	1	6	4	0
	MI	9	8	2	0
TOTAL		10	14	6	0

Pregunta 8.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿adopta una postura adecuada?.

Tabla 8:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 8	NML	1	2	5	3
	MI	4	1	4	10
TOTAL		5	3	9	13

Pregunta 9.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿tiene una actitud agradable?.

Tabla 9:

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 9	NML	1	5	5	0
	MI	9	8	2	0
TOTAL		10	13	7	0

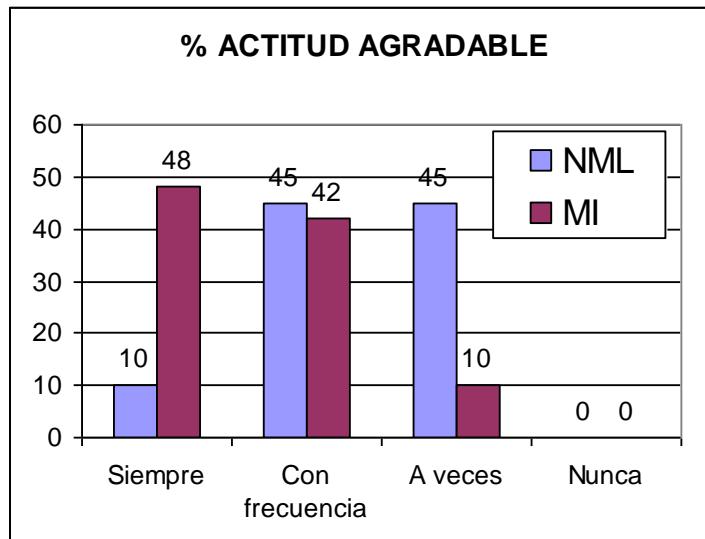


Gráfico 4

Pregunta 10. Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿se siente comprendido?. (El personal sanitario muestra una actitud asertiva)

	Especialidad	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
Pregunta 10	NML	1	5	5	0
	MI	6	9	4	0
TOTAL		7	14	9	0

DISCUSIÓN

Hasta ahora las preguntas cerradas se han considerado como las que mejor podían medir la satisfacción del paciente y la calidad del servicio a nivel general, y son de hecho las que más abundan en las encuestas de satisfacción de nuestro entorno debido a su validez aparente, a su sencillez de diseño y de uso⁴⁴. Sin embargo, esta modalidad de preguntas presenta unas limitaciones importantes ya que impide obtener una comprensión completa de lo percibido por el paciente, así mismo impide la libre opinión y reflexión del paciente que al estar interactuando simultáneamente con el entrevistador, tiene temor a criticar al personal que lo atiende y que éste tome algún tipo de represalia contra él y aunque en nuestro cuestionario no se emplea en ningún caso la palabra satisfacción, sabemos que los elementos que engloban la escucha activa están directamente relacionados con la satisfacción del paciente¹.

La metodología de entrevista realizada aquí parece mostrar que las respuestas a este tipo de preguntas cerradas sobreestiman la satisfacción (en ningún caso se ha contestado la opción “nunca”) y por tanto podrían considerarse de menor utilidad para diseñar intervenciones específicas. La experiencia con este trabajo nos dice que sería conveniente reevaluar este aspecto de la comunicación que nos ocupa “la escucha activa” con otro cuestionario con preguntas abiertas que permitan obtener una

información más profunda y útil para individualizar los aspectos de la comunicación, distinguir entre los diferentes profesionales que atienden al paciente (Médicos, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería, Celadores, etc.), para valorar la calidad de la “escucha activa” en cada profesión por separado por parte de los pacientes. Hay autores que han descrito que el proceso de comunicación paciente-enfermero está más orientado al paciente y a su realidad actual y que el proceso de comunicación paciente-médico centra su intervención desde una perspectiva biomédica, aunque según cita este estudio la combinación de ambas es productiva y beneficiosa para el paciente⁴⁵.

