



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

Trabajo Final de Máster

HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LOS PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL

Eugeni Barquero Concepción

Tutor/a: Dra. María Antonia Martínez Momblán

Curso académico 2023-2024

Tabla de contenido

1. Introducción	5
2. Objetivo del estudio	9
2.1 Objetivo General	9
2.2 Objetivos específicos	9
2.3 Hipótesis	9
3. Metodología	10
3.1 Diseño del estudio	10
3.2 Ámbito de estudio	10
3.3 Sujeto de estudio	11
3.3.1 Población de estudio	11
3.3.2 Calculo muestral y técnica	11
3.3.3 Reclutamiento de los sujetos	12
3.3.4 Variables de estudio	12
3.3.4.1 Variables sociodemográficas	12
3.3.4.2 Variables laborales	13
3.3.4.3 Variable independiente	14
3.4 Instrumentos de Evaluación	15
3.5 Recogida de datos	16
3.6 Análisis de datos	16
3.7 Aspectos éticos	17
3.8 Limitaciones del estudio	17
3.9 Aplicabilidad y utilidad del estudio	18
4. Presupuesto	20
5. Cronograma. (I) 2024. (II) 2025	21
6. Bibliografía	23
7. Anexo	26

SUMMARY

Introduction: Hospital Emergency Departments (ED) or Hospital Emergency Units (HED), are described as highly complex environments, where health professionals require organizational strategies that favor and promote humanized care to patients, families and professionals, through information and training to all the agents involved in the care.

Main Objective: To analyze the effectiveness of an educational-promotional-informative intervention, based on the second strategic line of the HURgencies project, in the multidisciplinary team of an ED of a second level hospital in the period of time from October 24 until October 25

Methodology: The study has a quasi-experimental pretest-posttest single-group design. The scope of the study takes place in the FHES, a hospital of the SISCat network of second level and with a target of an urban population of more than 247.000 inhabitants. A non-probabilistic sample was used out of convenience. The variables that were taken into consideration are sociodemographic, occupational and level of communication skills, through the Scale on Communication Skills in Health Professionals (EHC-PS). The independent variable included a training intervention through webinars based on the Manual of Good Practices of Humanization in Hospital Emergency Departments. A statistical significance level of $p < 0.05$ was considered.

Implication for practice: The training intervention seeks to develop empathy, effective communication, recognition of professionals with the aim of working in a person-centered approach....

The training intervention in humanization will guarantee care with the quality and safety standards that the patient requires for as long as they may be hospitalized.

Palabras clave: *emergències, humanisation, nursing, care, Medical emergency rooms, patient satisfaction, health communication, soft skills, helping relationship.*

RESUMEN

Introducción: Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) o Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH), son descritos como entornos altamente complejos, donde los profesionales de la Salud precisan de estrategias organizativas que favorezcan y fomenten el cuidado humanizado a los pacientes, familiares y profesionales, a través de información y formación a todos los agentes implicados en el cuidado.

Objetivo: Analizar la efectividad de una intervención educativa-promocional-informativa, basada en la segunda línea estratégica del proyecto de HUrgencias, la comunicación, en el equipo multidisciplinar de un SU de un hospital de segundo nivel en el periodo comprendido entre septiembre del 2004 a diciembre del 2005

Metodología: El estudio tiene un diseño cuasi experimental pretest-posttest de un solo grupo. El ámbito de estudio tiene lugar en la FHES, un hospital de la red de SISCat de segunda categoría y con un target de una población urbana de más de 200.000 habitantes. Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia. La variable que se contemplaron fueron sociodemográficas, laborales y el nivel de habilidades de comunicación, a través de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS). La variable independiente integro una intervención formativa, a través de *webinars* basadas en el Manual de buenas prácticas de Humanización en los servicios de Urgencias Hospitalarias. Se considero un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Implicación para la práctica: La intervención formativa buscaría desarrollar la empatía, la comunicación efectiva y el reconocimiento a los profesionales con el objetivo de trabajar en un marco de actuación centrado en la persona. La intervención formativa en humanización nos garantizará una atención con los estándares de calidad y seguridad que el paciente precisa durante su estada hospitalaria.

Palabras clave: *emergències, humanisation, nursing, care, Medical emergency rooms, patient satisfaction, health comunication, soft kills, relacion de ayuda.*

1. Introducción

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) o Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH), son descritos como entornos altamente complejos con una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garanticen las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a los usuarios. (Ministerio de sanidad y política social 2010 (1)).

