



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Análisis de la comunicación clínica en contextos de
urgencias, emergencias y cuidados especiales: Una
perspectiva multidimensional

Autora:

Irene Orcajada Muñoz

Directores:

Dr. D. César Leal Costa

Dr. D. José Luis Díaz Agea

Murcia, 4 de Abril de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Análisis de la comunicación clínica en contextos de
urgencias, emergencias y cuidados especiales: Una
perspectiva multidimensional

Autora:

Irene Orcajada Muñoz

Directores:

Dr. D. César Leal Costa

Dr. D. José Luis Díaz Agea

Murcia, 4 de Abril de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. César Leal Costa y el Dr. D. José Luis Díaz Agea como directores de la Tesis Doctoral titulada “Análisis de la comunicación clínica en contextos de urgencias, emergencias y cuidados especiales: Una perspectiva multidimensional” realizada por Dña. Irene Orcajada Muñoz en el Departamento de Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, en Murcia a 4 de abril de 2022.

Fdo. César Leal Costa

Fdo. José Luis Díaz Agea

RESUMEN

Introducción: La comunicación en el ámbito sanitario es un elemento básico tanto a nivel interprofesional como en la relación sanitario-paciente. La incorporación de habilidades comunicativas supone la capacidad de comunicarnos de manera efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes, siendo ésta una herramienta que proporciona una adecuada atención al paciente y mejora el funcionamiento del equipo de salud. **Objetivo:** Analizar la comunicación en contextos de urgencias y emergencias desde un punto de vista multidimensional. Evaluar las habilidades de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes en diferentes entornos clínicos y su relación con diferentes variables. **Metodología:** La presente tesis es un compendio de publicaciones según normativa UCAM (4 artículos científicos indexados en JCR o SJR en cualquiera de los cuartiles). Cada artículo presenta una metodología propia con una línea común: la comunicación en el ámbito sanitario. **Resultados:** Son el producto de los artículos que componen esta tesis: 1) El análisis de regresión lineal múltiple puso de manifiesto la asociación entre las habilidades de comunicación (respeto, solución de problemas y comunicación no verbal) y la edad con la calidad asistencial percibida por los pacientes. 2) Se ha encontrado una relación entre las habilidades de comunicación con el cumplimiento terapéutico y la edad. 3) La comunicación se vio afectada durante la Pandemia, especialmente la no verbal por el uso de EPI, estando la comunicación verbal conservada e incluso, en ocasiones, fortalecida. La falta de formación en habilidades de comunicación y su influencia para la gestión de momentos difíciles fue otro resultado destacable. Destacaron aspectos emocionales negativos relacionados con el déficit de comunicación. Los aspectos positivos estuvieron relacionados con la generación de espacios de apoyo mutuo y la cohesión grupal de los equipos de trabajo durante la pandemia. 4) Se diseñó una herramienta de comunicación estructurada, denominada CERCAR a la COVID-19, así como diseño de un programa de formación online basado en simulación clínica de alta fidelidad y el visionado de vídeos docentes-problema facilitando el control y seguimiento por el equipo de AP de pacientes con COVID-19.

Conclusiones: Las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud es un determinante para el cumplimiento terapéutico y la calidad asistencial percibida por los usuarios en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. La comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes se ha visto afectada debido a la pandemia producida por la COVID-19 en los ámbitos de urgencias y cuidados críticos. El protocolo de comunicación estructurada CERCAR© a la COVID-19 facilitó la entrevista telefónica en el seguimiento de pacientes infectados por COVID-19 y sus contactos estrechos en Atención Primaria.

Palabras clave: comunicación, personal sanitario, cuidados críticos y urgencias, pandemia COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Communication in the field of health is a basic element both interprofessionally and in the health-patient relationship. The inclusion of communication skills is the ability to communicate effectively between health professionals and patients, this being a tool that provides adequate patient care and improves the health team's performance. **Objective:** Analyze communication in urgent and emergency contexts from a multidimensional point of view. Assess communication skills between healthcare professionals and patients in different clinical settings and its relationship with different variables. **Methodology:** This thesis is a compendium of publications according to the UCAM regulations (4 scientific articles indexed in JCR or SJR in any of the quartiles). Each article presents its own methodology with a common element: communication within the field of health. **Results:** These are the product of the articles that make up this thesis: 1) Multiple linear regression analysis revealed the association between communication skills (respect, problem solving and non-verbal communication) and age with quality of care perceived by patients. 2) An association has been found between communication skills and both, therapeutic compliance and age. 3) Communication was affected during the pandemic, especially non-verbal communication due to the use of PPE, being verbal communication preserved and sometimes even strengthened. Lack of training in communication skills and its influence in managing difficult moments was another remarkable result. Negative emotional aspects were highlighted related to communication deficit. Positive aspects were related to the creation of mutual support spaces and group cohesion of work teams during the pandemic. 4) A structured communication tool, called CERCAR COVID-19, was designed, as well as the design of an online training program based on high-fidelity clinical simulation and the viewing of teaching-problem videos, facilitating control and monitoring of patients with COVID-19 by the PC team.

Conclusions: Communication skills of health professionals is a determinant aspect for therapeutic compliance and quality of care perceived by users in Hospital Emergency Services. Communication between health professionals and patients has been affected due to the pandemic caused by COVID-19 in the emergency and critical care areas. The CERCAR© structured communication protocol for COVID-19 facilitated the telephone interview in the follow-up of patients infected with COVID-19 and their close contacts in Primary Care.

Keywords: communication, health personnel, critical and emergency care, COVID-19 pandemic.

AGRADECIMIENTOS

A mis directores César y José Luis, por su trabajo y dedicación, por enseñarme todo lo que sé, por su paciencia, pero, sobre todo, por confiar en mí para llegar hasta el final de este proyecto incluso cuando yo misma no creía posible alcanzar la meta. Vosotros habéis presenciado toda mi evolución académica, desde mi inicio en el grado y postgrado, me habéis visto crecer y ayudado a formarme como profesional. Nunca me cansaré de daros las gracias.

A todos los voluntarios que han participado en este proyecto, pacientes y compañeros de profesión. Sin vosotros no habría sido posible. Gracias.

A mis amigas, la familia que uno elige, por entenderme y apoyarme en esta aventura. Gracias.

A Mario, mi compañero de vida, gracias por escucharme y apoyarme siempre en todo lo que hago. Gracias por quererme tanto y tan bien.

A mis hermanos, Pepe y Jorge, por estar siempre ahí, en los malos momentos y por celebrar conmigo todas mis alegrías. Gracias.

A mis padres, por su amor sin límites, su confianza depositada en mí y su apoyo incondicional para cumplir mis sueños. Gracias, por vosotros estoy hoy donde quiero estar.

“La vida debe ser comprendida hacia atrás. Pero debe ser vivida hacia delante”

Soren Kierkegaard

“El éxito consiste en obtener lo que se desea. La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene”

Ralph Waldo Emerson

“La paciencia es amarga, pero su fruto es dulce”

Jean-Jacques Rousseau

ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	19
ÍNDICE DE FIGURAS.....	21
ÍNDICE DE TABLAS.....	23
ÍNDICE DE ANEXOS.....	25
COMPENDIO DE PUBLICACIONES.....	27
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN	31
1.1. COMUNICACIÓN.....	31
1.1.1. Definición.....	31
1.1.2. Elementos principales de la comunicación.....	32
1.1.3. Tipos de comunicación	33
1.1.4. Principales habilidades de comunicación.....	34
1.1.4.1. Asertividad	34
1.1.4.2. Respeto.....	36
1.1.4.3. Empatía.....	37
1.1.4.4. Escucha Activa	38
1.2. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD	39
1.3. LA COMUNICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y UCI...41	
1.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN	43
1.4.1. Calidad asistencial.....	43
1.4.2. Ansiedad.....	44
1.4.3. Cumplimiento terapéutico.....	45
1.4.4. Síndrome de Burnout.....	45
1.5. PANDEMIA COVID-19	47
1.5.1. Definición.....	47
1.5.2. Epidemiología.....	47

1.5.3.	Importancia de la comunicación en tiempos de Pandemia.....	48
1.5.3.1.	Atención Primaria	48
1.5.3.2.	Atención Especializada.....	49
1.5.4.	Limitaciones de la comunicación durante la Pandemia	51
1.5.5.	Efectos de la Pandemia	52
1.6.	JUSTIFICACIÓN	53
1.7.	OBJETIVOS	54
1.7.1.	Objetivo general	54
1.7.2.	Objetivos del Estudio nº1.....	54
1.7.3.	Objetivos del Estudio nº2.....	54
1.7.4.	Objetivos del Estudio nº3.....	54
1.7.5.	Objetivos del Estudio nº4.....	54
CAPÍTULO II: VISIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS.....		57
2.1.	ESTUDIO N°1.....	57
2.2.	ESTUDIO N°2.....	59
2.3.	ESTUDIO N°3.....	60
2.4.	ESTUDIO N°4.....	62
CAPÍTULO III: ESTUDIO N°1.....		67
3.1.	INTRODUCCIÓN.....	67
3.2.	METODOLOGÍA.....	68
3.2.1.	Diseño.....	68
3.2.2.	Participantes	68
3.2.3.	Consideraciones éticas	69
3.2.4.	Instrumentos.....	69
3.2.5.	Análisis de datos	71
3.3.	RESULTADOS.....	71
3.4.	DISCUSIÓN	76
CAPÍTULO IV: ESTUDIO N°2.....		81
4.1.	INTRODUCCIÓN.....	81
4.2.	METODOLOGÍA.....	82
4.2.1.	Diseño.....	82
4.2.2.	Participantes	82
4.2.3.	Instrumentos.....	83

4.2.4. Análisis de datos	84
4.2.5. Aspectos éticos	84
4.3. RESULTADOS.....	85
4.4. DISCUSIÓN	90
CAPÍTULO V: ESTUDIO N°3.....	95
5.1. INTRODUCCIÓN.....	95
5.2. METODOLOGÍA.....	98
5.2.1. Diseño.....	98
5.2.2. Participantes	98
5.2.3. Recogida y análisis de datos.....	99
5.2.4. Consideraciones éticas	102
5.3. RESULTADOS	103
5.3.1. Dimensión 1. Comunicación.....	107
5.3.1. Dimensión 2. Aspectos emocionales.....	110
5.3.1. Dimensión 3. Sobrecarga	111
5.3.2. Dimensión 4. Relaciones	112
5.4. DISCUSIÓN	115
5.4.1. Implicaciones prácticas clave	118
CAPÍTULO VI: ESTUDIO N°4.....	123
CAPÍTULO VII: RESUMEN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	131
7.1. RESULTADOS.....	131
7.1.1. Estudio n°1.....	131
7.1.2. Estudio n°2.....	132
7.1.3. Estudio n°3.....	133
7.1.4. Estudio n°4.....	136
7.2. DISCUSIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS.....	137
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES.....	143
8.1. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°1.....	143
8.2. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°2.....	143
8.3. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°3.....	143
8.4. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°4	144
CAPÍTULO IX: APLICACIONES PRÁCTICAS.....	147
CAPÍTULO X: LIMITACIONES.....	151

10.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°1.....	151
10.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°2.....	151
10.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°3.....	151
10.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°4	152
CAPÍTULO XI: FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	155
CAPÍTULO XII: REFERENCIAS.....	159
CAPÍTULO XIII: ANEXOS.....	185

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
BIPAP	Sistema de Bipresión Positiva en las vías respiratorias
CCP	Comunicación Centrada en el Paciente
CDC	Centro de Control de Enfermedades
ED	Emergency Department
EHS	Entrenamiento en Habilidades Sociales
EPI	Equipos de Protección Individual
HCUVA	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
HHCC	Habilidades de comunicación
HS	Habilidades sociales
ICU	Unidades de Cuidados Intensivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PS	Personal Sanitario
SB	Síndrome de Burnout
SU	Servicio de Urgencias
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
WHO	World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ítems necesarios para practicar una escucha activa eficaz y adecuada...39
figura 2. Dimensiones, categorías y subcategorías.103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Elementos principales para el proceso de comunicación.....32

Tabla 2. Tipos de comunicación no verbal33

Tabla 3. Elementos de la comunicación asertiva.....35

Tabla 4. Consecuencias que ocasiona el síndrome de burnout (SB).....46

Tabla 5. Recomendaciones para la transmisión de malas noticias vía telefónica por parte del personal sanitario51

Tabla 6. Dimensiones de hccq.70

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra y de las puntuaciones en cada uno de los instrumentos de medición.72

Tabla 8. Correlaciones bivariadas entre las variables comunicación, satisfacción, ansiedad y cumplimiento terapéutico.74

Tabla 9. Análisis de regresión lineal múltiple para determinar la asociación entre las habilidades de comunicación y la calidad percibida.75

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra y de las puntuaciones en cada uno de los instrumentos de medición.85

Tabla 11. Correlaciones bivariadas entre las variables comunicación, ansiedad y cumplimiento terapéutico.87

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los variables comunicación y ansiedad según la variable sexo.88

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de los variables comunicación y ansiedad según la variable edad.89

Tabla 14. Características principales de los participantes.99

Tabla 15. Guion de preguntas y temas utilizados en las entrevistas semiestructuradas.100

Tabla 16. Principales hallazgos del estudio.....104

Tabla 17. Protocolo de comunicación estructurada <i>cercar a la covid-19</i> para la primera entrevista.	126
Tabla 18. Protocolo de comunicación estructurada <i>cercar a la covid-19</i> para la entrevista de seguimiento.....	127

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: COMPENDIO DE PUBLICACIONES	183
ANEXO II: FORMULARIO DE CESIÓN Y ACEPTACIÓN DE ARTÍCULOS PARA TESIS POR COMPENDIO	187
ANEXO III: DOCUMENTOS ACREDITATIVOS COMITÉ DE ÉTICA.....	189
ANEXO IV: INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EL ESTUDIO.....	195
ANEXO V: ARTÍCULO N°1	200
ANEXO VI: ARTÍCULO N°2.....	206
ANEXO VII: ARTÍCULO N°3.....	216
ANEXO VIII: ARTÍCULO N°4	234

COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Esta tesis es un compendio de cuatro trabajos, a continuación, se citan las referencias completas de dichos artículos.

ARTÍCULO N° 1

Irene Orcajada Muñoz, Francisco José Amo Setien, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Ruipérez, María de Gracia Adánez Martínez, César Leal Costa. "The communication skills and quality perceived in an emergency department: the patient's perspective".

REVISTA: International Journal of Nursing Practice

CATEGORÍA: NURSING

RANKING JCR: Q2

FECHA DE PUBLICACIÓN: FEBRERO 2020

JOURNAL IMPACT FACTOR: 2.066

ARTÍCULO N° 2

Irene Orcajada Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Ruipérez, María Gracia Adánez Martínez. "La comunicación de los profesionales de urgencias y su relación con la ansiedad y el cumplimiento terapéutico".

REVISTA: Psicología de la Salud

CATEGORÍA: CLINICAL PSYCHOLOGY

RANKING SJR: Q4

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2022

JOURNAL IMPACT FACTOR: 0.101

ARTÍCULO N° 3

José Luis Díaz Agea, Irene Orcajada Muñoz, César Leal-Costa, María Gracia Adánez Martínez, Adriana Catarina De Souza Oliveira, Andrés Rojo Rojo. "How did the pandemic affect communication in clinical settings? A qualitative study with critical and emergency care nurses".

REVISTA: Healthcare

CATEGORÍA: HEALTH POLICY & SERVICES

RANKING JCR: Q2

FECHA DE PUBLICACIÓN: FEBRERO 2022

JOURNAL IMPACT FACTOR: 2.645

ARTÍCULO N° 4

César Leal Costa, Irene Orcajada Muñoz, José Luis Díaz Agea, María Gracia Adánez Martínez. "CERCAR a la COVID-19: Un modelo de comunicación estructurada para el seguimiento de casos y contactos en Atención Primaria".

REVISTA: Anales del Sistema Sanitario de Navarra

CATEGORÍA: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH

RANKING JCR: Q4

FECHA DE PUBLICACIÓN: NOVIEMBRE 2021

JOURNAL IMPACT FACTOR: 0.829

I - INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN

1.1. COMUNICACIÓN

1.1.1. Definición

La interpretación del concepto de comunicación en salud ha ido evolucionando a lo largo de los años encontrándonos diferentes definiciones como las que exponemos a continuación.

La Real Academia de la Lengua Española define el acto de comunicar como “Hacer a otro partícipe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo”(ASALE & RAE, 2022).

La comunicación en salud se ha descrito como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes” (Ratzan, 1994). Incluyendo tanto la prevención de enfermedades, el cuidado de la salud y el aumento de la calidad de vida de los individuos (“U.S. Department of Health and Human Services’, 2000).

Según Marriner y Alligood (2003), las habilidades de comunicación en el ámbito sanitario se refieren a “la capacidad de expresar los pensamientos y sentimientos dirigidos a proporcionar los cuidados al paciente y sus familiares” (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2003).

“La comunicación en salud es una estrategia clave para informar al público acerca de lo concerniente a la salud y para mantener temas importantes en salud en la agenda pública” (Centre for Epidemiology and Research, 2006).

En Estados Unidos (EEUU), El Centro de Control de Enfermedades (CDC) define la comunicación en salud como “el arte y la expresión de mensajes y estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades” (Ríos Hernández, 2011).

1.1.2. Elementos principales de la comunicación

Cuando iniciamos una conversación con otra persona se debe realizar un intercambio mutuo, ya que no sólo se trata de transmitir información, sino de expresar ideas, opiniones, sentimientos, emociones, por parte tanto del emisor como del receptor (Gómez, 2016).

En todo proceso de comunicación existen una serie de elementos sin los cuales no podría llevarse a cabo. A continuación los enumeramos y los definimos en la Tabla 1 (Arno, 2018).

Tabla 1. Elementos principales para el proceso de comunicación (Arno, 2018).

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN	
Emisor	Es la persona que crea y transmite la información/mensaje.
Receptor	Es quien recibe la información.
Canal de comunicación	Es el medio por el que se envía el mensaje, puede ser muy diverso (aire, papel, voz, etc.).
Mensaje o información	Es la información transmitida por el emisor.
Código	Es el sistema de signos que emplean el emisor y el receptor, debe ser común al emisor y al receptor (por ejemplo: señales, idiomas, etc.).
Contexto	Circunstancias que existen en el momento de la comunicación (lugar, hora, etc.).
Ruido	Perturbación que afecta a la transmisión del mensaje. No debería haber ruido o interferencias para que la comunicación sea adecuada y fluida.

1.1.3. Tipos de comunicación

Cuando nos relacionamos con los demás utilizamos dos tipos de comunicación (Barranco et al., 2016; Ramón-García et al., 2012):

- Comunicación verbal: nos referimos al contenido del mensaje, siendo ésta totalmente voluntaria.

- Comunicación no verbal: puede ir acompañada o no de la palabra y ésta es expresada mediante el cuerpo y señales de voz, entre otras, pudiendo ser una reacción involuntaria o intencionada. Cuando transmitimos información en una conversación entre el 65-70% es de tipo no verbal.

A su vez podemos clasificar dentro de la comunicación no verbal diferentes campos como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 2) (Cestero Mancera, 2014):

Tabla 2. Tipos de comunicación no verbal (Cestero Mancera, 2014).

Sistemas primarios o básicos de comunicación no verbal	Paralenguaje	Nos referimos al tono, ritmo, timbre, intensidad y silencios.
	Quinesia	Posición del cuerpo, movimientos corporales y gestuales.
Sistemas de comunicación secundarios o culturales	Proxémico	Hace referencia al espacio personal.
	Cronémico	Ofrece información cultural reforzando o modificando el significado del resto de elementos en la comunicación humana, por ejemplo, duración de las pausas, mayor duración de un abrazo o un beso que le comunica al destinatario el cariño que siente por esa persona, etc.

1.1.4. Principales habilidades de comunicación

Habilidad significa “capacidad y disposición para algo, cada una de las cosas que una persona ejecuta con gracia y destreza” (RAE, 2022). Una habilidad es una cualidad positiva, de manera que poseer habilidades para comunicarse y desarrollarlas es un importante factor de adaptación social, aportando calidad a las diferentes actividades que realiza en su vida y facilitando las relaciones sociales de su entorno (Rodríguez Collar et al., 2009).

La incorporación de habilidades de comunicación es uno de los elementos más importantes a la hora de resolver con éxito los problemas que se presentan en el ámbito sanitario (Yurtsal & Özdemir, 2015). Es la capacidad de poder comunicarnos de manera efectiva con otros profesionales sanitarios y los pacientes, siendo una herramienta muy importante que proporciona una óptima atención al paciente y un correcto funcionamiento del equipo de salud, proporcionando calidad en la atención del cuidado y disminuyendo los efectos adversos. A continuación, se exponen las principales habilidades de comunicación utilizadas por los profesionales sanitarios (Sheldon & Hilaire, 2015).

1.1.4.1. Asertividad

La asertividad es un componente primordial en las habilidades de comunicación. Es la capacidad que tiene la persona de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus derechos y respetando los de los demás, facilitando así que los demás se expresen libremente (Ibrahim, 2011). A continuación encontramos los principales elementos de la comunicación asertiva en la siguiente tabla (Tabla 3) (Hofstadt Román et al., 2006):

Tabla 3. Elementos de la comunicación asertiva (Hofstadt Román et al., 2006).

Elementos no verbales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión facial amistosa y distendida 2. Contacto ocular directo 3. Postura erguida 4. Orientación directa y frontal hacia el interlocutor 5. Distancia adecuada, sin invadir el espacio personal
Elementos paraverbales	<ol style="list-style-type: none"> 6. Volumen de voz adecuado 7. Entonación correcta 8. Habla fluida y con claridad 9. Respeta los silencios 10. Tiempo de habla adecuado
Elementos verbales	<ol style="list-style-type: none"> 11. La persona utiliza en primera persona términos que expresan sus propias ideas, opiniones, emociones y sentimientos. 12. Utiliza términos para la colaboración del interlocutor 13. Preguntas encaminadas a la participación de los demás

La asertividad es necesaria para tener una comunicación efectiva entre el equipo de salud y entre sanitarios y pacientes. Cobra una gran importancia realizar un entrenamiento asertivo por parte del personal sanitario, ya que las personas que tienen comportamientos asertivos con los demás, generalmente presentan una mayor autoestima. La autoestima facilita que el personal de enfermería, por ejemplo, sea más independiente a la hora de tomar decisiones (Yurtsal & Özdemir, 2015). Asimismo, se relaciona de forma significativa la falta de asertividad como un factor de riesgo a la hora de presentar problemas emocionales como la depresión, ansiedad o desgaste profesional (Salazar et al., 2014).

1.1.4.2. Respeto

El respeto es “un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. Es una actitud ante la vida que implica aceptar y comprender al otro aun cuando su forma de expresarse y su pensamiento se ubiquen en la vereda de enfrente a la nuestra” (Ruiz Speare, 2015).

El respeto es fundamental para todas las relaciones humanas, aunque cobra mayor importancia en el cuidado de la salud. La visión de respeto en el paciente se centra en el respeto a la autonomía, la dignidad, la integridad y la vulnerabilidad. En un estudio realizando preguntas a los pacientes sobre el respeto, identificaron dos principales definiciones siendo: “Ser tratado como una persona” y “ ser tratado como un igual”(Beach et al., 2017).

El respeto en el entorno sanitario tiene en cuenta aspectos como: escuchar atentamente al paciente, reconocer a cada paciente como un individuo, mostrar interés por la condición médica de cada paciente, explicar las cosas de una forma que se puedan entender, saludar a los pacientes, etc. Que los pacientes se sientan respetados es fundamental para brindar una atención sanitaria verdaderamente centrada en el paciente y de calidad (Beach et al., 2017).

Leape et al (2012) han realizado una clasificación de conductas irrespetuosas por parte de los trabajadores de la salud (Leape et al., 2012):

- Conducta disruptiva: incluye manifestaciones de enojo, amenazas verbales, gritos, maldiciones y palabras obscenas, uso de la fuerza física, arrojar o romper objetos, lenguaje irrespetuoso o insultante y comentarios discriminatorios.

- Trato humillante: Generalmente dirigido a enfermeras, residentes y estudiantes de medicina. En diferentes estudios indican que más del 90% de las enfermeras ha presentado un trato humillante alguna vez.

- Conducta pasivo-agresiva: Comentarios negativos sobre la institución o compañeros, excusas frecuentes.

- Falta de respeto pasiva: Falta de cooperación, apatía, muestras de cansancio, comentarios o actitudes que denotan frustración.

- Tratamiento inadecuado hacia los pacientes: No es raro que los pacientes mencionen a veces comentarios como: “me hace sentir que le estoy quitando el tiempo”, “durante la visita médica me ignora”, “me trata como a un idiota”.

- Falta de respeto sistemática: Algunas características de nuestro sistema de salud, como por ejemplo, que se dé por hecho que el paciente siempre tiene que esperar, pudiendo dar a entender que su tiempo es menos valioso que el del profesional sanitario.

1.1.4.3. Empatía

El concepto de empatía viene de la palabra griega *empátheia* que significa “apreciación de los sentimientos de otra persona” (Triana-Restrepo, 2017). Hojat (2007) entiende la empatía en el ámbito de la atención al paciente como “un atributo predominantemente cognitivo que involucra un entendimiento de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar ese entendimiento” (Hojat, 2007).

Por lo tanto, la empatía consiste en comprender la posición del paciente y la vivencia de su enfermedad, es decir, ponerse en el lugar del otro. Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es muy importante para conocer verdaderamente a la otra persona e iniciar una adecuada relación del equipo asistencial y sanitario- paciente (Galain et al., 2018; Triana-Restrepo, 2017).

La empatía constituye una importante habilidad comunicativa para el personal sanitario, ésta incluye tres dimensiones: emocional, cognitiva y conductual. Una conducta empática por parte del personal sanitario ayuda a comprender mejor las necesidades de los usuarios y facilita que estos se sientan más seguros al poder expresar sus pensamientos, lo que implicaría una comunicación más efectiva (Moudatsou et al., 2020).

La empatía es relevante en la relación sanitario-paciente, se ha visto que los pacientes muestran menos estrés al tratar con profesionales sanitarios que presentan altos niveles de empatía (Lavín Meruelo, 2013; Triana-Restrepo, 2017). Sin embargo, existen algunos factores que influyen negativamente en el desarrollo de la empatía como la falta de tiempo y el elevado número de pacientes que deben atender los profesionales (Moudatsou et al., 2020).

1.1.4.4. Escucha Activa

En todo proceso de comunicación la escucha activa tiene un papel primordial, ya que, para poder dar una respuesta asertiva y empática es imprescindible escuchar al interlocutor. “Saber conversar es sinónimo de saber escuchar” (Gómez, 2016).

La escucha activa consiste en tener en cuenta todos aquellos elementos que acompañan al contenido del mensaje que se recibe, cómo lo decimos y fijándonos en los elementos no verbales y paraverbales. Por ejemplo, dedicarle tiempo al interlocutor, mirarle a los ojos, detectar expresiones faciales, mostrar interés, no interrumpir, etc. En definitiva, hacerle ver a esa persona con la que mantenemos una conversación que tenemos en cuenta sus opiniones y sentimientos (Subiela et al., 2014).

Según Rogers (1994): “No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación” (Rogers, 1994).

Saber escuchar es un proceso duro, ya que requiere concentración, es un proceso de actitud y también requiere de inteligencia emocional. La escucha activa es el nivel más alto y efectivo de escucha, siendo una gran estrategia para tener una comunicación efectiva entre el personal sanitario y el paciente (Kohpeima Jahromi et al., 2016).

En todos los contextos la escucha activa presenta múltiples beneficios, consigue que las personas se abran para exponer sus pensamientos, evita malentendidos, resuelve conflictos y genera una relación de confianza y un adecuado rapport (conexión de empatía que se crea de carácter natural con otra persona al comunicarse (Archilla Segade, 2018)) en el inicio de la entrevista. En el ámbito sanitario, la escucha activa implica una mejor comunicación, disminuye la demanda asistencial y favorece una mayor satisfacción del paciente. Sin embargo, en algunas ocasiones la escucha activa puede verse afectada por elementos o barreras como distracciones, vocabulario, malentendidos debido a diferencias culturales o ruido (Chart, 1979).

Para realizar una adecuada escucha activa es necesario tener en cuenta los siguientes elementos que se muestran en la figura 1 (Cara Rodríguez et al., 2018):



Figura 1. Ítems necesarios para practicar una escucha activa eficaz y adecuada (Cara Rodríguez et al., 2018).

1.2. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Líderes en el ámbito de la enfermería moderna como F. Nightingale y diferentes teorías como la Teoría de las Necesidades de V. Henderson (Henderson, 1977) o la Teoría General de la Enfermería de D. Orem (Orem, 1980), emerge la importancia de la comunicación del profesional sanitario con el paciente para alcanzar un apropiado estado de bienestar físico, mental y social tanto en personas, familias como en comunidades (Landete Belda, 2012; Naipe et al., 2016).

La comunicación en el ámbito sanitario se ha convertido en un elemento básico en esta profesión. Las habilidades de comunicación se consideran una herramienta fundamental en cualquier profesional sanitario, según la OMS, la salud es un estado completo de bienestar biopsicosocial, centrándonos en todos los aspectos del paciente y no sólo en la ausencia de enfermedades (OMS, 1948). Una buena comunicación permitirá a los equipos de salud resolver problemas de manera efectiva y disminuir los errores de seguridad del paciente (Tennant et al., 2022).

Actualmente, uno de los problemas fundamentales en el ámbito sanitario, es la insatisfacción de los pacientes en los procesos de comunicación con el personal sanitario. Tanto los pacientes como los familiares refieren que se les dedica muy poco tiempo para proporcionar información sobre la enfermedad, poniendo de relieve que el paciente entiende menos del 50% de lo que el profesional sanitario le dice (Hofstadt Román et al., 2006).

Por lo tanto, podemos afirmar que la comunicación efectiva es un elemento clave en el ámbito sanitario. Para ello, es primordial adquirir y mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios de cara a alcanzar determinados objetivos como es la recuperación del paciente, mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades de los usuarios (Marín Sánchez & León Rubio, 2001; Martí et al., 2013).

La importancia de la enseñanza de las habilidades de comunicación ha sido reconocida como una competencia esencial en el ámbito sanitario (Hall, 2011). Se ha demostrado que estas habilidades se han asociado de forma significativa a resultados de salud positivos en los pacientes (Ruiz Moral et al., 2017). En el Consenso de Toronto, se expuso la necesidad de enseñar y valorar las habilidades comunicacionales en las escuelas de medicina y otras ciencias de la salud, destacando las siguientes barreras en el proceso de comunicación profesional sanitario-usuario (Simpson et al., 1991):

- Se interrumpe al paciente a los 18 segundos de empezar a hablar.

- El profesional sanitario y el paciente no están de acuerdo en la mitad de los casos sobre la naturaleza del problema.
- El lenguaje sanitario es, a menudo, técnico y confuso.
- La mayoría de quejas por parte de los pacientes hace referencia a problemas de comunicación.

Por otro lado, el Consenso de Toronto destaca las ventajas de mejorar las habilidades de comunicación en la entrevista clínica, destacando el aumento de la satisfacción en los pacientes, la disminución de las demandas médicas, la mejora de la precisión diagnóstica y la modificación de hábitos (Pascual & Induráin, 2001).

Para lograr una adecuada comunicación con los pacientes y familiares, se han tenido en cuenta diferentes escuelas que desarrollan el llamado modelo de Comunicación Centrada en el Paciente (CCP). La comunicación con los pacientes debe ser amplia, eficiente y apropiada (Ramírez Arias et al., 2011), y para ello, de deben tener en cuenta las características diferenciales que presentan cada paciente, como por ejemplo, la edad, el nivel educativo, creencias, aspectos familiares, sociales, laborales, etc. (Barragan, 2016).

Debemos comprender a la persona holísticamente, para adaptar la conversación y conseguir una comprensión total sobre lo que quiere decir, estableciendo así, una relación de confianza y de ayuda para satisfacer las necesidades del usuario de forma integral, tanto para el manejo de la enfermedad como la prevención y promoción de la salud. Para llegar a este objetivo, es muy importante el lenguaje corporal que puede sustituir en muchas situaciones al lenguaje verbal o ser un poderoso apoyo para éste (Naranjo & Ricaurte, 2006).

1.3. LA COMUNICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y UCI

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y las unidades de cuidados críticos (UCC), los pacientes requieren de multitud de cuidados y tratamientos complejos por parte del personal sanitario, centrándose mayoritariamente en la atención urgente y crítica, priorizando la vida al paciente y descuidando en ocasiones, una atención humanizada (Medina Aragón, 2009).

En estas unidades, la mayoría de las ocasiones el paciente está separado de sus familiares y amigos, lleno de cables y aparatos desconocidos con multitud de alarmas y ruidos. La familia se ve sometida a una situación difícil, en la que todos pueden presentar alteraciones emocionales como ansiedad, estrés o depresión (Ballesteros Pinzón, 2014; Llor Lozano et al., 2020a).

Debemos añadir que los SUH presentan problemas asociados como la saturación del servicio. Esto puede deberse al incremento progresivo de la demanda asistencial, la inadecuada utilización de este servicio por parte de la población, la afluencia discontinua de consultas urgentes (siendo determinantes el horario laboral, días de la semana, meses del año, eventos sociales y deportivos, etc.), la falta de personal sanitario, el retraso en la realización de algunas pruebas complementarias, así como en la espera de resultados (Tudela & Mòdol, 2015). Por estos motivos encontramos usualmente tiempos de espera excesivos y falta de información por parte de los profesionales sanitarios, siendo éstas las principales causas de insatisfacción según demuestran algunos estudios como los de Quintana et al, Mira et al y Carbonell et al (Carbonell et al., 2004; J. Mira et al., 2001; Quintana et al., 1998).

Las habilidades de comunicación han tomado un papel muy importante en la asistencia sanitaria, sobre todo en estos servicios, en los que el profesional sirve de apoyo tanto a los pacientes como a los familiares, para que se sientan seguros y desarrollen una mayor confianza (Ballesteros Pinzón, 2014).

Los profesionales que presentan unas adecuadas habilidades comunicativas en los SUH y las UCC sufren menos agotamiento emocional y una mayor realización personal del trabajo (Llor Lozano et al., 2020a). La comunicación es un factor que interviene en la disminución de los días de estancia hospitalaria, en el número de medios diagnósticos y en el aumento en la satisfacción de los usuarios (Coben, 1991; Puello Ortega et al., 2016).

La ausencia de comunicación proporcionada por el personal sanitario hace que se incremente de forma significativa en los usuarios de salud sentimientos como la ira, confusión, preocupación, ansiedad, incertidumbre, frustración, depresión o abandono, entre otros (Ballesteros Pinzón, 2014).

Además, las situaciones críticas que se producen en los servicios de urgencias y UCI deben gestionarse con una adecuada comunicación. De otro modo puede suponer un empeoramiento en los tiempos de respuesta y actuación por parte del personal sanitario, así como repercutir negativamente en los cuidados que se proporcionan a los pacientes (Belloso Villa, 2021).

1.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN

En el ámbito de los servicios sanitarios son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es inadecuada, apresurada e impersonal, veremos a continuación algunos de ellos.

1.4.4. Calidad asistencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad asistencial como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite” (WHO Working Group, 1989).

Cuando hablamos de calidad en el ámbito sanitario surgen un gran número de factores implicados. Desde el punto de vista de Avedis Donabedian, existen tres componentes en la asistencia sanitaria (Donabedian, 2001; Villegas Periñán & Rosa Díaz, 2003):

- Aspectos técnicos-científicos: realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.
- Relación interpersonal: recoge muchos factores como son el trato, la confianza, empatía, etc. Tiene una máxima importancia en la calidad asistencial e implica a todo aquel que haya interactuando de alguna forma con el paciente y sus familiares.
- Elementos del entorno: incluye elementos como son el grado de confort, la intimidad, etc.

La relación que se establece entre profesional sanitario-usuario tiene una importante influencia sobre la salud y la satisfacción que percibe el paciente. Podemos afirmar que una comunicación eficaz aumenta la calidad asistencial (Cófreces et al., 2014; Lucas Milán, 2014). Por lo que diversos estudios destacan la necesidad de realizar mejoras en la comunicación y la información referente a los pacientes que son atendidos por el personal sanitario (Pujiula-Maso et al., 2006; Zoppi & Epstein, 2001).

1.4.5. **Ansiedad**

Según la SEAS (2011), la ansiedad es “una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto”, es una reacción de alerta ante determinadas situaciones en la que aumentamos nuestra actividad cognitiva, fisiológica y conductual. Existen diferentes situaciones que nos pueden producir estrés, como por ejemplo hablar en público. Esto puede provocar diversas respuestas emocionales, especialmente la ansiedad. Si el estado de ansiedad y estrés se prolongan en exceso en el tiempo pueden provocar consecuencias negativas como problemas de salud física y mental (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 2011). El origen del concepto “estrés” proviene de la física y lo podemos comprender como “la fuerza que es capaz de soportar un objeto antes de llegar a ser deformado o roto” (Aguilar Molinares et al., 2020). Posteriormente fue descrito por Hans Selye en el campo psicológico como el “síndrome de adaptación general” (SAG), definiéndolo como “una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, que, prolongada en el tiempo, produce agotamiento”(Selye, 1946, 1998).

Los usuarios de salud, en ocasiones pueden percibir el ambiente hospitalario de manera hostil o amenazante, se encuentran lejos de sus familiares y su vida cotidiana, y lo relacionan como un agente estresor. La falta de comunicación entre el personal sanitario y el paciente es la causa principal que provoca ansiedad, provocando así consecuencias negativas como limitar al paciente a enfrentar su enfermedad y al profesional retrasar el diagnóstico y el tratamiento, entorpeciendo así la recuperación del nivel de salud del paciente (Anguiano Serrano et al., 2017; Marín Sánchez & León Rubio, 2001).

En el ámbito sanitario podemos intentar disminuir esos niveles de ansiedad, para ello es importante realizar una óptima comunicación entre sanitario-paciente (Ortiz Fernández et al., 2019).

1.4.3. Cumplimiento terapéutico

La adherencia terapéutica se considera según la OMS (2004) como “el grado en que el comportamiento de una persona, relativo a tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario o ejecutar cambios en el estilo de vida” (OMS, 2004).

Cuando existe un déficit en la comunicación entre el personal sanitario y el paciente, se ha demostrado que entre el 30-50% de los pacientes no entienden correctamente el tratamiento indicado, lo que ocasiona una disminución en la adherencia al tratamiento. Esta situación puede provocar otros problemas, como la automedicación y asistencia tardía a los centros de salud, aumentando así la morbilidad, resistencia a medicamentos, seguimientos inadecuados de las enfermedades y altos costos en los tratamientos (Forguione-Pérez, 2015; Hernández et al., 2006; Marín Sánchez & León Rubio, 2001).

Numerosos estudios ponen de relieve que una comunicación satisfactoria es uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento terapéutico. Establecer una buena relación profesional sanitario-usuario, mejora el proceso de enfermedad, aumenta la confianza y mejora la adaptación psicológica, alcanzando así una mayor cumplimiento terapéutico (Cófreces et al., 2014; Forguione-Pérez, 2015).

1.4.4. Síndrome de Burnout

El “burnout” o síndrome de desgaste profesional, es un término utilizado para describir un estado psicológico que aparece tras un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial (García et al., 2013).

El sanitario es uno de los colectivos que más se ve perjudicado de sufrir este síndrome. Existen diferentes factores de riesgo tanto personal como laboral (Gil-Monte, 2005).

En el ámbito laboral podemos destacar el exceso de carga de trabajo, falta de reconocimiento o atención continuada, entre otros. Estos factores perjudican la salud física y la mental en los profesionales sanitarios (Cuadra Giménez & Fernández Peñarroya, 2021).

A continuación en la Tabla 4 podemos observar un resumen de las consecuencias que puede presentar éste síndrome (Molina Rodríguez, 2020):

Tabla 4. Consecuencias que ocasiona el Síndrome de Burnout (SB) (Molina Rodríguez, 2020).

Físicas	Cansancio, trastornos del sueño, trastornos menstruales, jaquecas, problemas dermatológicos, etc.
Emocionales	Agotamiento, dificultad de concentración, depresión, baja autoestima, etc.
Conductuales	Irritabilidad, aislamientos, agresividad, menor rendimiento laboral, absentismo laboral, etc.
Familiares y sociales	Problemas de pareja, aislamiento social, deterioro del núcleo familiar.
En la organización	Conflictos con compañeros, familiares y pacientes, disminución de la calidad asistencial, accidentes laborales, etc.

Se han encontrado estudios que muestran que las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes son un factor preventivo de padecer el Síndrome de Burnout (Cebrià et al., 2006; Epstein, 2001; Leal-Costa et al., 2015a, 2019).

1.5. PANDEMIA COVID-19

1.5.1. Definición

La pandemia producida por la enfermedad COVID-19 comenzó el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan (China), con un grupo de 27 casos que sufrían una neumonía de etiología desconocida con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos sin identificar la fuente del brote (SEMICYUC & SEEIUC, 2020).