En la pregunta número 4 del cuestionario (tabla 4, gráfico 3) donde se cuestiona si el lenguaje empleado por el personal sanitario es el adecuado, aunque el 64% contestó “siempre” o “con frecuencia”, pensamos que el resto (36%) que contestó “a veces” debe estar motivado por el empleo de palabras técnicas sobre todo por el personal médico (por ejemplo: *“hay que realizarle una adrenalectomía, en vez de hay que extirparle la glándula renal”*) y el abuso de extranjerismos presentes en nuestra sociedad que entre los más utilizados encontramos: *By-pass* (del inglés “*by pass*”), *drenaje* (del francés “*drainage*”), *escáner* (del inglés “*scanner*”), etc.

La pregunta número 8 del cuestionario (tabla 8) que hace alusión a la postura; “sobre la postura corporal”; nos llama la atención por las respuestas obtenidas y por ese motivo la vamos a sacar del estudio ya que nuestra opinión es que al formularla no se ha explicado al paciente de una forma adecuada, ya que el resto de elementos de la comunicación no verbal que también forman parte de la escucha activa (actitud, contacto ocular, empatía, asertividad) han resultado bastante positivas.

Respecto a las áreas de mejora que los pacientes identificaron, llama la atención que se destaca la necesidad de realizar un esfuerzo por parte del personal sanitario en utilizar un lenguaje claro, llano y acorde al nivel cultural del paciente que influye de forma directa en la existencia de dudas sobre su proceso y evolución médica. Así mismo, se observa por parte de los pacientes entrevistados que una mayor presencia de personal sanitario mejoraría la atención sanitaria percibida.

Los resultados de nuestro trabajo reflejan unos valores ligeramente inferiores en algunos aspectos (trato recibido, información recibida) con los obtenidos en la Encuesta de Calidad Percibida en Atención Hospitalaria en el Servicio Murciano de Salud (EMCA 2011).

Otro aspecto importante es el tiempo que se emplea en la “visita”. Quizá la pregunta condiciona al paciente a pensar solo en el médico (por el concepto de “visita” antes mencionado) y no, como dice la pregunta, en el total del personal sanitario que lo atiende. Por eso decidimos obtener los datos teniendo en cuenta la especialidad médica. De forma general podemos decir que ha sido mejor valorado el tiempo que se dedica en la visita por parte de los pacientes de la especialidad de Medicina Interna que los especialistas en Neumología. Este resultado nos llevó a investigar en el número de pacientes que cada médico solía tratar de forma diaria y por los resultados obtenidos la media de pacientes tratados por los Internistas es menor, de forma general, que los Neumólogos, lo que se traduciría en que estos últimos disponen de menos tiempo que los primeros y por tanto son peor valorados en este aspecto.

Respecto al desarrollo de las encuestas, a pesar de explicar a los pacientes que la encuesta englobaba a todo el personal sanitario, nuestra apreciación personal es que todavía la visión actual que el paciente percibe del personal de enfermería tiene que ver muy poco con la realidad, ya que al ser personas mayores, en algunos casos

todavía escuchamos el concepto de “practicante” o llamar al celador de la planta “Enfermero”; algunos pacientes todavía piensan que la enfermera está subordinada al médico, que su función es calmar el dolor del paciente, colaborando con el médico y cubrir sus necesidades básicas cuando el médico no puede hacerlo, de ahí que aunque las preguntas hacen cuestiones relacionadas con el personal sanitario, estamos convencidos de que una gran parte de los pacientes (de edad avanzada la mayoría) lo primero que pensaron es en el médico como representante único de dicho estamento. Por ese motivo incluimos el sesgo de la especialidad, ya que aunque el personal de enfermería no trata por especialidad, los médicos si, y la carga de trabajo existente actualmente según especialidades también varía bastante.

CONCLUSIONES

Los cuestionarios reflejan que los pacientes se muestran en general satisfechos con los elementos que definen la escucha activa como forma de hacer frente a las barreras de la comunicación.

Los aspectos mejor valorados han sido los elementos de comunicación NO verbal que utiliza el personal sanitario durante el periodo de hospitalización de los pacientes (contacto ocular, actitud agradable) y el hecho de que la comunicación se realiza en un ambiente sin apenas ruido que cause distracciones y altere el proceso de escucha activa.