Los SUH son lugares donde profesionales de la salud intentan cuidar de las personas con la dignidad que estas se merecen. En este contexto, al profesional, le pueden surgir emociones morales fruto de sentimientos relacionados con no poder garantizar ese interés superior del paciente y el de sus familiares (2). No obstante, a veces, la estructura física del sitio, un errante modelo organizativo, la sobreocupación de estos tipos de servicios y la exposición del profesional a experiencias traumáticas son causas que pueden desencadenar baja calidad de vida profesional en dichos colectivos (1).

Los profesionales de la Salud en el contexto de SUH precisan de estrategias organizativas que favorezcan y fomenten el cuidado humanizado a los pacientes, familiares y profesionales, a través de información y formación a todos los agentes implicados en el cuidado (1).

Se considera que los SUH son aquellos lugares por donde circulan todos los pacientes, desde el que tiene una patología grave a aquel menos urgente pero que encuentra en el servicio la eficacia que busca. Todos ellos se verán devorados por un tiempo de espera y en medio de un territorio hostil que impondrá la dictadura de la curación del cuerpo (3). La afluencia masiva de personas a este servicio provoca una sobreutilización y masificación. Todo ello convierte a este espacio hospitalario en un lugar predispuesto a continuar con la dinámica presente de la cosificación del paciente y de una atención poco integral pivotando sobre la necesaria pero insuficiente atención biomédica.

De la misma manera en estos espacios se convive y se vive a unos ritmos acelerados donde el tratamiento-cura y la técnica a usar se convierte en aquello fundamental que puede salvar una vida (4).

Por consiguiente, se define un escenario que invita a hablar de contexto de deshumanización o lo que en su consecuencia se denominaría despersonalización entendida esta como la acción o efecto de quitar atributos personales (5).

No obstante, son varios los autores que se refieren al servicio de urgencias como aquella área asistencial proclive a introducir cambios rápidos y profundos (6). Tanto es así que en estas unidades comienza a tener presencia y contemplación, por parte de sus gestores, ese elemento crucial y vital estratégicamente a corto plazo que es la satisfacción del paciente (7). Sin embargo, se corre el riesgo que esta preocupación esconda lo que realmente es el andamio de esa satisfacción; es decir, instalar una nueva manera de hacer y sentir; una manera que sirva para “poner más corazón en las manos” (8). Por lo tanto, una nueva visión del cuidado que vaya más allá del paradigma biomédico y tecnócrata. Este nuevo modo de cuidar no, es más, ni menos, que el buen cuidar que propone la humanización del servicio sanitario fortaleciendo la relación y la comunicación entre los diversos actores implicados (8).

Así los profesionales de la salud deben trabajar para introducir la competencia humanística como una nueva actitud (4). Una competencia basada en los elementos de la empatía, la comunicación y la relación de ayuda con la idea de poder ofrecer una atención integral al paciente, la familia y profesional como agentes implicados en ese encuentro terapéutico (9).

De la misma manera que se hace evidente esta necesidad también lo hacen los factores que pueden interferir en que esto evolucione en esta dirección, nos referimos a; los tiempos de espera, la salud mental de los profesionales, factores organizacionales y las derivadas de la comunicación o no comunicación entre profesional y paciente (4).

Según la evidencia publicada por Bermejo y colaboradores, es fundamental que la humanización no se entienda como una forma de buenismo, sino que la humanización de la sanidad es un cambio más comprometedor que integra el

reconocimiento de la dignidad humana y por consiguiente de los derechos que de ella se desprenden (10).

Son abundantes las evidencias que establecen que la humanización de la sanidad es un proceso sistemático y complejo. Dicho proceso debe de iniciarse con la voluntad de transformación por parte de la propia cultura institucional. Es necesario que las organizaciones definan y asuman las estrategias para elaborar un cambio organizacional que involucra de igual forma a pacientes, familiares y equipo de salud, así como a todas las estructuras del centro, permitiendo un cambio de paradigma en la propia organización (11).

Las evidencias establecen que estos procesos de transformación han sido operacionalizados a través del Proyecto HU-CI, integrando 8 líneas estratégicas con objetivos e indicadores concretos, que sirven de hoja de ruta a la institución y permiten modificaciones en las variables adaptándolas a la propia cultura del centro. (12). Dicho proceso incorpora como agentes activos del cambio a pacientes, familiares y profesionales en aspectos de comunicación, bienestar, cuidados profesionales, infraestructura, cuidados al final de la vida, participación de familiares, etc....Una organización centrada en las habilidades técnicas genera grandes analistas y observadores con buena preparación técnica pero débiles en lo que se hace llamar competencias blandas que hacen referencia a actitudes, valores y aptitudes profesionales (13).