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, que fue denominado «nuevo coronavirus», 2019-nCoV. Posteriormente el virus fue denominado SARS-CoV-2. El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de SARS-CoV-2 en China como Emergencia de Salud Pública de importancia internacional (Raurell-Torredà et al., 2020). El virus se ha extendido por todo el mundo y se declaró una pandemia mundial el 12 de marzo de 2020 (Ciotti et al., 2020). La vía de transmisión principal es a través de la vía respiratoria y los signos comunes de COVID19 incluyen fiebre, tos y dificultad respiratoria, entre otros (Cuero, 2020).

1.5.2. Epidemiología

La Pandemia ha ocasionado un alto impacto de morbimortalidad en la población a nivel mundial. A fecha 30 de enero de 2022, se han notificado más de 370 millones de casos confirmados y más de 5,6 millones de muertes en todo el mundo (World Health Organization, 2022). En la Región de Murcia, hasta la fecha, se han registrado 331.577 casos confirmados de COVID-19 y se han producido 2010 defunciones (Murciasalud, 2021). Cifras que representan una atmósfera de crisis sanitaria, social y económica, con especial impacto en los colectivos más vulnerables (Pallarés Carratalá et al., 2020b).

1.5.3. Importancia de la comunicación en tiempos de Pandemia

1.5.3.1. Atención Primaria

En la Conferencia Internacional en Alma-Ata se estableció que la Atención Primaria “se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas” (Declaración de Alma-Ata, 1978).

En los últimos años se han producido cambios en cuanto a la comunicación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Encontramos nuevos perfiles de pacientes que presentan un mayor nivel formativo, y, por lo tanto, hay una mayor exigencia en la demanda de información a los profesionales sanitarios.

Sin embargo, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, estos cambios les exigen un mayor esfuerzo en la comunicación pero presentan la limitación del tiempo que tienen en consulta con cada uno de los pacientes por el exceso de carga asistencial (Blázquez-Manzano et al., 2012), siendo éste un factor muy importante para la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios y, por lo tanto, para la calidad asistencial (Girón et al., 2002).

La Pandemia, provocó que Atención Primaria (AP) reestructurara sus funciones en tiempo récord y cambiara la organización de los centro de salud (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad., 2020). Se ha limitado el acceso de los pacientes y se ha reducido la atención presencial de actividades como analíticas, exploraciones complementarias o el seguimiento de pacientes crónicos; manteniendo únicamente la atención urgente como los pacientes agudos, curas y control de tratamiento anticoagulante.

Los profesionales de AP han realizado un gran esfuerzo por adaptarse a un tipo de consulta poco entrenada hasta el momento, realizado el seguimiento vía telemática de personas infectadas y contactos estrechos que presentaban sintomatología leve o sin complicaciones que no precisaban hospitalización, para evitar así la propagación del virus (Ludwig et al., 2021a; Sindhu, 2021a).

Los protocolos de atención han ido cambiando diariamente y los profesionales sanitarios se han encontrado desbordados por el número de consultas atendidas y por la propia situación derivada de la pandemia (Martinez et al., 2020; Pallarés Carratalá et al., 2020b).

La OMS define a la telemedicina como “Aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades”(WHO (World Health Organization), 2010).

Se ha puesto de relieve la importancia de la comunicación vía telemática en atención primaria, ya que en ocasiones supone una ventaja social o laboral para los familiares o acompañantes que tienen que solicitar abandonar sus puestos de trabajo (Pallarés Carratalá et al., 2020b).

En general, los participantes han quedado satisfechos con la telemedicina y han reconocido su beneficio en el acceso a determinados cuidados de salud (Gomes-de Almeida et al., 2021).

1.5.3.2. Atención Especializada

Desde el inicio de la Pandemia producida por COVID-19, la comunicación ha tenido un papel fundamental tanto en los centros sanitarios como hospitalarios para manejar este problema de salud y la propagación del virus, aunque, en ocasiones, ha resultado difícil por la saturación del servicio e incluso por el uso de la mascarilla (Back et al., 2020; Rubinelli et al., 2020).

La comunicación se ha visto afectada a todos los niveles (De Caneva et al., 2020). Por ello, los profesionales sanitarios han tenido que aprender a comunicarse vía telefónica y aprender estrategias de lenguaje verbal, utilizando un tono adecuado, vocabulario sencillo, transmitiendo esperanza y asertividad.

Las nuevas tecnologías han permitido mejorar la comunicación durante la Pandemia entre profesionales, pacientes y familia, lo que ha contribuido a mejorar la calidad, seguridad clínica y la satisfacción profesional (Mateo Rodríguez et al., 2020).

Sin embargo, la comunicación de malas noticias que ha realizado el personal sanitario en los servicios donde los pacientes presentaban un estado crítico, especialmente en los servicios de urgencias y UCI, ha sido principalmente vía telefónica, debido a la necesidad de mantener un distanciamiento sanitario y las restricciones de movilidad impuestas a la población. Esta situación, provocó a nivel asistencial diversas limitaciones para una correcta comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios de salud / familia.

Para una comunicación efectiva de malas noticias, es imprescindible el lenguaje no verbal, ausente en este contexto. Es por esto, que la comunicación se ha visto inevitablemente comprometida. A continuación en la Tabla 5 se exponen una serie de recomendaciones para la transmisión de malas noticias mediante la comunicación telefónica (Belli, 2020).

Tabla 5. Recomendaciones para la transmisión de malas noticias vía telefónica por parte del personal sanitario (Belli, 2020).

Al inicio de la conversación	Identificarnos con claridad y explicar brevemente el motivo de la llamada, ayudando a quien recibe el mensaje a prepararse para lo que va a escuchar. Asegurarnos de que estamos contactando con la persona indicada y que no se encuentra en una situación potencialmente peligrosa.
Durante la conversación	Hablar con claridad, mantener la calma, tono de voz empático y cálido. Ejercitar la escucha y dar tiempo a quien recibe la noticia a comprender y reaccionar. Se recomienda planificar la conversación para no finalizarla de forma abrupta.
Fin de la conversación	Dejar un espacio para responder dudas o preguntas, se recomienda ofrecer una guía de cuáles son los pasos a seguir en el futuro inmediato, ya que esto ayuda a disminuir la ansiedad y mejora la satisfacción de la conversación.
Al finalizar la llamada	Es importante que el profesional registre la conversación en la HC del paciente. Se recomienda dedicar un tiempo a reflexionar sobre la conversación con el fin de mejorar futuras comunicaciones.

1.5.4. Limitaciones de la comunicación durante la Pandemia

Los profesionales sanitarios se han visto obligados desde el inicio de la Pandemia al uso de equipos de protección individual, entre los que se incluyen guantes, batas, mascarillas y pantallas de protección (Raurell-Torredà et al., 2020), Este aspecto ha tenido un impacto significativo en la comunicación en los entornos de atención sanitaria, dificultando la comunicación con los pacientes, familiares y compañeros de trabajo, sobre todo en la comunicación no verbal, ya que los gestos faciales prácticamente desaparecieron con el uso generalizado de la mascarilla (Shurlock et al., 2021).

Además, como limitación en la comunicación, debemos tener en cuenta aquellas personas que presentan algún tipo de discapacidad para comunicarse, como por ejemplo pacientes con hipoacusia, para quienes la comunicación no verbal es imprescindible. Por ello la atención brindada a las personas con discapacidad auditiva se vio afectada negativamente por el uso de las mascarillas, debiendo contar con recursos que disminuyan esas dificultades, como tableros comunicativos y gestos de apoyo (Back et al., 2020).

Otra limitación que se ha presentado durante la Pandemia, ha sido la restricción de visitas por parte de los familiares para evitar la propagación del virus. Por ello, ha cobrado mayor importancia el uso de tecnologías para realizar una comunicación más efectiva a través de llamadas y videollamadas tanto en AP como en hospitalización, ayudando a cerrar la brecha comunicativa presente entre los pacientes y sus familias (Galazzi et al., 2021).

1.5.5. Efectos de la Pandemia

Durante la pandemia producida por la COVID-19, el personal sanitario ha presentado una gran carga de trabajo, escasez de equipos de protección individual (EPI), falta de medicamentos específicos, etc. Diversos factores han podido aumentar la carga emocional provocando mayor ansiedad y estrés en los sanitarios (Acosta-Quiroz & Iglesias-Osores, 2020).

Debemos añadir que los sanitarios que han trabajado en primera línea durante la pandemia, han experimentado malestar psicológico, social y emocional (Xu et al., 2021), describiendo emociones de miedo en relación a su propia seguridad y la de sus familiares.

Estos sentimientos pueden desencadenar problemas mentales como depresión, síndrome de burnout, trastornos del sueño y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Giorgi et al., 2020). Es por ello, que debemos destacar la importancia del trabajo en equipo y la comunicación como factores que contribuyen a disminuir su impacto (De Caneva et al., 2020).

1.6. JUSTIFICACIÓN

La adquisición y mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios es un elemento clave en el ámbito sanitario, ya que unas adecuadas habilidades de comunicación nos pueden ayudar a alcanzar determinados objetivos, como son la recuperación del paciente, mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades de los usuarios (Marín Sánchez & León Rubio, 2001; Martí et al., 2013). Las habilidades de comunicación son una competencia fundamental e imprescindible para establecer una adecuada relación de apoyo, seguridad y calidad asistencial entre el personal sanitario y los pacientes en cualquier entorno clínico (Leal-Costa et al., 2015a; Rajashree, 2011).

Actualmente, en el ámbito sanitario se está recuperando la importancia de la atención centrada en el paciente para mejorar la calidad asistencial, donde las habilidades comunicativas juegan un papel crucial para ayudar a humanizar los cuidados sanitarios y a prestar una mejor atención sanitaria (Molero Jurado et al., 2021).

En la literatura, podemos encontrar referencias que justifican que una adecuada comunicación por parte del personal sanitario tiene una influencia positiva para la satisfacción de los pacientes y familiares, y por lo tanto en la calidad asistencial (Al-Abri & Al-Balushi, 2014; Korsch et al., 1968). Además, podemos añadir que una adecuada comunicación entre profesional sanitario-paciente está altamente involucrada en la prevención del síndrome de burnout y un mayor cumplimiento terapéutico (Emold et al., 2011; Haskard Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Por último, cabe señalar que durante la pandemia producida por la COVID-19, la comunicación ha tenido un papel crucial para manejar este problema de salud (Rubinelli et al., 2020).

Por todo lo expuesto, hemos decidido llevar a cabo esta tesis doctoral que incluye un compendio de estudios, con el propósito de analizar la importancia que tienen las habilidades de comunicación en los diferentes entornos clínicos, y su posible relación con otros resultados de salud.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. Objetivo general

Evaluar las habilidades de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes en diferentes entornos clínicos y su relación con otros resultados de salud.

1.7.2. Objetivos del Estudio nº1

Determinar la influencia de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios en la calidad asistencial percibida por los pacientes en un Servicio de Urgencias (SU).

1.7.3. Objetivos del Estudio nº2

Analizar la percepción de los pacientes sobre las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), y su relación con la ansiedad, el cumplimiento terapéutico y las variables sociodemográficas sexo y edad.

1.7.4. Objetivos del Estudio nº3

Conocer el impacto subjetivo de la pandemia por COVID-19 en la comunicación, percibido por las enfermeras de Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y Unidades de Cuidados Intensivos (ICU) en varios hospitales de la Región de Murcia (España).

1.7.5. Objetivos del Estudio nº4

Desarrollar el protocolo de comunicación estructurada CERCAR[®] a la COVID-19 para la realización de entrevistas telefónicas para el seguimiento y control de pacientes COVID-19 y sus contactos estrechos en Atención Primaria.

II - VISIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS

CAPÍTULO II: VISIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS

2.1. ESTUDIO N°1

La comunicación de los profesionales sanitarios como determinante de la calidad percibida en un servicio de urgencias hospitalarias: la perspectiva del paciente

The communication skills and quality perceived in an emergency department: the patient's perspective

Resumen.

Objetivo: Determinar la influencia de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) en la calidad asistencial percibida por los pacientes en un Servicio de Urgencias (SU). **Método:** Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España) del 6 al 9 de junio de 2016. Se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la percepción de los pacientes sobre las habilidades de comunicación y la calidad asistencial percibida en el Servicio de Urgencias. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 200 pacientes, con una media de edad de $44,06 \pm 18,26$ años, de los cuales 106 (53%) fueron varones. El análisis de regresión lineal múltiple puso de manifiesto la asociación entre las habilidades de comunicación (respeto, solución de problemas y comunicación no verbal) y la edad con la calidad asistencial percibida por los pacientes. **Conclusiones:** Las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud y la edad de los pacientes son un determinante de la calidad asistencial percibida en un Servicio de Urgencias.

Abstract.

Aim: To examine the influence of healthcare provider`s communication skills on the quality of care perceived by Emergency Department patients. **Design:** Cross-sectional descriptive study conducted in the Emergency Department at the University Clinical Hospital Virgen de la Arrixaca of Murcia, Spain. **Method:** Data were collected from June 6th to June 9th 2016. Different instruments were used to evaluate the perception of patients on the communication skills and quality of care at the Emergency Department. **Results:** The sample was composed of 200 patients, with an average age of 44.1 (SD=18.3), of which 106 (53%) were men. The multiple linear regression analysis showed the association between communication skills (respect, problem solving and non-verbal communication) and age with the quality of care perceived by the patients. **Conclusions:** We found that the communication skills of the healthcare providers were explanatory variables of the quality of care perceived in an Emergency Department.

2.2. ESTUDIO N°2

La comunicación de los profesionales de urgencias y su relación con la ansiedad y el cumplimiento terapéutico.

The communication of emergency professionals and their relation to the anxiety and the therapeutical compliance.

Resumen.

Objetivo: Analizar la percepción de los pacientes sobre las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), y su relación con la ansiedad, el cumplimiento terapéutico y las variables sociodemográficas sexo y edad. **Método:** Estudio descriptivo transversal que fue llevado a cabo en el SUH del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en horario de 12 a 18 horas del 6 al 9 de junio de 2016. Se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la percepción de los pacientes sobre la comunicación, ansiedad y cumplimiento terapéutico. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 200 pacientes, con una mayor proporción con edad ≤ 20 años, de los cuales 106 (53%) fueron varones. Se obtuvo una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre comunicación y el cumplimiento terapéutico. **Conclusiones:** Se ha encontrado una relación entre las habilidades de comunicación con el cumplimiento terapéutico y la edad (pacientes mayores).

Objectives: To analyze patients' perceptions about the communication skills of health professionals in an Emergency Department (ED), and their relation with anxiety, therapeutic compliance and the socio-demographic variables sex and age. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out in the ED of the Hospital Clinic Universities Virgen de la Arrixaca from 12 to 18 hours from June 6 to 9, 2016. Different instruments were used to evaluate the patients' perception of communication, anxiety and therapeutic compliance. **Results:** The sample consisted of 200 patients, with a greater proportion with age ≤ 20 years, of which 106 (53%) were males. A positive and statistically significant correlation ($p < 0.01$) between communication and therapeutic compliance was obtained. **Conclusions:** A relationship between communication skills with therapeutic compliance and age (older patients) has been found.

2.3. ESTUDIO N°3

¿Cómo afectó la pandemia a la comunicación en entornos clínicos? Un estudio cualitativo entre enfermeras de cuidados críticos y emergencias.

How did the pandemic affect communication in clinical settings? A qualitative study with critical and emergency care nurses.

Resumen.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar el impacto subjetivo de la pandemia por COVID-19 en la comunicación, percibido en enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarias y Unidades de Cuidados Intensivos en varios hospitales de la Región de Murcia (España). **Método:** Se realizó un estudio cualitativo basado en el análisis de contenido de 12 entrevistas individuales semiestructuradas. El proceso de reclutamiento de los participantes se realizó mediante la técnica de un muestreo en bola de nieve. Se obtuvieron 4 dimensiones principales, 11 categorías y 2 subcategorías: 1. Comunicación (expresiones comunicativas tanto verbal como no verbal y limitaciones); 2. Aspectos emocionales (Positivos, Negativos); 3. Sobrecarga (Primera ola, Segunda ola, Tercera ola); 4. Relaciones (Profesionales sanitarios-paciente, Personal sanitario, Paciente-Familia, Familia-Sanitarios). **Resultados:** Los principales hallazgos de este estudio se refieren a que la comunicación se vio ligeramente afectada durante la Pandemia, especialmente la no verbal, estando la comunicación verbal conservada e incluso, en ocasiones, fortalecida. La falta de formación en habilidades de comunicación y su influencia para la gestión de momentos difíciles fue otro resultado destacable. La comunicación en general se deterioró durante la Pandemia, sobre todo en las primeras oleadas. La comunicación no verbal se vio más afectada por el uso de Equipos de Protección Individual y por el miedo inicial al contagio, siendo mucho más acusado en departamentos como el de urgencias o en cuidados críticos. Las enfermeras entrevistadas destacaron aspectos emocionales negativos relacionados con el déficit de comunicación. Los aspectos positivos destacables estuvieron relacionados con la generación de espacios de apoyo mutuo y la cohesión grupal de los equipos de trabajo durante la pandemia.

Conclusiones: Como implicación para la práctica clínica actual y futura, recomendamos una respuesta institucional coordinada para mitigar los posibles efectos emocionales en los trabajadores mediante el diseño de protocolos adecuados de comunicación y expresión emocional.

Abstract.

Objective: The objective of the present study was to determine the subjective impact of the pandemic due to COVID-19 on communication, as perceived by nurses working at emergency services and Intensive Care Units at various hospitals in the Region of Murcia (Spain). **Methods:** A qualitative study was conducted based on the content analysis of 12 semi-structured individual interviews. The participant recruitment process was performed through a snowball sampling technique. Four main dimensions, eleven categories, and two sub-categories were obtained: (1) communication (communicative expressions, both verbal and non-verbal-, and limitations); (2) emotional aspects (positive, negative); (3) overload (first wave, second wave, and third wave); and (4) relationships (health professionals–patients, healthcare professionals, patients–family, and family–health professionals). **Results:** The main findings of the study show that communication was slightly affected during the pandemic, especially the non-verbal kind, with verbal communication maintained and, in some occasions, strengthened. The lack of training in communication skills and its influence on the management of difficult periods was another important finding. Communication in general deteriorated during the pandemic, especially during the initial waves. Non-verbal communication was more affected due to the use of Personal Protective Equipment and the initial fear of infection, with this finding strongly observed in departments such as emergencies or critical care. The nurses who were interviewed underlined negative emotional aspects associated with a deficit in communication. The positive aspects described were associated with the creation of mutual support spaces and the group cohesion of the work teams during the pandemic. **Conclusions:** As an implication for current and future clinical practice, we recommend a coordinated institutional response to mitigate the potential emotional effects on workers by designing appropriate communication and emotional expression protocols.

2.4. ESTUDIO N°4

CERCAR a la COVID-19: Un modelo de comunicación estructurada para el seguimiento de casos y contactos en Atención Primaria

CERCAR to COVID-19: A structured communication model for the follow-up of cases and contacts in Primary Care

Resumen.

Objetivo: La COVID-19 ha tenido importantes consecuencias sobre los sistemas sanitarios de todo el Mundo. El sistema sanitario español, en el ámbito de Atención Primaria, a las consultas presenciales se le unieron las consultas telefónicas. Esto supuso un reto principalmente para los equipos de atención primaria quienes han asumido la mayor carga asistencial. Este estudio pretende desarrollar el protocolo de comunicación estructurada CERCAR© a la COVID-19 para la realización de entrevistas telefónicas para el seguimiento y control de pacientes COVID-19 y sus contactos estrechos en Atención Primaria. **Método:** Estudio descriptivo de corte transversal basado sobre la elaboración de un modelo de comunicación estructurada llamado CERCAR© a la COVID-19 mediante un grupo de expertos. **Resultados:** Se desarrolló el protocolo de comunicación estructurada CERCAR© a la COVID-19 avalado por un grupo de expertos, así como un diseño de un programa de formación online basado en simulación clínica de alta fidelidad y el visionado de vídeos docentes-problema. **Conclusiones:** El protocolo de comunicación estructurada CERCAR© a la COVID-19 y programa formativo tuvieron una gran acogida y un alto grado de transferencia.

Abstract.

Objective: COVID-19 has produced significant consequences on health systems all around the world. Within the Spanish health system, in the field of Primary Care, telephone consultations were added to face-to-face consultations. This was a challenge mainly for the primary care teams, who assumed the greatest burden of care. This study aims to develop the structured communication protocol CERCAR© to COVID-19 for the conduction of telephone interviews in order to monitor and control COVID-19 patients and their close contacts in Primary Care. **Method:** Descriptive cross-sectional study based on the development of a structured communication model called CERCAR© to COVID-19 by a group of experts. **Results:** The CERCAR© structured communication protocol for COVID-19 was developed, endorsed by a group of experts, along with the design of an online training program based on high-fidelity clinical simulation and the viewing of teaching-problem videos. **Conclusions:** The CERCAR© structured communication protocol for COVID-19 as well as the training program were very well received and transferred to a high degree.

III - ESTUDIO N°1

La comunicación de los profesionales sanitarios como determinante de la calidad percibida en un servicio de urgencias hospitalarias: la perspectiva del paciente.

CAPÍTULO III: ESTUDIO N°1

La comunicación de los profesionales sanitarios como determinante de la calidad percibida en un servicio de urgencias hospitalarias: la perspectiva del paciente.

3.1. INTRODUCCIÓN

En general, las necesidades de los pacientes y las familias que buscan una atención de urgencia difieren de las de otros entornos, ya que se sienten más vulnerables y tienen una percepción más fuerte de la gravedad y urgencia de su enfermedad (Sonis et al., 2018). Los Servicios de Urgencias (SU), en general, suponen un medio poco confortable y en ocasiones pueden considerarse entornos hostiles por parte de los pacientes y sus familiares (Curran et al., 2017; Rising et al., 2016). Circunstancias como la saturación asistencial, el ritmo acelerado, la urgencia y la gravedad de las patologías, los cuidados especializados y las frecuentes interrupciones hacen que la comunicación entre los profesionales sanitarios (PS) y los pacientes sea un auténtico desafío (Curran et al., 2017; Dean & Oetzel, 2014; Lateef, 2011; Leal Costa, Luján Cebrián, Gascón García, Ferrer Villalonga, & Vander Hofstadt Román, 2010; Musso et al., 2015; Roh & Park, 2016; Sustersic et al., 2019).

En este escenario, la comprensión por parte del paciente de la información clínica y de las recomendaciones terapéuticas que brinda el PS se torna difícil, no sólo poniendo en peligro a los pacientes por una posible desinformación, sino que también puede afectar a la calidad percibida por los pacientes (Cooke et al., 2006; Roh & Park, 2016; Simmons et al., 2015b).

Los procesos de comunicación del PS en SU se pueden caracterizar por la recopilación de información eficiente y la toma de decisiones impulsada por el PS. Estas características están en conflicto con las expectativas de los pacientes, que esperan una participación activa en la toma de decisiones y profesionales que les brinden información confiable y concisa (Dean & Oetzel, 2014a; Robey et al., 2014; Roh & Park, 2016).

La percepción de la calidad por parte de los pacientes en un SU ha sido evaluada en algunos estudios (Muntlin et al., 2006; Sonis et al., 2018), mediante ciertos indicadores como las competencias clínicas y relacionales de los profesionales, las condiciones físicas y técnicas de las instalaciones, la tecnología, el tiempo de espera, entre otros. En el contexto de los servicios de urgencias, los pacientes identifican la buena comunicación como un elemento vital de atención de calidad (Byczkowski et al., 2013; Curran et al., 2017). Otras investigaciones han demostrado que la comunicación entre usuarios y PS puede mejorar la satisfacción del paciente (Beach et al., 2005; Clever et al., 2008; Curran et al., 2017; Uitterhoeve et al., 2010).

Diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de humanizar los SU, fomentando que la experiencia resulte lo más agradable posible para el paciente y su familia (Lateef, 2011b; Sonis et al., 2018). Un ejemplo de ello es la mejora de las habilidades comunicativas entre PS y usuarios en SU, ya que la comunicación eficaz es un componente fundamental en la atención sanitaria y en la seguridad de los pacientes, está vinculada a numerosos indicadores de salud que influyen en la calidad del servicio prestado (Cooke et al., 2006; Curran et al., 2017; McCarthy et al., 2013; Muntlin et al., 2006; Simmons et al., 2015b). Sin embargo, faltan estudios que examinen las habilidades comunicativas del PS en relación con la calidad de la atención percibida en el SU.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1. Diseño

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), Murcia, España.

3.2.2. Participantes

Para el proceso de recogida de datos, se estableció un protocolo horario de 12 a 18 horas del 6 al 9 de junio de 2016. El tipo de muestreo fue por conveniencia, obteniéndose un tamaño muestral final de 200 participantes.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: 1) pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por el personal sanitario, 2) firmar el consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: 1) pacientes con estado crítico de salud, 2) pacientes pediátricos y 3) pacientes psiquiátricos.

El HCUVA es un hospital terciario. El Servicio de Urgencias está organizado en la zona de recepción y triaje, área de exploración y diagnóstico y área de tratamiento y observación. El equipo de servicio está compuesto por 11 médicos y 11 enfermeros por día, cubriendo todas las áreas. El departamento trata a más de 115.000 pacientes al año. Esto se traduce en una media diaria de entre 275 y 350 pacientes atendidos, con una tasa de ingresos en torno al 15%. En cuanto a la estancia media en urgencias, alrededor del 38% de los pacientes superan las 4 horas y, según el mes, superan las 12 horas. Más de 1.000 pacientes acuden al servicio de urgencias todos los días durante los meses de invierno y unos 400 durante los meses de verano.

3.2.3. Consideraciones éticas

La investigación contó con la aprobación del centro y el Comité de Ética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) con el número CE061901. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (The World Medical Association-WMA., 2013). Todos los participantes fueron informados detalladamente sobre el objetivo del estudio y la confidencialidad de los datos, solicitando previamente su consentimiento informado. También se precisó que los datos serán tratados y custodiados con respecto a su intimidad y la legislación vigente en materia de protección de datos.

3.2.4. Instrumentos

Para evaluar las variables del estudio se aplicó una batería de instrumentos para ser cumplimentados por los pacientes del Servicio de Urgencias compuesta por:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. La información recogida fue sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, nivel económico y ocupación (Anexo IV).

Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008; Leal Costa, Gómez Sánchez, Tirado González, Rodríguez Marín, & van-der Hofstadt Román, 2015). Cuestionario compuesto por 13 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con 5 grados de respuesta, estando tres ítems redactados de forma inversa (Anexo IV). Las cuatro dimensiones que componen el cuestionario son Resolución de Problemas, Respeto, Ausencia de Hostilidad y Comunicación no verbal (Tabla 6). La estructura interna (Alfa de Cronbach) del HCCQ fue de 0'79 para la resolución de problemas, 0'86 para el respeto, 0'75 para la falta de hostilidad y 0'71 para la comunicación no verbal. Las evidencias de validez se obtuvieron conectando las habilidades de comunicación con la satisfacción de los pacientes atendidos en diferentes unidades (Leal Costa et al., 2015).

Tabla 6. Dimensiones de HCCQ.

Resolución de problemas: se refiere a la capacidad del personal para realizar su trabajo cuando interactúa con los pacientes.

Respeto: está relacionado con la protección de la autonomía del paciente; es decir, proporcionar información e involucrarlos en la toma de decisiones. También incluye la consideración positiva: aceptar y valorar al paciente como persona.

Falta de hostilidad: la hostilidad es la actitud de rechazo hacia los pacientes, que se manifiesta en forma de comportamiento físico o verbal grosero. Los ítems de esta dimensión se escriben y puntúan de forma opuesta a los demás.

Comunicación no verbal: se refiere a gestos o conductas que reducen la distancia física y emocional entre el profesional y el paciente (contacto visual, sonrisa, etc.).

El cuestionario de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por el paciente SERVQHOS (J. J. Mira et al., 1998). Mide la satisfacción de los pacientes a través 19 ítems que se responden en una escala Likert con cinco categorías de respuesta, distribuidos en dos factores (Anexo IV): Calidad Subjetiva: consta de 10 ítems y cubre aspectos como cortesía, empatía, receptividad y competencia profesional. Este factor explicó el 36,35% de la varianza (Alfa de Cronbach de 0,95). Calidad Objetiva: compuesto por 9 ítems y pregunta sobre aspectos más tangibles de la estancia hospitalaria del paciente como el estado de la habitación del hospital, la confiabilidad del horario y la información brindada por los trabajadores de la salud. Este factor explicó el 28,97% de la varianza (Alfa de Cronbach 0,89).

3.2.5. Análisis de datos

Para analizar los datos se utilizó el software SPSS® v. 22 (Statistical Package for the Social Sciences). Se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y la media y la desviación típica de las variables cuantitativas.

Se analizó la relación entre las dimensiones de cada escala y la edad a través de las correlaciones bivariadas de Pearson. Por último, se determinó mediante análisis de regresión lineal múltiple la asociación de las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud con la calidad asistencial percibida por los pacientes. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

3.3. RESULTADOS

La muestra final fue de 200 pacientes, de los cuales 106 eran hombres (53%) y 94 eran mujeres (47%) con una media de edad de $44,06 \pm 18,26$ años. En la tabla 7 podemos observar los resultados estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra y de las puntuaciones de los pacientes en las variables comunicación y calidad asistencial percibida.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra y de las puntuaciones en cada uno de los instrumentos de medición.

Sexo n (%)		
Hombre	106	(53)
Mujer	84	(47)
Nivel de estudios n (%)		
Sin estudios	16	(8)
Estudios primarios	68	(34)
Estudios secundarios	71	(35,5)
Estudios universitarios	45	(22,5)
Ocupación n (%)		
Trabajador	103	(51,5)
Jubilado	32	(16)
Ama/o de casa	16	(8)
Estudiante	25	12,5
Paro	24	12
Nacionalidad n (%)		
Española	190	(95)
Otra	10	(5)
Estado civil n (%)		
Soltero/a	52	(26)
Casado/a	106	(53)
Viudo/a	7	(3,5)
Pareja	25	(12,5)
Separado	10	(5)

Nivel económico n (%)		
< 1000 €	98	(49)
1000-2000 €	62	(31)
> 2000 €	22	(11)
Edad M (DT)	44,06	(18,26)
SERVQHOS M (DT)		
Calidad Subjetiva	37,33	(7,76)
Calidad Objetiva	31,84	(6,21)
Health Care Communication Questionnaire M (DT)		
Resolución de Problemas	14,43	(3,33)
Respeto	14,73	(3,31)
Ausencia de Hostilidad	14,46	(1,47)
Comunicación no verbal	6,60	(1,91)

Por otro lado, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación y la calidad percibida, encontrando que cuanto mayor es la evaluación de las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud realizada por parte de los pacientes, mayor es la calidad percibida en el Servicio de Urgencias (Tabla 8). Por otro lado, se ha obtenido una relación entre la edad de los pacientes y la percepción de las habilidades de comunicación y la calidad, encontrándose que los pacientes de mayor edad evaluaron mejor las habilidades de comunicación y la calidad asistencial percibidas (Tabla 8). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los instrumentos de medida y la variable sexo ($p > 0,05$).

Tabla 8. Correlaciones bivariadas entre las variables comunicación, satisfacción, ansiedad y cumplimiento terapéutico.

	Calidad Subjetiva	Calidad objetiva	Resolución de problemas	Respeto	Ausencia de hostilidad	Comunicación no verbal	Edad
Calidad subjetiva	-						
Calidad objetiva	0,844 [*]	-					
Resolución de problemas	0,670 [*]	0,612 [*]	-				
Respeto	0,685 [*]	0,600 [*]	0,782 [*]	-			
Ausencia de hostilidad	0,061	0,034	0,122	0,157 [*]	-		
Comunicación no verbal	0,604 [*]	0,577 [*]	0,715 [*]	0,765 [*]	0,160	-	
Edad	0,262 [*]	0,269 [*]	0,232 [*]	0,225 [*]	0,104	0,126	-

^{**}La correlación es significativa en el nivel 0,01.

^{*}La correlación es significativa en el nivel 0,05.

En el análisis de la regresión lineal múltiple, se usaron como variables dependientes las dimensiones del instrumento SERVQHOS (calidad subjetiva y calidad objetiva) y como variables predictoras las habilidades de comunicación (respeto, resolución de problemas, ausencia de hostilidad y comunicación no verbal) y las variables sociodemográficas edad y sexo. El modelo que mejor ajuste obtuvo con la variable calidad subjetiva explicó el 53,4% de la varianza y las variables que obtuvieron una asociación significativa fueron edad ($\beta= 0,232$), respeto ($\beta= 0,943$) y resolución de problemas ($\beta= 0,778$), siendo éstas dos últimas las más importantes en el modelo. Por otro lado, el modelo que mejor ajuste obtuvo para la variable calidad objetiva explicó el 44,4% de la varianza, y las variables que obtuvieron una asociación significativa fueron respeto ($\beta= 0,340$), edad ($\beta= 0,213$), resolución de problemas ($\beta= 0,526$) y comunicación no verbal ($\beta= 0,710$), siendo éstas dos últimas los más importantes del modelo (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis de regresión lineal múltiple para determinar la asociación entre las habilidades de comunicación y la calidad percibida.

	R² (%)	F	B	t	p
DV: Subjective quality	52,4	71,91			<0,001
Constant			10,451	5,53	<0,001
Respect			0,943	5,07	<0,001
Problem Solving			0,778	4,20	<0,001
Age			0,232	2,696	0,044
DV: Objective quality	44,4	38,98			<0,001
Constant			12,53	7,65	<0,001
Respect			0,340	2,23	0,048
Problem Solving			0,526	3,13	0,002
Non-verbal Immediacy			0,710	2,51	0,013
Age			0,213	2,44	0,016

3.4. DISCUSIÓN

Este estudio indica que existe una relación entre la comunicación efectiva y la mejora de la calidad asistencial, el personal sanitario obtuvo resultados medio-altos en todas las dimensiones del cuestionario HCCQ, lo que indicó que los pacientes percibieron de forma positiva la capacidad del personal sanitario de proporcionar información y fomentar su participación en la toma de decisiones, respeto, ausencia de conductas groseras y la utilización de gestos inmediatos, que reducen la distancia física y psicológica entre los pacientes y el personal sanitario. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores (Curran et al., 2017; Lateef, 2011b; McCarthy et al., 2013; Olthuis et al., 2014; Sonis et al., 2018; Watt et al., 2005).

En este estudio, la correlación entre la calidad percibida y la comunicación fue positiva y estadísticamente significativa siendo estos resultados coherentes a los encontrados en la literatura (Buchanan et al., 2015; Gordon et al., 2010; McCarthy et al., 2013; Toma et al., 2009). Asimismo, se ha encontrado una mayor puntuación en la comunicación y la calidad asistencial percibidas por parte de los pacientes de mayor edad con respecto a los jóvenes. Sin embargo, otros estudios (McCusker et al., 2018; Simmons et al., 2015b), pusieron de manifiesto que en los pacientes mayores había una mayor dificultad en la comprensión y mayor número de malentendidos durante su relación con el personal sanitario, enfatizando la necesidad de efectuar evaluaciones específicas a los pacientes de mayor edad (McCusker et al., 2018).

El análisis de regresión lineal múltiple puso de manifiesto una asociación positiva entre las habilidades de comunicación y la calidad percibidas por los pacientes, siendo los aspectos más determinantes el respeto, la solución de problemas y la comunicación no verbal. Estos aspectos son muy importantes en un SU, ya que el respeto, hace referencia a la protección de la autonomía de los pacientes en términos de proporcionar información y participación en la toma de decisiones e incluye además la consideración de los pacientes como personas. Por otro lado, la resolución de problemas hace referencia a la capacidad del personal de gestionar el trabajo durante la relación con los pacientes.

Estos son temas importantes porque la autonomía y defensa del paciente son fundamentales para el proceso de enfermería. Por último, la comunicación no verbal hace referencia a los gestos inmediatos de los profesionales, es decir, conductas que reducen la distancia física y psicológica entre el profesional de la salud y el paciente (contacto visual, sonrisa, etc.) (Gremigni et al., 2008; Leal Costa et al., 2015). Las deficientes habilidades de comunicación, incluidos los elementos no verbales que se utilizan para involucrar a los pacientes en las decisiones sobre su atención, tiene un impacto negativo en la calidad de la atención.

Habría que señalar, que el ítem peor valorado en el instrumento HCCQ y el SERVQHOS, fue el tiempo de espera para ser atendidos en el Servicio de Urgencias. En este sentido, otros estudios apuntan que el tiempo de espera también influyó en la calidad percibida por los pacientes (Gordon et al., 2010; Messina et al., 2015; Sonis et al., 2018). Los tiempos de espera se asociaron con un aumento de la violencia hacia el personal sanitario por parte de los pacientes/familiares.

IV - ESTUDIO N°2

*La comunicación de los
profesionales de urgencias y su
relación con la ansiedad y el
cumplimiento terapéutico.*

CAPÍTULO IV: ESTUDIO N°2

La comunicación de los profesionales de urgencias y su relación con la ansiedad y el cumplimiento terapéutico.

4.1. INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) suponen un medio poco confortable y en ocasiones hostil para los pacientes y sus familiares (Sánchez López & Díaz Agea, 2013). La estancia en un SUH supone para el paciente una situación extraña e incluso estresante. Circunstancias como la saturación asistencial, el ritmo acelerado, la urgencia y la gravedad de las patologías, los cuidados especializados y las frecuentes interrupciones hacen que la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes sea un auténtico reto (Dean & Oetzel, 2014b; Lateef, 2011; Leal Costa et al., 2010). Diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de humanizar los SUH, fomentando que la experiencia resulte lo más agradable posible para el paciente y su familia (Gamella Pizarro et al., 2014; Lateef, 2011b).

En este contexto, la comprensión de la información clínica y de las recomendaciones terapéuticas, rápidamente se empobrecen (Simmons et al., 2015a), pudiendo ocasionar un menor cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes (Cooke et al., 2006). La no adherencia al tratamiento se ha visto asociada a una carga de costes significativa para los sistemas sanitarios (Cutler et al., 2018).

La comunicación efectiva entre profesionales de urgencias y usuarios se ha descrito como un componente fundamental en la atención sanitaria y en la seguridad de los pacientes, relacionándose positivamente con numerosos indicadores sanitarios, tales como satisfacción, disminución de la ansiedad, cumplimiento terapéutico, seguridad del paciente, etc. (Cooke et al., 2006; Curran et al., 2017; Gamella Pizarro et al., 2014; McCarthy et al., 2013; Simmons et al., 2015a).

Los usuarios y familiares que acuden a un SUH pueden presentar ansiedad, a veces por el proceso clínico y en otras ocasiones por la propia frustración ante su problema de salud, provocando así un desequilibrio físico y emocional (Tudela & Maria Mòdol, 2003).

Esta ansiedad disminuye cuando los pacientes y familiares perciben soporte y apoyo por parte de los profesionales del SUH (Çevik Ateş & Topatan, 2019; Musey et al., 2018).

Por este motivo, se planteó como objetivo de este estudio, analizar la percepción de los pacientes sobre la comunicación de médicos y enfermeras de un SUH, y su relación con la ansiedad, el cumplimiento terapéutico y las variables sociodemográficas de los pacientes.

4.2. METODOLOGÍA

4.2.1. Diseño

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el SUH del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), Murcia, España.

4.2.2. Participantes

Los participantes fueron personas que acudieron al SUH del HCUVA. Los criterios de inclusión para este estudio fueron 1) pacientes atendidos en el SUH por el personal sanitario, 2) firmar el consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio. Los criterios de exclusión fueron 1) pacientes con estado crítico de salud, 2) pacientes pediátricos y 3) pacientes psiquiátricos.

Para el proceso de recogida de datos, se estableció un protocolo horario de 12 a 18 horas del 6 al 9 de junio de 2016. El tipo de muestreo fue por conveniencia y para asegurar que la muestra fuese representativa, se calculó el tamaño muestral. Así, de una población diana de $n=1000$ (pacientes que acuden al SUH en tres días), con una desviación de $Z=1,96$, una confianza del 95%, un margen de error $e=0,1$ (10%), una proporción de $p=0,5$ (50%), y una posible pérdida de un 10%, sería necesario un tamaño necesario de $n=97$.

4.2.3. Instrumentos

Para evaluar las variables de interés se administró una batería de instrumentos para ser entregados a los pacientes del SUH compuesto por:

Variables sociodemográficas (Anexo IV). La información recogida fue sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, nivel económico y ocupación.

Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) (Gremigni et al., 2008). Cuestionario compuesto por 13 ítems con una escala tipo Likert con 5 grados de respuesta, estando tres ítems redactados de forma inversa (Anexo IV). Las cuatro dimensiones que componen el cuestionario son Resolución de Problemas, Respeto, Ausencia de Hostilidad y Comunicación no verbal. En su adaptación española (Leal Costa et al., 2015), el instrumento presentó unas adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad, análisis de la estructura interna y evidencias de validez.

Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger et al., 2002). El cuestionario se adaptó al español en 1982 teniendo una fiabilidad (alfa de Cronbach) muy similar al cuestionario original. El instrumento se divide en dos, las primeras 20 frases hacen referencia a cómo se siente la persona en el momento que está rellenando el cuestionario (ansiedad estado), y las siguientes 20 frases hacen referencia a cómo se siente generalmente (ansiedad rasgo). A cada frase se responde con una escala de puntuación tipo Likert de 0 a 3. En este estudio sólo se utilizó la escala Ansiedad Estado, ya que se pretendía evaluar la ansiedad en el SUH (Anexo IV).