Como aspectos de mejora más importantes encontramos los siguientes:

- a) El tiempo que se le dedica al paciente en las visitas no es suficiente.
- b) En ocasiones no se comprende bien el lenguaje empleado por parte del personal sanitario.
- c) No se resuelven bien las dudas que el paciente plantea.
- d) No se demuestra suficiente empatía.

Casi la totalidad de los pacientes que realizaron la encuesta muestran su conformidad y asocian una mejor comunicación y atención con la presencia de más personal.

Pensamos que el entrenamiento en habilidades sociales proporcionaría a los profesionales sanitarios las herramientas necesarias para la consecución de objetivos mediante el aprendizaje del control emocional (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) y de técnicas como la escucha activa, la forma de proporcionar información útil, de forma clara, como obtener la máxima información mediante el empleo de preguntas abiertas o cerradas utilizadas de forma adecuada, resumir la información y enviar mensajes “yo” y otras muchas posibilidades encaminadas todas a conseguir una comunicación óptima.

La “escucha activa”, en nuestra opinión, constituye un recurso muy importante que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, lo cual puede contribuir a mejorar la calidad de las mismas y por tanto obtener un excelente resultado de agrado sobre el paciente. El profesional sanitario no puede establecer un plan de cuidados adecuado si no conoce la situación del paciente y lo que este opina sobre la misma, solo cuando se consigue un entendimiento mutuo se pueden buscar soluciones en común y conseguir que el proceso sea mucho más efectivo. Escuchar nos hará mejores comunicadores sin necesidad de tener que utilizar las palabras, y más apreciados interlocutores. Con la escucha activa demostramos mayor interés por

nuestros interlocutores y por sus problemas y circunstancias, resolvemos las situaciones tensas y disponemos de más tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su calidad de vida y aceleren el proceso de curación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Van-der Hofstadt Román CJ, et al. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *Revista Semergen* 2004;30(11):552-6.
- 2.-Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction. What we know and what we still need to explore. *Med Care Rev.* 1993;50:49—79.
- 3.-Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Médica Mexicana; 1980.
- 4.-Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis, 1995.
- 5.-Kelly JA. Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: DDB, 1987.
- 6.-Ballester R, Gil MD. Habilidades sociales. Madrid: Síntesis, 2000.
- 7.-Torío DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19 (1): 44-60.
- 8.-Levinson W, Roter D, Mullooly J, Valieri T, Frankel R. Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277:553-559.
- 9.-Ronald M, Epstein T, Campbell L, Steven A, Cohen-Cole R, McWhinney I, Smilkstein G. Perspectives on Patient-Doctor Communication. *J. Fam Pract* 1993; 37 (4): 377-387.
- 10.-Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- 11.-Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. *BMJ* 1993;8(1):40-5.
- 12.-Maqueda Martínez, MªA , Martín Ibañez, L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Rev Esp Comun Salud.* 2012;3(2): 158-166.
- 13.-Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Family Practice* 2000; 17(1):16-20.
- 14.-Dubé CE, O'Donell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine* 2000;75(7 Suppl):S45-54.
- 15.-Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician- patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007;67:315-8.
- 16.-Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Miller WL, Stange KC, Crabtree BJ. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med.* 2008;6:315-22.
- 17.-Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F, González Pérez. La dimensión educativa de la Fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia* 1997;19 monográfico: 63-74.
- 18.-Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patient-Doctor Communication. *American Journal of Medical Quality* 1999;14(4):153-9.
- 19.-Maguirre P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 325 (7366): 697-700.
- 20.-Roger Ruiz-Moral et al. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de Medicina de Familia: Comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 315-322 N° 3 - Mayo-Junio 2011.