Así es como los profesionales deben considerar que humanizar los cuidados refiere a la globalidad del paciente y a proporcionar una atención integral que pivote en torno a las tres dimensiones; la política, social y espiritual (13). La conversión del paciente en un objeto, su cosificación, la pérdida de sus rasgos personales y dejar atrás la dimensión emotiva puede conducir a una falta de calor humano en la relación profesional (14). Puede ser que este sea realmente el gran problema bioético de nuestros días de ahí la importancia de la formación en humanización del profesional que le permita desarrollar habilidades comunicativas y emocionales.

La intervención formativa buscaría desarrollar la empatía, la comunicación efectiva y el reconocimiento a los profesionales con el objetivo de trabajar en un marco de

actuación centrado en la persona. Este proceso formativo no solo impactaría positivamente en esa clave de futuro que es la experiencia del paciente, sino que también contribuiría a mejorar los resultados clínicos y a contribuir en su progreso de mejora de la salud.

La intervención formativa en humanización nos permitiría atender a cuestiones que vincula la singularidad de la persona con los valores éticos y el respeto a la unicidad de cada persona que es irrepetible (12) o como plantearía el Doctor Heras “Cada persona es un mundo” (15). Así es, que el profesional deber ser prudente y adquirir una cierta capacitación en la observación, la interpretación y la intervención.

Por consiguiente, se hace evidente hablar de la competencia profesional humanizadora (16) como aquella que está conformada por otras subcompetencias; la competencia científico-técnica, la relacional, la emocional, la ética, la espiritual, la cultural y la de gestor. Ahora es cuando se constata la necesidad de que las organizaciones sanitarias y, en concreto, los equipos profesionales que desarrollan sus actividades en los SUH tengan acceso a estrategias de formación y capacitación en el cuidado humanizado.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa-promocional-informativa, basada en la segunda línea estratégica del proyecto de Urgencias, en el equipo multidisciplinar de un SU de un hospital de segundo nivel?

2. Objetivo del estudio

2.1 Objetivo General

Analizar la efectividad de una intervención educativa-promocional-informativa, basada en la segunda línea estratégica del proyecto de Urgencias, Línea 2, Comunicación, en el equipo multidisciplinar de un SU de un hospital de segundo nivel en el periodo comprendido de septiembre del 2024 a diciembre 2025

2.2 Objetivos específicos

1. Describir las variables sociodemográficas y profesionales de los profesionales de la salud
2. Comparar el nivel preintervención y postintervención de la práctica de la comunicación efectiva por parte de los profesionales de la salud a niveles de escucha activa.
3. Comparar el nivel preintervención y postintervención de la práctica de la comunicación efectiva por parte de los profesionales de la salud a niveles de expresión con claridad.
4. Comparar el nivel preintervención y postintervención de la práctica de la comunicación efectiva por parte de los profesionales de la salud a niveles de empatía.
5. Comparar el nivel preintervención y postintervención de la práctica de la comunicación efectiva por parte de los profesionales de la salud a niveles de manejo de problemas.

2.3 Hipótesis

Una comunicación efectiva en la relación paciente-profesional es fundamental para proporcionar una atención de calidad, unos fiables resultados clínicos y garantizar una buena experiencia de paciente

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

Estudio cuantitativo cuasiexperimental con grupo pre y post-intervención

3.2 Ámbito de estudio

El proyecto tendrá lugar en la *Fundació Hospital Esperit Sant* (FHES) en Santa Coloma de Gramenet (BCN), específicamente en el servicio de Urgencias. durante el periodo comprendido entre septiembre del 2024 y diciembre del 2025.

La FHES es un hospital comarcal integrado en el Sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) y ubicado en Santa Coloma de Gramenet. Su área de actuación es el Barcelonés Norte y el Bajo Maresme, dentro de la Región Sanitaria de Barcelona. Actualmente en la FHES trabajan más de 900 profesionales que dan servicio a unas 247.000 personas

Anualmente se atienden a más de 5000 pacientes ingresados y más de 54.000 urgencias. Dispone de 165 camas de hospitalización y 8 de críticos. Desde el punto de vista del área quirúrgica, el hospital cuenta con 8 quirófanos, donde se realizaron un total de 5887 intervenciones quirúrgicas mayores de diferentes especialidades según consta en la memoria institucional del 2022.