Cuestionario de Morisky-Green adaptado al SUH (Val Jiménez et al., 1992). Se utilizó para evaluar la percepción de los usuarios sobre el cumplimiento terapéutico de las recomendaciones proporcionadas en los SUH. Para ello, los usuarios deben de responder a 4 preguntas mediante una escala dicotómica sí/no (Anexo IV). Se consideran adherentes quienes contestan “no” a las 4 preguntas. De cara a operativizar la variable, aquellos pacientes que respondieron “no” a las 4 preguntas, se codificó con un 1 y significaba que tenían un elevado cumplimiento terapéutico. Debido a la ausencia de instrumentos que midan la percepción de los usuarios sobre el cumplimiento terapéutico en los SUH, se realizó una adaptación

de contenido en las preguntas del cuestionario mediante un panel de expertos, para adaptar su formulación al contexto del SUH. Los expertos fueron dos médicos y tres enfermeros con experiencia en un SUH de un mínimo de dos años. A continuación, se expone la adaptación de uno de los ítems del cuestionario: ¿Puede olvidar alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad que le han sido pautados en Urgencias?

4.2.4. Análisis de datos

Para analizar los datos se utilizó el software SPSS® v. 22 (Statistical Package for the Social Sciences). Se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y la media y la desviación estándar de las variables cuantitativas. Se analizó la relación entre las dimensiones de cada escala a través de las correlaciones bivariadas de Pearson. También fueron analizadas las diferencias de medias entre las dimensiones de cada escala y las variables sociodemográficas sexo e intervalo de edad, mediante las pruebas t-Student y ANOVA de un factor, tras comprobar el supuesto de normalidad a través test de Kolmogorov-Smirnov, y el de homocedasticidad a través del test de Levene. Por último, para analizar la asociación entre el cumplimiento terapéutico y las habilidades de comunicación, la ansiedad y las características sociodemográficas de los participantes, se realizó un modelo de regresión logística binaria y calculándose la Odds Ratio (IC 95%). La variable dependiente fue el cumplimiento terapéutico, y las variables independientes las habilidades de comunicación, la ansiedad y las características sociodemográficas.

4.2.5. Aspectos éticos

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia (Código CE061901) y la aprobación del Centro hospitalario. Se siguieron las recomendaciones de la declaración de Helsinki (The Lancet, 2000). A todos los participantes se les informó detalladamente del objetivo del estudio y de la confidencialidad en el tratamiento de los datos, solicitando su consentimiento informado, precisando que los datos serían tratados y custodiados con respeto a su intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

4.3. RESULTADOS

La muestra final fue de 200 pacientes, de los cuales 106 eran hombres (53%) y 94 eran mujeres (47%). En la tabla 10 podemos observar los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y de las puntuaciones en las variables comunicación, satisfacción, ansiedad y cumplimiento terapéutico de los participantes.

Así, observamos puntuaciones medias-altas en la percepción de los pacientes sobre la comunicación de los profesionales. Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones medias en Ansiedad Estado. En cuanto al cumplimiento terapéutico, 171 participantes salieron con tratamiento pautado del SUH, de los cuales, 106 (61.99%) consideraron que iban a tener poca adherencia al tratamiento al salir del SUH.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra y de las puntuaciones en cada uno de los instrumentos de medición.

Edad, n (%)	
≤ 20 años	20 (10)
21-35 años	50 (25)
36-45 años	41 (20.5)
46-55 años	40 (20)
56-65 años	26 (13)
> 65 años	23 (11.5)
Sexo, n (%)	
Hombre	106 (53)
Mujer	84 (47)
Nivel de estudios, n (%)	
Sin estudios	16 (8)
Estudios primarios	68 (34)
Estudios secundarios	71 (35.5)

Estudios universitarios	45 (22.5)
Ocupación, n (%)	
Trabajador	103 (51.5)
Jubilado	32 (16)
Ama/o de casa	16 (8)
Estudiante	25 (12.5)
Paro	24 (12)
Nacionalidad, n (%)	
Española	190 (95)
Otra	10 (5)
Estado civil, n (%)	
Soltero/a	52 (26)
Casado/a	106 (53)
Viudo/a	7 (3.5)
Pareja	25 (12.5)
Separado	10 (5)
Nivel económico, n (%)	
< 1000 €	98 (49)
1000-2000 €	62 (31)
> 2000 €	22 (11)
Health Care Communication Questionnaire, M (DE)	
Resolución de Problemas	14.43 (3.33)
Respeto	14.73 (3.31)
Ausencia de Hostilidad	14.46 (1.47)
Comunicación no verbal	6.60 (1.91)
STAI, M (DE)	

Ansiedad Estado	28.24 (5.12)
Cuestionario de Morisky-Green*, n (%)	
Cumplimiento terapéutico	65 (38.01)
No cumplimiento terapéutico	106 (61.99)

*Análisis 171 participantes que recibieron tratamiento farmacológico en el SUH.

Por otro lado, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación percibidas (HCCQ) y el cumplimiento terapéutico (Tabla 11). No se encontraron relaciones con la variable ansiedad estado y la dimensión Ausencia de Hostilidad del cuestionario HCCQ.

Tabla 11. Correlaciones bivariadas entre las variables comunicación, ansiedad y cumplimiento terapéutico.

	Resolución de problemas	Respeto	Ausencia de hostilidad	Comunicación no verbal	Ansiedad estado	Cumplimiento terapéutico
Resolución de problemas	-					
Respeto	0.782*	-				
Ausencia de hostilidad	0.122	0.157*	-			
Comunicación no verbal	0.715*	0.765*	0.160*	-		
Ansiedad estado	- 0.061	- 0.069	- 0.105	- 0.113	-	
Cumplimiento terapéutico	0.560*	0.575*	0.02	0.520*	0.048	-

**La correlación es significativa en el nivel 0,01

*La correlación es significativa en el nivel 0,05

Los resultados del análisis multivariante mediante regresión logística binaria mostraron que las variables explicativas que tenían una asociación con el cumplimiento terapéutico fueron las habilidades de comunicación: Resolución de Problemas ($B=0.204$; $p=0.045$; $OR= 1.23$; $IC\ 95\% 1.01-1.50$), el Respeto ($B=0.342$; $p=0.01$; $OR= 1.41$; $IC\ 95\% 1.14-1.74$), y la variable sociodemográfica edad ($B=0.026$; $p=0.018$; $OR= 1.03$; $IC\ 95\% 1.01-1.05$).

En el análisis de las diferencias en las puntuaciones de los instrumentos de medida según las variables sociodemográficas sexo y edad, se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas según la variable sexo ($p>0,05$) (Tabla 12). Por el contrario, en cuanto a la variable intervalo de edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Resolución de Problemas ($F=2,912$; $p=0,015$), Respeto ($F=3,05$; $p=0,011$), y Comunicación No Verbal ($F=2,35$; $p=0,043$). El análisis post-hoc, mostró diferencias en el análisis por pares entre el intervalo de edad ≤ 20 años y el intervalo >65 años, siendo la puntuación más alta en los pacientes $>$ de 65 años (Tabla 13).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los variables comunicación y ansiedad según la variable sexo.

	sexo	N	Media	Desviación estándar	p
	mujer	94	31.46	6.23	
HCCQ					
Resolución de Problemas	hombre	106	14.72	2.98	0.195
	mujer	94	14.10	3.68	
Respeto	hombre	106	14.92	2.98	0.396
	mujer	94	14.51	3.65	
Ausencia de Hostilidad	hombre	106	14.57	1.22	0.288
	mujer	94	14.34	1.70	
Comunicación no verbal	hombre	106	6.77	1.82	0.161
	mujer	94	6.39	2.00	

STAI					
Ansiedad	hombre	106	28.07	4.79	0.611
Estado	mujer	94	28.44	5.48	

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de los variables comunicación y ansiedad según la variable edad.

		Edad	n	Media	Desviación estándar	p
HCCQ						
Resolución de Problemas		≤ 20 años	20	13.85	3.66	0.015
		21-35	50	13.94	3.02	
		36-45	41	13.78	3.67	
		46-55	40	14.23	3.17	
		56-65	26	15.31	3.04	
		> 65 años	23	16.48	2.94	
Respeto		≤ 20 años	20	13.35	3.20	0.011
		21-35	50	14.52	3.09	
		36-45	41	14.15	3.60	
		46-55	40	14.63	3.23	
		56-65	26	15.50	2.80	
		> 65 años	23	16.70	3.28	
Ausencia de Hostilidad		≤ 20 años	20	14.55	1.05	0.422
		21-35	50	14.16	1.82	
		36-45	41	14.32	1.52	
		46-55	40	14.75	1.15	
		56-65	26	14.50	1.68	
		> 65 años	23	14.74	0.92	

Comunicación verbal	no	≤ 20 años	20	6.25	1.65	0.043
		21-35	50	6.78	2.04	
		36-45	41	6.10	1.96	
		46-55	40	6.30	1.95	
		56-65	26	6.88	1.61	
		> 65 años	23	7.57	1.70	
STAI						
Ansiedad Estado		≤ 20 años	20	26.20	8.56	0.442
		21-35	50	28.46	5.04	
		36-45	41	27.83	5.35	
		46-55	40	28.98	4.17	
		56-65	26	28.27	4.61	
		> 65 años	23	28.96	2.06	

4.4. DISCUSIÓN

La evaluación que realizaron los pacientes sobre la comunicación de los profesionales sanitarios en los SUH fue buena, arrojando puntuaciones medias-altas en todas las dimensiones del cuestionario HCCQ, lo que indicó que los pacientes percibieron la capacidad de proporcionar información y fomentar su participación en la toma de decisiones, respeto, etc. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores (Curran et al., 2017; Lateef, 2011b; McCarthy et al., 2013; Orcajada Muñoz et al., 2020a). El ítem peor valorado en el instrumento HCCQ fue el tiempo de espera para ser atendidos, en este sentido, otros estudios apuntan que el tiempo de espera también fue influyente en la satisfacción del paciente (Abdelhadi, 2021; Girbés et al., 2006).

La puntuación de los pacientes en ansiedad estado medida a través del cuestionario STAI Estado fue media. A pesar de que en la literatura está descrito que los pacientes que acuden a los SUH experimentan ansiedad debido al proceso agudo de su enfermedad (Tudela & Mòdol, 2003), y que este estado mejora con el soporte y apoyo que reciben de los profesionales sanitarios del SUH (Çevik Ateş & Topatan, 2019; Musey et al., 2018), en nuestro estudio, no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y las habilidades de comunicación percibidas por los pacientes.

Cuanto mayor es la percepción del paciente de que existe una adecuada comunicación en el SUH, mayor satisfacción y calidad percibida con el servicio recibido (McCarthy et al., 2013; Orcajada Muñoz et al., 2020a). Esta percepción puede contribuir a que los pacientes sigan el tratamiento recomendado por los profesionales sanitarios, y se eviten complicaciones posteriores y un mayor costo sanitario (Cutler et al., 2018). En nuestro estudio, se ha observado un elevado incumplimiento terapéutico. Estos resultados son coherentes con otros estudios realizados con pacientes crónicos (Gutiérrez-Angulo et al., 2012) o pacientes mayores (Sánchez-Fidalgo et al., 2007).

En nuestro estudio hemos obtenido una asociación entre las habilidades de comunicación percibidas por los pacientes en el SUH (sobre todo la resolución de problemas y el respeto) y la edad (mayor edad) con el cumplimiento terapéutico. Estos resultados son coherentes con los encontrados en la literatura (Roter & Hall, 2009; Zolnierek & Dimatteo, 2009).

Además, se ha encontrado una mejor valoración de las habilidades de comunicación por parte de los pacientes de mayor edad con respecto a los jóvenes y una mayor ansiedad estado, lo que contrasta con otro estudio (Simmons et al., 2015a), que encontró que en los pacientes mayores había una mayor dificultad en la comprensión y mayor número de malentendidos durante su relación con el personal sanitario.

V - ESTUDIO N°3

¿Cómo afectó la pandemia a la comunicación en entornos clínicos? Un estudio cualitativo entre enfermeras de cuidados críticos y emergencias.

CAPÍTULO V: ESTUDIO N°3

¿Cómo afectó la pandemia a la comunicación en entornos clínicos? Un estudio cualitativo entre enfermeras de cuidados críticos y emergencias.

5.1. INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad sufrida por COVID-19 como Pandemia. Esta enfermedad ha ocasionado un alto impacto de morbilidad y mortalidad en la población a nivel mundial, ese nivel de contagio ha sobrecargado el sistema sanitario causando diversas alteraciones en la atención brindada (Pallarés Carratalá et al., 2020a). Desde que se detectó el primer caso en España, el aumento del número de personas diagnosticadas y fallecidas no ha dejado de aumentar (Johns Hopkins University, 2020). La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 ha tenido importantes consecuencias en España (Castilla, Moreno-Iribas, Ibero Esparza, Martínez-Baz, Trobajo-Sanmartín, Ezpeleta, & Guevara, 2021; de Nicolás Jiménez et al., 2020a; Lopez-Villegas et al., 2022), situándose este país entre los más afectados por la COVID-19 a nivel mundial, especialmente durante la primera y sexta ola (Soriano et al., 2022). Es evidente que los datos son desalentadores pero más si observamos los casos diagnosticados del personal sanitario (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2020). Los estudios sobre el impacto de la pandemia en los trabajadores sanitarios en el contexto español han mostrado una alta prevalencia de síntomas emocionales y de salud general (Pulido-Fuentes et al., 2021; Rodríguez-Menéndez et al., 2021). En la Región de Murcia, hasta la fecha, se han registrado 331.577 casos confirmados de COVID-19. Se ha dado el alta epidemiológica a 302.303 pacientes y se han producido 2010 defunciones (Murciasalud, 2021).

La comunicación ha tenido un papel fundamental tanto en los centros sanitarios como hospitalarios para manejar este problema de salud y la propagación del virus, aunque a veces ha sido difícil por el ambiente laboral que les rodea y por el uso de la mascarilla (Back et al., 2020; Rubinelli et al., 2020).

La comunicación tiene un papel primordial en las interacciones de las personas en los entornos clínicos, por lo que debemos tener en cuenta la importancia de una correcta comunicación.

Además, ésta debe ser adecuada a las necesidades de los pacientes, familiares y también de los profesionales sanitarios (Werder, 2019). Las habilidades de comunicación son una competencia fundamental para las enfermeras, ya que resulta imprescindible para establecer una relación de apoyo, seguridad y calidad del cuidado que dan a los pacientes (Leal et al., 2015). Una buena comunicación tiene una influencia positiva en la percepción de satisfacción en los usuarios y sus familiares. Asimismo, favorece el afrontamiento en la condición de salud que presenten los pacientes, la adherencia terapéutica, la resolución de problemas y el apoyo emocional (como por ejemplo para afrontar situaciones de duelo) (Back et al., 2020; Martín Padilla et al., 2014; Werder, 2019). Los estudios realizados entre los profesionales sanitarios y las habilidades de comunicación equivalen a invertir en una mejor asistencia para los usuarios (Smith et al., 2020). También se ha visto que unas adecuadas habilidades de comunicación son fundamentales para prevenir el Síndrome de Burn-Out que se encuentra entre los profesionales de la salud (Fuertes et al., 2016; Leal-Costa et al., 2015b; Llor Lozano et al., 2020b; Yuguero et al., 2017). Además, la falta de comunicación es la principal causa de daño involuntario al paciente (Leonard et al., 2004).

Con especial énfasis en la pandemia, la comunicación puede provocar diferentes efectos, tanto para el emisor como para el receptor, dependiendo del modo en que esta se realice. Por ejemplo, para el receptor, una adecuada comunicación puede ayudar en el proceso de aceptación y adaptación a la nueva realidad en situaciones de duelo, aunque esto precisa de habilidades de comunicación y del manejo de pautas básicas de actuación, por lo que es preciso formación. Para el emisor, una comunicación efectiva puede suponer una disminución de los niveles de estrés, reduciendo así la probabilidad de sufrir burnout (Leal-Costa et al., 2015b). Por lo tanto, la comunicación es un proceso de interacción recíproca, en el que tanto el profesional de enfermería como el paciente se benefician (Álvarez Aparicio, 2020; Handberg & Voss, 2018).

La comunicación en pacientes críticos debido a la COVID-19 resulta algo más complicada ya que, muchos ellos se encuentran sedados, intubados, o incluso su vida corre peligro. A esto se une la soledad que experimentan, al no poder estar acompañados de sus familiares.

Los pacientes experimentan sentimientos y emociones como el dolor, el miedo, la angustia, el disconfort, la tristeza etc., por lo que necesitan unas adecuadas habilidades de comunicación adecuadas por parte de los profesionales sanitarios (Calle et al., 2017; Slatore et al., 2012). Según la OMS, una adecuada comunicación se ha vuelto tan esencial como la capacitación epidemiológica y los análisis de laboratorio para el control de los brotes de COVID-19 (Castro-Martínez & Díaz-Morilla, 2020).

Existen dos tipos de comunicación, la comunicación verbal y la comunicación no verbal. Normalmente le damos mayor importancia a la comunicación verbal, pero existen estudios que demuestran que más de un 55% de la comunicación se realiza a través de la comunicación no verbal (Mast, 2007; Mheidly et al., 2020). La comunicación no verbal entre individuos no implica el contenido del lenguaje hablado. En cambio, se basa en el lenguaje tácito de las expresiones faciales, el contacto visual y el lenguaje corporal (Baron et al., 2006). Por ello, debemos tener en cuenta que el uso continuado de la mascarilla podría aumentar significativamente las dificultades en la comunicación no verbal, sobre todo porque los gestos faciales prácticamente desaparecen (Shurlock et al., 2021). Además, debemos tener en cuenta aquellas personas que presentan algún tipo de discapacidad o limitación para comunicarse como por ejemplo pacientes con hipoacusia, para quienes la comunicación no verbal es por tanto indispensable, dando mayor importancia a los gestos faciales y la labiolectura. En estos casos, es imprescindible contar con recursos que disminuyan esas dificultades, como tableros comunicativos y gestos de apoyo (Back et al., 2020).

5.2. METODOLOGÍA

5.2.1. Diseño

Se diseñó un estudio cualitativo basado en el análisis de entrevistas semiestructuradas individuales, se realizaron para profundizar en las características de la comunicación percibidas por enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias y UCI de diferentes hospitales de la Región de Murcia (España). Se buscaba que, mediante la entrevista a los participantes, se identificaran individualmente las principales dimensiones referidas en los objetivos del estudio.

5.2.2. Participantes

Para reclutar a los informantes más idóneos para el estudio se planteó un muestreo no probabilístico intencional. Los participantes fueron profesionales sanitarios que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1. Enfermeras que hayan trabajado durante la Pandemia en servicios en los que hayan estado en contacto con pacientes COVID positivos, especialmente en servicios de urgencias y UCI. 2. Dar su consentimiento para el estudio.

El proceso de reclutamiento de los participantes se hizo a través del muestreo en bola de nieve. Finalmente se obtuvieron 12 voluntarios (Tabla 14). La composición interna cumplió con los criterios de homogeneidad (todos cumplían con los criterios de inclusión) y de heterogeneidad (se intentó que diversas opiniones estuvieran representadas, con lo que se intentó que las enfermeras fueran de diferentes servicios y hospitales de la Región de Murcia, España).

El número de participantes se eligió según el criterio de saturación (Morse, 1995). La saturación de información se refiere al momento en que el material cualitativo deja de aportar nuevos datos tras la realización de varias entrevistas. En este momento, los investigadores dejan de recopilar información. En la investigación cualitativa, el número de participantes no es tan relevante como en los estudio cuantitativos; tampoco se espera representatividad estadística.

Los que se busca en la investigación cualitativa es la profundidad, y lo fundamental es la calidad de las aportaciones de los participantes y en qué medida ayudan a comprender el fenómeno que se estudia.

Otros estudios cualitativos similares al nuestro (referidos a las perspectivas subjetivas de los profesionales de la salud sobre la pandemia) se han realizado con un número similar de participantes (Bianchi et al., 2021; Kwaghe et al., 2021). Cuando el fenómeno en estudio llamativo, y las experiencias compartidas son comunes, muchas veces se alcanza la saturación con un número reducido de entrevistas, como se evidencia en otros estudios cualitativos (Angland et al., 2014; Leever et al., 2010).

Tabla 14. Características principales de los participantes.

Código/Sexo	Servicio	Edad	Años experiencia	Hospital
N1/Mujer	Urgencias	28	3	H1
	Unidad	37	8	
N2/Mujer	Hospitalaria COVID			H2
	Servicio	30	5	
N3/Mujer	Radiodiagnóstico de Urgencias			
N4/Hombre	Urgencias	33	4	
N5/Hombre	Urgencias	27	6	
N6/Mujer	UCI	41	9	H3
N7/Mujer	UCI	31	4	
N8/Mujer	UCI	53	18	
N9/Mujer	UCI	32	6	
N10/Hombre	UCI	34	8	H4
N11/Hombre	UCI	33	5	
N12/Hombre	Urgencias	64	20	H5

5.2.3. Recogida y análisis de datos

Los datos se recogieron entre los meses de abril y julio de 2021. Se realizaron 12 entrevistas en profundidad semiestructuradas. Cada entrevista tuvo una duración media de 38,52 minutos y fue realizado por un miembro del equipo investigador.

El papel del entrevistador fue el de guiar la entrevista sobre de los objetivos principales del estudio, así como el de reconducir la entrevista cuando esta se desviaba de los aspectos principales de la investigación.

Al inicio de la entrevista el investigador principal se aseguró de que todos los participantes entendieron el objetivo del estudio y lo que se requería de ellos. También se les aclararon los conceptos “comunicación” y “habilidades de comunicación” para que todos tuvieran claro de qué hablaríamos en la entrevista.

Se recopilaron los siguientes datos personales de los entrevistados: edad, categoría profesional, servicio en el que están trabajando actualmente, servicios en los que han trabajado anteriormente, año en el que estudió la carrera y años de experiencia. A continuación, se proyectaron preguntas abiertas que fueron consensuadas previamente por el equipo de investigación y básicamente contuvieron los siguientes tópicos (Tabla 15).

Tabla 15. Guion de preguntas y temas utilizados en las entrevistas semiestructuradas.

Experiencia personal antes de la Pandemia y primeras experiencias al comienzo de la Pandemia
¿Cómo describirías ese proceso de adaptación de ti mismo a lo largo de estos meses hasta hoy? Explícame qué supuso para ti ir todos los días a trabajar en un entorno con pacientes con COVID-19
Sentimientos percibidos en las diferentes olas de la pandemia
Cómo ha sido la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes ¿Qué ocurrió con los pacientes sometidos a BIPAP*?
Cuéntanos alguna experiencia de pacientes que hayan tenido que ser intubados rápidamente sin poder despedirse, si es que ha ocurrido en tu presencia
¿Crees que el paciente ha recibido la misma cantidad de información sobre su enfermedad que sino hubiera estado la Pandemia?
¿Cómo crees que ha sido la comunicación entre el propio personal sanitario durante la Pandemia? ¿crees que se ha resentido la comunicación?
Antes de la pandemia, ¿crees que podías interpretar mejor el estado de ánimo de un compañero en el hospital?

¿Crees que las relaciones entre los compañeros se han visto afectadas durante la pandemia? Explica tu respuesta
¿Qué consejo le darías a un compañero que comienza a trabajar en el servicio para comunicarse de manera efectiva con los pacientes y los profesionales?
Después de la jornada de trabajo, cuando te encuentras en casa, ¿te han abordado algún sentimiento? ¿Cómo lo describirías?
En cuanto al entrenamiento para hacer frente a la pandemia ¿Qué aspectos destacarías?
¿Has tenido algún caso de pacientes con dificultad de comunicación o personas que tienen algún tipo de limitación o discapacidad? ¿Crees que ha influido en la comunicación los protocolos de separación y los equipos de protección personal?
¿Has notado alguna alteración de la comunicación respecto a los familiares de los pacientes y los profesionales durante la pandemia?

Tabla 15. *BIPAP: Sistema de Bipresión Positiva en las vías respiratorias.

El entorno de realización de cada entrevista se realizó en un ambiente relajado y cómodo, guardando todas las medidas de seguridad implementadas. Las conversaciones fueron video grabadas y guardadas como un archivo de vídeo/audio para su posterior transcripción y análisis. Se recogieron 462,35 minutos de conversación.

Los archivos de video/audio se transcribieron de forma minuciosa e independiente en un documento de Microsoft Word®, que sirvió de base para realizar un análisis de contenido con toda la información recogida por parte del equipo de investigación. Para analizar los datos se usó el software MaxQDA 2018. Se agruparon los distintos temas en categorías y subcategorías, en función de su semejanza, utilizando el método inductivo característico de la investigación cualitativa. El equipo investigador buscó en todo momento mantener una actitud neutral para disminuir impacto de su subjetividad en el proceso de recogida de información. El enfoque metodológico seguido durante la investigación ha sido la fenomenología (Zahavi & Martiny, 2019). Para el análisis de los datos se han seguido las pautas propuestas por Colaizzi (Edward & Welch, 2011).

Además, se siguió el típico criterio de saturación teórica de los datos (van Rijnsoever, 2017) a la hora de seleccionar el número de entrevistas necesarias (cuando las respuestas se repitieron lo suficiente para sacar patrones comunes). Al reportar los datos y estructurar el informe de esta investigación cualitativa, seguimos las pautas recomendadas por la literatura metodológica, lo que le da rigor al estudio.

Estas pautas se han consolidado en recomendaciones y una lista de verificación reconocida internacionalmente llamada COREQ (Criterios consolidados para informar sobre investigación cualitativa) (Tong et al., 2007), que sirvió como guía para el presente estudio.

5.2.4. Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) (ref. núm.: CE102103). Antes de recopilar datos, todos los participantes fueron informados previamente sobre los objetivos del estudio y su posterior utilización para el estudio de investigación realizado teniendo el carácter voluntario del mismo. Todos los participantes dieron el consentimiento informado, que incluía permiso para la grabación audiovisual.

Las aportaciones de los participantes se codificaron para garantizar el anonimato y la confidencialidad, asegurando así la destrucción de las sesiones grabadas después de la recopilación de los datos necesarios. Esta investigación se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki ('World Medical Association Declaration of Helsinki', 2013). A los participantes se les asignó un código numérico, entre N1 y N12, para garantizar el anonimato. A los hospitales individuales se les dio un código numérico (H1, H2, etc.) en lugar de un nombre para ayudar a proteger la privacidad.

5.3. RESULTADOS

De los 12 participantes, 7 eran mujeres y 5 hombres con una edad media de 36,9 años. Todos ellos estaban trabajando en ese momento en servicios que hubieran estado en contacto con pacientes COVID positivo: 4 en servicio de Urgencias, 6 en UCI, 1 en unidad COVID (unidades hospitalarias adaptadas para atender a pacientes COVID-19 que no están en estado crítico pero que requieren hospitalización) y 1 en Radiodiagnóstico de Urgencias. Todos ellos presentaban una experiencia profesional de entre 3 y 20 años y se han encontrado trabajando desde el inicio de la Pandemia. En la tabla 13 muestran las principales características de los participantes (edad, sexo, lugar de trabajo y experiencia). En la Región de Murcia hay un total de 10 hospitales públicos, de los cuales 5 son hospitales generales universitarios y 5 son hospitales comarcales.

Los participantes en nuestro estudio trabajaron en tres hospitales generales y dos en hospitales comarcales. Se obtuvieron cuatro dimensiones principales, 11 categorías y 2 subcategorías (Figura 2 y Tabla 16).

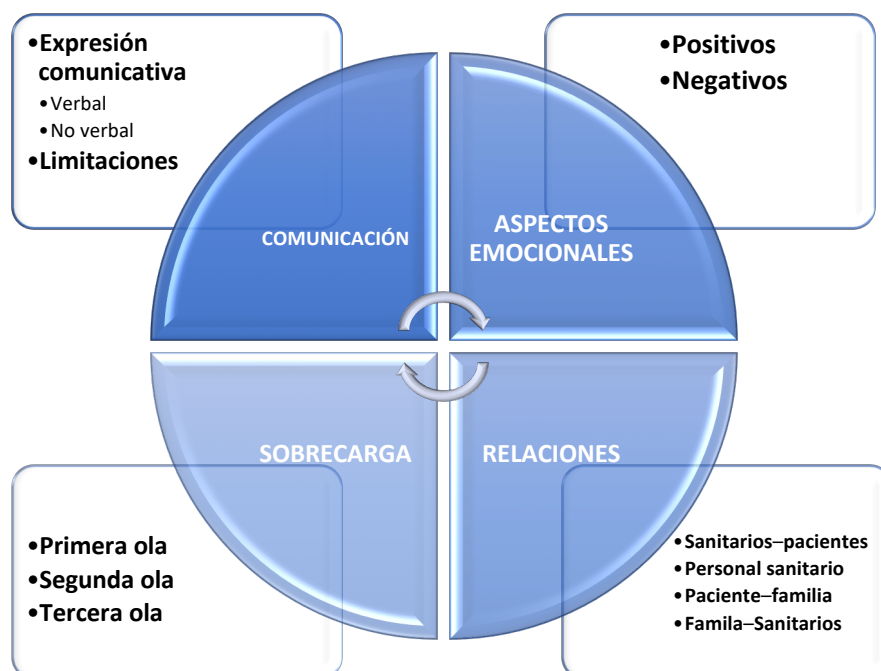


Figura 2. Dimensiones, categorías y subcategorías.

Tabla 16. Principales hallazgos del estudio.

Dimensiones	Categoría	Subcategoría
Comunicación	Expresión comunicativa	<p>Verbal:</p> <p>La comunicación verbal se vio afectada, sobre todo al inicio de la pandemia, por el uso de EPI (mascarilla, pantalla, bata, etc.) aunque es precisamente por esto que la comunicación mejoró con el tiempo y se reforzó entre compañeros por la oleada de sentimientos de empatía. Se utilizó más que antes la comunicación telefónica para contactar con la familia. Las enfermeras creían que los pacientes recibían la misma cantidad de información sobre su enfermedad. Los profesionales de la salud que trabajaban directamente con pacientes COVID positivos, momento en el que estaba presente su compañero „espejo“, tenían una mejor organización de trabajo. La comunicación en situaciones de emergencia no se vio afectada, independientemente de que el paciente fuera COVID-19 positivo.</p>
		<p>No verbal:</p> <p>La comunicación no verbal era más complicada por el uso de EPI (mascarilla). Se limitó la expresión facial para que su atención se centrara más en la expresión de los ojos o los gestos. Los participantes coincidieron en que antes de la pandemia podían observar mejor el estado de ánimo de un compañero que en la actualidad por el uso de las mascarillas. Sin embargo, en la actualidad, aún podían detectar las emociones de los demás siempre que centraran su atención en los ojos y los gestos.</p>

Dimensiones	Categoría	Subcategoría
Comunicación	Limitaciones	Se encontraron diversas limitaciones, entre las que encontramos ancianos con Hipoacusia, barrera idiomática, pacientes que se encontraban con VMNI, pacientes en proceso de destete, pacientes a los que les había realizado una traqueotomía, etc. Se utilizaron otros medios de comunicación para una mejor comunicación, como los gestos o el uso de papel y boli para escribir lo que querían decir.
Aspectos emocionales	Positivos	Los participantes subrayaron sentimientos positivos como el compañerismo, la adquisición de nuevos conocimientos y el sentimiento de superación, el sentimiento especial establecido con el compañero “espejo” y sentimientos de solidaridad y responsabilidad.
	Negativos	Los sentimientos negativos fueron miedo, estrés, desgaste físico y psicológico, aunque predominaron otros sentimientos como la incertidumbre, inseguridad, caos, frustración, impotencia y preocupación.
Sobrecarga	Primera ola	Falta de EPI, falta de información, mayor exposición, mayor dificultad psicológica, caos. En Atención Primaria solo se atienden presencialmente las patologías más urgentes.
	Segunda ola	Los participantes tenían más información, más equipo y experiencia. Había menos miedo y más protocolos aunque estos seguían cambiando. Las enfermeras se acostumbraron a usar mascarillas y EPI.

Dimensiones	Categoría	Subcategoría
Sobrecarga	Tercera ola	Los participantes lo caracterizan como el periodo de trabajo más duro debido a la presión sobre la atención médica, aunque estaban más acostumbrados a usar EPI y trabajan más rápido. Las enfermeras tenían más conocimiento y las cosas estaban más tranquilas gracias al inicio de la vacunación. Coincidieron en que se sentían más seguros por el uso del EPI.
Relaciones	Sanitario-paciente	Pérdida de contacto físico y una comunicación mucho más limitada debido al uso del EPI, especialmente utilizados para reducir el tiempo de exposición al virus. Con el tiempo, las relaciones evolucionaron dado al mayor conocimiento y por lo tanto mayor seguridad. La percepción general fue que los pacientes recibieron la misma cantidad de información sobre su enfermedad, sin considerar la parte emocional (que se vio perjudicada). La comunicación con los pacientes en VMNI o con algún tipo de discapacidad era más difícil.
	Personal sanitario	En situaciones de emergencia, la comunicación y las acciones fueron las mismas. Las enfermeras indicaron que tenían que adquirir nuevos conocimientos a marchas forzadas por la situación. Al hablar de la relación con sus compañeros coincidieron en que durante la pandemia se observó un mayor compañerismo. La cohesión del grupo se fortaleció en general.

Dimensiones	Categoría	Subcategoría
Relaciones	Paciente-familia	Esta ha sido la parte más difícil, ya que la atención presencial fue limitada para evitar la propagación del virus, por lo que se observó un gran déficit de comunicación. También encontramos diferencias según el servicio del hospital (por ejemplo, las plantas de los hospitales y las UCI tenían recursos, como teléfonos o tablets para que los pacientes hicieran videollamadas con sus familiares, pero en urgencias esto era más complicado). En situaciones difíciles, por ejemplo, cuando había que intubar a los pacientes, se les permitía hablar previamente con sus familiares siempre que no se tratara de una situación de emergencia.
	Familia-sanitarios	La comunicación se vio afectada por no poder ser presencial aunque se dio más importancia a dar información a las familias vía telefónica.

5.3.1. Dimensión 1. Comunicación

Sobre este tema se obtuvieron dos categorías, expresión comunicativa y limitaciones, a su vez divididas en dos subcategorías, verbal y no verbal.

Expresión comunicativa: Verbal

Para los participantes, la comunicación verbal ha podido verse afectada sobre todo al principio de la pandemia por el uso de equipos de protección individual (mascarilla, pantalla, bata, etc.), aunque precisamente por ello después la comunicación ha mejorado con el tiempo y se ha reforzado entre los compañeros por el surgimiento de sentimientos empáticos.

“(...) la comunicación entre compañeros era más fácil si los conocías antes de llevar el EPI. Para mí está claro que la comunicación verbal ha sufrido, especialmente al principio, era más limitado” (N1)

“Creo que es difícil que el profesional dé información y que el paciente reciba por el EPI. Sin embargo, vi mejor comunicación entre compañeros que, por ejemplo, con la familia, que fue el gran problema al principio de la pandemia” (N12)

Se ha perdido mucha comunicación en persona, siendo usada más la comunicación por vía telefónica para contactar con la familia. Las enfermeras opinaron que los pacientes recibieron la misma cantidad de información sobre su enfermedad.

“Los jóvenes se comunicaban mejor con sus familiares que los mayores. Por supuesto, me refiero a la comunicación por teléfono porque se ha perdido la comunicación en persona” (N6)

Los profesionales que trabajaron directamente con pacientes COVID positivos, en los que había presente un compañero que “espejo”, tuvieron mejor organización de trabajo. Todos los participantes coincidieron en que no se ha visto afectada la comunicación en situaciones de emergencia, independientemente si el paciente fuera positivo en COVID-19.

“(...) la dinámica de trabajo en situaciones de emergencia si que ha sido buena porque al final una vez que se meta el equipo a hacer lo que tiene que hacer, siempre va a estar respaldado por el equipo que esté fuera (...)” (N7)

“(...) en situaciones de emergencia todos nos ponemos la coraza y hay que correr el riesgo para salvar una vida, en esa situación la comunicación es la adecuada para la situación a la que te enfrentas (...)” (N3)

“(...) la comunicación se ha llevado hasta el máximo exponente (...)” (N5)

Expresión comunicativa: no verbal

La comunicación no verbal fue más complicada por el uso de equipos de protección individual (mascarilla). La expresión facial quedó limitada, por lo que la atención se centró más en la expresión de los ojos o en los gestos.

Los participantes coincidieron en que antes de la Pandemia podían averiguar mejor el estado de ánimo de un compañero que ahora, por el uso de la mascarilla:

Sin embargo, ahora también se pueden detectar las emociones del otro, siempre y cuando centremos la atención a los ojos y los gestos.

“No ves la expresión facial, con el EPI difícilmente se puede realizar comunicación no verbal. Creo que obtienes más información con los ojos cuando usas EPI”. (N1)

“(…) se lo noto en los ojos, sólo con mirar a los ojos a mis compañeros ya sé si están bien o mal... en los gestos, en la forma de sentarse o caminar, en la forma que te saludan... en mi caso he sabido ver los ojos de mis compañeros y saber que está agotado o enfadado... he aprendido a observar todos sus gestos y comportamiento, su manera de hablar y sobre todo su mirada para saber cómo están... es complicado y supongo que depende de lo observador que puedas llegar a ser (...)” (N3)

“(…) ahora todo son ojos y voz (...) la comunicación es algo básico, hay que trabajarla todos los días, sea con la mirada, con los gestos o lo que sea (...)” (N2)

Limitaciones en la comunicación

Se han encontrado varias limitaciones, entre ellas a personas ancianas con Hipoacusia, sordomudos, personas con barrera idiomática, pacientes que llevaban ventilación no invasiva, pacientes en fase de destete, pacientes traqueostomizados, etc.

“(…) me ha pasado que ha venido gente sordomuda, realmente era un problema porque obviamente una persona sordomuda te va a mirar los labios, pero al llevar la mascarilla no pueden”. (N3)

Todos los entrevistados coinciden en que la comunicación ha sido más difícil en personas con discapacidad (los pacientes sordos no pueden leer los labios). Se han utilizado otros medios para tener una mejor comunicación como los gestos o utilizar papel y boli para escribir lo que se quería decir.

“(…) es más difícil, aparte tampoco tienes habilidades para tratar a esa gente, no estoy segura que lo que yo le haya transmitido le haya llegado correctamente.” (N5)

“Noté que era más difícil comunicarse con personas con discapacidad, pero usábamos pizarras o letreros... sobrevives para entender al paciente”. (N7)

5.3.1. Dimensión 2. Aspectos emocionales

Sobre este tema se obtuvieron 2 categorías que fueron agrupados en positivos y negativos.

Positivos

En este apartado los participantes subrayaron como sentimientos positivos sobre todo el compañerismo, la sensación de hacer piña con otros compañeros, también se han encontrado sentimientos como la adquisición de nuevos conocimientos y sensación de superación, el vínculo especial que se estableció con el compañero “espejo” y sentimientos de solidaridad y responsabilidad.

“(...) estaba totalmente entregada a la causa. Ha sido muy intenso. El compañerismo salió a flote y tuve la satisfacción de sacar el trabajo adelante (...) Mi conciencia está tranquila. Tengo que decir que he aprendido mucho, he adquirido nuevos conocimientos y los he incorporado. También he tomado la responsabilidad que tenemos”. (N5)

“(...) vi un compañerismo muy grande (...)” (N10)

Negativos

Los principales sentimientos negativos fueron el miedo, estrés y desgaste físico y psicológico, también predominaron otros sentimientos como la incertidumbre, inseguridad, caos, frustración, impotencia y preocupación.

“(...) era una guerra, pero sin conocer al enemigo, sabías que había un enemigo que te podía provocar una enfermedad mortal, entonces decías:” bueno, de qué medios dispongo para afrontar esto” “(...) sentimientos a flor de piel, al principio lloraba mucho (...)” “(...) el sentimiento era de miedo, siempre de mucho miedo por pensar si me había contagiado (...)” (N5)

“(...) es difícil que la gente entienda lo que los sanitarios hemos pasado, modificaría muchos comportamientos de la sociedad en general.” (N11)

5.3.1. Dimensión 3. Sobrecarga

En este sentido obtuvimos tres categorías, las podemos dividir en las tres primeras olas que ha dividido la Pandemia en España.

Primera ola

En la primera ola los entrevistados la caracterizaban por falta de equipos de protección individual (EPI), falta de información, mayor exposición, psicológicamente muy dura, caos, en Atención Primaria sólo se atendían las patologías más urgentes de forma presencial.

“(...) teníamos miedo de no saber si hacíamos las cosas bien (...)” (N10)

“Todo era especulación porque no se sabía nada. Había falta de información, ni siquiera sabíamos usar un EPI. Los centro de salud estaban cerrados y solo atendíamos emergencias, agudos o limpieza de heridas. Descubrimos cosas nuevas todos los días. Al principio había más información en AP que en especializada. Hacíamos cosas como e otras UCI pero sin saber muy bien por qué... no nos capacitaban...” (N9)

Segunda ola

Los entrevistados la diferencian de la primera ola al tener más información, más material y experiencia. Ya no hay tanto miedo. Más protocolos, aunque todavía iban cambiando. Las enfermeras se fueron acostumbrando a usar las mascarillas y EPI.