- 21.-Vahey, Doris C et al. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Med Care.* 2004.February; 42(2Suppl):II57-II66.
- 22.-Blanco-Abril, S. et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enfermería Clínica.*2010;20(1):23–31.
- 23.-Morales-Guijarro, A.M et al. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad .*Rev Calid Asist.* 2011;26(1):47—53
- 24.-Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006;16(1):19-26.
- 25.-García Aparicio, J. et al. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *RevCalidAsist.*2010;25(2):97–105.
- 26.-Hsu C, Phillips WR, Sherman KJ, Hawkes R, Cherkin D. Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses and clinical staff. *Ann Fam Med.* 2008;6:307-14.
- 27.-Llacuna Morera, J. La comunicación no verbal (II). Recursos para el profesional sanitario. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* Volumen 7, Número 10, Diciembre 2000.
- 28.-Rodríguez Sanza , J. et al. Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC.* 2011;18(7):401-9
- 29.-Ruiz-Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.1.^a ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- 30.-Cebrià Andreu, J., Bosch Fontcuberta, J.M.¿Seguro que se toma la medicación?. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria.*
- 31.-Manual para la Información y Atención al Usuario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha Oficina de Atención al Usuario del SESCAM .Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial. Disponible: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/Manual_Calidad_Asistencial-SESCAM_SCLM.pdf
- 32.-McLeod ME. Doctor-patient relationship: perspectives, needs, and communication. *The American Journal of Gastroenterology.*1998;93(5):676-80.
- 33.-Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patient-Doctor Communication. *American Journal of Medical Quality* 1999;14(4):153-9.
- 34.-Albaiges i Sans LI. Entrevista clínica. *Atención Primaria* 1991; 8(1):40-7.
- 35.- Llacuna Morera J. La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. *Formación Médica Continuada.* 2000;9:576-87.
- 36.-Davis M, McKay M, Eshelman ER. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- 37.-Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- 38.-Gorney M. The role of communication in the physician's office. *Clinics in Plastic Surgery* 1999;26(1):133-41.
- 39.-Castro Gómez JA, Quesada Jiménez F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Atención Primaria* 1996;18(7):399-402.
- 40.-Nisselle P. Difficult doctor-patient relationships. *Australian Family Physician* 2000;29(1):47-9.
- 41.-Rodriguez Bayón, A, Pérez Fuentes, F. Escuchar, algo más que oír. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* Vol 6. Núm. 10. Diciembre 1999.
- 42.-Fuertes JC, Martínez O, Daroca A, de la Gándara JJ. Comunicación y diálogo. Manual para el aprendizaje de habilidades sociales. Madrid: Cauce editorial, 1997.
- 43.-Hernández-Torres I et al. Importancia de la comunicación médico paciente. *Archivos de Medicina Familiar.* Volumen 8 (2) mayo-agosto 2006.

- 44.-Ruiz Moral, R. et al. Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud. *Rev Calid Asist.* 2011;26(2):97.
- 45.-Collins S. Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Med Educ.* 2005 Aug;39(8):785-96.

Anexo I. Cuestionario.

Pregunta 1.¿Cree usted que a la hora de mantener una conversación con el personal sanitario hay mucho ruido en la habitación?

Pregunta 2.¿Cree usted que cuando le realiza una pregunta al personal sanitario, este le responde de forma adecuada? (volumen, velocidad, entonación, etc.).

Pregunta 3.¿Cree usted que el personal sanitario le dedican el suficiente tiempo en sus visitas?.

Pregunta 4.¿Entiende usted de forma adecuada lo que le explica el personal sanitario?.(Utiliza un lenguaje claro y llano, de acuerdo al nivel cultural del paciente).

Pregunta 5.¿Cree usted que favorecería la comunicación y la atención al paciente hospitalizado la existencia de más personal sanitario?.

Pregunta 6.¿Se le resuelven sus dudas sobre su hospitalización de forma adecuada?.

Pregunta 7.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿mantiene el contacto ocular?.

Pregunta 8.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿adopta una postura adecuada?.

Pregunta 9.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿tiene una actitud agradable?.

Pregunta 10.Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿se siente comprendido?. (El personal sanitario muestra una actitud asertiva)

Las opciones de respuesta para cada una de las preguntas formuladas fue la siguiente:

a) Siempre, b) Con frecuencia, c) A veces, d) Nunca.

ISSN 1695-6141