En el servicio de urgencias se realizaron un total de 5213 ingresos y 292 altas hospitalarias durante el 2023. Este servicio dispone de 12 boxes para exploración, 1 box para RCP. 2 salas de triage, 2 salas de visita médica ambulatoria, 6 áreas de observación y otras seis monitorizadas, 6 áreas de espera de resultados, una sala de espera interna con 17 asientos, 8 boxes como sales polivalentes y una sala para casos de aislamiento y otra para atender a detenidos preventivos.

3.3 Sujeto de estudio

3.3.1 Población de estudio

Población diana: La población de estudio son todos los profesionales de la FHES que actualmente desarrollan su actividad laboral en el centro.

Población de estudio: Población de profesionales de la salud de la FHES que desarrollan su actividad laboral en la SUH, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2024, a diciembre del 2025.

Los Criterios de inclusión serán:

- Diplomadas universitarias en enfermería, actualmente en activo del SUH de la FHES
- Facultativos del servicio de COT, CG y MI
- Las TCAE actualmente en activo ejerciendo en el SUH
- Los celadores ubicados en este servicio
- El personal administrativo
- Personal de apoyo como; limpieza, lencería o correo interno

Como criterio de exclusión, se establecerá como único el de la retirada por motivos profesionales o personales que le obliguen al salir del estudio.

3.3.2 Calculo muestral y técnica

La población de estudio son todos los profesionales de la FHES durante el 2024, con un total de 52 profesionales de la salud, según el número de la memoria institucional del centro, La muestra estará compuesta por todos los profesionales de la salud que están en activos trabajando en SUH.

La muestra estimada es de 52 profesionales con un porcentaje de abandono del 5%, precisión de la estimación del 5% y un nivel de confianza del 95%.

La técnica de muestreo es no probabilística por conveniencia. Se seleccionarán los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión.

3.3.3 Reclutamiento de los sujetos

En primer lugar, se procederá a la captación de los sujetos participantes en una sesión informativa que se realizarán en el mismo centro y que la dirigirá el investigador principal del estudio. En esta sesión se informará al profesional sobre el estudio y se propondrá a la persona si quiere formar parte de él y ayudar a su realización. Se le entregara y explicara el consentimiento informado (Anexo 5). También se elaborará una hoja de ruta para entregar al profesional que no puede acudir a la reunión y que haya manifestado su predisposición a colaborar en la investigación. (Anexo 2)

3.3.4 Variables de estudio

La recogida de datos se realizará antes y después de la intervención formativa y contemplará:

3.3.4.1 Variables sociodemográficas

Edad:

Definición conceptual: Tiempo en años vivido de la persona desde su nacimiento hasta la actualidad.

Definición operativa: Se medirá en años contando desde la fecha exacta de nacimiento (dd/mm/aa).

Genero:

Definición conceptual: categoría relacional que reflejo las diferencias y desigualdades sociales asignadas a hombres y mujeres

Definición operativa: Se clasificará al profesional según su identificación de género. (hombre, mujer, no binario)

Tipos de núcleo familiar.

Definición conceptual: Construcción social que va más allá de las diferencias biológicas y se refiere a las expectativas culturales y roles asociados a ser hombre y mujer en una sociedad determinada

Definición operativa: Unidad formada por una o varias personas que viven en la misma vivienda y comparten espacio-tiempo y necesidades humanas. Estas pueden ser familias mixtas, monoparentales, o núcleo humano con vivienda compartida

3.3.4.2 Variables laborales

Categoría profesional

Definición conceptual: Profesión y formación dentro del equipo multidisciplinar en el SU

Definición operativa: Se clasificará al profesional en el rol que desempeña en el servicio.

Experiencia laboral

Definición conceptual: Tiempo que lleva dentro del mercado laboral

Definición operativa: Se medirá los años desde su edad laboral hasta la actualidad (años/meses)

Experiencia en el servicio de urgencias:

Definición conceptual: Tiempo en año de experiencia en el servicio por parte del profesional.

Definición operativa: Se medirá en años contando desde su primera incorporación a este servicio.

Desarrolla su profesión en otros centros:

Definición conceptual: Tener constancia si se realiza doble jornada laboral

Definición operativa: Se responderá en forma binaria

3.3.4.3 Variable independiente

Hace referencia a la intervención formativa por parte del profesional. Dicha intervención proporcionará un espacio de debate, reflexión y posicionamiento a través del formato digital de las *webinars*.