“Las condiciones mejoraron en los meses siguientes. Aprendí a lidiar con el estrés, la incertidumbre y el caos. Se introdujeron nuevos protocolos... hasta el día de hoy”. (N8)

“(...) afrontar las guardias fue mucho mejor con el tiempo y con la experiencia que ibas ganando, poco a poco ibas cogiendo confianza (...)” (N2)

Tercera ola

La tercera ola los participantes la caracterizan por ser la época más dura de trabajo por la presión asistencial, aunque ya estaban más acostumbrados a utilizar los EPI y trabajaban más rápido. Se tenían más conocimientos y hubo más tranquilidad con el comienzo de la vacunación. Coinciden en que se sentían seguros por el uso de EPI.

"(...) aunque fue muy muy dura y probablemente fue la más dura de todas que ha vivido la Región (...) pero ya lo afrontas de otra manera". (N6)

"Fue el período de trabajo más duro de todos, pero teníamos la situación bajo control". (N8)

"El punto clave fue cuando nos vacunamos, fue un poco liberador" (N10)

5.3.2. Dimensión 4. Relaciones

En este apartado incluimos 4 categorías: relación sanitario-paciente, entre sanitarios, familia-paciente y familia-sanitarios.

Sanitario-paciente

Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que, sobre todo al comienzo de la Pandemia, hubo una pérdida del contacto físico y una comunicación mucho más limitada por el uso de EPIs y sobre todo para reducir el tiempo de exposición al virus.

"Intentas transmitir cariño, pero con los EPI es más difícil. Pasas menos tiempo en las habitaciones con el paciente. Te quedas afectado después de vivir esto, el sufrimiento durante el turno y el sentimiento durante el turno y el sentimiento de pena por no poder salvar a tantos pacientes". (N5)

Con el tiempo las relaciones evolucionaron porque hubo más conocimientos y por lo tanto más seguridad. La percepción general es que los pacientes recibieron la misma cantidad de información con respecto a su enfermedad, sin contar la parte emocional (que se vio mermada).

La comunicación con pacientes que llevaban Ventilación mecánica no invasiva o presentaban algún tipo de discapacidad fue más difícil.

“(...) miedo y cautela al acercarse al paciente (...) pensabas en todos ellos como sospechosos de estar infectado o de estar infectado tú mismo y contagiar a los demás. Al principio, la relación fue más distante, ahora un poco menos. En general, hubo menos comunicación con los pacientes, menos atención presencial y más atención telefónica. Con los pacientes que tenían BIPAP, era más difícil comunicarse”. (N12)

“(...) al principio hacías lo que tenias que hacer y salías de la habitación, ahora con la vacunación hemos perdido un poco el miedo porque te sientes mas seguro y tenemos mas información (...)” (N2)

“(...) al principio no te podías esmerar en los cuidados al paciente porque tenias que salir pronto de la habitación, ahora ya se conoce mas (...)” (N6)

“La comunicación ha empeorado debido a las barreras. Los pacientes estaban dentro de la habitación y había que hablar con ellos desde el otro lado de la puerta. No teníamos los medios para mejorar la comunicación al principio (tablets o teléfonos dentro del box), pero cuando entrábamos a hacerle algo al paciente, le explicábamos o hacíamos saber que estábamos ahí para ayudarlo. Según lo que te pedía el paciente, le dabas más o menos información... pero nunca ocultamos información a los pacientes”. (N9)

Personal Sanitario

En situaciones de urgencia la comunicación y la forma de actuación fue la misma, no se vio afectada. Todos afirmaron que tuvieron que adquirir nuevos conocimientos a marchas formadas por la situación.

Cuando hablaban sobre la relación entre sus compañeros estaban de acuerdo en que durante la pandemia ha habido mucho más compañerismo. La cohesión grupal se fortaleció en líneas generales.

“ Más vínculo entre compañeros, en mayor medida en la UCI porque éramos todos nuevos y sin conocimientos. Tuvimos un gran apoyo de las enfermeras referentes. Nos ayudábamos mucho en todo lo que podíamos. Ha sido una experiencia muy intensa y excepcional con una conexión increíble, turno de trabajo muy intensos y ves a tu compañero que está igual que tú. Nuevos conocimientos a marchas forzadas. Vinieron compañeros de otro hospital a ayudarnos”. (N4)

“ (...) es difícil de olvidar, era todo, unos turnos de 12 horas “a muerte” pero tenías a tu compañera que con una mirada sabías que estaba igual que tú pero nos apoyamos, ha sido espectacular la unión y muy difícil de olvidar, para mí se van a quedar en mi corazón toda la vida (...)” (N5)

Paciente-familia

Según los entrevistados, este ha sido el punto más complicado ya que la asistencia a los familiares de forma presencial en el hospital ha estado muy limitada para evitar la propagación del virus por lo que ha habido un déficit importante en la comunicación. También podemos encontrar diferencias según los servicios del hospital porque en plantas y UCI contaban con recursos como teléfonos o Tablet para que los pacientes pudieran hacer video llamadas con sus familiares, pero sin embargo el departamento de urgencias coincide en que ha sido el más complicado, aunque a los familiares se les ha informado del estado del paciente en cualquiera de los casos.

“Tratamos de que se comuniquen todos los días, especialmente aquellos con limitaciones, proporcionándoles una Tablet. Los que empeoraron repentinamente no tuvieron tiempo de hablar con nadie. Las visitas no estaban permitidas para evitar la propagación de contagios, pero en situaciones especiales si estaban permitidas, pero el familiar tenía que llevar un EPI (para despedirse por ejemplo)”. (N2)

En situaciones difíciles como por ejemplo cuando un paciente ha tenido que ser intubado se les ha permitido hablar con la familia antes, siempre y cuando no fuese una situación de urgencia en la que hubiera que darse prisa porque si no, no daba tiempo ya que en esos casos el paciente se encuentra en estado crítico.

“(...) los pacientes que estaban conscientes nos hemos encargado de que tuvieran un móvil o Tablet para hablar con la familia (...)” (N8)

“(...) ha sido mas difícil porque no es lo mismo ver a través de una pantalla que en persona, no lo puedes tocar, ha sido un problema gordo (...)” (N5)

Familia-sanitarios

La comunicación se ha visto afectada por no poder ser de forma presencial, aunque se le ha dado mucha importancia para informar diariamente a la familia vía telefónica.

“(...) se ha potenciado la comunicación con mayores llamadas telefónicas a la familia para informar, aunque creo que ha empeorado por no poder estar allí en persona (...)” (N9)

“(...) los familiares han sido mucho mas comprensivos al ver como y en que condiciones trabajábamos, esperaban pacientemente porque saben que estamos haciendo todo lo posible (...)” (N8)

5.4. DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio muestran que, desde el punto de vista de las enfermeras, la comunicación se vio ligeramente afectada durante la pandemia. Especialmente en la esfera no verbal, estando la comunicación verbal conservada e incluso, en ocasiones, fortalecida. No obstante, se ha visto una evolución adaptativa de los profesionales de la salud y de los pacientes y familiares. Esta evolución vino determinada por la mayor cantidad de información disponible sobre la enfermedad, que marcó la diferencia con los primeros estadios de la propagación del virus. Además de por las mejoras en las infraestructuras, organización, la adquisición de material como EPIs y, por supuesto, la vacunación masiva de la población. Los aspectos emocionales negativos identificados se asociaron con el miedo y la incertidumbre.

Los aspectos emocionales positivos surgieron de comportamientos, como la resiliencia y el compañerismo, que crearon fuertes vínculos en los equipos de cuidados críticos y urgencias.

Para ello, los sanitarios hemos sabido adaptarnos a las circunstancias y realizar un mayor uso de las tecnologías para realizar una comunicación más efectiva a través de llamadas y videollamadas para compartir información actual con los familiares, mejorando así el bienestar emocional cuando las visitas en persona estaban restringidas. Como se destaca en otros estudios, la comunicación en salud eficaz es un factor clave en la lucha contra la pandemia de COVID-19 (Finset et al., 2020; Kennedy et al., 2021; Lord et al., 2021; Monin et al., 2020).

Uno de los aspectos que otras investigaciones destacan, es la falta de formación en habilidades de comunicación (Back et al., 2020) y su influencia en cómo han tenido que gestionar los profesionales los momentos difíciles, como dar malas noticias, toma de decisiones difíciles, familias separadas de sus seres queridos para prevenir la propagación del virus o limitación de recursos (Bowman et al., 2020).

Este aspecto ha estado presente en las opiniones de las enfermeras entrevistadas en este estudio. Sobre todo, relacionado con las emociones negativas derivadas de la toma de decisiones en un entorno difícil. Ya en el año 2020, Back et al. (Back et al., 2020) destacó los desafíos que enfrentan los médicos en relación con la comunicación con los pacientes en un contexto pandémico. Se afectaron aspectos como facilitar despedidas virtuales entre familiares y pacientes moribundos con acceso restringido o cómo explicar decisiones sobre por qué un determinado paciente no recibirá un recurso escaso. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que la adaptación de las enfermeras a la nueva situación y las dificultades de comunicación fue notable.

El estudio mostró que los principales sentimientos negativos de los enfermeros fueron el miedo, el estrés y el desgaste físico y psicológicos, aunque predominaron otros sentimientos como la incertidumbre, inseguridad, caos, frustración, impotencia y preocupación. Una revisión sistemática cualitativa encontró que las enfermeras que trabajan en primera línea durante la pandemia de COVID-19 experimentaron malestar psicológico, social y emocional (Xu et al., 2021), y durante este tiempo, el estrés de los profesionales de la salud aumentó en España (Leal et al., 2021).

Se ha demostrado que una formación adecuada en habilidades comunicativas podría tener un impacto directo sobre la salud mental de los trabajadores y especialmente contra el síndrome de burnout (Leal-Costa et al., 2015b; Lord et al., 2021). También se ha observado que el impacto de las habilidades comunicativas de los profesionales de urgencias se correlaciona con la satisfacción percibida por los pacientes y familiares (Orcajada Muñoz et al., 2020b) y que las habilidades comunicativas mejoran la autoeficacia en la práctica profesional percibida por los propios profesionales de enfermería (Leal Costa et al., 2020; Yoo et al., 2020).

Aspectos que podrían haber influido en el estrés de los participantes, como, por ejemplo, tener niños o ancianos en casa, no aparecieron en los resultados de este estudio. Sin embargo, entendemos que podrían haber tenido alguna influencia, aunque no fuera explicitado por las enfermeras. Estos aspectos serían interesantes de investigar en futuras investigaciones.

El uso de EPI tuvo un impacto en la comunicación en los entornos de atención sanitaria. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios realizados durante y antes de la pandemia por COVID-19 (Alarfaj et al., 2021; Hampton et al., 2020; Muzzi et al., 2021; Neves et al., 2011). Los profesionales de nuestro estudio afirmaron que la atención brindada a las personas con discapacidad auditiva se vio afectada negativamente por el uso de las mascarillas. Este problema también se reveló en un estudio (Marler & Ditton, 2021) que muestra que había una brecha de investigación actual con respecto al uso de mascarillas por parte de los trabajadores de la salud, ya que la capacidad del personal de atención sanitaria para comunicarse con éxito con los pacientes y los compañeros está en peligro, lo que puede afectar negativamente la eficiencia, eficacia, equidad, y sobre todo, seguridad de las intervenciones terapéuticas.

Otro aspecto a considerar fue la gestión y suministro de información a las personas con discapacidad auditiva durante los momentos más duros de la pandemia. No debemos olvidar que la gravedad de la situación no permitió atender como es debido las necesidades de comunicación de estas personas, con el consiguiente malestar en los profesionales de la salud y en especial de los pacientes. Los aspectos asociados a las dificultades de las personas con discapacidad en la era de la COVID-19 han sido destacados en numerosos estudios (Goggin & Ellis, 2020; Sabatello et al., 2020). Es muy importante considerar a las personas con discapacidad en términos de igualdad independientemente del contexto.

Con toda esta información, creemos que es de suma importancia otorgar a la comunicación el estatus que se merece dentro de la planificación de cursos de formación de profesionales de la salud en situaciones como la que estamos viviendo actualmente. Estudios recientes han puesto de manifiesto la importancia de los factores humanos en la formación de equipos interdisciplinarios en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Rojo-Rojo et al., 2021), especialmente en el área de la comunicación (Nogueira et al., 2020).

Otro aspecto interesante a discutir es el que se refiere a las tecnologías utilizadas por los profesionales para facilitar la comunicación de los pacientes con sus familiares o incluso para comunicar el estado de los pacientes a los familiares. Nuestro encuestados informaron principalmente el uso de dispositivos de telefonía móvil y tablets como facilitadores de la comunicación.

Otros estudios obtuvieron resultados similares (Bhavya & Sambhav, 2020; Verhagen et al., 2020), concediendo especial importancia a la comunicación a distancia entre personas, lo que facilitaría evitar la comunicación en persona, jugando un papel fundamental en la prevención de infecciones y en la gestión de la pandemia.

La creación de actitudes resilientes en los profesionales de la salud y la superación de las barreras de comunicación es otro hallazgo importante del presente trabajo. Fue notable la adaptación de los profesionales sanitarios a la situación de incertidumbre. Se pusieron en marcha una serie de estrategias para mejorar la comunicación con los pacientes y entre los propios compañeros sanitarios, con nuevos códigos y canales de comunicación adaptados a la situación. Los participantes del estudio denunciaron la falta de una respuesta institucional coordinada para mitigar los posibles efectos emocionales de la pandemia en los trabajadores y la falta de protocolos de comunicación (mas allá de los recursos ingeniosos y espontáneos del personal para poder comunicarse). La literatura reporta que algunos hospitales con experiencias previas en la atención de pacientes con alta contagiosidad (Wu et al., 2020) lanzaron estrategias para crear una cultura de resiliencia para enfrentar la pandemia. Estas estrategias se basaron en tres principios: liderazgo, comunicación estructurada y, finalmente, la creación de un continuo apoyo para el personal dentro de la organización.

5.4.1. Implicaciones prácticas clave

Si algo hemos aprendido de esta pandemia es que la capacidad humana de adaptación es impresionante. Los trabajadores de la salud han podido hacer frente a la sobrecarga física y psicológica en un grado sin precedentes. Suponemos que los directivos de las instituciones de salud también han estado bajo una gran presión para hacer frente a esta situación.

Sin embargo, como una implicación para la práctica clínica actual y futura, recomendamos una respuesta institucional coordinada para mitigar los posibles efectos emocionales en los trabajadores mediante el diseño de protocolos adecuados de comunicación y expresión emocional.

Desde el inicio de esta pandemia, los propios profesionales han ido improvisando estrategias de comunicación y han desarrollado adaptativamente una forma ejemplar de brindar atención. Sin embargo, creemos que algunas de las debilidades organizacionales e institucionales que han sido expuestas directa o indirectamente en este trabajo podrían mejorarse, lo que hubiera mitigado el sufrimiento de los trabajadores de la salud y los pacientes.

VI - ESTUDIO N°4

*CERCAR a la COVID-19: Un
modelo de comunicación
estructurada para el seguimiento
de casos y contactos en Atención
Primaria.*

CAPÍTULO VI: ESTUDIO N°4

CERCAR a la COVID-19: Un modelo de comunicación estructurada para el seguimiento de casos y contactos en Atención Primaria.

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia mundial producida por el SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19 (Sohrabi et al., 2020), el número de personas infectadas ha experimentado un crecimiento exponencial, produciendo millones de contagios diarios y numerosas muertes, llegando a colapsar los servicios sanitarios de los países europeos donde la sanidad es un bien común (Giwa et al., 2020; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020). Hasta la fecha (14 de noviembre de 2021), ha habido 251.788.329 de personas infectadas en el mundo, incluidas 5.077.907 muertes (World Health Organization (WHO), 2021).

Desde que se detectó el primer caso en España a finales de enero de 2020, el número de personas diagnosticadas (5.042.803) y fallecidas (87.647) ha ido en aumento (Centro Nacional de Epidemiología, 2020; World Health Organization (WHO), 2021). La crisis sanitaria causada por la pandemia ha tenido importantes consecuencias en los sistemas sanitarios de todo el mundo, alcanzándose niveles nunca vistos previamente de sobrecarga extrema en los diferentes sistemas públicos de salud, destacando de entre ellos el español (Castilla, Moreno-Iribas, Ibero Esparza, Martínez-Baz, Trobajo-Sanmartín, Ezpeleta, Guevara, et al., 2021; de Nicolás Jiménez et al., 2020b).

Esta situación provocó que Atención Primaria (AP) reestructurara sus funciones en tiempo récord, cambiando la organización de los centros de salud, dando prioridad a la detección de personas infectadas y contactos estrechos, sin descuidar la seguridad del resto de pacientes y de los trabajadores de los centros (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, 2020). Los profesionales de AP han realizado un gran esfuerzo para efectuar un seguimiento tanto de casos comunitarios como de los surgidos en centros residenciales (de Nicolás Jiménez et al., 2020b).

En esta emergencia sanitaria fue necesario explorar nuevas formas de control y seguimiento de las personas infectadas y los contactos estrechos que presentaban sintomatología leve con o sin complicaciones y que no precisaban hospitalización. Estos pacientes debían tener un seguimiento estrecho desde AP, en gran parte telefónico, lo que supuso un nuevo reto para los equipos de AP, al enfrentarse a un tipo de consulta poco entrenada hasta ese momento (Ludwig et al., 2021b; Sindhu, 2021b).

La OMS ha lanzado nueve recomendaciones para la seguridad del paciente, entre las que destaca el entrenamiento en comunicación (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007). Hay numerosos estudios en los que se trabaja el efecto de la comunicación estructurada sobre la seguridad del paciente, especialmente cuando se usa para organizar la comunicación por teléfono (Müller et al., 2018).

En la Región de Murcia (España) se planteó la formación de los profesionales sanitarios de AP encargados del control y seguimiento telefónico de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 y sintomatología leve-moderada, así como de los contactos estrechos.

En primer lugar, se diseñó una herramienta de comunicación estructurada que facilitara dicho control y seguimiento por el equipo de AP. La herramienta se denominó *CERCAR® a la COVID-19* y fue creada mediante el consenso de cinco expertos en comunicación en salud y en el control y seguimiento de pacientes con COVID-19. Los protocolos de comunicación estructurada creados tanto para la primera entrevista telefónica como para las de seguimiento se exponen en las tablas 17 y 18.

En segundo lugar, el Servicio Murciano de Salud diseñó e implementó un programa de formación *online* para estos profesionales de AP, con una parte asíncrona y otra síncrona. En la parte asíncrona se elaboró material específico de formación clínica sobre la COVID-19 en forma de videos locutados, en los cuales se incluyó uno sobre comunicación eficaz telefónica, siguiendo el protocolo de comunicación estructurada *CERCAR® a la COVID-19*.

En la parte síncrona, de cuatro horas de duración, se combinaron diferentes metodologías activas de aprendizaje; inicialmente se realizaron análisis reflexivo de los videos problema de entrevistas telefónicas y, posteriormente, se realizaron entrevistas telefónicas simuladas aplicando el protocolo CERCAR® a la COVID-19, realizándose una reflexión (*debriefing*) posterior.

La simulación clínica, como se ha expuesto en artículos recientes, ha demostrado ser una metodología efectiva de aprendizaje durante la pandemia (Batllori Gastón, 2020; Díaz Agea et al., 2020).

El programa de formación en el seguimiento y control de los pacientes con COVID-19 fue realizado por más de 200 profesionales de AP del Servicio Murciano de Salud. El protocolo de comunicación estructurada CERCAR© a la COVID-19 resultó de gran ayuda para realizar las entrevistas telefónicas en el seguimiento y control de los pacientes con COVID-19 en AP.

Creemos que es necesario crear y utilizar protocolos de comunicación estructurada, como CERCAR® a la COVID-19, para gestionar escenarios cambiantes como el que estamos viviendo con la pandemia. El consenso sobre qué información es necesaria para el seguimiento telefónico por el equipo de AP de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 con sintomatología leve-moderada y contactos estrechos ha sido un aspecto clave en el seguimiento de estas personas desde AP, aumentando la seguridad de los pacientes al favorecer que, durante la entrevista, los profesionales sanitarios no obviarán ninguna información relevante.

Tabla 17. Protocolo de comunicación estructurada *CERCAR a la COVID-19* para la primera entrevista.

CONTEXTO	<p>Revisamos la historia clínica. Tenemos papel y lápiz a mano.</p> <p>Revisamos el <i>check list</i>. Disponemos del listado con teléfonos de interés para el paciente. Nos aseguramos tranquilidad.</p>
ENTREVISTA	<p>Presentación, nos identificamos.</p> <p>Identificamos al paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, ...).</p> <p>Explicamos que la entrevista va a durar unos 15 minutos.</p> <p>Hablamos de la confidencialidad.</p> <p>Explicamos que la planificación que vamos a adoptar es en beneficio suyo, de su familia y de la comunidad.</p> <p>Preguntamos sobre la pauta de vacunación contra la COVID-19.</p>
RAZÓN DE LA LLAMADA	<p>Razón de la llamada: comprobamos si la persona ha recibido el resultado de la prueba COVID-19 (si no, entregamos el resultado).</p> <p>Preguntamos por su salud, síntomas, le preguntamos cómo se encuentra.</p> <p>Preguntamos por el periodo infeccioso, cuándo empezaron los síntomas.</p> <p>Explicamos que debe permanecer aislado/ en cuarentena y qué significa esto.</p>
CONTACTOS	<p>Explicamos qué es un contacto. Le ayudamos a recordar los contactos que tuvo desde 2 días antes del inicio de los síntomas o de la realización de la PCR.</p>
ACONSEJO Y ANTICIPO	<p>Explicamos las revisiones que vamos a hacer.</p> <p>Le explicamos signos de alarma por los que debe avisar.</p> <p>Proporcionamos instrucciones sobre cómo aislarse; nos aseguramos de que las ha comprendido.</p> <p>Nos aseguramos que puede hacer cuarentena.</p> <p>Exploramos preocupaciones y necesidades.</p> <p>Ofrecemos recursos.</p>
REVISO	<p>REVISIÓN, PREGUNTAS Y CIERRE. Nos aseguramos que ha comprendido toda la información.</p>

Tabla 18. Protocolo de comunicación estructurada *CERCAR a la COVID-19* para la entrevista de seguimiento.

CONTEXTO	Revisamos la historia clínica y recordamos si el paciente está en cuarentena / aislado. Tenemos papel y lápiz a mano. Revisamos el <i>check list</i> . Disponemos del listado con teléfonos de interés para el paciente. Nos aseguramos tranquilidad.
ENTREVISTA	<p>Presentación, nos identificamos.</p> <p>Identificamos al paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, ...).</p> <p>Recordamos la confidencialidad.</p> <p>Agradecemos que esté guardando cuarentena/aislamiento y recordamos que con su esfuerzo está protegiendo a los que más quiere y a la comunidad en general.</p> <p>Recordamos la pauta de vacunación contra la COVID-19 (en caso necesario).</p>
RAZÓN DE LA LLAMADA	<p>Razón de la llamada: es una llamada de seguimiento, transmitimos que somos conscientes de lo que supone estar aislado/en cuarentena y valoramos su esfuerzo.</p> <p>Preguntamos por su salud, síntomas, le preguntamos cómo se encuentra. Evaluamos mejoría/empeoramiento.</p> <p>Recordamos: preguntamos por el periodo infeccioso, cuando empezaron los síntomas.</p> <p>Explicamos que debe continuar aislado/ en cuarentena y preguntamos si tiene algún problema para mantenerlo.</p>
CONTACTOS	<p>Preguntamos cómo siguen sus contactos y si ya están todos avisados.</p> <p>Preguntamos si recuerda algún contacto que no haya mencionado previamente.</p>
ACONSEJO Y ANTICIPO	<p>Recordamos las revisiones que vamos a hacer. Recordamos signos de alarma por los que debe avisar. Preguntamos cómo lleva el aislamiento, nos aseguramos de que ha comprendido la información. Aseguramos que puede hacer cuarentena.</p> <p>Exploramos preocupaciones y necesidades. Preguntamos si necesita ayuda, recordamos que nos puede llamar.</p>
REVISO	REVISIÓN, PREGUNTAS Y CIERRE. Nos aseguramos que ha comprendido toda la información.

VII - RESUMEN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO VII: RESUMEN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1. RESULTADOS

7.1.1. Estudio n°1

La muestra final fue de 200 pacientes, de los cuales 106 eran hombres (53%) y 94 eran mujeres (47%) con una media de edad de $44,06 \pm 18,26$ años.

Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación y la calidad percibida, encontrando que cuanto mayor es la evaluación de las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud realizada por parte de los pacientes, mayor es la calidad percibida por los pacientes en el Servicio de Urgencias. Por otro lado, se ha obtenido una relación entre la edad de los pacientes y la percepción de las habilidades de comunicación y la calidad percibidas, encontrándose que los pacientes de mayor edad evaluaron mejor las habilidades de comunicación y la calidad asistencial percibidas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los instrumentos de medida y la variable sexo ($p > 0,05$).

En el análisis de la regresión lineal múltiple, se usaron como variables dependientes las dimensiones del instrumento SERVQHOS (calidad subjetiva y calidad objetiva) y como variables predictoras las habilidades de comunicación (respeto, resolución de problemas, ausencia de hostilidad y comunicación no verbal) y las variables sociodemográficas edad y sexo. El modelo que mejor ajuste obtuvo con la variable calidad subjetiva explicó el 53,4% de la varianza y las variables que obtuvieron una asociación significativa fueron edad ($\beta = 0,232$), respeto ($\beta = 0,943$) y resolución de problemas ($\beta = 0,778$), siendo éstas dos últimas las variables con mayor peso en el modelo. Por otro lado, el modelo que mejor ajuste obtuvo para la variable calidad objetiva explicó el 44,4% de la varianza, y las variables que obtuvieron una asociación significativa fueron respeto ($\beta = 0,340$), edad ($\beta = 0,213$), resolución de problemas ($\beta = 0,526$) y comunicación no verbal ($\beta = 0,710$), siendo éstas dos últimas, las variables con mayor peso del modelo.

7.1.2. Estudio n°2

La muestra final fue de 200 pacientes, de los cuales un 53% fueron hombres. Se obtuvieron puntuaciones medias-altas en la percepción de los pacientes sobre la comunicación de los profesionales y se obtuvieron puntuaciones medias en Ansiedad Estado. En cuanto al cumplimiento terapéutico, 171 participantes salieron con tratamiento pautado del SUH, de los cuales, 106 (61.99%) consideraron que iban a tener poca adherencia al tratamiento al salir del SUH.

Por otro lado, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación percibidas (HCCQ), y el cumplimiento terapéutico. No se encontraron relaciones con la variable ansiedad estado y la dimensión Ausencia de Hostilidad del cuestionario HCCQ.

Los resultados del análisis multivariante mediante regresión logística binaria mostraron que las variables explicativas que tenían una asociación con el cumplimiento terapéutico fueron las habilidades de comunicación: Resolución de Problemas (B=0.204; p=0.045; OR= 1.23; IC 95% 1.01-1.50), Respeto (B=0.342; p=0.01; OR= 1.41; IC 95% 1.14-1.74), y la variable sociodemográfica edad (B=0.026; p=0.018; OR= 1.03; IC 95% 1.01-1.05).

En el análisis de las diferencias en las puntuaciones de los instrumentos de medida según las variables sociodemográficas sexo y edad, se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas según la variable sexo (p>0,05). Por el contrario, en cuanto a la variable intervalo de edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Resolución de Problemas (F=2,912; p=0,015), Respeto (F=3,05; p=0,011), y Comunicación No Verbal (F=2,35; p=0,043). El análisis post-hoc, mostró diferencias en el análisis por pares entre el intervalo de edad ≤20 años y el intervalo >65 años, siendo la puntuación más alta en los pacientes > de 65 años.

7.1.3. Estudio n°3

De los 12 participantes, 7 eran mujeres y 5 hombres con una edad media de 36,9 años. Todos ellos estaban trabajando en ese momento en servicios que hubieran estado en contacto con pacientes COVID positivo: 4 en servicio de Urgencias, 6 en UCI, 1 en unidad COVID y 1 en Radiodiagnóstico de Urgencias. Todos ellos presentaban una experiencia profesional de entre 3 y 20 años y se han encontrado trabajando desde el inicio de la Pandemia. Los participantes en nuestro estudio trabajaron en tres hospitales generales y dos hospitales comarcales. Se obtuvieron cuatro dimensiones principales, 11 categorías y 2 subcategorías.

- Dimensión 1. Comunicación

Se obtuvieron dos categorías, expresión comunicativa y limitaciones, a su vez divididas en dos subcategorías, verbal y no verbal.

Expresión comunicativa (verbal): La comunicación verbal ha podido verse afectada sobre todo al principio de la pandemia por el uso de equipos de protección individual, aunque precisamente por ello después la comunicación ha mejorado con el tiempo y se ha reforzado entre los compañeros por el surgimiento de sentimientos empáticos. Los profesionales que trabajaron directamente con pacientes COVID positivos, en los que había presente un compañero que “espejo”, tuvieron mejor organización de trabajo. No se ha visto afectada la comunicación en situaciones de emergencia, independientemente si el paciente fuera positivo en COVID-19.

Expresión comunicativa (no verbal): La comunicación no verbal fue más complicada por el uso de equipos de protección individual. La expresión facial quedó limitada, por lo que la atención se centró más en la expresión de los ojos o en los gestos. Los participantes coincidieron en que antes de la Pandemia podían averiguar mejor el estado de ánimo de un compañero que ahora, por el uso de la mascarilla.

Limitaciones en la comunicación: Hipoacusia, sordomudos, barrera idiomática, pacientes que llevaban ventilación no invasiva, pacientes en fase de destete, pacientes traqueostomizados, etc. Todos los entrevistados coinciden en que la comunicación ha sido más difícil en personas con discapacidad.

- Dimensión 2. Aspectos emocionales

Se obtuvieron 2 categorías que fueron agrupados en positivos y negativos.

Positivos: Compañerismo, sensación de hacer piña con otros compañeros, adquisición de nuevos conocimientos, sensación de superación, vínculo especial que se estableció con el compañero “espejo”, sentimientos de solidaridad y responsabilidad.

Negativos: Miedo, estrés, desgaste físico y psicológico, incertidumbre, inseguridad, caos, frustración, impotencia y preocupación.

- Dimensión 3. Sobrecarga

Se obtuvieron tres categorías, las podemos dividir en las tres primeras olas que ha dividido la Pandemia en España.

Primera ola: Los entrevistados la caracterizaban por falta de EPI, falta de información, mayor exposición, psicológicamente muy dura, caos, en Atención Primaria sólo se atendían las patologías más urgentes de forma presencial.

Segunda ola: Los entrevistados la diferencian de la primera ola al tener más información, más material y experiencia. Ya no hay tanto miedo. Más protocolos, aunque todavía iban cambiando. Las enfermeras se fueron acostumbrando a usar las mascarillas y EPI.

Tercera ola: La tercera ola los participantes la caracterizan por ser la época más dura de trabajo por la presión asistencial, aunque ya estaban más acostumbrados a utilizar los EPI y trabajaban más rápido. Se tenían más conocimientos y hubo más tranquilidad con el comienzo de la vacunación. Coinciden en que se sentían seguros por el uso de EPI.

- Dimensión 4. Relaciones

Incluimos 4 categorías: relación sanitario-paciente, entre sanitarios, familia-paciente y familia-sanitarios.

Sanitario-paciente: Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que, sobre todo al comienzo de la Pandemia, hubo una pérdida del contacto físico y una comunicación mucho más limitada por el uso de EPIs.

Con el tiempo las relaciones evolucionaron porque hubo más conocimientos y por lo tanto más seguridad. Los pacientes recibieron la misma cantidad de información con respecto a su enfermedad, la parte emocional se vio mermada. La comunicación con pacientes que llevaban VMNI o presentaban alguna discapacidad fue más difícil.

Personal Sanitario: En situaciones de urgencia la comunicación y la forma de actuación no se vio afectada. Todos afirmaron que tuvieron que adquirir nuevos conocimientos a marchas formadas por la situación. Todos estaban de acuerdo en que durante la pandemia ha habido mucho más compañerismo. La cohesión grupal se fortaleció en líneas generales.

Paciente-familia: Ha habido un déficit importante en la comunicación ya que la asistencia de los familiares de forma presencial en el hospital ha estado limitada para evitar la propagación del virus. En plantas y UCI contaban con recursos como teléfonos o Tablet para que los pacientes pudieran hacer video llamadas con sus familiares, en urgencias ha sido el más complicado aunque a los familiares se les ha informado del estado del paciente en cualquiera de los casos. En situaciones difíciles se les ha permitido hablar con la familia, siempre y cuando no fuese una situación de urgencia en la que hubiera que darse prisa porque si no, no daba tiempo ya que en esos casos el paciente se encuentra en estado crítico.

Familia-sanitarios: La comunicación se ha visto afectada por no poder ser de forma presencial, aunque se le ha dado mucha importancia para informar a la familia vía telefónica.

7.1.4. Estudio n°4

En primer lugar, se diseñó una herramienta de comunicación estructurada que facilitara dicho control y seguimiento por el equipo de AP. La herramienta se denominó *CERCAR® a la COVID-19* y fue creada mediante el consenso de cinco expertos en comunicación en salud y en el control y seguimiento de pacientes con COVID-19.

En segundo lugar, el Servicio Murciano de Salud diseñó e implementó un programa de formación *online* para estos profesionales de AP, con una parte asíncrona y otra síncrona.

En la parte asíncrona se elaboró material específico de formación clínica sobre la COVID-19 en forma de videos locutados, en los cuales se incluyó uno sobre comunicación eficaz telefónica, siguiendo el protocolo de comunicación estructurada *CERCAR® a la COVID-19*. En la parte síncrona, de cuatro horas de duración, se combinaron diferentes metodologías activas de aprendizaje; inicialmente se realizaron análisis reflexivo de los videos problema de entrevistas telefónicas y, posteriormente, se realizaron entrevistas telefónicas simuladas aplicando el protocolo *CERCAR® a la COVID-19*, realizándose una reflexión (*debriefing*) posterior. La simulación clínica, como se ha expuesto en artículos recientes, ha demostrado ser una metodología efectiva de aprendizaje durante la pandemia (Batllori Gastón, 2020; Díaz Agea et al., 2020).

El protocolo de comunicación estructurada *CERCAR® a la COVID-19* resultó de gran ayuda para realizar las entrevistas telefónicas en el seguimiento y control de los pacientes con COVID-19 en AP, aumentando la seguridad de los pacientes al favorecer que, durante la entrevista, los profesionales sanitarios no obviarán ninguna información relevante.

7.2. DISCUSIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

La comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y los pacientes se ha descrito como un componente fundamental en la atención sanitaria y en la seguridad de los pacientes, relacionándose positivamente con numerosos indicadores sanitarios, tales como satisfacción, disminución de la ansiedad, cumplimiento terapéutico, seguridad del paciente, etc. (Cooke et al., 2006; Curran et al., 2017; Gamella Pizarro et al., 2014; McCarthy et al., 2013; Simmons et al., 2015a).

Por este motivo, el objetivo principal de nuestro trabajo consistía en analizar la importancia de establecer una correcta comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes, así como su relación con otros resultados de salud como la calidad percibida, ansiedad y el cumplimiento terapéutico.

Los resultados derivados del estudio número uno y en concordancia con los resultados obtenidos en otros estudios (Buchanan et al., 2015; Gordon et al., 2010; McCarthy et al., 2013; Toma et al., 2009) muestran que existe una relación entre la comunicación efectiva y la mejora en la calidad percibida, encontrando que, cuanto mayor es la evaluación de las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud realizada por parte de los pacientes, mayor es la calidad percibida en el Servicio de Urgencias (SU). Asimismo, las deficientes habilidades de comunicación, incluidos los elementos no verbales, tiene un impacto negativo en la calidad asistencial.

Se ha encontrado una mayor puntuación en la comunicación y la calidad asistencial percibida por parte de los pacientes de mayor edad con respecto a los jóvenes. Sin embargo, en otros estudios se ha puesto de manifiesto que los pacientes mayores presentaban mayor dificultad en la comprensión y, por lo tanto, presentaban mayor número de mal entendidos (McCusker et al., 2018; Simmons et al., 2015b). En el estudio número uno y dos cabe señalar que el ítem peor valorado fue el tiempo de espera para ser atendidos en SU, influyendo en la calidad percibida por los pacientes como señalan otros estudios (Gordon et al., 2010; Messina et al., 2015; Sonis et al., 2018).

En el estudio número dos no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y las habilidades de comunicación percibidas por los pacientes, a pesar de que en la literatura está descrito que los pacientes que acuden a los SUH experimentan ansiedad debido al proceso agudo de su enfermedad (Tudela & Mòdol, 2003), y que este estado mejora con el soporte y apoyo que reciben de los profesionales sanitarios del SUH (Çevik Ateş & Topatan, 2019; Musey et al., 2018).

Podemos afirmar que si se presenta una adecuada comunicación en el SUH, encontramos una mayor satisfacción por parte del paciente y mayor calidad asistencial, como hemos mencionado también en los resultados del artículo uno (McCarthy et al., 2013; Orcajada Muñoz et al., 2020a). Esta percepción puede contribuir a que los pacientes sigan el tratamiento recomendado por los profesionales sanitarios, se eviten complicaciones posteriores y un mayor costo sanitario (Cutler et al., 2018).

En nuestro estudio, se ha obtenido un elevado incumplimiento terapéutico, coincidiendo con otros estudios realizados (Gutiérrez-Angulo et al., 2012) o pacientes mayores (Sánchez-Fidalgo et al., 2007).

Los principales hallazgos que se muestran en el estudio número tres, es que la comunicación se ha visto afectada durante la pandemia, especialmente en el campo no verbal, debido al uso de equipos de protección individual. Este aspecto ha provocado que el personal sanitario haya tenido dificultades para comunicarse con éxito con los pacientes y los compañeros, lo que puede afectar negativamente la eficiencia, eficacia, equidad, y sobre todo, seguridad de las intervenciones terapéuticas (Marler & Ditton, 2021). La comunicación verbal ha estado incluso fortalecida, siendo ésta un factor clave en la lucha contra la pandemia por COVID-19 (Finset et al., 2020).

Otro de los aspectos que destacan en este estudio es que los profesionales sanitarios han sabido adaptarse a la adversidad y realizar un mayor uso de las tecnologías para realizar una comunicación más efectiva a través de llamadas y videollamadas para compartir información con los familiares. En nuestro estudio, los informantes manifestaron principalmente el uso de teléfonos móviles y *tablets* como facilitadores de la comunicación, obteniendo resultados similares en otros estudios (Bhavya & Sambhav, 2020; Verhagen et al., 2020) y concediendo especial importancia a la comunicación para la prevención de infecciones y la gestión de la pandemia.

Los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea durante la pandemia han experimentado malestar psicológico, social y emocional (Xu et al., 2021), aumentando significativamente el estrés percibido en España (Leal et al., 2021). Nuestro estudio mostró que los principales sentimientos negativos de los profesionales sanitarios fueron el miedo, el estrés y el desgaste físico y psicológicos. Se ha demostrado en otros estudios que una formación adecuada en habilidades comunicativas podría tener un impacto directo sobre la salud mental de los trabajadores y especialmente contra el síndrome de burnout (Leal-Costa et al., 2015b; Llor Lozano et al., 2020b).

La creación de actitudes resilientes en los profesionales de la salud y la superación de las barreras de comunicación es otro hallazgo importante en nuestro estudio, poniendo en marcha una serie de estrategias para mejorar la comunicación con los pacientes y entre los propios compañeros, con nuevos códigos y canales de comunicación adaptados a la situación.

VIII - CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

8.1. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°1

Los resultados sugieren una relación positiva entre las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud-paciente y la calidad de la atención en el SU. Las habilidades de comunicación adecuadas de los profesionales sanitarios en su práctica diaria mejoran la comprensión del paciente de la atención que se brinda y, por lo tanto, la calidad percibida de la atención sanitaria. Nuestros hallazgos resaltan la necesidad de programas de capacitación en habilidades de comunicación en los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias para mejorar la calidad percibida en particular, y otros resultados centrados en el paciente en general (satisfacción, adherencia al tratamiento y mejora en los resultados de salud.)

8.2. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°2

Los pacientes valoran adecuadamente las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios de los SUH. Se ha encontrado una asociación entre las habilidades de comunicación (resolución de problemas y respeto) y la edad (pacientes mayores) con el cumplimiento terapéutico.

8.3. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°3

El análisis de las 12 entrevistas cualitativas realizadas a profesionales sanitarios que trabajaron con pacientes COVID-19 en áreas de urgencia y/o UCI indicó que la comunicación durante la pandemia sufrió cierto deterioro, sobre todo en las etapas iniciales y en la modalidad no verbal.

El impacto de estas dificultades de comunicación se observó en aspectos relacionados con la interacción humana y contribuyendo en el deterioro de las condiciones de trabajo y atención al paciente, especialmente con ancianos con dificultades de percepción y personas con discapacidad.

Se identificaron limitaciones a la comunicación determinadas por las barreras derivadas del uso de EPI y por el miedo inicial al contagio. La atención a personas con discapacidad auditiva se vio afectada negativamente por el uso de mascarillas.

Los aspectos emocionales negativos destacados se relacionan con el déficit de comunicación, la sobrecarga de trabajo y en el estado psicológico. Como emociones positivas se identifican la generación de espacios de apoyo mutuo y cohesión grupal de los equipos de trabajo durante la pandemia. La comunicación fue adaptativa en la mayoría de las situaciones y los profesionales sanitarios no experimentaron un deterioro evidente, salvo en la modalidad no verbal.

Como implicación para la práctica clínica actual y futura, recomendamos una respuesta institucional coordinada para mitigar los posibles efectos emocionales en los trabajadores mediante el diseño de protocolos adecuados de comunicación y expresión emocional.

8.4. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO N°4

Como conclusión, podemos señalar que el protocolo de comunicación estructurada CERCAR® a la COVID-19 resultó de gran ayuda para realizar las entrevistas telefónicas en el seguimiento y control de los pacientes con COVID-19 en AP, aumentando la seguridad de los pacientes al favorecer que, durante la entrevista, los profesionales sanitarios no obviarán ninguna información relevante.

IX - APLICACIONES PRÁCTICAS

CAPÍTULO IX: APLICACIONES PRÁCTICAS

En el reciente trabajo de investigación se destaca la necesidad de obtener por parte del personal sanitario unas adecuadas habilidades de comunicación, para su posterior aplicación con los pacientes, familiares y compañeros de profesión en distintos contextos sanitarios.

Según los resultados obtenidos que se presentan en los distintos estudios, indican que las habilidades comunicativas están relacionadas con indicadores como la ansiedad, adherencia al tratamiento y calidad en la atención recibida. Por otro lado, en situaciones especiales, como la que se está viviendo actualmente durante la Pandemia producida por COVID-19, las habilidades de comunicación los profesionales sanitarios parece haber tenido un impacto positivo, ya que los trabajadores de la salud han podido hacer frente tanto a la sobrecarga física como psicológica.

Como implicación para la practica clínica actual y futura, recomendamos una respuesta institucional coordinada mediante el diseño de protocolos adecuados de comunicación y expresión emocional, con el objetivo de disminuir los problemas asociados a los trastornos emocionales de los profesionales sanitarios, entre otros.

Por ello, es de vital importancia que las administraciones públicas y privadas promocionen programas formativos para los profesionales sanitarios, con el objetivo de realizar un adecuado entrenamiento y posterior aplicación de las habilidades comunicativas, ya que presenta múltiples beneficios en la práctica clínica y permite obtener un aumento en la satisfacción de pacientes y familiares, asegurando así una atención sanitaria de calidad en cualquiera de los servicios prestados.

X - LIMITACIONES

CAPÍTULO X: LIMITACIONES

10.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°1

Una limitación del estudio es el uso de muestreo por conveniencia, ya que este es un método de muestreo no probabilístico, por lo que la selección de la muestra no fue aleatoria. Se necesita un estudio multicéntrico aleatorizado para enriquecer los resultados. Otras limitaciones que afectaron la generalización de los hallazgos del estudio incluyeron la diferente duración de la estancia de los pacientes en el Servicio de Urgencias, el uso de varios miembros de la familia, el flujo de la pacientes en el SU y la dotación de personal. Los estudios posteriores deberían tener en cuenta estos factores para comprobar si los resultados permanecen o cambian cuando se ven afectador por estas variables.

10.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°2

Como limitaciones del estudio encontramos el tipo de muestreo, que fue por conveniencia y que el análisis del cumplimiento terapéutico debería haber sido mediante seguimiento de los pacientes, ya que éstos contestaban según su percepción de si iban a seguir las recomendaciones terapéuticas recibidas en el SUH. Además, un estudio multicéntrico podría haber enriquecido los resultados de este estudio.

10.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°3

La principal limitación de este estudio es su carácter local. Por lo que no se puede afirmar que la validez externa de la investigación sea adecuada como para poder extrapolar los resultados a otros contextos clínicos fuera de España. Sin embargo, creemos que puede ser de utilidad para otros investigadores a la hora de comparar el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en la dimensión comunicativa de los profesionales en los servicios de urgencias hospitalarias y unidades de cuidados intensivos.

Otra limitación de este estudio es que se centró en la comunicación a nivel de profesionales y pacientes/familias. Esta investigación quizás podría haberse beneficiado de una perspectiva que se conecte al nivel gerencial/organizacional, dejando de lado la mitad de los factores que influyen en el trabajo de los participantes y aquellos que ya han sido investigados en numerosos trabajos (Adkins, 2020; Creese et al., 2021).

Otra amenaza a la validez del estudio podría provenir de la influencia que la situación actual podría haber tenido en las opiniones de los participantes, que podría verse amplificada por la sobrecarga emocional y física de una situación abrumadora, como la actual pandemia. Sin embargo, al ser un estudio fenomenológico, tiene sentido que lo expresado por los participantes sea valorado y analizado en su contexto (un método fenomenológico otorga importancia a las experiencias y perspectivas de los propios participantes). Este método está orientado al acercamiento a la realidad, a partir del marco de referencia interno del individuo.

Se necesitan mas estudios que exploren la perspectiva de los pacientes y familiares para obtener una visión mas amplia del problema. La validez externa del estudio podría incrementarse con mas entrevistas en contextos mas amplios (otros hospitales y otras regiones).

10.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO N°4

Entre las limitaciones del estudio se encuentran la selección de la muestra, siendo ésta seleccionada por conveniencia. En segundo lugar, tenemos como limitación la actual situación producida por la pandemia producida por la COVID-19, tenido una sobrecarga asistencial y emocional por parte del personal sanitario que realiza el programa de formación en seguimiento y control de los pacientes. Además, se precisan de más investigaciones para evaluar los hallazgos para poder extrapolar los resultados de la investigación al tratarse de un programa local realizado en la Región de Murcia.

XI - FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO XI: FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En los profesionales sanitarios es muy importante la constante formación y reciclaje de conocimientos para poder ofrecer a los pacientes una atención sanitaria de calidad.

La importancia de este proyecto surge de la necesidad evaluar el impacto de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios en diferentes contextos asistenciales, tales como urgencias, cuidados críticos y atención primaria, sobre otros indicadores como la calidad, ansiedad, cumplimiento terapéutico, etc.

Por ello, se sugiere como futuras líneas de investigación, realizar una valoración para conocer el impacto tiene realizar distintos tipos de programas de formación en comunicación basada en simulación clínica de alta fidelidad, y su impacto y transferencia al ámbito clínico.

También sería interesante realizar estudios desde el punto de vista de los sanitarios y pacientes en relación a la atención prestada en contextos más amplios, para valorar la comunicación en otras regiones y en otros servicios sanitarios con alto índice de sobrecarga emocional.

XII - REFERENCIAS

CAPÍTULO XII: REFERENCIAS

- Abdelhadi, A. (2021). Patients' satisfactions on the waiting period at the emergency units. Comparison study before and during COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health Research*, 10(1), 1956. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1956>
- Acosta-Quiroz, J., & Iglesias-Osores, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(3). <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3784>
- Adkins, K. (2020). Exit only: Harms from silencing employee voice. *Journal of Science Communication*, 19(05), A03. <https://doi.org/10.22323/2.19050203>
- Aguilar Molinares, R., García Torres, O., & Álvarez Villaseñor, Á. S. (2020). Level of anxiety, depression and stress in patients hospitalized in internal medicine in comparison with those from surgery. *Medicina General y de Familia*, 9(6), 269–274. <https://doi.org/10.24038/mgyf.2020.066>
- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
- Alarfaj, M. A., Foula, M. S., Alshammary, S., Nwesar, F. A., Eldamati, A. M., Alomar, A., Abdulmomen, A. A., Alarfaj, L., Almulhim, A., Alarfaj, O., & Zakaria, H. M. (2021). Impact of wearing personal protective equipment on the performance and decision making of surgeons during the COVID-19 pandemic: An observational cross-sectional study. *Medicine*, 100(37), e27240. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027240>
- Álvarez Aparicio, A. I. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. La comunicación telefónica. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 211–248. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).211-248](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).211-248)
- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22(3), 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>

- Anguiano Serrano, S. A., Mora Miranda, M. A., Reynoso Erazo, L., & Vega Valero, C. Z. (2017). Prevalence of anxiety and depression in hospitalized patients. *Eureka*, 14(1), 24–38.
- Archilla Segade, H. (2018). Desarrollo del Rapport a través de proyectos de centro para posibilitar conexiones entre asignaturas, docentes y el entorno: La radio escolar. In *Avances en Ciencias de la Educación y del Desarrollo*. (pp. 738–744). Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). https://www.researchgate.net/publication/335126556_Desarrollo_del_Rapport_a_traves_de_proyectos_de_centro_para_posibilitar_conexiones_entre_asignaturas_docentes_y_el_entorno_la_radio_escolar
- Arno, A. (2018). *Habilidades de Comunicación* (1.0). Elearning, S.L. https://books.google.es/books?id=RG12DwAAQBAJ&dq=falta+de+habilidades+de+comunicacion&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- ASALE, R., & RAE. (2022). *Comunicar | Diccionario de la lengua española. - Edición del Tricentenario*. <https://dle.rae.es/comunicar>
- Back, A., Tulskey, J. A., & Arnold, R. M. (2020). Communication Skills in the Age of COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 759–760. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>
- Ballesteros Pinzón, G. (2014). *Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos*. Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52712/91506989.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baron, R. A., Byrne, D. E., & Branscombe, N. R. (2006). *Social Psychology* (11th ed.). Pearson.
- Barragan, Dra. N. (2016). La comunicación centrada en el paciente. *Folia Humanística Número 4 (Octubre-Noviembre 2016)*, 4. <https://doi.org/10.30860/0017>
- Barranco, S., Ventura, P. E., & Coronado, P. (2016). Nurses' communication strategies used with deaf/blind people. *Index de Enfermería*, 25(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300007

- Batlloiri Gastón, M. (2020). Simulación clínica y la pandemia por COVID-19. ¿De dónde venimos? ¿Hacia dónde queremos ir? *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(2), 125–129. <https://doi.org/10.23938/assn.0887>
- Beach, M. C., Branyon, E., & Saha, S. (2017). Diverse patient perspectives on respect in healthcare: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2076–2080. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.010>
- Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2005). Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of Family Medicine*, 3(4), 331–338. <https://doi.org/10.1370/afm.328>
- Belli, L. F. (2020). Recommendations for communicating bad news by phone during the SARS-CoV-2 pandemic. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69>
- Belloso Villa, J. C. (2021). *Valores críticos, comunicación y su importancia en urgencias y emergencias*. Universidad Pontificia. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/65154/PFG001302.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bhavya, R., & Sambhav, S. (2020). Role of Mobile Communication with Emerging Technology in COVID-19. *J. Adv. Trends Comput. Sci. Eng*, 9(3), 3338–3344. <https://doi.org/doi.org/10.30534/ijatcse/2020/131932020>
- Bianchi, M., Prandi, C., & Bonetti, L. (2021). Experience of middle management nurses during the COVID-19 pandemic in Switzerland: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1956–1964. <https://doi.org/10.1111/jonm.13339>
- Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E., & Gutiérrez-Caballero, J. M. (2012). Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 3(1), 51–65.
- Bowman, B. A., Back, A. L., Esch, A. E., & Marshall, N. (2020). Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e98–e100. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.028>

- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001>
- Byczkowski, T. L., Fitzgerald, M., Kennebeck, S., Vaughn, L., Myers, K., Kachelmeyer, A., & Timm, N. (2013). A Comprehensive View of Parental Satisfaction With Pediatric Emergency Department Visits. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), 340–350. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.04.025>
- Calle, G. H. L., Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Cara Rodríguez, R., Avilés Sáez, Z., & López Trinidad, L. M. (2018). Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: A bibliographic review. *Revista española de comunicación en salud*, 9(2), 221. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4500>
- Carbonell, M., Aranaz, J., Mira, J., Pérez, V., & García, A. (2004). La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias*, 16, 184–189.
- Castilla, J., Moreno-Iribas, C., Ibero Esparza, C., Martínez-Baz, I., Trobajo-Sanmartín, C., Ezpeleta, C., & Guevara, M. (2021). First wave of the COVID-19 pandemic in Navarre, Spain, February-June 2020. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0954>
- Castilla, J., Moreno-Iribas, C., Ibero Esparza, C., Martínez-Baz, I., Trobajo-Sanmartín, C., Ezpeleta, C., Guevara, M., & Grupo para el Estudio de COVID-19 en Navarra. (2021). Primera onda pandémica de COVID-19 en Navarra, febrero-junio 2020. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, en prensa*, 1–12.
- Castro-Martínez, A., & Díaz-Morilla, P. (2020). Gestión de la comunicación interna y externa en instituciones hospitalarias privadas en España durante la crisis del COVID-19. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 525–547. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).525-547](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).525-547)
- Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., García, R., & Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de Burnout en médicos de familia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 33, 34–40.

- Centre for Epidemiology and Research. (2006). *New South Wales Population Health Survey: 2006 report on adult health*. Department of Health. <https://www.health.nsw.gov.au/surveys/adult/Publications/adults-06.pdf>
- Centro Nacional de Epidemiología. (2020). *Situación de COVID-19 en España*. Centro Nacional de Epidemiología. <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>
- Cestero Mancera, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz. *ELUA*, 28, 125. <https://doi.org/10.14198/ELUA2014.28.05>
- Çevik Ateş, A., & Topatan, S. (2019). The relationship between support systems and anxiety in couples admitted to the emergency department with vaginal bleeding. *International Emergency Nursing*, 46, 100781. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.004>
- Chart, A. L. (1979). *Active listening*. https://www.sources.com/SSR/Docs/SSRW-Active_Listening.htm
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365–388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research*, 43(5 Pt 1), 1505–1519. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x>
- Coben. (1991). Nursing case management. Does it pay? *The Journal of Nursing Administration*, 21(4), 20–25.
- Cófreces, P., Deborah Ofman, S., & Stefani, D. (2014). Communication within the doctor—Patient relationship. Analysis of scientific literature between 1990 and 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19–34. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4\(1\).19-34](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4(1).19-34)
- Cooke, T., Watt, D., Wertzler, W., & Quan, H. (2006). Patient expectations of emergency department care: Phase II--a cross-sectional survey. *CJEM*, 8(3), 148–157.
- Creese, J., Byrne, J.-P., Matthews, A., McDermott, A. M., Conway, E., & Humphries, N. (2021). “I feel I have no voice”: Hospital doctors’ workplace silence in Ireland. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 178–194. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2020-0353>

- Cuadra Giménez, L., & Fernández Peñarroya, R. (2021). El síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios. Comunicación breve. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-de-burnout-entre-los-profesionales-sanitarios-comunicacion-breve/>
- Cuero, C. (2020). The COVID-19 Pandemic. *Revista Médica de Panamá*, 40(1). <https://doi.org/10.37980/im.journal.rmdp.2020872>
- Curran, J., Cassidy, C., Chiasson, D., MacPhee, S., & Bishop, A. (2017). Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *International Emergency Nursing*, 32, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.001>
- Cutler, R. L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e016982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>
- De Caneva, F., García-Gómez, M., & Baur, E. B. (2020). Emotional health of emergency area workers during the COVID-19 pandemic. *Medicina Clínica*, 155(8), 365. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.011>
- de Nicolás Jiménez, J. M., Blázquez Recio, L. M., Fabregat Domínguez, M. T., & Palomo Cobos, L. (2020a). COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. *Atención Primaria*, 52(8), 588–590. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002>
- Dean, M., & Oetzel, J. G. (2014a). Physicians' perspectives of managing tensions around dimensions of effective communication in the emergency department. *Health Communication*, 29(3), 257–266. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.743869>
- Declaración de Alma-Ata. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. PAHO. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Díaz Agea, J. L., Pujalte-Jesús, M. J., Leal Costa, C., Díaz Agea, J. L., Pujalte-Jesús, M. J., & Leal Costa, C. (2020). Simular en tiempos de confinamiento. Cómo transformar la simulación clínica a un formato online en un contexto universitario de Ciencias de la Salud. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(2), 273–276. <https://doi.org/10.23938/assn.0865>

- Donabedian, A. (2001). Reflexiones sobre calidad asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, S79.
- Edward, K.-L., & Welch, T. (2011). The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry. *Contemporary Nurse*, 39(2), 163–171. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.163>
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001>
- Epstein, R. (2001). Comunicación, Burnout y resultados clínicos: Más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*, 27(7), 511–513.
- Finset, A., Bosworth, H., Butow, P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R. L., Pieterse, A. H., Street, R., Tschoetschel, R., & van Weert, J. (2020). Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 873–876. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>
- Forguione-Pérez, V. P. (2015). Comunicación entre médico y paciente: Más allá de una consulta, un proceso educativo. *Médicas UIS*, 28(1), 7–13.
- Fuertes, M. C., Aranda, G., & Arroyo, M. P. (2016). Communication and mindfulness to prevent burnout. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 331–333. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0256>
- Galain, A. I., Dapuetto, J. J., & Varela, B. (2018). *Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio*. Manuales didácticos / Comisión sectorial de Enseñanza. <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Manual-de-habilidades-avanzadas-Ana-Ine%CC%81s-Galain.pdf>
- Galazzi, A., Binda, F., Gambazza, S., Lusignani, M., Grasselli, G., & Laquintana, D. (2021). Video calls at end of life are feasible but not enough: A 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 531–533. <https://doi.org/10.1111/nicc.12647>
- Gamella Pizarro, C., Sánchez Martos, J., González Armengol, J. J., & Fernández Pérez, M. C. (2014). Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*, 26(2), 114–120.

- García, L., Arrazola, O., Barrio, N., & Grau, L. (2013). Communicating skills as a useful tool for preventing burnout syndrome. *Metas de Enfermería*, 16(1), 57–60.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Primera Edición. PIRÁMIDE.
- Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7857. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>
- Girbés, J., Calduch Broseta, J. V., & Carbonell Torregrosa, M. A. (2006). Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*, 18(1), 30–35.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Talero, M. S. (2002). The Quality of the Physician-Patient Relationship and Results of the Clinical Encounters in Primary Care in Alicante: A Focal Groups Study. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500016
- Giwa, A. L., Desai, A., & Duca, A. (2020). Novel 2019 coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): An updated overview for emergency clinicians. *Emergency Medicine Practice*, 22(5), 1–28.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. (2020). *Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. (2020). *Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19*. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Goggin, G., & Ellis, K. (2020). Disability, communication, and life itself in the COVID-19 pandemic. *Health Sociology Review*, 29(2), 168–176. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1784020>
- Gomes-de Almeida, S., Marabujo, T., & do Carmo-Gonçalves, M. (2021). Telemedicine satisfaction of primary care patients during COVID-19 pandemics. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(4), 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.005>

- Gómez, F. S. J. (2016). La Comunicación. *Salus*, 20(3). http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000300002
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>
- Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.12.008>
- Gutiérrez-Angulo, M. L., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I., & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>
- Hall, D. (2011). Debate: Innovative Teaching to Enhance Critical Thinking and Communication Skills in Healthcare Professionals. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. <https://doi.org/10.46743/1540-580X/2011.1361>
- Hampton, T., Crunkhorn, R., Lowe, N., Bhat, J., Hogg, E., Afifi, W., De, S., Street, I., Sharma, R., Krishnan, M., Clarke, R., Dasgupta, S., Ratnayake, S., & Sharma, S. (2020). The negative impact of wearing personal protective equipment on communication during coronavirus disease 2019. *The Journal of Laryngology & Otology*, 134(7), 577–581. <https://doi.org/10.1017/S0022215120001437>
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 102–114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Haskard Zolnieriek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Henderson, V. (1977). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 21–31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x>

- Hernández, I., Fernández, M. A., Irigoyen, A., & Hernández, M. A. (2006). The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine. *Archivos En Medicina Familiar*, 8(2), 137–143.
- Hofstadt Román, C. J., Quiles Marcos, Y., & Quiles Sebastián, M. J. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Primera Edición. Edita Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement and Outcomes*. Primera Edición. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/0-387-33608-7>
- Ibrahim, S. A. E. A. (2011). Factors affecting assertiveness among student nurses. *Nurse Education Today*, 31(4), 356–360. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.006>
- Johns Hopkins University. (2020). *Covid-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., Nigra, K., & Elmer, J. (2021). Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), 838–847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Kohpeima Jahromi, V., Tabatabaee, S. S., Esmaili Abdar, Z., & Rajabi, M. (2016). Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electronic Physician*, 8(3), 2123–2128. <https://doi.org/10.19082/2123>
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42(5), 855–871. <https://doi.org/10.1542/peds.42.5.855>
- Kwaghe, A. V., Ilesanmi, O. S., Amede, P. O., Okediran, J. O., Utulu, R., & Balogun, M. S. (2021). Stigmatization, psychological and emotional trauma among frontline health care workers treated for COVID-19 in Lagos State, Nigeria: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 855. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06835-0>
- Landete Belda, L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*, 16, 16–19.

- Lateef, F. (2011a). Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 4(2), 163. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.82199>
- Lavín Meruelo, L. (2013). *La entrevista en enfermería: Una habilidad comunicativa*. Repositorio Abierto de La Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3006/LavinMerueloL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leal, C., Díaz Agea, J. L., Ruzafa, M., & Ramos, A. J. (2021). Work-related stress amongst health professionals in a pandemic. *An Sist Sanit Navar*, 44(1), 123–124. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0940>
- Leal, C., Tirado, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der Hofstadt, C. J. (2015). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32(1), 49. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.184701>
- Leal Costa, C., Gómez Sánchez, R., Tirado González, S., Rodríguez Marín, J., & van-der Hofstadt Román, C. J. (2015). Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ). *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E96. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.90>
- Leal Costa, C., Luján Cebrián, I., Gascón García, J., Ferrer Villalonga, L., & Van-der Hofstadt Román, C. J. (2010a). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.05.001>
- Leal Costa, C., Tirado, S., Ramos Morcillo, A. J., Ruzafa Martínez, M., Díaz Agea, J. L., & Van der Hofstadt, C. J. (2020). Communication Skills and Professional Practice: Does It Increase Self-Efficacy in Nurses? *Front Psychol*, 11, 1169. <https://doi.org/DOI:10.3389/fpsyg.2020.01169>
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & van-der Hofstadt, C. J. (2015a). Communication skills: A preventive factor in Burnout syndrome in health professionals. *ANALES Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213–223.
- Leal-Costa, C., Tirado González, S., Ramos-Morcillo, A., Díaz Agea, J., Ruzafa-Martínez, M., & van-der Hofstadt Román, C. (2019). Validation of the Communication Skills Scale in nursing professionals. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(3), 291–301. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0745>

- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S., & Healy, G. B. (2012). Perspective: A Culture of Respect, Part 1. *Academic Medicine*, 87(7), 845–852. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318258338d>
- Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker, P. M., Roodenburg, J. L. N., & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 612–624. <https://doi.org/10.3109/13561820903550762>
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl_1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
- Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz Agea, J. L., Llor Gutiérrez, L., & Leal Costa, C. (2020a). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(3), 68–92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>
- Lopez-Villegas, A., Bautista-Mesa, R. J., Baena-Lopez, M. A., Garzon-Miralles, A., Castellano-Ortega, M. A., Leal-Costa, C., & Peiro, S. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Activity in the Regional Hospitals of Andalusia (Spain). *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 363. <https://doi.org/10.3390/jcm11020363>
- Lord, H., Loveday, C., Moxham, L., & Fernandez, R. (2021). Effective communication is key to intensive care nurses' willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102946. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102946>
- Lucas Milán, M. G. (2014). *La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial*. [Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología.]. <https://dehesa.unex.es/handle/10662/1686?mode=full>
- Ludwig, C., Stoevesandt, D., Ludwig, C., & Fritsche, V. (2021a). Telephone-based communication training in the era of COVID-19. *GMS Journal for Medical Education*, 38(1), Doc20. <https://doi.org/10.3205/zma001416>

- Marín Sánchez, M., & León Rubio, J. M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: Un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247–251.
- Marler, H., & Ditton, A. (2021). “I’m smiling back at you”: Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(1), 205–214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>
- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2003). *Modelos y Teorías en enfermería*. (Sexta Edición). Elsevier. <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Martí, C., Barreda, D., Marcos, G., & Barreira, D. (2013). Counseling: Una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 236–239. <https://doi.org/DOI:10.7399/FH.2013.37.3.559>
- Martin Padilla, E., Sarmiento Medina, P., & Ramírez Jaramillo, A. (2014). Professional communication in long term health care quality. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 135–142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.007>
- Martinez, C. B., Badia, J. G., & Roca, J. M. (2020). What about primary care during the pandemic? *Atención Primaria*, 52(9), 598–599. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.001>
- Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005>
- Mateo Rodríguez, E., López Alarcón, M. D., Baixauli Soria, C., & Celda Moret, M. Á. (2020). What have we done in our anesthesia ICU to maintain communication in the pandemic? *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 67(8), 484–485. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.06.004>
- McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Venkatesh, A. K., Engel, K. G., Cameron, K. A., Makoul, G., & Adams, J. G. (2013). Emergency Department Team Communication with the Patient: The Patient’s Perspective. *Journal of Emergency Medicine*, 45(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.07.052>

- McCusker, J., Cetin-Sahin, D., Cossette, S., Ducharme, F., Vadeboncoeur, A., Vu, T. T. M., Veillette, N., Ciampi, A., Belzile, E., Berthelot, S., Lachance, P.-A., & Mah, R. (2018). How Older Adults Experience an Emergency Department Visit: Development and Validation of Measures. *Annals of Emergency Medicine*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.01.009>
- Medina Aragón, F. J. (2009). El camino de la Enfermería de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos: La importancia de la investigación para su avance. *NURE Investigación*, 6, 38.
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 30–39. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>
- Mheidly, N., Fares, M. Y., Zalzale, H., & Fares, J. (2020). Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8, 582191. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>
- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4, 12–18.
- Mira, J., Rodríguez-Marín, J., Carbonell, M. A., Pérez-Jover, V., Blaya, I., García, A., & Aranaz, J. (2001). Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(6), 390–396. [https://doi.org/DOI: 10.1016/S1134-282X\(01\)77438-6](https://doi.org/DOI:10.1016/S1134-282X(01)77438-6)
- Molero Jurado, M. del M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M. del C., Oropesa Ruiz, N. F., Martos Martínez, Á., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PLOS ONE*, 16(6), e0251936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>
- Molina Rodriguez, D. (2020). Consecuencias del síndrome de burnout en el trabajo y estrategias de prevención de riesgos para la seguridad y salud laboral. *Noticias CIELO*, 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7317360>
- Monin, J. K., Ali, T., Syed, S., Piechota, A., Lepore, M., Mourgues, C., Gaugler, J. E., Marottoli, R., & David, D. (2020). Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1299–1307. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.008>

- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147–149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1045–1056. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x>
- Murciasalud. (2021). *The health portal of the Region of Murcia. Hospital Catalog. Consejería de Salud Región de Murcia.* <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=45>
- Musey, P. I., Lee, J. A., Hall, C. A., & Kline, J. A. (2018). Anxiety about anxiety: A survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>
- Musso, M. W., Perret, J. N., Sanders, T., Daray, R., Anderson, K., Lancaster, M., Lim, D., & Jones, G. N. (2015). Patients' comprehension of their emergency department encounter: A pilot study using physician observers. *Annals of Emergency Medicine*, 65(2), 151-155.e4. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.08.012>
- Muzzi, E., Chermaz, C., Castro, V., Zaninoni, M., Saksida, A., & Orzan, E. (2021). Short report on the effects of SARS-CoV-2 face protective equipment on verbal communication. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(9), 3565–3570. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06535-1>
- Naipe, C., Estopiñán, M., & Martínez, J. (2016). Communication in the health care first level. *Revista Médica Electrónica*, 38(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200014

- Naranjo, I. C., & Ricaurte, G. P. (2006). Communication with patients. *Investigación y Educación En Enfermería*, 24(1), 94–98.
- Neves, H. C. C., Souza, A. C. S. e, Medeiros, M., Munari, D. B., Ribeiro, L. C. M., & Tipple, A. F. V. (2011). Safety of nursing staff and determinants of adherence to personal protective equipment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 354–361. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200018>
- Nogueira, M. E., De Costa, A., Lopes, L., Lima, I., & Rodrigues, A. (2020). Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Invest Educ Enferm*, 38(3), e9. <https://doi.org/DOI:10.17533/udea.iee.v38n3e09>
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M.-J., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: A qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.08.018>
- OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de La Salud (OMS). http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- OMS. (2004). *Adherence to the long-term treatments: Tests for the action*. Organización Mundial de La Salud (OMS). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
- Orcajada Muñoz, I., Amo Setien, F. J., Díaz Agea, J. L., Hernández Ruipérez, T., Adánez Martínez, M. de G., & Leal Costa, C. (2020a). The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), e12831. <https://doi.org/10.1111/ijn.12831>
- Orem, D. (1980). *Nursing: Concepts of practice*. (Second Edition). McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). 'Nueve soluciones para la seguridad del paciente' a fin de salvar vidas y evitar daños. WHO. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Nuevo coronavirus 2019*. Organización Mundial de La Salud (OMS). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Ortiz Fernández, S., Gómez Coca, S., & Villamor Ruiz, E. M. (2019). Anxiety in the pre-surgical traumatological patient. *Trances*, 11(1), 43–50.

- Pallarés Carratalá, V., Górriz-Zambrano, C., Llisterri Caro, J. L., & Górriz, J. L. (2020a). La pandemia por la COVID-19: Una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46, 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.002>
- Pascual, P., & Induráin, S. (2001). How to improve our clinical interviews. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 15–22.
- Puello Ortega, A., Prieto Silva, R., & Rondón Medina, V. (2016). Communication and coordination of nursing in a high complexity health institution in Cartagena. *Avances En Enfermería*, 34(1), 19. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.56132>
- Pujiula-Maso, J., Suñer-Soler, R., Puigdemont-Guinart, M., Grau-Martin, A., Bertran-Noguer, C., Hortal-Gasull, G., Baro-Ministral, N., Garcia, T., Algans-Coll, L., Estañol-Posas, F., & Mascort, Z. (2006). Satisfaction among hospitalized patients as an indicator of quality of care. *Enfermería Clínica*, 16(1), 19–26. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71173-1](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71173-1)
- Pulido-Fuentes, M., Flores-Martos, J. A., Abad-González, L., Navarta-Sánchez, M. V., Valera-Oviedo, L., & Cipriano-Crespo, C. (2021). Emotions in the Time of COVID-19: Affections and Impacts among the Spanish Primary Care Workforce. *Healthcare*, 9(12), 1723. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121723>
- Quintana, J. M. a, Aróstegui, I., Arcelay, A., García, M., Ortega, M., & Candelas, S. (1998). Encuesta de Satisfacción a Pacientes de Servicios de Urgencias de Hospitales Agudos. *Revista de Calidad Asistencial*, 13(1), 38–45. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71320-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71320-8)
- RAE. (2022). *Habilidad. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario*. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/habilidad>
- Rajashree, K. (2011). Training programs in communication skills for health care professionals and volunteers. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(4), 12. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.76232>
- Ramírez Arias, J. L., Ocampo Lujano, R., Pérez Páez, I., Velázquez Trinidad, D., & Yarza Solórzano, M. E. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta médica grupo ángeles*, 9(3), 167–174.

- Ramón-García, R., Segura-Sánchez, M. P., Palanca-Cruz, M. M., & Román-López, P. (2012). Social skills in Nursing. The role of family-centred communication. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 3(1), 49–61.
- Ratzan, S. (1994). Health communication: Challenges for the 21st century. *Behavioral Scientist*, 38(2), 197–380.
- Raurell-Torredà, M., Martínez-Estalella, G., Frade-Mera, M. J., Carrasco Rodríguez-Rey, L. F., & Romero de San Pío, E. (2020). Reflections arising from the COVID-19 pandemic. *Enfermería Intensiva*, 31(2), 90–93. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.002>
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020). *Analysis of COVID-19 Cases in Health Personnel in Spain*. Instituto Carlos III: Madrid, Spain.
- Ríos Hernández, I. (2011). Health Communication: Concepts and theoretical models. *Perspectivas de La Comunicación.*, 4(1), 123–140.
- Rising, K. L., Carr, B. G., Hess, E. P., Meisel, Z. F., Ranney, M. L., & Vogel, J. A. (2016). Patient-centered Outcomes Research in Emergency Care: Opportunities, Challenges, and Future Directions. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 23(4), 497–502. <https://doi.org/10.1111/acem.12944>
- Robey, T. E., Edwards, K., & Murphy, M. K. (2014). Barriers to computed tomography radiation risk communication in the emergency department: A qualitative analysis of patient and physician perspectives. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(2), 122–129. <https://doi.org/10.1111/acem.12311>
- Rodríguez Collar, T. L., Blanco Aspiazu, M. A., & Parra Vigo, I. B. (2009). Communicative skills during the medical interview. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3–4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572009000300009&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodriguez-Menéndez, G., Rubio-García, A., Conde-Alvarez, P., Armesto-Luque, L., Garrido-Torres, N., Capitan, L., Luque, A., Ruiz-Veguilla, M., & Crespo-Facorro, B. (2021). Short-term emotional impact of COVID-19 pandemic on Spaniard health workers. *Journal of Affective Disorders*, 278, 390–394. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.079>
- Rogers, C. (1994). *El poder de la persona*. El Manual Moderno.

- Roh, H., & Park, K. H. (2016). A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(5), 734–743. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.11.002>
- Rojo-Rojo, A., Soto-Castellón, M. B., García-Méndez, J. A., Leal-Costa, C., Adánez-Martínez, M. G., Pujalte-Jesús, M. J., & Díaz-Agea, J. L. (2021). Training with High Fidelity Simulation in the Care of Patients with Coronavirus—A Learning Experience in Native Health Care Multi-Professional Teams. *Healthcare*, 9(10), 1260. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101260>
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2009). Communication and Adherence: Moving From Prediction to Understanding. *Medical Care*, 47(8), 823–825. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181b17e7c>
- Rubinelli, S., Myers, K., Rosenbaum, M., & Davis, D. (2020). Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1067–1069. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.021>
- Ruiz Moral, R., Caballero Martínez, F., García de Leonardo, C., Monge, D., Cañas, F., & Castaño, P. (2017). Teaching and learning clinical communication skills in Francisco de Vitoria medical school (Madrid). *Educación Médica*, 18(4), 289–297. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.026>
- Ruiz Speare, J. O. (2015). Respect (part I): Does disrespectful behavior put atrisk the quality of care and patient safety? *An Med Asoc Med Hosp ABC*, 60(1), 53–58.
- Sabatello, M., Burke, T. B., McDonald, K. E., & Appelbaum, P. S. (2020). Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Public Health*, 110(10), 1523–1527. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305837>
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L., & Ramos-Navas, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(3), 523–549.
- Sánchez López, J. M., & Díaz Agea, J. L. (2013). La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. *Evidentia: Revista de Enfermería Basada En La Evidencia*, 10(44), 7.

- Sánchez-Fidalgo, S., Fernández Arche, M. de los Á., Córdón, P., Galván, M., Cañizares, J., & Motilva Sánchez, V. (2007). Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados: Efectividad de la actuación farmacéutica. *Farmacia de atención primaria*, 5(4), 128–132.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6(2), 117–230. <https://doi.org/10.1210/jcem-6-2-117>
- Selye, H. (1998). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(2), 230a–2231. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a>
- SEMICYUC & SEEIUC. (2020). *Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia covid-19*. <https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Plan-de-Contingencia-COVID-19.pdf>
- Sheldon, L. K., & Hilaire, D. M. (2015). Development of communication skills in healthcare: Perspectives of new graduates of undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), p30. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n7p30>
- Shurlock, J., Rudd, J., Jeanes, A., Iacovidou, A., Creta, A., Kanthasamy, V., Schilling, R., Sullivan, E., Cooke, J., Laws-Chapman, C., Baxter, D., & Finlay, M. (2021). Communication in the intensive care unit during COVID-19: Early experience with the Nightingale Communication Method. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzaa162. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa162>
- Simmons, S., Sharp, B., Fowler, J., Fowkes, H., Paz-Arabo, P., Dilt-Skaggs, M. K., Singal, B., & Carter, T. (2015a). Mind the (knowledge) gap: The effect of a communication instrument on emergency department patients' comprehension of and satisfaction with care. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.020>
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ*, 303(6814), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
- Sindhu, K. K. (2021a). The Phone: Communication in the Age of COVID-19. *Patient Education and Counseling*, 104(8), 1889–1890. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.013>

- Sindhu, K. K. (2021b). The Phone: Communication in the Age of COVID-19. *Patient Education and Counseling*, 104(8), 1889–1890. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.013>
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 410–418. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012124>
- Smith, G. D., Ng, F., & Ho Cheung Li, W. (2020). COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1425–1428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (2011). *Ansiedad y estrés*. SEAS. <http://www.ansiedadystres.org/salud>
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery (London, England)*, 76, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>
- Sonis, J. D., Aaronson, E. L., Lee, R. Y., Philpotts, L. L., & White, B. A. (2018). Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Patient Experience*, 5(2), 101–106. <https://doi.org/10.1177/2374373517731359>
- Soriano, J. B., Gerli, A. G., Centanni, S., & Ancochea, J. (2022). Forecasting COVID-19 Infection Trends and New Hospital Admissions in Spain due to SARS-CoV-2 Variant of Concern Omicron. *Archivos de Bronconeumología*, 58(2), 200–202. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2022.01.001>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2002). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual*. TEA Ediciones, S.A.
- Subiela, J. A., Abellón, J., Celdrán, A. I., Manzanares, J. A., & Satorres, B. (2014). Active Listening importance in Nurse intervention. *Enfermería Global*, 13(34), 276–292.
- Sustersic, M., Tissot, M., Tyrant, J., Gauchet, A., Foote, A., Vermorel, C., & Bosson, J. L. (2019). Impact of patient information leaflets on doctor-patient communication in the context of acute conditions: A prospective, controlled, before-after study in two French emergency departments. *BMJ Open*, 9(2), e024184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024184>

- Tennant, K., Long, A., & Toney-Butler, T. J. (2022). Active Listening. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442015/>
- The Lancet. (2000). A fifth amendment for the Declaration of Helsinki. *The Lancet*, 356(9236), 1123. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02746-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02746-X)
- The World Medical Association-WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association*. The World Medical Association-WMA. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Toma, G., Triner, W., & McNutt, L.-A. (2009). Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 360-367.e6. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.01.024>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Triana-Restrepo, M. C. (2017). La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances En Enfermería*, 35(2), 120. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>
- Tudela, P., & Mòdol, J. M. (2003). Urgencias hospitalarias. *Medicina Clínica*, 120(18), 711–716. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73818-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73818-4)
- Tudela, P., & Mòdol, J. M. (2015). On hospital emergency department crowding. *Emergencias*, 27(2), 113–120.
- Uitterhoeve, R. J., Bensing, J. M., Grol, R. P., Demulder, P. H. M., & VAN Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: A systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 442–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- U.S. Department of Health and Human Services: Office of Disease Prevention and Health Promotion--Healthy People 2010. (2000). *NASNewsletter*, 15(3), 3.
- Val Jiménez, A., Amorós Ballester, G., Martínez Visa, P., Fernández Ferré, M. L., & León Sanromà, M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Atención Primaria*, 10(5), 767–770.

- van Rijnsoever, F. J. (2017). (I Can't Get No) Saturation: A simulation and guidelines for sample sizes in qualitative research. *PLOS ONE*, 12(7), e0181689. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181689>
- Verhagen, L. M., de Groot, R., Lawrence, C. A., Taljaard, J., Cotton, M. F., & Rabie, H. (2020). COVID-19 response in low- and middle-income countries: Don't overlook the role of mobile phone communication. *International Journal of Infectious Diseases*, 99, 334–337. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.07.069>
- Villegas Perrián, M. M., & Rosa Díaz, I. M. (2003). La calidad asistencial: Concepto y medida. *Revista de Ingeniería de Organización*, 29, 51–58.
- Watt, D., Wertzler, W., & Brannan, G. (2005). Patient expectations of emergency department care: Phase I – a focus group study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 7(1), 12–16. <https://doi.org/10.1017/S1481803500012872>
- Werder, O. (2019). Toward a humanistic model in health communication. *Global Health Promotion*, 26(1), 33–40. <https://doi.org/10.1177/1757975916683385>
- WHO Working Group. (1989). The principles of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 1(2–3), 79–95. <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.79>
- WHO (World Health Organization). (2010). *Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth*. (Vol. 2). https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- World Health Organization. (2022, February 1). *Actualización epidemiológica semanal sobre COVID-19*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-february-2022>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization (WHO). <https://covid19.who.int>
- World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wu, A. W., Connors, C., & Everly, G. S. (2020). COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Annals of Internal Medicine*, 172(12), 822–823. <https://doi.org/10.7326/M20-1236>

- Xu, H., Stjernswärd, S., & Glasdam, S. (2021). Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic—A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100037. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100037>
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Yuguro, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine*, 96(37), e8030. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008030>
- Yurtsal, Z., & Özdemir, L. (2015). Assertiveness and problem solving in midwives. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(6), 647. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.170016>
- Zahavi, D., & Martiny, K. M. M. (2019). Phenomenology in nursing studies: New perspectives. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.014>
- Zolnierek, K. B. H., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2001). Is communication a skill? Communication behaviors and being-in-relation. *ANALES Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 23–31.

XIII - ANEXOS

CAPÍTULO XIII: ANEXOS

ANEXO I: COMPENDIO DE PUBLICACIONES

ARTÍCULO N° 1

Irene Orcajada Muñoz, Francisco José Amo Setien, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Ruipérez, María de Gracia Adánez Martínez, César Leal Costa. "The communication skills and quality perceived in an emergency department: the patient's perspective".

REVISTA: International Journal of Nursing Practice

CATEGORÍA: NURSING

RANKING JCR: Q2

FECHA DE PUBLICACIÓN: FEBRERO 2020

JOURNAL IMPACT FACTOR: 2.066

ARTÍCULO N° 2

Irene Orcajada Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Ruipérez, María Gracia Adánez Martínez. "La comunicación de los profesionales de urgencias y su relación con la ansiedad y el cumplimiento terapéutico".

REVISTA: Psicología de la Salud

CATEGORÍA: CLINICAL PSYCHOLOGY

RANKING SJR: Q4

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2022

JOURNAL IMPACT FACTOR: 0.101

ARTÍCULO N° 3

José Luis Díaz Agea, Irene Orcajada Muñoz, César Leal-Costa, María Gracia Adánez Martínez, Adriana Catarina De Souza Oliveira, Andrés Rojo Rojo. "How did the pandemic affect communication in clinical settings? A qualitative study with critical and emergency care nurses".

REVISTA: Healthcare

CATEGORÍA: HEALTH POLICY & SERVICES

RANKING JCR: Q2

FECHA DE PUBLICACIÓN: FEBRERO 2022

JOURNAL IMPACT FACTOR: 2.645

ARTÍCULO N° 4

César Leal Costa, Irene Orcajada Muñoz, José Luis Díaz Agea, María Gracia Adánez Martínez. "CERCAR a la COVID-19: Un modelo de comunicación estructurada para el seguimiento de casos y contactos en Atención Primaria".

REVISTA: Anales del Sistema Sanitario de Navarra

CATEGORÍA: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH

RANKING JCR: Q4

FECHA DE PUBLICACIÓN: NOVIEMBRE 2021

JOURNAL IMPACT FACTOR: 0.829

**ANEXO II: FORMULARIO DE CESIÓN Y ACEPTACIÓN DE ARTÍCULOS PARA
TESIS POR COMPENDIO**



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

ACEPTACIÓN DE LOS COAUTORES

D. _____, como coautores del trabajo y publicación científica de “ _____”, aceptan que formen parte de la Tesis Doctoral realizada por Dña. Irene Orcajada Muñoz con DNI 48657508-L en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Fdo.:

Murcia, __ de _____ del 2022



RENUNCIA DE LOS COAUTORES NO DOCTORES

D. _____ como coautores del trabajo y publicación científica de “_____”, renuncian a que el mismo forme parte de otra Tesis Doctoral diferente a la realizada por Dña. Irene Orcajada Muñoz con DNI 48657508-L en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Fdo.:

Murcia, ____ de _____ del 2022

ANEXO III: DOCUMENTOS ACREDITATIVOS COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

DATOS DEL PROYECTO

Título:	"Calidad percibida, habilidades de comunicación, ansiedad y adherencia al tratamiento en los pacientes de un Servicio de Urgencias Hospitalarias de un Hospital General"	
Investigador Principal	Nombre	Correo-e
Dr.	José Luis Díaz Agea	jluis@ucam.edu

INFORME DEL COMITÉ

Fecha	07/06/2019	Código	CE061901
--------------	------------	---------------	----------

Tipo de Experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos	
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos	
Investigación observacional con seres humanos, psicológica o comportamental en humanos	X
Uso de datos personales, información genética, etc.	X
Experimentación animal	
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas	
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	

Comentarios Respecto al Tipo de Experimentación

Nada Obsta

Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación

Nada Obsta





COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

Sugerencias al Investigador

A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:

Emitir Informe Favorable	<input checked="" type="checkbox"/>
Emitir Informe Desfavorable	<input type="checkbox"/>
Emitir Informe Favorable condicionado a Subsanación	<input type="checkbox"/>
MOTIVACIÓN	
Incrementará conocimientos en su área	

Vº Bº El Presidente,

El Secretario,



Fdo.: José Alberto Cánovas Sánchez

Fdo.: José Alarcón Teruel



COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

DATOS DEL PROYECTO

Título:	"Habilidades de comunicación en tiempos de Pandemia: personal sanitario con pacientes COVID-19 positivo"	
Investigador Principal	Nombre	Correo-e
Dr.	José Luis Díaz Agea	jluis@ucam.edu

INFORME DEL COMITÉ

Fecha	29/10/2021	Código	CE102103
--------------	------------	---------------	----------

Tipo de Experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos	
Investigación experimental no clínica con seres humanos	
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, personas sanas, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos	
Investigación observacional, psicológica o comportamental en humanos	X
Uso de datos personales, información genética, etc.	X
Experimentación animal	
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas	
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	

Comentarios Respecto al Tipo de Experimentación

Nada Obsta

Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación

Nada Obsta





COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

Sugerencias al Investigador

A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:

Emitir Informe Favorable	X
Emitir Informe Desfavorable	
Emitir Informe Favorable condicionado a Subsanación	

MOTIVACIÓN

Incrementará conocimientos en su área

Vº Bº El Presidente,

Fdo.: José Alberto Cánovas Sánchez

El Secretario,



Fdo.: José Alarcón Teruel

Informe de autorización del Comité de Ética del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA):



D^a Irene Orcajada Muñoz
irene_om_91hotmail.com



Estimada Sra. Orcajada:

Acusamos recibo a su petición de fecha 26 de febrero último, de realizar en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, (HCUVA) el siguiente TFM:

Título: "Habilidades de comunicación y calidad percibida en los pacientes de un Servicio de Urgencias Hospitalarias de un Hospital General".

Tutores del estudio:

Dr. César Leal

Dra. María Gracia Adánez Martínez (HCUVA)

Dadas las características del estudio y que el mismo reúne los requisitos necesarios para llevarlo a cabo en el Servicio de Urgencias del HCUVA, se acepta la realización del citado trabajo bajo la supervisión y responsabilidad del correspondiente Tutor de este Hospital.

Murcia, 7 de marzo de 2016.



Fdo. Dr. José Domingo Cubillana Herrero
Jefe de Servicio de Formación y Docencia. HCUVA



Antonio Piñero Madrona, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca,

INFORMA

Se ha recibido para evaluación por parte del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, el siguiente estudio:

Título: Percepción, y satisfacción en el curso de buenas prácticas en asistencia telefónica a la Covid 19

Responsable: Dra. Gracia Adánez

Nº Registro: NE-2021-3-HCUVA

Considerando las características del mismo, no precisa evaluación por parte de este CEIm.

Murcia, 17 de noviembre de 2021

Fdo. Antonio Piñero Madrona

Firmado por PIÑERO MADRONA ANTONIO - 07545020P el día 17/11/2021 con un certificado emitido por AC FNMT Usuarios

ANEXO IV: INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EL ESTUDIO

1. Cuestionario variables sociodemográficas:

- | | |
|--------------------------|---|
| EDAD | <input type="checkbox"/> ≤ 20 años. |
| | <input type="checkbox"/> 21 - 35 años. |
| | <input type="checkbox"/> 36 - 45 años. |
| | <input type="checkbox"/> 46- 55 años. |
| | <input type="checkbox"/> 56- 65 años. |
| | <input type="checkbox"/> > 65 años. |
| SEXO | <input type="checkbox"/> Hombre |
| | <input type="checkbox"/> Mujer |
| NIVEL DE ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> Sin estudios. |
| | <input type="checkbox"/> Estudios primarios (Primaria, ESO). |
| | <input type="checkbox"/> Estudios secundarios (Bachiller, FP medio o superior). |
| | <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios. |
| OCUPACIÓN | <input type="checkbox"/> Trabajador. |
| | <input type="checkbox"/> Jubilado. |
| | <input type="checkbox"/> Ama/o de casa. |
| | <input type="checkbox"/> Estudiante. |
| | <input type="checkbox"/> Paro. |
| NACIONALIDAD | <input type="checkbox"/> España. |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> Soltero/a. |
| | <input type="checkbox"/> Casado/a. |
| | <input type="checkbox"/> Viudo/a. |
| | <input type="checkbox"/> Pareja. |
| | <input type="checkbox"/> Separado. |
| NIVEL ECONÓMICO | <input type="checkbox"/> < 1000 €/mes. |
| | <input type="checkbox"/> 1000 – 2000 €/mes. |
| | <input type="checkbox"/> > 2000 €/mes. |

2. Encuesta de opinión para evaluar la calidad percibida de la Atención Hospitalaria (SERVQHOS):

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

1.La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
2.La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
3.Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
4.El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
5.El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
6. La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
7.El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
8.La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
9.El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
10.La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
11.La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
12.La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
13.La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

14. La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
15. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
16. El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
17. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
18. La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

3. Cuestionario para valorar las habilidades de comunicación en los Servicios de Salud (HCCQ):

Nada **Un poco** **Bastante** **Mucho** **Muchísimo**
1 **2** **3** **4** **5**

1. El trabajador me miraba a los ojos mientras hablaba conmigo.	1	2	3	4	5
2. He sentido que mis necesidades estaban siendo respetadas.	1	2	3	4	5
3. Me ha formulado peticiones de una manera clara.	1	2	3	4	5
4. Me ha formulado peticiones de forma grosera.	1	2	3	4	5
5. He recibido información clara.	1	2	3	4	5
6. Me ha contestado de forma grosera.	1	2	3	4	5
7. Me ha tratado con cortesía.	1	2	3	4	5
8. Me ha tratado de un modo precipitado y grosero.	1	2	3	4	5
9. El trabajador se ha dirigido a mí con una sonrisa.	1	2	3	4	5

10. El trabajador ha resuelto mi problema.	1	2	3	4	5
11. El trabajador ha sido capaz de manejar la situación incluso en caso de urgencia o de largas colas.	1	2	3	4	5
12. El trabajador ha demostrado saber mantener la calma.	1	2	3	4	5
13. El trabajador ha demostrado respeto por mi privacidad.	1	2	3	4	5

4. Escala de Ansiedad Estado-Rasgo: State-TraitAnxietyInventory (STAI):
Ansiedad-Estado

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado"	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3

17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

5. Escala Adherencia al tratamiento:

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN
- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
- ¿Toma la medicación a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
- Si alguna vez se encuentra mal, ¿deja de tomar la medicación?

ANEXO V: ARTÍCULO N^o1

Received: 9 January 2019 | Revised: 28 January 2020 | Accepted: 19 February 2020
 DOI: 10.1111/ijn.12831

ORIGINAL RESEARCH PAPER

INTERNATIONAL JOURNAL
 of NURSING PRACTICE WILEY

The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective

Irene Orcajada Muñoz RN, MSN, Lecturer¹ |
 Francisco José Amo Setien RN, MSN, PhD, Associate Professor² |
 José Luís Díaz Agea RN, MSN, PhD, Associate Professor¹ |
 Tomás Hernández Ruipérez MD, PhD, Assistant Professor^{3,4} |
 María de Gracia Adánez Martínez MD, PhD, Assistant Professor^{4,5} |
 César Leal Costa RN, MSN, PhD, Associate Professor⁶ 

¹Faculty of Nursing, Catholic University of Murcia (UCAM), Murcia, Spain

²Faculty of Nursing, Cantabria University, Santander, Spain

³Faculty of Medicine, Catholic University of Murcia (UCAM), Murcia, Spain

⁴Emergency Department, Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain

⁵Faculty of Medicine, University of Murcia (UM), Murcia, Spain

⁶Faculty of Nursing, University of Murcia (UM), Murcia, Spain

Correspondence

César Leal Costa, Faculty of Nursing,
 Edificio D, 3^a planta, despacho 20, Campus
 Universitario de Espinardo, Murcia 30100,
 Spain.
 Email: cleal@um.es

Abstract

Aim: To examine the influence of health care provider's communication skills on the quality of care perceived by Emergency Department patients.

Background: Communication between patients and health care providers in the context of Emergency Department is challenging and can potentially have a negative impact on the quality of care perceived by patients.

Design: Cross-sectional descriptive study conducted in the Emergency Department at the University Clinical Hospital Virgen de la Arrixaca of Murcia, Spain.

Method: Data were collected from 6 to 9 June 2016. Different instruments were used to evaluate the perception of patients on the communication skills and quality of care at the Emergency Department.

Results: The sample was composed of 200 patients, with an average age of 44.1 (SD = 18.3), of which 106 (53%) were men. The multiple linear regression analysis showed the association between communication skills (respect, problem solving, and nonverbal communication) and age with the quality of care perceived by the patients.

Conclusions: We found that the communication skills of the health care providers were explanatory variables of the quality of care perceived in an Emergency Department.

KEYWORDS

communication skills, emergency department, nursing, quality of care

SUMMARY STATEMENT

What is already known about this topic?

- The needs of patients and families seeking emergency care differ from those of other care settings.
- Patient-health care provider communication in an Emergency Department are a true challenge.

- Effective communication between emergency professionals and patients/family has been described as a fundamental component of health care.

What this paper adds?

- Health care provider communication skills are explanatory for the quality perceived by Emergency Department patients.

- Respect, problem solving, and nonverbal aspects are explanatory for the quality of care in an Emergency Department.

The implications of this paper:

- Humanized care, in which patients feel listened to and respected, and which is concerned about their health problems, could increase the quality of care perceived in the Emergency Department.
- Health care providers in Emergency Departments should be encouraged to increase their level of communication skills.

1 | INTRODUCTION

In general, the needs of patients and families seeking urgent care differ from those of other settings, as they feel more vulnerable and have a stronger perception of severity and urgency of their illness (Sonis, Aaronson, Lee, Philpotts, & White, 2018). However, Emergency Departments (EDs) are not comfortable places and can sometimes be considered as harsh environments by patients and their families (Curran, Cassidy, Chiasson, MacPhee, & Bishop, 2017; Rising et al., 2016). Circumstances such as the high burden of care, the high pace, the urgency and severity of the pathologies, the specialized care, and the frequent interruptions make communication between health care providers (HPs) and patients a true challenge (Curran et al., 2017; Dean & Oetzel, 2014; Lateef, 2011; Leal Costa, Luján Cebrián, Gascón García, Ferrer Villalonga, & Van-der Hofstadt Román, 2010; Musso et al., 2015; Roh & Park, 2016; Sustersic et al., 2019). In this situation, the patient's understanding of the clinical information and the therapeutic recommendations provided by the HP becomes difficult, not only endangering patients due to possible misinformation but also affecting the quality of care perceived by patients (Cooke, Watt, Wertler, & Quan, 2006; Roh & Park, 2016; Simmons et al., 2015).

HP's communication processes in ED can be characterized by efficient information gathering and HP-driven decision making. These characteristics are in conflict with patients' expectations, who expect active participation in decision making and professionals who provide them with reliable and concise information (Dean & Oetzel, 2014; Robey, Edwards, & Murphy, 2014; Roh & Park, 2016).

The perception of quality by patients in the ED has been evaluated in some studies (Muntlin, Gunningberg, & Carlsson, 2006; Sonis et al., 2018), through specific indicators such as the clinical and relational competence of the HP, the physical and technical conditions of the facilities, and the waiting time, among others. Within ED context, patients identify good communication as a vital element of quality care (Byczkowski et al., 2013; Curran et al., 2017). Other research has shown that communication between users and HPs can improve patient satisfaction (Beach et al., 2005; Clever, Jin, Levinson, & Meltzer, 2008; Curran et al., 2017; Ulterhoeve, Bensing, Grol, Demulder, & van Achtenberg, 2010).

Diverse studies have shown the need to humanize the ED, with policies that encourage that the experience is as pleasant as possible

for patients and their families (Lateef, 2011; Sonis et al., 2018). An example of this is the improvement of communication skills, since effective communication is fundamental to health care, patient safety, and is linked to numerous health indicators that influence the service provided (Cooke et al., 2006; Curran et al., 2017; McCarthy et al., 2013; Muntlin et al., 2006; Simmons et al., 2015). However, there is a lack of studies that examine communication skills of HPs in relation to the quality of care perceived in the ED.

2 | METHODS

2.1 | Aim

The aim of the study was to examine the influence of the HPs (registered nurses and physicians) communication skills on the quality of care perceived by ED patients.

2.2 | Design

An observational study was conducted in the ED at the University Clinical Hospital Virgen de la Arrikaca (UCHVA), Murcia, Spain.

2.3 | Participants and settings

Data collection lasted from 12^{PM} to 6^{PM}, from 6 to 9 June 2016. Convenience sampling was used, reaching a final sample size of 200 participants.

The inclusion criteria were as follows: (a) patients who were cared for by the HP in the ED, (b) patients discharged from the ED and not admitted to hospital, and (c) signed informed consent to participate voluntarily in the study. The exclusion criteria were as follows: (a) patients who were critically ill, (b) paediatric patients, and (c) psychiatric patients.

The UCHVA is a tertiary hospital. Its ED is structured in reception and triage area, examination and diagnosis area, and treatment and observation area. The service team consists of 11 physicians and 11 nurses per day, covering all areas. The department treats more than 115 000 patients a year. This translates into a daily mean of between 275 and 350 patients attended, with an admission rate of around 15%. With regard to the mean length of stay in the ED, around 38% of patients exceeded 4 hours and, depending on the month, exceeded 12 hours. More than 1000 patients went to the emergency department every day during the winter months and about 400 during the summer months.

2.4 | Ethical considerations

The research was evaluated and approved by the hospital and the Ethics Committee of the Catholic University of Murcia with number

CE061901. The study was carried out in accordance with the principles set out in the Declaration of Helsinki (The World Medical Association-WMA, 2013). All the participants were informed in detail about the objective of the study and confidentiality in the treatment of data, by soliciting their informed consent. It was also specified that the data would be treated and guarded with respect to their intimacy and the current data protection legislation.

2.5 | Data collection

A set of instruments to be completed by ED patients was used to assess the study variables. They consisted of the following:

- Socio-demographic variables: The information collected was sex, age, marital status, level of education, economic status, and occupation.
- Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008; Leal Costa, Gómez Sánchez, Tirado González, Rodríguez Marín, & van der Hofstadt Román, 2015): It consists of 13 items measured on a 5-point Likert scale, with three items using reverse wording. The four dimensions that comprise the questionnaire are as follows: Problem Solving, Respect, Lack of Hostility, and Nonverbal Immediacy (Table 1). The internal consistency (Cronbach alpha) of the HCCQ was .79 for Problem Solving, .86 for Respect, .75 for Lack of Hostility, and .71 for Nonverbal Immediacy. Evidences of construct validity were obtained by connecting the communication skills to the satisfaction of outpatients of different units (Leal Costa et al., 2015).
- The questionnaire on the hospital's quality of care perceived by the patient SERVQHOS (Mira et al., 1998): This questionnaire measured the satisfaction with 19 items to be answered with a Likert scale with five response categories, distributed into two factors: Subjective Quality: consists of 10 items and covers aspects such as courtesy, empathy, responsiveness, and professional competence. This factor explained 36.35% of the variance (Cronbach alpha of .95). Objective Quality: composed of 9 items and asks about more

TABLE 1 Dimensions of the HCCQ

Problem solving: It refers to the staff member's ability to perform his or her job when interacting with patients.
Respect: It is related to the protection of the patient's autonomy; ie, providing information and involving them in decision making. It also includes the positive regard—accepting and valuing the patient as a person.
Lack of hostility: Hostility is an attitude of rejection towards patients, which manifests itself in the form of rude physical or verbal behaviour. The items in this dimension are written and scored in the opposite way to the others.
Nonverbal immediacy: This refers to immediate gestures, in other words, behaviours that reduce the physical and emotional distance between provider and patient (eye contact, smiling, etc).

Abbreviation: HCCQ, Health Care Communication Questionnaire.

tangible aspects of the patient's hospital stay, such as the state of the hospital room, the reliability of the schedule, and the information provided by health care workers. This factor explained 28.97% of the variance (Cronbach alpha .89).

2.6 | Data analysis

To analyse the data, the SPSS v.22 program was used. The frequencies and percentages of the qualitative variables were calculated, as well as the average and standard deviation of the quantitative variables.

The relationships between the dimensions from each scale and age were analysed with bivariate (Pearson) correlations. Lastly, the association between the communication skills of the HP and the quality of care perceived by the patients was analysed with a multiple regression analysis. The degree of statistical significance was set to $P < .05$.

3 | RESULTS

The final sample was composed of 200 patients, of which 106 were men (53%), and 94 women (47%), who had a mean age of 44.1 (SD = 18.3). Table 2 shows the statistical results of the socio-demographic variables of the sample and the patient's scores for the variable of communication and quality of care perceived.

A positive and statistically significant correlation was found between the communication skills and the quality of care perceived, so that a good evaluation of the HP's communication skills was positively correlated to a greater quality perceived in the ED (Table 3). A correlation was also found between the age of the patients and the communication skills and quality of care perceived. The results showed that these variables obtained higher scores from the older patients compared with their younger counterparts (Table 3). However, there were no statistically significant differences between the scores from the measurement instruments and the variable sex ($P > .05$).

In the multiple regression analysis, the dimensions from the SERVQHOS instrument (subjective and objective qualities) were defined as the dependent variables, with the predictive variables being the communication skills (respect, problem solving, lack of hostility, and nonverbal communication), as well as the socio-demographic variables age and sex. The model that best fitted the variable "subjective quality" explained 53.4% of the variance, and the variables that had a positive significant association were "age," "respect," and "problem solving," the latter two being the most important in the model. On the other hand, the model that best fitted the variable "objective quality" explained 44.4% of the variance, and the variables with a significant positive association were "respect," "age," "problem solving," and "nonverbal communication," the latter two being the most important in the model (Table 4).

TABLE 2 Statistical results of the socio-demographic variables of the sample and the scores from each of the measurement instruments

	n	%
Sex		
Men	106	53
Women	84	47
Level of education		
No education	16	8
Primary school	68	34
Secondary school	71	35.5
University studies	45	22.5
Occupation		
Worker	103	51.5
Retired	32	16
Homemaker	16	8
Student	25	12.5
Unemployed	24	12
Nationality		
Spain	190	95
Other	10	5
Marital status		
Single	52	26
Married	106	53
Widower	7	3.5
In a partnership	25	12.5
Separated	10	5
Economic status		
<1000 €	98	49
1000-2000 €	62	31
>2000 €	22	11
	M	SD
Age	44.06	18.26
SERVQHOS		
Subjective Quality	37.33	7.76
Objective Quality	31.84	6.21
Health Care Communication Questionnaire		
	M	SD
Problem resolution	14.43	3.33
Respect	14.73	3.31
Lack of hostility	14.46	1.47
Nonverbal communication	6.60	1.91

4 | DISCUSSION

This study indicates that there is a relationship between effective communication and improved quality of care.

HP obtained medium-high results in all the dimensions from the HCCQ questionnaire. This was an indicator that users had a positive view of the HP's ability to provide information and promote their participation in decision making, their sense of respect,

their lack of rudeness, and their use of immediate gestures. All this reduced the physical and psychological distance between them and the HP. These results were similar to those obtained by other authors (Curran et al., 2017; Lateef, 2011; McCarthy et al., 2013; Olthuis et al., 2014; Sonis et al., 2018; Watt, Wertzler, & Brannan, 2005).

In this study, the correlation between perceived quality and communication was positive and statistically significant, in agreement with the results found in the literature (Buchanan, Dawkins, & Lindo, 2015; Gordon, Sheppard, & Anaf, 2010; McCarthy et al., 2013; Toma, Triner, & McNutt, 2009). Likewise, a higher score was found between communication skills and the quality of care perceived by the older patients with respect to the younger ones. However, other studies (McCusker et al., 2018; Simmons et al., 2015) revealed that older adults had greater difficulty comprehending instructions and information, and a greater number of misunderstandings in their relationships with the HP, highlighting the need for specific and/or specialized evaluations with older patients (McCusker et al., 2018).

Multiple regression analysis showed a positive association between communication skills and the quality perceived by ED patients, the most explanatory factors being respect, problem solving, and nonverbal communication. These were important factors in an ED. Respect refers to the protection of the patient autonomy in terms of providing information and participation in decision making, as well as in the consideration of patients as individuals. Problem solving relates to the ability of the HP to manage its work while caring for patients. These are important issues because patient autonomy and patient advocacy are critical to the nursing process. Nonverbal communication is understood as the immediate gestures of the HP, defined as behaviours that reduced the physical and psychological distance between the HP and the patients (visual contact, smiling, etc) (Gremigni et al., 2008; Leal Costa et al., 2015). Poor communication skills, including verbal/nonverbal elements that are used to engage patients in decisions about their care, have a negative impact on the quality of care.

It should be pointed out that the worst evaluated item from the HCCQ instrument and the SERVQHOS was the wait time at the ED. In this sense, other studies have indicated that the wait time also had a negative influence on the quality perceived by the patients (Gordon et al., 2010; Messina et al., 2015; Sonis et al., 2018). Waiting times were associated with increased violence towards HP from patients/visitors.

4.1 | Limitations

A limitation of the study was the use of convenience sampling, as this is a nonprobabilistic sampling method, and therefore, sample selection was not random. A randomized, multicentre study is needed to enrich the results.

Other limitations affecting the generalizability of the study findings included the different length of stay of patients in the ED,

TABLE 3 Bivariate correlations between the variables communication and quality of care perceived

	Subjective Quality	Objective Quality	Problem resolution	Respect	Lack of hostility	Nonverbal communication	Age
Subjective Quality	-						
Objective Quality	.844**	-					
Problem resolution	.670**	.612**	-				
Respect	.685**	.600**	.782**	-			
Lack of hostility	.061	.034	.122	.157*	-		
Nonverbal communication	.604**	.577**	.715**	.765**	.160*	-	
Age	.262**	.269**	.232**	.225**	.104	.126	-

*The correlation is significant at .05.

**The correlation is significant at .01.

TABLE 4 Multiple linear regression analysis to analyse the association between the communication skills and the quality perceived

	R ² (%)	F	B	t	P
DV: Subjective Quality	52.4	71.91			<.001
Constant			10.45	5.53	<.001
Respect			0.94	5.07	<.001
Problem solving			0.78	4.20	<.001
Age			0.23	2.69	.044
DV: Objective Quality	44.4	38.98			<.001
Constant			12.53	7.65	<.001
Respect			0.34	2.23	.048
Problem solving			0.53	3.13	.002
Nonverbal immediacy			0.71	2.51	.013
Age			0.21	2.44	.016

use of multiple family members, patient flow/throughput in the ED, and staffing.

Further studies should take these factors into account to check if the results remain or change when affected by these variables.

5 | CONCLUSION

Results suggest a positive relationship between HP-patient communication and quality of care in ED.

Proper communication skills of HPs in their daily practice improves the patient's understanding of the care being provided and, therefore, the perceived quality of care.

Our findings highlight the need for communication skills training programmes in ED's HPs to improve perceived quality in particular, and other patient-centred outcomes in general (satisfaction, adherence to treatment, and improvement in health outcomes).

CONFLICT OF INTEREST

We declare no conflicts of interest in activities that could introduce bias into the results of work.

AUTHORSHIP STATEMENT

All authors designed the study. CLC, IOM, FJAS, JLDA collected the data. All authors analysed the data. All authors prepared the manuscript. All authors approved the final version for submission.

ORCID

César Leal Costa  <https://orcid.org/0000-0002-7711-3877>

REFERENCES

- Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2005). Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of Family Medicine*, 3(4), 331-338. <https://doi.org/10.1370/afm.328>
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001>
- Byczkowski, T. L., Fitzgerald, M., Kennebeck, S., Vaughn, L., Myers, K., Kachelmeyer, A., & Timms, N. (2013). A comprehensive view of parental satisfaction with pediatric emergency department visits. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), 340-350. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.04.025>

- Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research, 43*(5), 1505–1519. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x>
- Cooke, T., Watt, D., Wertzler, W., & Quan, H. (2006). Patient expectations of emergency department care: Phase II—A cross-sectional survey. *CJEM, 8*(3), 148–157. <https://doi.org/10.1017/s1481803500013658>
- Curran, J., Cassidy, C., Chiasson, D., MacPhee, S., & Bishop, A. (2017). Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *International Emergency Nursing, 32*, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.ien.2016.07.001>
- Dean, M., & Oetzel, J. G. (2014). Physicians' perspectives of managing tensions around dimensions of effective communication in the emergency department. *Health Communication, 29*(3), 257–266. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.743869>
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing, 18*(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ien.2009.05.004>
- Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling, 71*(1), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.12.008>
- Lateef, F. (2011). Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock, 4*(2), 163–167. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.82199>
- Leal Costa, C., Gómez Sánchez, R., Tirado González, S., Rodríguez Marín, J., & van der Hofstadt Román, C. J. (2015). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ). *The Spanish Journal of Psychology, 18*, E96. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.90>
- Leal Costa, C., Luján Cebrián, I., Gascón García, J., Ferrer Villalonga, L., & Van der Hofstadt Román, C. J. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva, 21*(4), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.05.001>
- McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Venkatesh, A. K., Engel, K. G., Cameron, K. A., Makoul, G., & Adams, J. G. (2013). Emergency department team communication with the patient: The patient's perspective. *Journal of Emergency Medicine, 45*(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.07.052>
- McCusker, J., Cetin-Sahin, D., Cossette, S., Ducharme, F., Vadeboncoeur, A., Vu, T. T. M., ... Mah, R. (2018). How older adults experience an emergency department visit: Development and validation of measures. *Annals of Emergency Medicine, 71*, 755–766.e4. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.01.009>
- Messina, G., Venclá, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: An Italian rural hospital. *Global Journal of Health Science, 7*(4), 30–39. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>
- Mira, J. J., Arana, J., Rodríguez-Marín, J., Bull, J. A., Castell, M., & Vialler, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva, 4*, 12–18.
- Muntlin, Å., Gunnberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing, 15*(8), 1045–1056. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x>
- Musso, M. W., Perret, J. N., Sanders, T., Daray, R., Anderson, K., Lancaster, M., ... Jones, G. N. (2015). Patients' comprehension of their emergency department encounter: A pilot study using physician observers. *Annals of Emergency Medicine, 65*(2), 151–155. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.08.012>
- Othuis, G., Prins, C., Smits, M.-J., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: A qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Annals of Emergency Medicine, 63*(3), 311–319. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.08.018>
- Rising, K. L., Carr, B. G., Hess, E. P., Meisel, Z. F., Ranney, M. L., & Vogel, J. A. (2016). Patient-centered outcomes research in emergency care: Opportunities, challenges, and future directions. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 23*(4), 497–502. <https://doi.org/10.1111/acem.12944>
- Robey, T. E., Edwards, K., & Murphy, M. K. (2014). Barriers to computed tomography radiation risk communication in the emergency department: A qualitative analysis of patient and physician perspectives. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 21*(2), 122–129. <https://doi.org/10.1111/acem.12311>
- Roh, H., & Park, K. H. (2016). A scoping review: Communication between emergency physicians and patients in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine, 50*(5), 734–743. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.11.002>
- Simmons, S., Sharp, B., Fowler, J., Fowkes, H., Paz-Arabo, P., Dilt-Skaggs, M. K., ... Carter, T. (2015). Mind the (knowledge) gap: The effect of a communication instrument on emergency department patients' comprehension of and satisfaction with care. *Patient Education and Counseling, 98*(2), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.020>
- Sonis, J. D., Aaronson, E. L., Lee, R. Y., Philpotts, L. L., & White, B. A. (2010). Emergency department patient experience: A systematic review of the literature. *Journal of Patient Experience, 5*(2), 101–106. <https://doi.org/10.1177/23743735117731359>
- Sustersic, M., Tissot, M., Tyrant, J., Gauchet, A., Foote, A., Vermorel, C., & Bossou, J. L. (2019). Impact of patient information leaflets on doctor-patient communication in the context of acute conditions: A prospective, controlled, before-after study in two French emergency departments. *BMJ Open, 9*(2), e024184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024184>
- The World Medical Association-WMA. (2013). Declaration of Helsinki—Ethical principles for medical research involving human subjects. Retrieved 23 July 2019, from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Toma, G., Triner, W., & McNutt, L.-A. (2009). Patient satisfaction as a function of emergency department revisit expectations. *Annals of Emergency Medicine, 54*(3), 360–367.e6. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.01.024>
- Uitterhoeve, R. J., Bensing, J. M., Grol, R. P., Demulder, P. H. M., & van Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: A systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care, 19*(4), 442–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- Watt, D., Wertzler, W., & Brannan, G. (2005). Patient expectations of emergency department care: Phase I—A focus group study. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 7*(1), 12–16. <https://doi.org/10.1017/S1481803500012872>

How to cite this article: Orcajada Muñoz I, Amo Setien FJ, Díaz Agea JL, Hernández Ruíz T, Adánez Martínez MG, Leal Costa C. The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective. *Int J Nurs Pract.* 2020;e12831. <https://doi.org/10.1111/ijn.12831>

ANEXO VI: ARTÍCULO Nº2



LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz

lorcajada91@gmail.com

César Leal Costa

Universidad de Murcia

cleal@umh.es

José Luís Díaz Agea

Universidad Católica San Antonio de Murcia

jluis@ucam.edu

Tomás Hernández Ruipérez

Universidad Católica San Antonio de Murcia

thernandez@ucam.edu

María Gracia Adánez Martínez

Universidad de Murcia

g.adanez@um.es

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rúipérez y María Gracia Adánez Martínez

Resumen

Objetivos: Analizar la percepción de los pacientes sobre las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), y su relación con la ansiedad, el cumplimiento terapéutico y las variables sociodemográficas sexo y edad.

Método: Estudio descriptivo transversal que fue llevado a cabo en el SUH del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en horario de 12 a 18 horas del 6 al 9 de junio de 2016. Se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la percepción de los pacientes sobre la comunicación, ansiedad y cumplimiento terapéutico.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 200 pacientes, con una mayor proporción con edad ≤ 20 años, de los cuales 106 (53%) fueron varones. Se obtuvo una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre comunicación y el cumplimiento terapéutico.

Conclusiones: Se ha encontrado una relación entre las habilidades de comunicación con el cumplimiento terapéutico y la edad (pacientes mayores).

PALABRAS CLAVE: Comunicación; Ansiedad; Cumplimiento Terapéutico, Servicio de Urgencias Hospitalario.

Abstract

Objectives: To analyze patients' perceptions about the communication skills of health professionals in an Emergency Department (ED), and their relation with anxiety, therapeutic compliance and the socio-demographic variables sex and age.

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in the ED of the Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca from 12 to 18 hours from June 6 to 9, 2016. Different instruments were used to evaluate the patients' perception of communication, anxiety and therapeutic compliance.

Results: The sample consisted of 200 patients, with a greater proportion with age ≤ 20 years, of which 106 (53%) were males. A positive and statistically significant correlation ($p < 0.01$) between communication and therapeutic compliance was obtained.

Conclusions: A relationship between communication skills with therapeutic compliance and age (older patients) has been found.

KEYWORDS: Communication; Anxiety; Therapeutic Compliance, Emergency Department.

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rulpérez y María Gracia Adánez Martínez

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) suponen un medio poco confortable y en ocasiones hostil para los pacientes y sus familiares (Sánchez López & Díaz Agea, 2013). La estancia en un SUH supone para el paciente una situación extraña e incluso estresante. Circunstancias como la saturación asistencial, el ritmo acelerado, la urgencia y la gravedad de las patologías, los cuidados especializados y las frecuentes interrupciones hacen que la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes sea un auténtico reto (Dean & Oetzel, 2014; Lateef, 2011; Leal Costa et al., 2010). Diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de humanizar los SUH, fomentando que la experiencia resulte lo más agradable posible para el paciente y su familia (Gamella Pizarro et al., 2014; Lateef, 2011).

En este contexto, la comprensión de la información clínica y de las recomendaciones terapéuticas, rápidamente se empobrecen (Simmons et al., 2015) pudiendo ocasionar un menor cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes (Cooke et al., 2006). La no adherencia al tratamiento se ha visto asociada a una carga de costes significativa para los sistemas sanitarios (Cutler et al., 2018).

La comunicación efectiva entre profesionales de urgencias y usuarios se ha descrito como un componente fundamental en la atención sanitaria y en la seguridad de los pacientes, relacionándose positivamente con numerosos indicadores sanitarios, tales como satisfacción, disminución de la ansiedad, cumplimiento terapéutico, seguridad del paciente, etc. (Cooke et al., 2006; Curran et al., 2017; Gamella Pizarro et al., 2014; McCarthy et al., 2013; Simmons et al., 2015).

Los usuarios y familiares que acuden a un SUH pueden presentar ansiedad, a veces por el proceso clínico y en otras ocasiones por la propia frustración ante su problema de salud, provocando así un desequilibrio físico y emocional (Tudela & María Módol, 2003). Esta ansiedad disminuye cuando los pacientes y familiares perciben soporte y apoyo por parte de los profesionales del SUH (Çevik Ateş & Topatan, 2019; Musey et al., 2018).

Por este motivo, se planteó como objetivo de este estudio, analizar la percepción de los pacientes sobre la comunicación de médicos y enfermeras de un SUH, y su relación con la ansiedad, el

cumplimiento terapéutico y las variables sociodemográficas de los pacientes.

MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el SUH del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), Murcia, España.

Participantes

Los participantes fueron personas que acudieron al SUH del HCUVA. Los criterios de inclusión para este estudio fueron 1) pacientes atendidos en el SUH por el personal sanitario, 2) firmar el consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio. Los criterios de exclusión fueron 1) pacientes con estado crítico de salud, 2) pacientes pediátricos y 3) pacientes psiquiátricos.

Para el proceso de recogida de datos, se estableció un protocolo horario de 12 a 18 horas del 6 al 9 de junio de 2016. El tipo de muestreo fue por conveniencia y para asegurar que la muestra fuese representativa, se calculó el tamaño muestral. Así, de una población diana de $n = 1000$ (pacientes que acuden al SUH en tres días), con una desviación de $Z = 1,96$, una confianza del 95%, un margen de error $e = 0,1$ (10%), una proporción de $p = 0,5$ (50%), y una posible pérdida de un 10%, sería necesario un tamaño necesario de $n = 97$.

Instrumentos

Para evaluar las variables de interés se administró una batería de instrumentos para ser entregados a los pacientes del SUH compuesto por:

Variables sociodemográficas. La información recogida fue sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, nivel económico y ocupación.

Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) (Gremigni et al., 2008). Cuestionario compuesto por 13 ítems con una escala tipo Likert con 5 grados de respuesta, estando tres ítems redactados de forma inversa. Las cuatro dimensiones que componen el cuestionario son Resolución de Problemas, Respeto, Ausencia de Hostilidad y Comunicación no verbal. En su adaptación española

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rulópez y María Gracia Adnez Martínez

(Leal Costa et al., 2015) el instrumento presentó unas adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad, análisis de la estructura interna y evidencias de validez.

Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger et al., 2002). El cuestionario se adaptó al español en 1982 teniendo una fiabilidad (alfa de Cronbach) muy similar al cuestionario original. El instrumento se divide en dos, las primeras 20 frases hacen referencia a cómo se siente la persona en el momento que está rellenando el cuestionario (ansiedad estado), y las siguientes 20 frases hacen referencia a cómo se siente generalmente (ansiedad rasgo). A cada frase se responde con una escala de puntuación tipo Likert de 0 a 3. En este estudio sólo se utilizó la escala Ansiedad Estado, ya que se pretendía evaluar la ansiedad en el SUH.

Cuestionario de Morisky-Green adaptado al SUH (Val Jiménez et al., 1992). Se utilizó para evaluar la percepción de los usuarios sobre el cumplimiento terapéutico de las recomendaciones proporcionadas en los SUH. Para ello, los usuarios deben de responder a 4 preguntas mediante una escala dicotómica sí/no. Se consideran adherentes quienes contestan "no" a las 4 preguntas. De cara a operativizar la variable, aquellos pacientes que respondieron "no" a las 4 preguntas, se codificó con un 1 y significaba que tenían un elevado cumplimiento terapéutico. Debido a la ausencia de instrumentos que midan la percepción de los usuarios sobre el cumplimiento terapéutico en los SUH, se realizó una adaptación de contenido en las preguntas del cuestionario mediante un panel de expertos, para adaptar su formulación al contexto del SUH. Los expertos fueron dos médicos y tres enfermeros con experiencia en un SUH de un mínimo de dos años. A continuación, se expone la adaptación de uno de los ítems del cuestionario: ¿Puede olvidar alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad que le han sido pautados en Urgencias?

Análisis de datos

Para analizar los datos se utilizó el software SPSS® v. 22 (Statistical Package for the Social Sciences). Se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y la media y la desviación estándar de las variables cuantitativas.

Se analizó la relación entre las dimensiones

de cada escala a través de las correlaciones bivariadas de Pearson. También fueron analizadas las diferencias de medias entre las dimensiones de cada escala y las variables sociodemográficas sexo e intervalo de edad, mediante las pruebas t-Student y ANOVA de un factor, tras comprobar el supuesto de normalidad a través test de Kolmogorov-Smirnov, y el de homocedasticidad a través del test de Levene. Por último, para analizar la asociación entre el cumplimiento terapéutico y las habilidades de comunicación, la ansiedad y las características sociodemográficas de los participantes, se realizó un modelo de regresión logística binaria y calculándose la Odds Ratio (IC 95%). La variable dependiente fue el cumplimiento terapéutico, y las variables independientes las habilidades de comunicación, la ansiedad y las características sociodemográficas.

Aspectos éticos

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia (Código CE061901) y la aprobación del Centro hospitalario. Se siguieron las recomendaciones de la declaración de Helsinki (The Lancet, 2000). A todos los participantes se les informó detalladamente del objetivo del estudio y de la confidencialidad en el tratamiento de los datos, solicitando su consentimiento informado, precisando que los datos serían tratados y custodiados con respeto a su intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

RESULTADOS

La muestra final fue de 200 pacientes, de los cuales 106 eran hombres (53%) y 94 eran mujeres (47%). En la tabla 1 podemos observar los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y de las puntuaciones en las variables comunicación, satisfacción, ansiedad y cumplimiento terapéutico de los participantes. Así, observamos puntuaciones medias-altas en la percepción de los pacientes sobre la comunicación de los profesionales. Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones medias en Ansiedad Estado. En cuanto al cumplimiento terapéutico, 171 participantes salieron con tratamiento pautado del SUH, de los cuales, 106 (61.99%) consideraron que iban a tener poca adherencia al tratamiento al salir del SUH.

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rulpérez y María Gracia Adánez Martínez

- INSERTAR TABLA 1 -

Por otro lado, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación percibidas (HCCQ), y el cumplimiento terapéutico (tabla 2). No se encontraron relaciones con la variable ansiedad estado y la dimensión Ausencia de Hostilidad del cuestionario HCCQ.

Los resultados del análisis multivariante mediante regresión logística binaria mostraron que las variables explicativas que tenían una asociación con el cumplimiento terapéutico fueron las habilidades de comunicación: Resolución de Problemas ($B=0.204$; $p=0.045$; $OR= 1.23$; $IC\ 95\% 1.01-1.50$), el Respeto ($B=0.342$; $p=0.01$; $OR= 1.41$; $IC\ 95\% 1.14-1.74$), y la variable sociodemográfica edad ($B=0.026$; $p=0.018$; $OR= 1.03$; $IC\ 95\% 1.01-1.05$).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra y de las puntuaciones en cada uno de los instrumentos de medición.

Edad, n (%)	
≤ 20 años	20 (10)
21-35 años	50 (25)
36-45 años	41 (20.5)
46-55 años	40 (20)
56-65 años	26 (13)
> 65 años	23 (11.5)
Sexo, n (%)	
Hombre	106 (53)
Mujer	84 (47)
Nivel de estudios, n (%)	
Sin estudios	16 (8)
Estudios primarios	68 (34)
Estudios secundarios	71 (35.5)
Estudios universitarios	45 (22.5)
Ocupación, n (%)	
Trabajador	103 (51.5)
Jubilado	32 (16)
Amal/o de casa	16 (8)
Estudiante	25 (12.5)
Paro	24 (12)
Nacionalidad, n (%)	
Española	190 (95)
Otra	10 (5)
Estado civil, n (%)	
Soltero/a	52 (26)
Casado/a	106 (53)
Viudo/a	7 (3.5)
Pareja	25 (12.5)

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rulópez y María Gracia Adán Martínez

Separado	10 (5)
Nivel económico, n (%)	
< 1000 €	98 (49)
1000-2000 €	62 (31)
> 2000 €	22 (11)
Health Care Communication Questionnaire, M (DE)	
Resolución de Problemas	14.43 (3.33)
Respeto	14.73 (3.31)
Ausencia de Hostilidad	14.46 (1.47)
Comunicación no verbal	6.60 (1.91)
STAI, M (DE)	
Ansiedad Estado	28.24 (5.12)
Cuestionario de Morisky-Green*, n (%)	
Cumplimiento terapéutico	65 (38.01)
No cumplimiento terapéutico	106 (61.99)

*Análisis con 171 participantes que recibieron tratamiento farmacológico en el SUH.

En el análisis de las diferencias en las puntuaciones de los instrumentos de medida según las variables sociodemográficas sexo y edad, se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas según la variable sexo ($p > 0,05$) (Tabla 3). Por el contrario, en cuanto a la variable intervalo de edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Resolución de Problemas ($F=2,912$; $p=0,015$), Respeto ($F=3,05$; $p=0,011$), y Comunicación No Verbal ($F=2,35$; $p=0,043$). El análisis post-hoc, mostró diferencias en el análisis por pares entre el intervalo

de edad ≤ 20 años y el intervalo > 65 años, siendo la puntuación más alta en los pacientes $>$ de 65 años (Tabla 4).

DISCUSIÓN

La evaluación que realizaron los pacientes sobre la comunicación de los profesionales sanitarios en los SUH fue buena, arrojando puntuaciones medias-altas en todas las dimensiones del cuestionario HCCQ, lo que indicó que los pacien-

Tabla 2. Correlaciones bivariadas entre las variables comunicación, ansiedad y cumplimiento terapéutico.

	Resolución de problemas	Respeto	Ausencia de hostilidad	Comunicación no verbal	Ansiedad estado	Cumplimiento terapéutico
Resolución de problemas	-					
Respeto	0.782**	-				
Ausencia de hostilidad	0.122	0.157*	-			
Comunicación no verbal	0.715**	0.765**	0.160*	-		
Ansiedad estado	-0.061	-0.069	-0.105	-0.113	-	
Cumplimiento terapéutico	0.560**	0.575**	0.02	0.520**	0.048	-
**La correlación es significativa en el nivel 0,01						
*La correlación es significativa en el nivel 0,05						

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO
Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rulópez y María Gracia Adánez Martínez

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los variables comunicación y ansiedad según la variable sexo.

	sexo	N	Media	Desviación estándar	p
	mujer	94	31.46	6.23	
HCCQ					
Resolución de Problemas	hombre	106	14.72	2.98	0.195
	mujer	94	14.10	3.68	
Respeto	hombre	106	14.92	2.98	0.396
	mujer	94	14.51	3.65	
Ausencia de Hostilidad	hombre	106	14.57	1.22	0.288
	mujer	94	14.34	1.70	
Comunicación no verbal	hombre	106	6.77	1.82	0.161
	mujer	94	6.39	2.00	
STAI					
Ansiedad Estado	hombre	106	28.07	4.79	0.611
	mujer	94	28.44	5.48	

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los variables comunicación y ansiedad según la variable edad.

	Edad	n	Media	Desviación estándar	p
HCCQ					
Resolución de Problemas	≤ 20 años	20	13.85	3.66	0.015
	21-35	50	13.94	3.02	
	36-45	41	13.78	3.67	
	46-55	40	14.23	3.17	
	56-65	26	15.31	3.04	
> 65 años	23	16.48	2.94		
Respeto	≤ 20 años	20	13.35	3.20	0.011
	21-35	50	14.52	3.09	
	36-45	41	14.15	3.60	
	46-55	40	14.63	3.23	
	56-65	26	15.50	2.80	
> 65 años	23	16.70	3.28		
Ausencia de Hostilidad	≤ 20 años	20	14.55	1.05	0.422
	21-35	50	14.16	1.82	
	36-45	41	14.32	1.52	
	46-55	40	14.75	1.15	
	56-65	26	14.50	1.68	
> 65 años	23	14.74	0.92		
Comunicación no verbal	≤ 20 años	20	6.25	1.65	0.043
	21-35	50	6.78	2.04	
	36-45	41	6.10	1.96	
	46-55	40	6.30	1.95	
	56-65	26	6.88	1.61	
> 65 años	23	7.57	1.70		

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Ágea, Tomás Hernández Ruipérez y María Gracia Adánez Martínez

STAI					
Ansiedad Estado	≤ 20 años	20	26.20	8.56	0.442
	21-35	50	28.46	5.04	
	36-45	41	27.83	5.35	
	46-55	40	28.98	4.17	
	56-65	26	28.27	4.61	
	> 65 años	23	28.96	2.06	

tes percibieron la capacidad de proporcionar información y fomentar su participación en la toma de decisiones, respeto, etc. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores (Curran et al., 2017; Lateef, 2011; McCarthy et al., 2013; Orcajada Muñoz et al., 2020). El ítem peor valorado en el instrumento HCCQ fue el tiempo de espera para ser atendidos, en este sentido, otros estudios apuntan que el tiempo de espera también fue influyente en la satisfacción del paciente (Abdelhadi, 2021; Gírbés et al., 2006).

La puntuación de los pacientes en ansiedad estado medida a través del cuestionario STAI Estado fue media. A pesar de que en la literatura está descrito que los pacientes que acuden a los SUH experimentan ansiedad debido al proceso agudo de su enfermedad (Tudela & María Módol, 2003), y que este estado mejora con el soporte y apoyo que reciben de los profesionales sanitarios del SUH (Çevik Ateş & Topatan, 2019; Musey et al., 2018), en nuestro estudio, no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y las habilidades de comunicación percibidas por los pacientes.

Cuanto mayor es la percepción del paciente de que existe una adecuada comunicación en el SUH, mayor satisfacción y calidad percibida con el servicio recibido (McCarthy et al., 2013; Orcajada Muñoz et al., 2020). Esta percepción puede contribuir a que los pacientes sigan el tratamiento recomendado por los profesionales sanitarios, y se eviten complicaciones posteriores y un mayor costo sanitario (Cutler et al., 2018). En nuestro estudio, se ha observado un elevado incumplimiento terapéutico. Estos resultados son coherentes con otros estudios realizados con pacientes crónicos (Gutiérrez-Angulo et al., 2012) o pacientes mayores (Sánchez-Fidalgo et al., 2007). En nuestro estudio hemos obtenido una asociación entre las habilidades de comunicación percibidas por los pacientes en el SUH (sobre todo la resolución de

problemas y el respeto) y la edad (mayor edad) con el cumplimiento terapéutico. Estos resultados son coherentes con los encontrados en la literatura (Roter & Hall, 2009; Zolnierek & Dimatteo, 2009).

Además, se ha encontrado una mejor valoración de las habilidades de comunicación por parte de los pacientes de mayor edad con respecto a los jóvenes y una mayor ansiedad estado, lo que contrasta con otro estudio (Simmons et al., 2015) with a mean of 4.6 [95% CI: 4.8-5.8, que encontró que en los pacientes mayores había una mayor dificultad en la comprensión y mayor número de malentendidos durante su relación con el personal sanitario.

Como limitaciones del estudio encontramos el tipo de muestreo, que fue por conveniencia y que el análisis del cumplimiento terapéutico debería haber sido mediante seguimiento de los pacientes, ya que éstos contestaban según su percepción de si iban a seguir las recomendaciones terapéuticas recibidas en el SUH. Además, un estudio multicéntrico podría haber enriquecido los resultados de este estudio.

Como conclusión, podemos afirmar que los pacientes valoran adecuadamente las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios de los SUH. Se ha encontrado una asociación entre las habilidades de comunicación (resolución de problemas y respeto) y la edad (pacientes mayores) con el cumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Abdelhadi, A. (2021). Patients' satisfactions on the waiting period at the emergency units. Comparison study before and during COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health Research*, 10(1),

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Ruipérez y María Gracia Adánez Martínez

1956. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1956>

Çevik Ateş, A., & Topatan, S. (2019). The relationship between support systems and anxiety in couples admitted to the emergency department with vaginal bleeding. *International Emergency Nursing*, 46, 100781. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.004>

Cooke, T., Watt, D., Wertzler, W., & Quan, H. (2006). Patient expectations of emergency department care: Phase II—a cross-sectional survey. *CJEM*, 8(3), 148-157.

Curran, J., Cassidy, C., Chiasson, D., MacPhee, S., & Bishop, A. (2017). Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *International Emergency Nursing*, 32, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.001>

Cutler, R. L., Fernandez-Limos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e016982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>

Dean, M., & Oetzel, J. G. (2014). Physicians' Perspectives of Managing Tensions Around Dimensions of Effective Communication in the Emergency Department. *Health Communication*, 29(3), 257-266. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.743869>

Gamella Pizarro, C., Sánchez Martos, J., González Armengol, J.J., & Fernández Pérez, M. C. (2014). Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*, 26(2), 114-120.

Girbés, J., Caldúch Broseta, J. V., & Carbonell Torregrosa, M. A. (2006). Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*, 18(1), 30-35.

Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peitenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital

staff. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.12.008>

Gutiérrez-Angulo, M. L., Lopetegí-Uranga, P., Sánchez-Martín, I., & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>

Lateef, F. (2011). Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 4(2), 163-167. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.82199>

Leal Costa, C., Gómez Sánchez, R., Tirado González, S., Rodríguez Marín, J., & van-der Hofstadt Román, C. J. (2015). Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ). *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E96. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.90>

Leal Costa, C., Luján Cebrián, I., Gascón García, J., Ferrer Villalonga, L., & Van-der Hofstadt Román, C. J. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.05.001>

McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Venkatesh, A. K., Engel, K. G., Cameron, K. A., Makoul, G., & Adams, J. G. (2013). Emergency Department Team Communication with the Patient: The Patient's Perspective. *Journal of Emergency Medicine*, 45(2), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.07.052>

Musey, P. I., Lee, J. A., Hall, C. A., & Kline, J. A. (2018). Anxiety about anxiety: A survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>

Orcajada Muñoz, I., Amo Setien, F. J., Díaz Agea, J. L., Hernández Ruipérez, T., Adánez Martínez, M. de G., & Leal Costa, C. (2020). The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), e12831. <https://doi.org/10.1111/ijn.12831>

LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Irene Orcajada-Muñoz, César Leal Costa, José Luis Díaz Agea, Tomás Hernández Rujpérez y María Gracia Adánez Martínez

Roter, D. L., & Hall, J. A. (2009). Communication and Adherence: Moving From Prediction to Understanding. *Medical Care*, 47(8), 823-825. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181b17e7c>

Sánchez López, J. M., & Díaz Agea, J. L. (2013). La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. Evidencia: Revista de enfermería basada en la evidencia, 10(44), 7.

Sánchez-Fidalgo, S., Fernández Arche, M. de los Á., Cordón, P., Galván, M., Cañizares, J., & Motilva Sánchez, V. (2007). Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados: Efectividad de la actuación farmacéutica. *Farmacia de atención primaria*, 5(4), 128-132.

Simmons, S., Sharp, B., Fowler, J., Fowkes, H., Paz-Arabo, P., Ditt-Skaggs, M. K., Singal, B., & Carter, T. (2015). Mind the (knowledge) gap: The effect of a communication instrument on emergency department patients' comprehension of and satisfaction with care. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 257-262. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.020>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2002). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*: Manual. TEA Ediciones, S.A.

The Lancet. (2000). A fifth amendment for the Declaration of Helsinki. *The Lancet*, 356(9236), 1123. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02746-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02746-X)

Tudela, P., & María Mòdol, J. (2003). Urgencias hospitalarias. *Medicina Clínica*, 120(18), 711-716. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73818-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73818-4)

Val Jiménez, A., Amorós Ballesteros, G., Martínez Visa, P., Fernández Ferré, M. L., & León Sanromá, M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Atención Primaria*, 10(5), 767-770.

Zolnieriek, K. B. H., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

ANEXO VII: ARTÍCULO N°3



Article

How Did the Pandemic Affect Communication in Clinical Settings? A Qualitative Study with Critical and Emergency Care Nurses

José Luis Díaz-Agea ¹, Irene Orcajada-Muñoz ¹, César Leal-Costa ^{2*}, M^a Gracia Adán-Martínez ^{3*}, Adriana Catarina De Souza Oliveira ¹ and Andrés Rojo-Rojo ¹

¹ Faculty of Nursing, Universidad Católica de Murcia, 30107 Guadalupe, Spain; jluisd@ucam.edu (J.L.D.-A.); iorcajada91@gmail.com (I.O.-M.); acatarina@ucam.edu (A.C.D.S.O.); arojo@ucam.edu (A.R.-R.)

² Faculty of Nursing, Universidad de Murcia, 30120 El Palmar, Spain

³ Faculty of Medicine, Universidad de Murcia, 30120 El Palmar, Spain

* Correspondence: dealtum.es (C.L.-C.); g.adan@um.es (M.G.A.-M.); Tel.: +34-868-889-771 (C.L.-C.)

Citation: Díaz-Agea, J.L.; Orcajada-Muñoz, I.; Leal-Costa, C.; Adán-Martínez, G.; De Souza Oliveira, A.; Rojo-Rojo, A. How Did the Pandemic Affect Communication in Clinical Settings? A Qualitative Study with Critical and Emergency Care Nurses. *Healthcare* **2022**, *10*, 373. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020373>

Academic Editors: Giuseppe Di Martino, Tommaso Staricchia and Fabrizio Cedrone

Received: 24 January 2022

Accepted: 13 February 2022

Published: 14 February 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The objective of the present study was to determine the subjective impact of the pandemic due to COVID-19 on communication, as perceived by nurses working at emergency services and Intensive Care Units at various hospitals in the Region of Murcia (Spain). A qualitative study was conducted based on the content analysis of 12 semi-structured individual interviews. The participant recruitment process was performed through a snowball sampling technique. Four main dimensions, eleven categories, and two sub-categories were obtained: (1) communication (communicative expressions, both verbal and non-verbal, and limitations); (2) emotional aspects (positive, negative); (3) overload (first wave, second wave, and third wave); and (4) relationships (health professionals–patients, healthcare professionals, patients–family, and family–health professionals). The main findings of the study show that communication was slightly affected during the pandemic, especially the non-verbal kind, with verbal communication maintained and, in some occasions, strengthened. The lack of training in communication skills and its influence on the management of difficult periods was another important finding. Communication in general deteriorated during the pandemic, especially during the initial waves. Non-verbal communication was more affected due to the use of Personal Protective Equipment and the initial fear of infection, with this finding strongly observed in departments such as emergencies or critical care. The nurses who were interviewed underlined negative emotional aspects associated with a deficit in communication. The positive aspects described were associated with the creation of mutual support spaces and the group cohesion of the work teams during the pandemic. As an implication for current and future clinical practice, we recommend a coordinated institutional response to mitigate the potential emotional effects on workers by designing appropriate communication and emotional expression protocols.

Keywords: health communication; COVID-19; critical and emergency care; qualitative research

1. Introduction

In March 2020, the World Health Organization (WHO) declared the COVID-19 as a pandemic. This disease has had a great impact on morbidity and mortality worldwide, and the level of infection overloaded health systems, resulting in diverse alterations in care provision [1]. Since the first case in Spain was detected, the increase in the number of people diagnosed and deceased has not stopped rising [2]. The health crisis caused by COVID-19 has had important consequences in Spain [3–5], with this country being among the countries most affected by COVID-19 worldwide, especially during the first and sixth waves [6]. It is evident that the data are discouraging but even more so if we observe the

diagnosed cases of healthcare personnel [7]. Studies on the impact of the pandemic on health workers in the Spanish context have shown a high prevalence of emotional and general health symptoms [8,9]. In the region of Murcia, to date, 331,577 confirmed cases of COVID-19 have been registered. Epidemiological discharge has been given to 302,303 patients, and 2010 deaths have occurred [10].

Communication has played a fundamental role in health centers and hospitals in the management of this health problem and the propagation of the virus although it has been difficult due to the work setting at these centers and the use of masks [11,12]. Communication plays a primordial role on the interactions of people in clinical settings, and we must therefore consider the importance of correct and efficient communication. This communication must be suitable to the needs of the patients, their families, and health professionals [13]. Communication skills are a key competency for nurses, as it is indispensable for establishing a relationship of support, safety, and quality of care provided to patients [14]. Good communication has a positive influence on the perception of the health system users and their families, and it favors the management of the patient's health, adherence to a therapy, the solution of problems, and emotional support (such as how to face situations of mourning) [11,13,15]. Studies conducted on health professionals and communication skills can be equated to investing in better patient care [16]. It has also been observed that good communication skills are fundamental for preventing the burnout syndrome found in health professionals [17–20]. Furthermore, communication failures are the leading cause of inadvertent patient harm [21].

With special emphasis on the current pandemic, communication can have different effects on the emitter and the receiver, depending on the way it is conducted. For example, for the receiver, adequate communication can help in the process of acceptance and adaptation to the new reality in situations of mourning although communication skills and the management of basic operating guidelines are needed, which point to the need for training. For the emitter, effective communication can imply a decrease in the levels of stress, which can reduce the probability of suffering from burnout [17]. Therefore, communication is a process of reciprocal interaction, which benefits both nurses and patients [22,23].

Communication with critical COVID-19 patients is more complicated given that many of them are sedated, intubated, or their lives are at risk. We can also include the loneliness they experience, as they cannot be accompanied by their family. These patients experience feelings and emotions, such as pain, fear, anguish, sadness, etc., and appropriate communication skills of health professionals are therefore needed [24,25]. According to the WHO, good communication has become as essential as epidemiological training and laboratory analyses for the control of COVID-19 outbreaks [26].

There are two types of communication, namely verbal and non-verbal. A greater importance is usually granted to verbal communication, but studies have shown that more than 55% of communication is conducted through non-verbal means [27,28]. Non-verbal communication between individuals does not involve the content of spoken language. Instead, it is based on the unspoken language of facial expressions, eye contact, and body language [29]. For this, we must consider that the continued use of surgical masks could significantly increase the difficulties in non-verbal communication, especially because facial gestures practically disappear [30]. Furthermore, we must consider people who have some type of disability or limitation for communicating, such as deafness, for whom non-verbal communication is indispensable, thereby granting more importance to facial gestures and lip-reading. In these cases, it is vital to consider resources that decrease these difficulties, such as communication boards and gestures of support [11].

The main objective of the study was to determine the subjective impact of the COVID-19 pandemic on communication, as perceived by nurses at hospital emergency services and Intensive Care Units (ICU) at various hospitals in the region of Murcia (Spain).

The specific objectives were to analyze verbal and non-verbal communication perceived by health care professionals and to identify the possible limitations they found; to identify emotional aspects, both positive and negative, observed by health professionals during the pandemic, associated with communication; to explore the overload experienced by health professionals in the different stages of the pandemic as well as the associated feelings; and to describe, from the point of view of the nurses, the relationships between health professionals, patients, and families since the start of the pandemic.

2. Materials and Methods

2.1. Design

A qualitative study was designed based on the analysis of individual, semi-structured interviews, which were conducted to delve into the characteristics of communication perceived by nurses working at emergency services and ICUs at different hospitals in the region of Murcia (Spain). We sought to individually identify the main dimensions referred to in the study objectives through the interviews given to the participants.

2.2. Study Setting and Participants

To recruit informants who would be ideal for the study, an intentional, non-probabilistic sampling method was utilized. The participants were health professionals who met the following inclusion criteria: (1) nurses who had worked during the pandemic in services in which they had been in contact with COVID-positive patients, especially in emergency services and ICUs and (2) the participant's consent for the study.

The participant recruitment process was conducted through snowball sampling, resulting in 12 volunteers (Table 1). The internal composition met the homogeneity criteria (all of the participants met the inclusion criteria) and the heterogeneity criteria (as the representation of different opinions were sought, the nurses had to come from different services and hospitals in the region of Murcia, Spain). The number of participants was chosen according to the saturation criterion [31]. Information saturation refers to the moment in which qualitative material ceases to provide new data after conducting several interviews. At this moment, researchers stop collecting information. In qualitative research, the number of participants is not as relevant as in quantitative studies; nor is statistical representativeness expected. What is sought in qualitative research is depth, and what is fundamental is the quality of the participants' contributions and the extent to which they help us to understand the phenomenon under study. Other qualitative studies similar to ours (referring to the subjective perspectives of health professionals on the pandemic) have been carried out with a similar number of participants [32,33]. When the phenomenon under study is striking, and the shared experiences are common, saturation is often reached with a small number of interviews, as evidenced in other qualitative studies [34,35].

Table 1. Main characteristics of the participants.

Number Code/Sex	Workplace	Age	Experience (Years)	Hospital
N1/Female	Emergencies	28	3	H1
N2/Female	COVID Hospital Unit	37	8	
N3/Female	Emergency Radiology Diagnosis	30	5	H2
N4/Male	Emergencies	33	4	
N5/Male	Emergencies	27	6	
N6/Female	ICU	41	9	H3

N7/Female	ICU	31	4	
N8/Female	ICU	53	18	
N9/Female	ICU	32	6	
N10/Male	ICU	34	8	H4
N11/Male	ICU	33	5	
N12/Male	Emergencies	64	20	H5

2.3. Data Collection

The data were collected between the months of April and July 2021. Twelve semi-structured in-depth interviews were conducted. Each interview lasted an average of 38.52 min and was conducted by a member of the research team (IOM). The interviewer had experience in qualitative research and was conducting research in aspects of clinical communication for her doctoral thesis. As this study was conducted in Spain, the language used in the interviews was Spanish (Castilian). A professional native translator (MF) oversaw the translation of the excerpts from the interviews for this manuscript. The role of the interviewer was to guide the interview towards the main objectives of the study as well as to re-guide the interview when the conversation deviated from the main aspects of the study.

At the start of the interview, the main researcher ensured that all the participants understood the aim of the study and what was required of them. The concepts of “communication” and “communication skills” were also clarified for them so that they would have a clear idea about the topics to be discussed during the interview. The following personal data were collected: age, professional category, hospital service in which they were currently employed, services in which they had previously worked, year of graduation from university, and years of experience. Next, the open-ended questions were presented, which had been agreed upon by the research team and contained the following topics (Table 2).

Table 2. Script of questions and topics used in the semi-structured interviews.

Personal experience before the pandemic and initial experiences at the start of the pandemic
How would you describe your process of adaptation during the last few months until today? Please explain to me what the process entailed for you to go to work every day in an environment with COVID-positive patients
Feelings perceived during the different waves of the pandemic
How was the communication between the health professionals and the patients? What happened with the patients subjected to NIV *?
Please tell us about any experience about patients who had to be intubated quickly, without being able to say good-bye, if this occurred in your presence
Do you think the patient received the same amount of information about his/her disease as if the pandemic had not occurred?
Can you describe the communication between health professionals during the pandemic? Do you think communication has been negatively affected?
Before the pandemic, do you think you could have better interpreted the mood of a colleague at the hospital?
Do you think the relationships between colleagues have been affected by the pandemic? Explain your answer
What advice would you give to a colleague who is starting work at the same service you are at in order to effectively communicate with patients and the other health professionals?

After the workday, when you are at home, have you had to deal with some feelings?

How would describe it/them?

As for the training for dealing with the pandemic, what aspects would you highlight?

Have you dealt with patients with a communication difficulty or with people who have some type of limitation or disability? Do you think the distancing protocols and personal protection equipment have had an influence on communication?

Have you noticed some alterations in communication with respect to the patient's families and the health professionals during the pandemic?

* NIV, non-invasive ventilation.

The interviews were face-to-face and were recorded on a digital audio/video recording device. The setting in which the interview took place was relaxing and comfortable, with all the safety measures in place (both the interviewer and each participant wore an FFP2 mask in addition to keeping an interpersonal distance of 2 m). The conversations were recorded and saved in a video/audio file for their later transcription and analysis. About 462.32 min of conversations were recorded.

2.4. Data Analysis

The files were transcribed verbatim into a single document that served as the basis for independent close reading by two different members of the research team with previous qualitative research experience (C.L.C. has a Ph.D. in Psychology and J.L.D.A. a Ph.D. in Social Anthropology). The two members of the research team independently read the document several times to obtain an overview of the content and identify key concepts. They then met to discuss the results and agree on a coding system to identify themes and sub-themes in the material. A careful examination of the data was undertaken to identify and conceptualize the meanings contained in the text. The units of meaning that emerged in the independent analysis of the text were identified and coded and then grouped into subcategories and categories based on their similarity, using an inductive method characteristic of qualitative research. To analyze the data, the MaxQDA® 2018 software was utilized. At all times, the research team sought to have a neutral attitude to decrease the possible impact of their subjectivity in the process of information collection. The methodological approach followed during the study was phenomenological [36]. The guidelines proposed by Colaizzi [37] were utilized to analyze the data. Moreover, the typical criterion of theoretical saturation of data [38] was utilized when selecting the number of interviews necessary (when the responses were sufficiently repeated to obtain common patterns). When reporting the data and structuring the report of this qualitative research, we followed the guidelines recommended by the methodological literature, which provides rigor to the study. These guidelines have been consolidated into recommendations and an internationally recognized checklist called COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) [39], which served as a guide for the present study.

2.5. Ethical Considerations

The study was approved by the Ethics Board from the San Antonio Catholic University of Murcia (ref. num: CE102103). Before the collection of data, all the participants were previously informed about the objectives of the study and the posterior use of them for the research study considering its voluntary character. All the participants provided their informed consent, which included their permission to be recorded. The participant's contributions were codified to guarantee anonymity and confidentiality, which included the destruction of the recorded sessions after the collection of necessary data. This research was carried out following the recommendations of the Declaration of Helsinki [40]. Participants were assigned a number code, between N1 and N12, to ensure

anonymity. Individual hospitals were given a numerical code (H1, H2, etc.) rather than a name to help protect privacy.

3. Results

Of the 12 participants, 7 were women and 5 men, with a mean age of 36.9 years old. All of them were working at services in which they would be in contact with COVID-positive patients: four in Emergencies, six in the COVID ICU, one in the COVID hospital unit (hospital units adapted to care for COVID-19 patients who are not in critical condition but who require hospitalization), and one in Emergency Radiology Diagnosis. Their professional experience ranged from 3 to 20 years, and all of them were working since the start of the pandemic. Table 1 shows the main characteristics of the participants (age, sex, workplace, and experience). In the region of Murcia, there are a total of 10 public hospitals, out of which five are general university hospitals, and five are county hospitals. The participants in our study worked at three general hospitals and two county hospitals.

Four main dimensions, eleven categories, and two sub-categories were obtained (Figure 1 and Table 3).

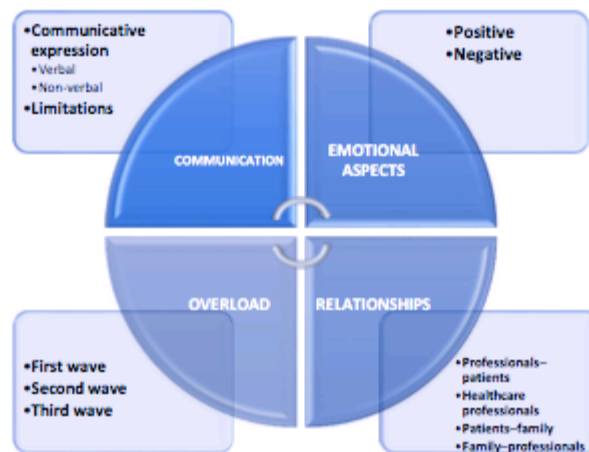


Figure 1. Dimensions, categories, and sub-categories.

Table 3. Main findings of the study.

Dimension	Category	Sub-Category
Communication	Communicative expression	Verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Verbal communication was affected, especially at the beginning of the pandemic, due to the use of personal protection equipment (mask, screen, robe, etc.) although it is precisely due to this that communication improved over time and was re-enforced between colleagues by the surge in empathetic feelings. - Communication by telephone to contact the family was used more than before. - The nurses believed that the patients received the same amount of information about their disease.

		<ul style="list-style-type: none"> - The health professionals who worked directly with COVID-positive patients, at which time a colleague was present to “mirror” them, had better work organization. - Communication in situations of emergency was not affected, independent of whether the patient was COVID-19 positive.
		<p>Non-verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-verbal communication was more complicated due to the use of PPE (mask). - Facial expression was limited so that their attention was more focused on the expression of the eyes or gestures. - The participants agreed that before the pandemic, they could better observe the mood of a colleague as compared to the present time due to the use of masks. However, at present, they could still detect the emotions of others as long as they focused their attention on the eyes and gestures.
	Limitations	<ul style="list-style-type: none"> - Various limitations were found, among which we found elderly who were deaf, people with language barriers, patients who were under non-invasive ventilation, patients in the process of weaning, patients who had undergone a tracheostomy, etc. - Other means of communication were utilized for better communication, such as gestures or using paper and pen to write down what they wanted to say.
Emotional aspects	Positive	<ul style="list-style-type: none"> - The participants underlined positive feelings, such as camaraderie or the feeling of becoming close to their colleagues, and other feelings were found, such as the acquisition of new knowledge and the feeling of overcoming, the special feeling established with the “mirror” colleague, and feelings of solidarity and responsibility.
	Negative	<ul style="list-style-type: none"> - The main negative feelings were fear, stress, and physical and psychological wear although other feelings predominated, such as uncertainty, insecurity, chaos, frustration, impotence, and worry.
Overload	First wave	<ul style="list-style-type: none"> - Lack of PPE, lack of information, greater exposure, greater psychological difficulty, chaos, and in Primary Care, only the more urgent pathologies were tended to in person.
	Second wave	<ul style="list-style-type: none"> - The participants had more information, more equipment, and experience. There was less fear and more protocols although these were still changing. The nurses became accustomed to wearing masks and PPE.
	Third wave	<ul style="list-style-type: none"> - The participants characterized it as the hardest period of work due to the pressure on medical care although they were more accustomed to wearing PPE and worked faster. - The nurses had more knowledge, and things were more peaceful thanks to the start of vaccination. They agreed that they felt safer due to the use of the PPE.
Relationships	Professionals–patients	<ul style="list-style-type: none"> - Loss of physical contact and a much more limited communication due to the use of PPE, especially utilized to reduce the virus exposure time. - With time, the relationships evolved given the increased knowledge and therefore increased safety. - The general perception was that the patients received the same amount of information about their disease, without considering the emotional part (which was impaired). - Communication with patients under NIV or with some type of disability was more difficult.
	Healthcare professionals	<ul style="list-style-type: none"> - In emergency situations, the communication and actions were the same.

	<ul style="list-style-type: none"> - Nurses indicated that they had to acquire new knowledge against the clock due to the situation. - When speaking about the relationship with their colleagues, they agreed that during the pandemic, a greater camaraderie was observed. The group cohesion was generally strengthened.
Patients–family	<ul style="list-style-type: none"> - This was the most difficult part, as providing in-person care was very limited to avoid the propagation of the virus, so that a great deficit in communication was observed. - We also found differences depending on the hospital service (e.g., hospital floors and ICUs had resources, such as telephones or tablets for the patients to make video calls with their family members, but in the emergency department, this was more complicated). - In difficult situations, for example, when patients had to be intubated, they were allowed to speak to their families beforehand as long as it was not an emergency situation.
Family–professionals	<ul style="list-style-type: none"> - Communication was affected because it could not be in-person although more importance was given to providing information to the families via the telephone.

3.1. Dimension I. Communication

Two categories were obtained from this dimension, namely communicative expression and limitations, which themselves were divided into two sub-categories, including verbal and non-verbal.

3.1.1. Communicative Expression: Verbal

For the participants, verbal communication was affected, especially at the beginning of the pandemic, due to the use of personal protection equipment/PPE (mask, screen, robe, etc.) although it is precisely due to this that communication improved over time and was re-enforced between colleagues by the surge in empathetic feelings:

“(…) communication was easier between colleagues if you had previously met them before wearing the PPE. It is clear to me that verbal communication has suffered; especially at the beginning, it was more limited.” (N1)

“I think it is difficult for the professional to give information and for the patient to receive it because of the PPE. However, I saw better communication between colleagues than, for example, with the family, which was the big problem at the beginning of the pandemic.” (N12)

A great amount of personal communication was lost, as communication via the telephone to contact family members highly increased. The nurses believed that the patients received the same amount of information about their disease:

“Young people communicated better with their relatives than older people. Of course, I am referring to communication via telephone because communication in person has been lost.” (N6)

The health professionals who worked directly with COVID-positive patients, at which time a colleague was present to “mirror” them, had a better work organization.

All the participants agreed in that communication in situations of emergency was not affected, independent of whether the patient was COVID-19 positive:

“(…) the work dynamic in emergency situations was good, because in the end, once the team does what needs to be done, it will always be backed by the team that is outside (…)” (N7)

“(…) in situations of emergency, all of us wear our armor, and we have to take risks to save a life; in that situation, communication is adequate for the situation you are facing (…)” (N3)

"(...) communication was increased to its highest degree (...)" (N5)

3.1.2. Communicative Expression: Non-Verbal

Non-verbal communication was more complicated due to the use of personal protection equipment (mask). Facial expressions were limited, so more attention was granted to the expression of the eyes or gestures.

The participants concluded that before the pandemic, they could better observe the mood of a colleague, as compared to the present time, due to the use of masks; nevertheless, at present, they could still detect the emotions of others as long as they focused their attention to the eyes and gestures:

"You don't see the facial expression; with PPE, you can hardly perform non-verbal communication. I think you get more information with the eyes when you wear PPE." (N1)

"(...) I notice it in the eyes, by looking at my colleagues' eyes, I can tell if they are OK or not...by the gestures, in the manner in which they sit or walk, in the way they say hi...in my case, I have learned how to look at my colleagues' eyes, and tell if he is tired or angry...I have learned how to observe all the gestures and behaviors, the manner in which they talk, and especially the way they look, to know how they are feeling...it's complicated, and I supposed that it depends on how observant you become (...)" (N3)

"(...) now it's all eyes and voice (...) communication is something basic, you have to work on it every day, whether it's with your eyes, gestures or whatever (...)" (N2)

3.1.3. Limitations in Communication.

Various limitations were found, among which we found elderly individuals who were deaf, people with language barriers, patients who were under non-invasive ventilation, patients in the process of wearing, patients who had undergone a tracheostomy, etc.:

"(...) what happened to me is that deaf-mute people came, and it was a real problem, because obviously a mute-deaf person will look at your lips, but since you are wearing a mask, they can't." (N3)

All the interviewees agreed in that communication was more difficult with disabled patients (deaf patients cannot read lips). Other means of communication were utilized for better communication, such as gestures or using paper and pen to write down what they wanted to say:

"(...) it's more difficult, and you also don't have skills to tend to these patients, I'm not sure if what I transmitted got to them correctly." (N5)

"I noticed it was more difficult to communicate with people with disabilities, but we used slates or signs... you survive to understand the patient." (N7)

3.2. Dimension 2. Emotional Aspects

Two categories were obtained on this dimension, which were grouped into positive and negative aspects.

3.2.1. Positive Aspects

In this section, the participants underlined positive feelings, such as camaraderie or the feeling of becoming closer to their colleagues, and other feelings were also found, such as the acquisition of new knowledge and the feeling of overcoming, the special feeling established with the "mirror" colleague, and feelings of solidarity and responsibility:

"(...) I felt completely committed to the cause, with solidarity. It has been very intense. The comradeship came to the surface, and I had the satisfaction of taking the work forward day by day (...) My conscience is clear. I have to say

that I have learned a lot, and I have acquired new knowledge and incorporated it. I have also become aware of the responsibility we have.” (N5)

“(…) I saw a high degree of camaraderie (…)” (N10)

3.2.2. Negative aspects

The main negative feelings were fear, stress, and physical and psychological wear although other feelings predominated, such as uncertainty, insecurity, chaos, frustration, impotence, and worry:

“(…) it was like a war, but without knowing the enemy, you knew you had an enemy who could give you a deadly disease, then you would say: ‘well, what means do I have to face this’ (….) I was overcome with emotions, at first I cried a lot (….) The feeling was fear, always a lot of fear when thinking if I had become infected (….)” (N5)

“(…) it’s hard for people to understand what we health workers went through; it would change a lot of behaviors in society in general.” (N11)

3.3. Dimension 3. Overload

In this dimension, we obtained three categories, which were divided considering the three first waves of the pandemic in Spain.

3.3.1. First Wave

The interviewees characterized the first wave with the lack of personal protection equipment (PPE) and information, in which they experienced a greater exposure, and it was defined as psychologically more difficult and chaotic, in which only the more urgent pathologies were tended to in person in Primary Care:

“(…) we were afraid of not knowing if we were doing things right (….)” (N10)

“It was all speculation because nothing was known. There was a lack of information, we didn’t even know how to use a PPE. The health centers were closed, and we only attended emergencies, acute care, or wound cleaning. We were finding out new things every day. There was more information in primary care than in specialized care at the beginning. We did things like in other ICUs but without really knowing why... they didn’t train us...” (N9)

3.3.2. Second Wave

Those interviewed differentiated the second from the first wave, as they had more information, more equipment, and more experience. There was less fear and more protocols although these were still changing. The nurses became accustomed to wearing masks and PPE:

“Conditions improved over the following months. I learned to deal with stress, uncertainty, and chaos. New protocols were introduced (….) to this day.” (N8)

“(…) dealing with the shifts was better with time and with the experience we gained, also gaining confidence little by little (….)” (N2)

3.3.3. Third Wave

The participants characterized the third wave as the hardest period of work due to the pressure on medical care although they were more accustomed to wearing PPE and worked faster. They had more knowledge, and the situation was more peaceful thanks to the start of vaccination. They agreed that they felt safer due to the use of the PPE:

“(…) although it was very, very hard, and perhaps the hardest from what was experienced in the entire region (…), but you face it differently.” (N6)

“It was the hardest working period of all, but we had the situation under control.” (N8)

“The key point was when we got vaccinated, it was a bit of a liberation.” (N10)

3.4. Dimension 4. Relationships

In this dimension, we included four categories: health professionals–patients, between health professionals, family–patients, and family–health professional relationships.

3.4.1. Health Professionals–Patient

All the participants agreed in that especially during the start of the pandemic, there was a loss of physical contact and much more limited communication due to the use of PPE, which were utilized specially to reduce the virus exposure time:

“You try to convey affection, but with PPE, it is more difficult. You spend less time in the rooms with the patient. You are left ‘affected’ after experiencing this, the suffering during the shift and the feeling of sorrow for not being able to save many patients.” (N5)

With time, the relationships evolved given the increased knowledge and therefore increased safety. The general perception was that the patients received the same amount of information about their disease, without considering the emotional part (which was impaired). Communication with patients under non-invasive mechanical ventilation or with some type of disability was more difficult:

“(…) Fear and caution when approaching the patient (…) you thought of all of them as suspects of being infected or being infected yourself and infecting others. At the beginning, the relationship was more distant; now, a little less. In general, there was less communication with the patients, less face-to-face care, and more telephone care. With the patients who had BIPAP, it was more difficult to communicate.” (N12)

“(…) at first, you did what you had to do, and you left the room, and now, thanks to the vaccination, we have lost some of the fear, you feel safer, and we have more information (…)” (N2)

“(…) at first, you couldn’t make great efforts in patient care because you had to leave the room quickly, and now we know more (…)” (N6)

“Communication has worsened because of the barriers. Patients were inside the box, and you had to talk to them from the other side of the door. We didn’t have the means to improve communication at the beginning (tablets or telephones inside the box), but when we went in to do something to the patient, we would explain or let them know that we were there to help them. Depending on what the patient asked you for, you gave them more or less information... but we never withheld information from the patients.” (N9)

3.4.2. Healthcare Professionals

In emergency situations, the communication and actions were the same, i.e., they were not affected. Everyone indicated that they had to acquire new knowledge against the clock due to the urgent situation.

When speaking about the relationship with their colleagues, they agreed that during the pandemic, a greater camaraderie was observed. The group cohesion was generally strengthened:

“More bonding between colleagues, to a greater extent in the ICU because we were all new and without knowledge. We had great support from the referring nurses. We helped each other a lot in any way we could. It has been very intense and an exceptional experience with an incredible connection, very intense work shifts, and you saw your colleague who was the same as you. New knowledge at a rapid pace. Colleagues from another hospital came to help us.” (N4)

"(...) it's hard to forget, it was everything, 12-h shifts 'to the death,' but you had your colleague there, and with just one look, you knew that she was feeling the same way, but we supported each other, the camaraderie was spectacular and hard to forget, for me, these will remain in my heart for the rest of my life (...)" (N5)

3.4.3. Patients–Family

According to the interviewees, this was the most difficult part, as providing in-person care was very limited to avoid the propagation of the virus, resulting in a great deficit in communication. Differences were also found depending on the hospital service; for example, hospital floors and ICUs had resources, such as telephones or tablets for the patients to make video calls with their family members, but in the emergency department, this was more complicated although the family was always informed about the status of the patient:

"We try to get them to communicate every day, especially those with limitations, by providing them with a tablet. Those who took a sudden turn for the worse did not have time to talk to anyone. Visits were not allowed to avoid the spread of infections, but in special situations, they were allowed, but the family member had to wear a PPE (to say goodbye, for example)." (N2)

In difficult situations, for example, when patients had to be intubated, they were allowed to speak to their families beforehand as long as it was not an emergency situation:

"(...) for the patients who were conscious, we made sure they had a telephone or table to speak to their families (...)" (N8)

"(...) it was very hard, because it's not the same thing to see them on the screen than in person, because you cannot touch, it's been a big problem (...)" (N5)

3.4.4. Family–Health Professionals

Communication was affected because it could not be in-person although more importance was given to providing information to the families via the telephone:

"(...) communication was promoted, with a greater number of telephone calls to the family to provide information although I think it worsened, as they could not be there in person (...)" (N9)

"(...) the family members were a lot more understanding; after observing our working conditions, they waited patiently because we were doing everything possible (...)" (M1)

"The relatives have been much more understanding when they see how and in what conditions we were working. They made the task much easier; they waited patiently because they knew we are doing our best. People were afraid and understood the situation. They were informed at all times, but people waited patiently and didn't resent our work so much." (N8)

4. Discussion

The main findings of the present study show that from the point of view of nurses, communication was slightly affected during the pandemic. This was notably observed in the non-verbal type of communication, with verbal communication maintained and sometimes strengthened. Nevertheless, an adaptive evolution of the health professionals, the patients, and their families was observed. This evolution was determined by a greater amount of information available about the disease, which marked the difference with the first periods (waves) of virus propagation. Aside from the improvement in the infrastructures, the improved organization, the acquisition of equipment such as PPEs, and, of course, the massive vaccination of the population also played a role. The negative emotional aspects identified were associated with fear and uncertainty. Positive emotional

aspects emerged from behaviors, such as resilience and camaraderie, which created strong bonds in critical care and emergency teams.

For this, the nurses were able to adapt to the circumstances, greatly using different technologies to ensure a more effective communication through voice calls and video calls to share current information with family members, thus improving the emotional well-being when the in-person visits were restricted. As highlighted in other studies, efficient health communication is a key factor in the fight against the COVID-19 pandemic [41–44].

One of the aspects highlighted in other studies was the lack of training in communication skills [11] and its influence on how the health professionals managed the difficult periods, such as giving bad news, making difficult decisions, dealing with family members separated from their loved ones to prevent virus propagation, or the limited resources [45]. This aspect was present in the opinions from all the nurses interviewed in this study and was overall associated with negative emotions derived from the making of decisions in difficult environments. Already in the year 2020, Back et al. [11] highlighted the challenges faced by doctors in relation to communicating with patients in a pandemic context. Aspects such as facilitating virtual goodbyes between family members and dying patients with restricted access or how to explain decisions about why a particular patient will not receive a scarce resource were affected. However, in our study, we found that the adaptation of nurses to the new situation and communication difficulties was remarkable.

The study showed that the main negative feelings of the nurses were fear, stress, and physical and psychological wear although other feelings predominated, such as uncertainty, insecurity, chaos, frustration, impotence, and worry. A qualitative systematic review found that nurses working on the front lines during the COVID-19 pandemic experienced psychological, social, and emotional distress [46], and during this time, the health professional's stress increased in Spain [47]. It has been demonstrated that adequate training on communication skills could have a direct impact on the mental health of workers and especially against burnout syndrome [17,20]. It has also been observed that the impact of the communication skills of emergency professionals is correlated with the satisfaction perceived by the patients and family members [48] and that communication skills improve the self-efficiency in professional practice perceived by the nursing professionals themselves [49,50]. Aspects that could have influenced participants' stress, such as, for example, having children or elderly people at home, did not appear in the results of this study. However, we understand that they could have had some influence even if it was not made explicit by the nurses. These aspects would be interesting to investigate in future research studies.

Wearing personal protective equipment had an impact on communication in healthcare settings. These results are similar to those obtained in other studies conducted during and before the COVID-19 pandemic [51–54]. The nurses in our study stated that the care provided to individuals with a hearing disability was negatively affected by the use of masks. This problem was also revealed in a study [55] showing that there was a current research gap with regards to healthcare workers wearing masks, as the ability of healthcare staff to successfully communicate with patients and with colleagues is jeopardized, which may adversely affect the efficiency, effectiveness, equitability, and, most notably, safety of therapeutic interventions.

Another aspect to consider was the management and providing of information to people who had a hearing disability during the hardest periods of the pandemic. We must not forget that the gravity of the situation did not allow tending to the communication needs of these individuals as needed, with the resulting discomfort of the health professionals and especially the patients. Aspects associated with the difficulties of people with disabilities in the era of COVID-19 have been highlighted in numerous studies [56,57]. It is highly important to consider individuals with disabilities in terms of equality independently of the context.

With all of this information, we believe that it is highly important to grant communication the status it deserves within the planning of training courses of health

professionals in situations such as the one we are currently experiencing. Recent studies have shown the importance of human factors in the training of inter-disciplinary teams within the context of the COVID-19 pandemic [58], especially in communication [59].

Another interesting aspect to discuss is that which refers to the technologies used by professionals to facilitate the communication of patients with their families or even to communicate the status of patients to relatives. Our respondents mostly reported the use of mobile phone devices and tablets as facilitators of communication. Other studies reported similar results [60,61], with granting special importance when it came to long-distance communication between people, which would facilitate the avoidance of face-to-face communication, playing a fundamental role in the prevention of infections and in the management of the pandemic.

The creation of resilient attitudes in health professionals and the overcoming of communication barriers is another important finding of the present work. The adaptation of nurses to the situation of uncertainty was notable. A series of strategies were put into place to improve communication with the patients and between the health professionals themselves, with new communication codes and channels adapted to the situation. The study participants reported the lack of a coordinated institutional response to mitigate the potential emotional effects of the pandemic on workers and the lack of communication protocols (beyond the ingenious and spontaneous resources of the staff to be able to communicate). The literature reports that some hospitals with previous experiences in caring for patients with high contagiousness [62] launched strategies to create a culture of resilience to face the pandemic. These strategies were based on three principles: leadership, structured communication, and, finally, the creation of a continuum of support for staff within the organization.

4.1. Key Practice/Policy Implications

If we have learned anything from this pandemic, it is that the human capacity to adapt is impressive. Health workers have been able to cope with physical and psychological overload to an unprecedented degree. We assume that the managers of health institutions have also been under great pressure to cope with this situation. However, as an implication for current and future clinical practice, we recommend a coordinated institutional response to mitigate the potential emotional effects on workers by designing appropriate communication and emotional expression protocols.

Since the onset of this pandemic, the professionals themselves have been improvising communication strategies and have adaptively developed an exemplary manner of providing care. However, we believe that some of the organizational and institutional weaknesses that have been directly or indirectly exposed in this work could be improved, which would have mitigated the suffering of health workers and patients.

4.2. Limitations

The main limitation of the study is its local nature. Therefore, we cannot confirm that the external validity of the study is adequate enough to be able to extrapolate the results to other clinical contexts. However, we believe that it could be useful for other researchers when comparing the impact of the COVID-19 pandemic on the communication dimension of health professionals in hospital emergency services and intensive care units.

Another limitation of this study is that it focused on communication at the level of professionals and patients/families. This research could perhaps have benefited from a perspective that connects to the managerial/organizational level, leaving aside half of the factors that influence the work of the participants and those who have already been investigated in numerous works [63,64].

Another threat to the validity of the study could come from the influence that the current situation could have had on the opinions of the participants, which could be amplified by the emotional and physical overload of an overwhelming situation, such as the current pandemic. However, being a phenomenological study, it makes sense that

what was expressed by the participants is valued and analyzed in its context (a phenomenological method grants importance to the experiences and perspectives of the participants themselves). This method is oriented towards the approach to reality, starting from the internal frame of reference of the individual.

More studies are needed to explore the perspective of patients and family members to obtain a broader view of the problem. The external validity of the study could be increased with more interviews in broader contexts (other hospitals and other regions).

5. Conclusions

The analysis of the 12 qualitative interviews conducted with nurses who worked with COVID-19 patients in emergency areas and/or ICUs indicated that their communication experiences during the pandemic deteriorated, especially in the initial stages (early waves) and in the non-verbal modality. The impact of these communication difficulties were observed in aspects related to human interaction and could have contributed to the deterioration of the working conditions and patient care, especially with the elderly with perceptual difficulties and disabled individuals.

Communication limitations were identified, and these were due to the barriers derived from the use of the PPE and the initial fear of infection. The care provided to individuals with a hearing disability was negatively affected by the use of masks.

The nurses interviewed highlighted negative emotional aspects associated with the deficit in communication, such as the influence of work overload on communication and on their psychological state. Nevertheless, positive emotions were also identified, especially due to the creation of mutual support and group cohesion spaces of the work teams during the pandemic. Communication was adaptive in most of the cases, and the health professionals did not experience an evident deterioration except in the non-verbal communication modality.

As an implication for current and future clinical practice, we recommend a coordinated institutional response to mitigate the potential emotional effects on workers by designing appropriate communication and emotional expression protocols.

Author Contributions: Conceptualization, J.L.D.-A., I.O.-M., C.L.-C., and A.R.-R.; data curation, J.L.D.-A., I.O.-M., and M.G.A.-M.; formal analysis, J.L.D.-A., I.O.-M., C.L.-C., and A.C.D.S.O.; funding acquisition, A.R.-R.; investigation, J.L.D.-A., I.O.-M., C.L.-C., M.G.A.-M., A.C.D.S.O., and A.R.-R.; methodology, J.L.D.-A., I.O.-M., C.L.-C., and A.C.D.S.O.; project administration, A.R.-R.; resources, M.G.A.-M.; software, J.L.D.-A. and C.L.-C.; supervision, J.L.D.-A., C.L.-C., and A.R.-R.; validation, M.G.A.-M. and A.C.D.S.O.; visualization, A.R.-R.; writing—original draft, J.L.D.-A., I.O.-M., and C.L.-C.; writing—review and editing, J.L.D.-A., C.L.-C., M.G.A.-M., A.C.D.S.O., and A.R.-R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study was supported by a research grant awarded by the Catholic University of Murcia (PMAFI 13/21). The project was endowed with a grant of EUR 10,000.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of Catholic University of Murcia (protocol code: CE102103).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data are available upon email request to the corresponding authors.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Pallarés Carratalá, V.; Górriz-Zambrano, C.; Llisterri Caro, J.L.; Górriz, J.L. The COVID-19 pandemic: An opportunity to change the way we care for our patients. *Semergen* **2020**, *46* (Suppl. 1), 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.semern.2020.05.002>.
2. Johns Hopkins University. Covid-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Available online: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (accessed on 10 May 2020).

3. Castilla, J.; Moreno-Iribas, C.; Ibero-Esparza, C.; Martínez-Baz, I.; Trobajo-Sanmartín, C.; Ezpeleta, C.; Guevara, M.; Grupo para el Estudio de COVID-19 en Navarra. Primera onda pandémica de COVID-19 en Navarra, febrero-junio 2020. *An. Sist. Sanit. Navar.* **2021**, *1–12*, <https://doi.org/10.23938/ASSN.0954>
4. de Nicolás Jiménez, J.M.; Blázquez Recio, L.M.; Fabregat Domínguez, M.T.; Palomo Cobos, L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. *Aten. Primaria* **2020**, *52*, 588–590. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002>
5. Lopez-Villegas, A.; Bautista-Mesa, R.J.; Baena-Lopez, M.A.; Garzon-Miralles, A.; Castellano-Ortega, M.A.; Leal-Costa, C.; Peiro, S. Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Activity in the Regional Hospitals of Andalusia (Spain). *J. Clin. Med.* **2022**, *11*, 363. <https://doi.org/10.3390/jcm11020363>
6. Soriano, J.B.; Gerli, A.G.; Centanni, S.; Ancochea, J. Forecasting COVID-19 Infection Trends and New Hospital Admissions in Spain Due to SARS-CoV-2 Variant of Concern Omicron. *Arch. Bronconeumol.* **2022**, *in press*. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2022.01.001>
7. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Analysis of COVID-19 Cases in Health Personnel in Spain*; Instituto Carlos III: Madrid, Spain, 2020.
8. Rodríguez-Meréndez, G.; Rubio-García, A.; Conde-Alvarez, P.; Armesto-Luque, L.; Garrido-Torres, N.; Capitan, L.Á.; Luque, A.; Ruiz-Veguilla, M.; Crespo-Facorro, B. Short-Term Emotional Impact of COVID-19 Pandemic on Spanish Health Workers. *J. Affect. Disord.* **2021**, *278*, 390–394. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.079>
9. Pulido-Fuentes, M.; Flores-Martos, J.A.; Abad-González, L.; Navarita-Sánchez, M.V.; Valera-Oviedo, L.; Cipriano-Crespo, C. Emotions in the Time of COVID-19: Affections and Impacts among the Spanish Primary Care Workforce. *Healthcare* **2021**, *9*, 1723. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121723>
10. Consejería de Salud Región de Murcia Murciasalud. The health portal of the Region of Murcia Hospital Catalog. Available online: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=45> (accessed on 29 December 2021).
11. Back, A.; Tulskey, J.A.; Arnold, R.M. Communication Skills in the Age of COVID-19. *Ann. Intern. Med.* **2020**, *172*, 759–760. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>
12. Rubinielli, S.; Myers, K.; Rosenbaum, M.; Davis, D. Implications of the Current COVID-19 Pandemic for Communication in Healthcare. *Patient Educ. Couns.* **2020**, *103*, 1067–1069. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.021>
13. Werder, O. Toward a Humanistic Model in Health Communication. *Glob. Health Promot.* **2019**, *26*, 33–40. <https://doi.org/10.1177/1757975916683385>
14. Leal-Costa, C.; Tirado-González, S.; van-der Hofstadt Román, C.J.; Rodríguez-Marin, J. Creation of the Communication Skills Scale in Health Professionals, CSS-HP. *An. Psicol.* **2016**, *32*, 49–59. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.184701>
15. Martín Padilla, E.; Sarmiento Medina, P.; Ramírez Jaramillo, A. Professional communication in long term health care quality. *Rev. Calif. Asist. Organo Soc. Española Calid. Asist.* **2014**, *29*, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.007>
16. Smith, G.D.; Ng, F.; Ho Cheung Li, W. COVID-19: Emerging Compassion, Courage and Resilience in the Face of Misinformation and Adversity. *J. Clin. Nurs.* **2020**, *29*, 1425–1428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
17. Leal-Costa, C.; Díaz-Agea, J.L.; Tirado-González, S.; Rodríguez-Marin, J.; van-der Hofstadt, C.J. Communication skills: A preventive factor in Burnout syndrome in health professionals. *An. Sist. Sanit. Navar.* **2015**, *38*, 213–223. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0070>
18. Fuertes Gofí, C.; Aranda Auserón, G.; Arroyo Arias, M.P. Communication and mindfulness to prevent burnout. *An. Sist. Sanit. Navar.* **2016**, *39*, 331–333. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0256>
19. Yuguero, O.; Forné, C.; Esquerda, M.; Pífarre, J.; Abadías, M.J.; Viñas, J. Empathy and Burnout of Emergency Professionals of a Health Region: A Cross-Sectional Study. *Medicine* **2017**, *96*, e8030. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008030>
20. Llor Lozano, J.; Seva Llor, A.M.; Díaz Agea, J.L.; Llor Gutiérrez, L.; Leal Costa, C. Burnout, Habilidades de Comunicación y Autoeficacia En Los Profesionales de Urgencias y Cuidados Críticos. *Enferm. Glob.* **2020**, *19*, 68–92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>
21. Leonard, M.; Graham, S.; Boracum, D. The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care. *BMJ Qual. Saf.* **2004**, *13*, i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
22. Alvarez Aparicio, A.I. Communication of bad news in the health field in times of COVID-19. *Telephone. Rev. Coman. Salud* **2020**, *10*, 211–248.
23. Handberg, C.; Voss, A.K. Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals. *J. Clin. Nurs.* **2018**, *27*, 102–114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
24. Calle, G.H.L.; Martín, M.C.; Nin, N. Seeking to Humanize Intensive Care. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* **2017**, *29*, 9–13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
25. Slatore, C.G.; Hansen, L.; Ganzini, L.; Press, N.; Osborne, M.L.; Chesnut, M.S.; Mulanski, R.A. Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *Am. J. Crit. Care Off. Publ. Am. Assoc. Crit.-Care Nurses* **2012**, *21*, 410–418. <https://doi.org/10.4037/ajcc.2012124>
26. Castro-Martínez, A.; Díaz-Morilla, P. Management of internal and external communication in private hospitals in Spain during the COVID-19 crisis. *Rev. Coman. Salud* **2020**, *10(2)*, 525–547.
27. Mast, M.S. On the Importance of Nonverbal Communication in the Physician-Patient Interaction. *Patient Educ. Couns.* **2007**, *67*, 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005>
28. Mheidly, N.; Fares, M.Y.; Zalzal, H.; Fares, J. Effect of Face Masks on Interpersonal Communication during the COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health* **2020**, *8*, 898. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>

29. Baron, R.A.; Byrne, D.; Branscombe, N.R. *Social Psychology*; Pearson: Boston, MA, USA, 2006.
30. Shurlock, J.; Rudd, J.; Jeanes, A.; Iacovidou, A.; Creta, A.; Kanthasamy, V.; Schilling, R.; Sullivan, E.; Cooke, J.; Laws-Chapman, C.; et al. Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19: Early Experience with the Nightingale Communication Method. *Int. J. Qual. Health Care J. Int. Soc. Qual. Health Res.* **2021**, *33*, mzaa162. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa162>.
31. Morse, J.M. The Significance of Saturation. *Qual. Health Res.* **1995**, *5*, 147–149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>.
32. Bianchi, M.; Prandi, C.; Bonetti, L. Experience of Middle Management Nurses during the COVID-19 Pandemic in Switzerland: A Qualitative Study. *J. Nurs. Manag.* **2021**, *29*, 1956–1964. <https://doi.org/10.1111/jorn.13339>.
33. Kwaghe, A.V.; Ilesanmi, O.S.; Amede, P.O.; Okediran, J.O.; Utulu, R.; Balogun, M.S. Stigmatization, Psychological and Emotional Trauma among Frontline Health Care Workers Treated for COVID-19 in Lagos State, Nigeria: A Qualitative Study. *BMC Health Serv. Res.* **2021**, *21*, 855. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06835-0>.
34. Leever, A.M.; Hulst, M.V.D.; Berendsen, A.J.; Boendemaker, P.M.; Roodenburg, J.L.N.; Pols, J. Conflicts and Conflict Management in the Collaboration between Nurses and Physicians—A Qualitative Study. *J. Interprof. Care* **2010**, *24*, 612–624. <https://doi.org/10.3109/13561820903550762>.
35. Angland, S.; Dowling, M.; Casey, D. Nurses' Perceptions of the Factors Which Cause Violence and Aggression in the Emergency Department: A Qualitative Study. *Int. Emerg. Nurs.* **2014**, *22*, 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>.
36. Zahavi, D.; Martiny, K.M.M. Phenomenology in Nursing Studies: New Perspectives. *Int. J. Nurs. Stud.* **2019**, *93*, 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.014>.
37. Edward, K.-L.; Welch, T. The Extension of Colaizzi's Method of Phenomenological Enquiry. *Contemp. Nurse* **2011**, *39*, 163–171. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.163>.
38. van Rijnsvoer, F.J. (I Can't Get No) Saturation: A Simulation and Guidelines for Sample Sizes in Qualitative Research. *PLoS One* **2017**, *12*, e0181689. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181689>.
39. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *Int. J. Qual. Health Care J. Int. Soc. Qual. Health Care* **2007**, *19*, 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
40. World Medical Association World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* **2013**, *310*, 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
41. Kennedy, N.R.; Steinberg, A.; Arnold, R.M.; Doshi, A.A.; White, D.B.; DeLair, W.; Nigra, K.; Elmer, J. Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Ann. Am. Thorac. Soc.* **2021**, *18*, 838–847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>.
42. Monin, J.K.; Ali, T.; Syed, S.; Piechota, A.; Lepore, M.; Mourgues, C.; Gaugler, J.E.; Marottoli, R.; David, D. Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry* **2020**, *28*, 1299–1307. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.008>.
43. Finset, A.; Bosworth, H.; Butow, P.; Gulbrandsen, P.; Hulsman, R.L.; Pieterse, A.H.; Street, R.; Tschoetschel, R.; van Weert, J. Effective Health Communication—A Key Factor in Fighting the COVID-19 Pandemic. *Patient Educ. Couns.* **2020**, *103*, 873–876. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>.
44. Lord, H.; Loveday, C.; Moxham, L.; Fernandez, R. Effective Communication Is Key to Intensive Care Nurses' Willingness to Provide Nursing Care amidst the COVID-19 Pandemic. *Intensive Crit. Care Nurs.* **2021**, *62*, 102946. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102946>.
45. Bowman, B.A.; Back, A.L.; Esch, A.E.; Marshall, N. Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. *J. Pain Symptom Manage.* **2020**, *60*, e98–e100. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.028>.
46. Xu, H.; Stjernswärd, S.; Glasdam, S. Psychosocial Experiences of Frontline Nurses Working in Hospital-Based Settings during the COVID-19 Pandemic—A Qualitative Systematic Review. *Int. J. Nurs. Stud. Adv.* **2021**, *3*, 100037. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100037>.
47. Leal-Costa, C.; Díaz-Agea, J.L.; Ruzafa-Martínez, M.; Ramos-Morcillo, A.J. Work-related stress amongst health professionals in a pandemic. *An. Sist. Sanit. Navar.* **2021**, *44*, 123–124. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0940>.
48. Orcajada Muñoz, I.; Amo Setien, F.J.; Díaz Agea, J.L.; Hernández Ruipérez, T.; Adánez Martínez, M. de G.; Leal Costa, C. The Communication Skills and Quality Perceived in an Emergency Department: The Patient's Perspective. *Int. J. Nurs. Pract.* **2020**, *26*, e12831. <https://doi.org/10.1111/ijn.12831>.
49. Leal-Costa, C.; Tirado González, S.; Ramos-Morcillo, A.J.; Ruzafa-Martínez, M.; Díaz Agea, J.L.; van-der Hofstadt Román, C.J. Communication Skills and Professional Practice: Does It Increase Self-Efficacy in Nurses? *Front. Psychol.* **2020**, *11*, 1169. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01169>.
50. Yoo, H.J.; Lim, O.B.; Shim, J.L. Critical Care Nurses' Communication Experiences with Patients and Families in an Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *PLoS ONE* **2020**, *15*, e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>.
51. Hampton, T.; Crunkhorn, R.; Lowe, N.; Bhat, J.; Hogg, E.; Afifi, W.; De, S.; Street, I.; Sharma, R.; Krishnan, M.; et al. The Negative Impact of Wearing Personal Protective Equipment on Communication during Coronavirus Disease 2019. *J. Laryngol. Otol.* **2020**, *134*, 577–581. <https://doi.org/10.1017/S0022215120001437>.
52. Muzzi, E.; Chermaz, C.; Castro, V.; Zarinoni, M.; Saksida, A.; Orzan, E. Short Report on the Effects of SARS-CoV-2 Face Protective Equipment on Verbal Communication. *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol.* **2021**, *278*, 3563–3570. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06535-1>.

53. Neves, H.C.C.; Souza, A.C.S. e; Medeiros, M.; Munari, D.B.; Ribeiro, L.C.M.; Tipple, A.F.V. Safety of Nursing Staff and Determinants of Adherence to Personal Protective Equipment. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* **2011**, *19*, 354–361. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000200018>.
54. Alarfaj, M.A.; Foula, M.S.; Alshammary, S.; Nwesar, F.A.; Eidamati, A.M.; Alomar, A.; Abdalmomen, A.A.; Alarfaj, L.; Almulhim, A.; Alarfaj, O.; et al. Impact of Wearing Personal Protective Equipment on the Performance and Decision Making of Surgeons during the COVID-19 Pandemic: An Observational Cross-Sectional Study. *Medicine* **2021**, *100*, e27240. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027240>.
55. Marler, H.; Ditton, A. “I’m Smiling Back at You”: Exploring the Impact of Mask Wearing on Communication in Healthcare. *Int. J. Lang. Commun. Disord.* **2021**, *56*, 205–214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>.
56. Goggin, G.; Ellis, K. Disability, Communication, and Life Itself in the COVID-19 Pandemic. *Health Sociol. Rev. J. Health Sect. Aust. Sociol. Assoc.* **2020**, *29*, 168–176. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1784020>.
57. Sabatello, M.; Burke, T.B.; McDonald, K.E.; Appelbaum, P.S. Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic. *Am. J. Public Health* **2020**, *110*, 1523–1527. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305837>.
58. Rojo-Rojo, A.; Soto-Castellón, M.B.; García-Méndez, J.A.; Leal-Costa, C.; Adánez-Martínez, M.G.; Pujalte-Jesús, M.J.; Díaz-Agea, J.L. Training with High Fidelity Simulation in the Care of Patients with Coronavirus-A Learning Experience in Native Health Care Multi-Professional Teams. *Healthcare* **2021**, *9*, 1260. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101260>.
59. Nogueira Rodrigues, M.E.; da Costa Belarmino, A.; Lopes Custódio, L.; Verde Gomes, L.L.; Rodrigues Ferreira, A. Communication in Health Work during the COVID-19 Pandemic. *Investig. Educ. En Enfermeria* **2020**, *38*, e9. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09>.
60. Bhavya, R.; Sambhav, S. Role of Mobile Communication with Emerging Technology in COVID-19. *Int. J. Adv. Trends Comput. Sci. Eng.* **2020**, *9*, 3338–3344.
61. Verhagen, L.M.; de Groot, R.; Lawrence, C.A.; Taljaard, J.; Cotton, M.F.; Rabie, H. COVID-19 Response in Low- and Middle-Income Countries: Don’t Overlook the Role of Mobile Phone Communication. *Int. J. Infect. Dis.* **2020**, *99*, 334–337. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.07.069>.
62. Wu, A.W.; Connors, C.; Everly, G.S. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Ann. Intern. Med.* **2020**, *172*, 822–823. <https://doi.org/10.7326/M20-1236>.
63. Creese, J.; Byrne, J.-P.; Matthews, A.; McDermott, A.M.; Conway, E.; Humphries, N. “I Feel I Have No Voice”: Hospital Doctors’ Workplace Silence in Ireland. *J. Health Organ. Manag.* **2021**, *35*, 178–194. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2020-0353>.
64. Adkins, K. Exit Only: Harms from Silencing Employee Voice. *J. Sci. Commun.* **2020**, *19*, A03. <https://doi.org/10.22323/2.19050203>.

ANEXO VIII: ARTÍCULO N°4

CERCAR a la COVID-19: Un modelo de comunicación estructurada para el seguimiento de casos y contactos en Atención Primaria***CERCAR to COVID-19: A structured communication model for the follow-up of cases and contacts in Primary Care***<https://doi.org/10.23938/ASSN.0985>C. Leal-Costa¹, I. Orcajada Muñoz², J.L. Díaz-Agea², M.G. Adán-Martínez³**Sr. Editor:**

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia mundial producida por el SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19¹, el número de personas infectadas ha experimentado un crecimiento exponencial, produciendo millones de contagios diarios y numerosas muertes, llegando a colapsar los servicios sanitarios de los países europeos donde la sanidad es un bien común^{2,3}. Hasta la fecha (14 de noviembre de 2021) se han infectado 251.788.329 de personas en el mundo y producido 5.077.907 de muertes⁴.

Desde que se detectó el primer caso en España a finales de enero de 2020, el número de personas diagnosticadas (5.042.803) y fallecidas (87.647) ha ido en aumento^{4,5}. La crisis sanitaria causada por la pandemia ha tenido importantes consecuencias en los sistemas sanitarios de todo el mundo, alcanzándose niveles nunca vistos de sobrecarga extrema en los diferentes sistemas públicos de salud, destacando de entre ellos el español⁶.

Esta situación provocó que Atención Primaria (AP) reestructurara sus funciones en tiempo récord, cambiando la organización de los centros de salud, dando prioridad a la detección de personas infectadas y contactos estrechos, sin descuidar la seguridad del resto de pacientes y de los trabajadores de los centros⁷. Los profesionales de AP han realizado un gran esfuerzo para efectuar un seguimiento tanto de casos comunitarios como de los surgidos en centros residenciales⁸.

En esta emergencia sanitaria fue necesario explorar nuevas formas de control y seguimiento de las personas infectadas y los contactos estrechos que presentaban sintomatología leve con o sin complicaciones y que no precisaban hospitalización. Estos pacientes debían tener un seguimiento estrecho desde AP, en gran parte telefónico, lo que supuso un nuevo reto para los equipos de AP al enfrentarse a un tipo de consulta poco entrenada hasta ese momento^{9,10}.

La OMS ha lanzado nueve recomendaciones para la seguridad del paciente, entre las que destaca el entrenamiento en comunicación¹¹. Hay numerosos estudios en los que se trabaja el efecto de la comunicación estructurada sobre la seguridad del paciente, especialmente cuando se usa para organizar la comunicación por teléfono¹².

En la Región de Murcia (España) se planteó la formación de los profesionales sanitarios de AP encargados del control y seguimiento telefónico de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 y sintomatología leve-moderada, así como de los contactos estrechos.

En primer lugar, se diseñó una herramienta de comunicación estructurada que facilitara dicho control y seguimiento por el equipo de AP. La herramienta se denominó *CERCAR*[®] a la

1. Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, El Palmar (Murcia), España

2. Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, Gualupe (Murcia), España

3. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, El Palmar (Murcia), España

Correspondencia:

Dr. José Luis Díaz-Agea /
Dra. Gracia Adán-Martínez
Facultad de Medicina
Universidad de Murcia
Campus de Ciencias de la Salud
Avda/ Buenavista, 32
30120 El Palmar
Murcia (España)
E-mail: jluis@ucam.edu / gadanez@um.es

Recibido: 14/11/2021

Aceptado: 30/11/2021

Av. Sist. Sanit. Navar.

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0985>

1

COVID-19 y fue creada mediante el consenso de cinco expertos en comunicación en salud y en el control y seguimiento de pacientes con COVID-19. Los protocolos de comunicación estructurada creados tanto para la primera entrevista telefónica como para las de seguimiento se exponen en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Protocolo de comunicación estructurada CERCAR a la COVID-19 para la primera entrevista

C CONTEXTO	Revisamos la historia clínica. Tenemos papel y lápiz a mano. Revisamos el <i>check list</i> . Disponemos del listado con teléfonos de interés para el paciente. Nos aseguramos tranquilidad.
E ENTREVISTA	Presentación, nos identificamos. Identificamos al paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, ...). Explicamos que la entrevista va a durar unos 15 minutos. Hablamos de la confidencialidad. Explicamos que la planificación que vamos a adoptar es en beneficio suyo, de su familia y de la comunidad. Preguntamos sobre la pauta de vacunación contra la COVID-19.
R RAZÓN DE LA LLAMADA	Razón de la llamada: comprobamos si la persona ha recibido el resultado de la prueba COVID-19 (si no, entregamos el resultado). Preguntamos por su salud, síntomas, le preguntamos cómo se encuentra. Preguntamos por el periodo infeccioso, cuándo empezaron los síntomas. Explicamos que debe permanecer aislado / en cuarentena y qué significa esto.
C CONTACTOS	Explicamos qué es un contacto estrecho. Le ayudamos a recordar los contactos que tuvo desde 2 días antes del inicio de los síntomas o de la realización de la PCR.
A ACONSEJO Y ANTICIPO	Explicamos las revisiones que vamos a hacer. Le explicamos los signos de alarma por los que debe avisar. Proporcionamos instrucciones sobre cómo aislarse; nos aseguramos de que las ha comprendido. Nos aseguramos de que puede hacer cuarentena. Exploramos preocupaciones y necesidades. Ofrecemos recursos.
R REVISO	REVISIÓN, PREGUNTAS Y CIERRE. Nos aseguramos de que ha comprendido toda la información.

Tabla 2. Protocolo de comunicación estructurada CERCAR a la COVID-19 para la entrevista de seguimiento

C CONTEXTO	Revisamos la historia clínica y recordamos si el paciente está en cuarentena / aislado. Tenemos papel y lápiz a mano. Revisamos el <i>check list</i> . Disponemos del listado con teléfonos de interés para el paciente. Nos aseguramos tranquilidad.
E ENTREVISTA	Presentación, nos identificamos. Identificamos al paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, ...). Recordamos la confidencialidad. Agradecemos que esté guardando cuarentena/aislamiento y recordamos que con su esfuerzo está protegiendo a los que más quiere y a la comunidad en general. Recordamos la pauta de vacunación contra la COVID-19 (en caso necesario).
R RAZÓN DE LA LLAMADA	Razón de la llamada: es una llamada de seguimiento, transmitimos que somos conscientes de lo que supone estar aislado/en cuarentena y valoramos su esfuerzo. Preguntamos por su salud, síntomas, le preguntamos cómo se encuentra. Evaluamos mejoría/empeoramiento. Recordamos: preguntamos por el periodo infeccioso, cuándo empezaron los síntomas. Explicamos que debe continuar aislado / en cuarentena y preguntamos si tiene algún problema para mantenerla.
C CONTACTOS	Preguntamos cómo siguen sus contactos y si ya están todos avisados. Preguntamos si recuerda algún contacto que no haya mencionado previamente.
A ACONSEJO Y ANTICIPADO	Recordamos las revisiones que vamos a hacer. Recordamos signos de alarma por los que debe avisar. Preguntamos cómo lleva el aislamiento, nos aseguramos de que ha comprendido la información. Nos aseguramos de que puede hacer cuarentena. Exploramos sus preocupaciones y necesidades. Preguntamos si necesita ayuda, recordamos que nos puede llamar.
R REVISIO	REVISIÓN, PREGUNTAS Y CIERRE. Nos aseguramos de que ha comprendido toda la información.

En segundo lugar, el Servicio Murciano de Salud diseñó e implementó un programa de formación *online* para estos profesionales de AP, con una parte asincrónica y otra síncrona. En la parte asincrónica se elaboró material específico de formación clínica sobre la COVID-19 en forma de videos locutados, en los cuales se incluyó uno sobre comunicación eficaz telefónica, siguiendo el protocolo de comunicación estructurada CERCAR[®] a la COVID-19. En la parte síncrona, de cuatro horas de duración, se combinaron diferentes metodologías activas de aprendizaje; inicialmente se realizaron análisis reflexivo de los videos problema de entrevistas telefónicas y, posteriormente, se realizaron entrevistas telefónicas simuladas aplicando el protocolo CERCAR[®] a la COVID-19, realizándose una reflexión (*debriefing*) posterior. La simulación clínica, como se ha expuesto en artículos recientes, ha demostrado ser una metodología efectiva de aprendizaje durante la pandemia^{23,24}.

En un breve plazo tenemos previsto publicar los resultados del programa de formación en el seguimiento y control de los pacientes con COVID-19, realizado en más de 200 profesionales de AP del Servicio Murciano de Salud. Sin embargo, podemos adelantar que el protocolo de comunicación estructurada CERCAR[®] a la COVID-19 resultó de gran ayuda para realizar las entrevistas telefónicas en el seguimiento y control de los pacientes con COVID-19 en AP.

Creemos que es necesario crear y utilizar protocolos de comunicación estructurada, como CERCAR[®] a la COVID-19, para gestionar escenarios cambiantes como el que estamos viviendo con la pandemia. El consenso sobre qué información es necesaria para el seguimiento telefónico por el equipo de AP de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 con

C. Leal-Costa y otros

CERCAR A LA COVID-19: UN MODELO DE COMUNICACIÓN ESTRUCTURADA PARA EL SEGUIMIENTO DE CASOS Y CONTACTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

sintomatología leve-moderada y contactos estrechos ha sido un aspecto clave en el seguimiento de estas personas desde AP, aumentando la seguridad de los pacientes al favorecer que, durante la entrevista, los profesionales sanitarios no obviarán ninguna información relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. SOHRABI C, ALSAFI Z, O'NEIL N, KHAN M, KERRON A, AL-JABIR A et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg* 2020; 76: 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijss.2020.02.034>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevo coronavirus 2019. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. GHAN AL, DESAI A, DUKA A. Novel 2019 coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): An updated overview for emergency clinicians. *Emerg Med Pract* 2020; 22: 1-28.
4. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) dashboard. 2021. <https://covid19.who.int>
5. Centro Nacional de Epidemiología. Situación de COVID-19 en España. <https://cnecevid.isciii.es/covid19/>
6. CASTELA J, MORENO-IBARRA C, IBERO ESPARZA C, MARTÍNEZ-BAZ I, TROBAJO-SANMARTÍN C, EPELETA C et al. Primera onda pandémica de COVID-19 en Navarra, febrero-junio 2020. *An Sist Sanit Navar* 2021. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0954>
7. DE NICOLÁS JIMÉNEZ JM, BLÁZQUEZ RICO LM, FARRIGAT DOMÍNGUEZ MT, PALOMO COROS L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. *Aten Primaria* 2020; 52: 588-590. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002>
8. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Versión del 18 de julio de 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/mcGov/documentos/Manejo_primaria.pdf
9. LUDWIG C, STREIBESANDT D, LUDWIG C, FITTSCH V. Telephone-based communication training in the era of COVID-19. *GMS J Med Educ*. 2021; 38: Doc20. <https://doi.org/10.3205/zma001416>
10. SUNDU KK. The phone: Communication in the age of COVID-19. *Patient Educ Couns* 2021 1; 104: 1889-1890. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.013>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). 'Nueve soluciones para la seguridad del paciente' a fin de salvar vidas y evitar daños. 2007. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
12. MÖLLER M, JØRGENSEN J, REINÅLLI M, KLINGBERG K, HALTZ WE, STÖCK S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018; 8: e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
13. BAILLOLO GASTÓN M. Simulación clínica y la pandemia por COVID-19. ¿De dónde venimos? ¿Hacia dónde queremos ir? *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 125-129. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0887>
14. DÍAZ ADEA JL, FERNÁNDEZ-JISÉS MJ, LEAL COSTA C. Simular en tiempos de confinamiento. Cómo transformar la simulación clínica a un formato online en un contexto universitario de Ciencias de la Salud. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 273-276. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0865>