Enfoque de las *webinars*

Las *webinars* pivotara toda su línea pedagógica y formativa de la mano del *Manual de Buenas prácticas en Humanización en los servicios de urgencias* (12). Este manual es una herramienta valiosa para promover una atención más humana y centrada en las personas dentro de los servicios de urgencias. Su contenido proyecta un enfoque humanizador desde la evidencia científica con una coherencia interdisciplinaria y que pretende tener un impacto en la cultura organizacional. Por consiguiente, para la dinámica de las *webinars* se desplegará en ellas todo el contenido de la línea estratégica 2 del Manual que hace referencia a la Comunicación (12).

Abordara la comunicación desde tres dimensiones

1. Comunicación en el equipo multidisciplinar en el SU
2. La comunicación del equipo multidisciplinar con otras áreas
3. La comunicación e información al paciente, familia y persona cuidadora:

Objetivos de las *webinars*

- Fomentar la interacción y el contacto con la comunidad de profesional
- Información, y debate
- Desplegar recursos formativos de capacitación para afrontar el gran reto de la Humanización en la asistencia sanitaria; que es el proceso de la comunicación (escucha activa, *counselling* y relación de ayuda, empatía, respeto, asertividad y congruencia,
- Orientar hacia una mayor capacidad del profesional en comunicación informativa

Dinámica y secuencia de las *webinars*.

Las tres webinars, técnicamente seguirán un mismo guion operacional; zoom como plataforma digital, trabajo en plenaria y por salas, participación de todos los actores y publicación de los debates y reflexiones. El despliegue de su contenido se encuentra en el anexo 2.

Pre-Intervención:

Pre-Intervención: Se realizará una primera medición **pre** (antes de la intervención) para ello; se seleccionan un grupo de profesionales que antes de iniciar el proceso de las *webinars* responderán a los 15 ítems de la EHC-PS

Intervención

Posteriormente se desarrollará todo el proceso formativo y de debate consistente en desarrollar las tres dimensiones de nuestra investigación en comunicación (proceso que durará 12 meses)

Post-Intervención:

Después del desarrollo e implantación del programa, al final de este volveremos a medir las calificaciones al grupo.

Posteriormente comparando los resultados pre y post podremos evaluar si el programa de las *webinars* ha generado algún impacto positivo entre los profesionales que participen.

3.4 Instrumentos de Evaluación

La **Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS)** evalúa varias dimensiones relacionadas con las habilidades de comunicación en el ámbito sanitario (17). Las dimensiones evaluadas por esta escala son las siguientes y nos dan la lectura los ítems que se desprende de ellas: empatía, claridad y concisión, habilidades de preguntas y respuestas, manejo de emociones, escucha activa, manejo de situaciones difíciles, adaptación al contexto, habilidades no verbales y respeto y cortesía. La Escala desplegará los ítems centrados en sus cuatro dimensiones; escucha activa, expresión con claridad, empatía y manejo de problemas que se evaluarán mediante sus cuestionarios como

la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Autoeficacia Específica para las comunicaciones. (Anexo 4).

La EHC-PS ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en términos de análisis de ítems, estructura interna, fiabilidad y evidencias de validez. Se relacionaron las habilidades de comunicación de las enfermeras con la autoeficacia general y específica para la comunicación en situaciones difíciles.

3.5 Recogida de datos

Una vez establecidos los objetivos, y los instrumentos de medición al tiempo que intentamos minimizar los errores, el investigador principal recopilara todos los datos para el análisis de manera que se pueda unificar la influencia de la variable independiente sobre las variables dependientes y sus efectos. Durante el proceso de observación se registrarán los datos de manera precisa y sistematizada. Para ello utilizaremos una clásica hoja de registro o una aplicación donde se anotarán todos los datos o episodios que hemos recogido con el profesional. En estas mismas hojas apuntaremos, al margen de los datos observados, las mediaciones que utilizaremos con las herramientas estadísticas que nos hemos proveído.

3.6 Análisis de datos

El análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0

Para la descripción de los datos, las variables cualitativas se describirán en forma de frecuencia y porcentajes y las cuantitativas en forma de media \pm desviación estándar (DE), en el caso de una distribución normal, mediana y rango Inter cuartil en el caso de distribución no normal. En todas las variables se describió el número de casos válidos. Para todas las comparaciones se considerará un nivel de significación estadística de 0,05 y los intervalos de confianza del 95%.

Para analizar la independencia o no de las variables cuantitativas utilizaremos la t de Student. Y test de Chi-cuadrado para comparar. Para las variables cuantitativas,

la hipótesis de normalidad se contrastará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Todas las tablas y figuras se presentan para el total de sujetos y por grupos de tratamiento.

3.7 Aspectos éticos

El estudio se llevará a cabo teniendo en cuenta la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula el derecho a la información de los usuarios y el derecho al consentimiento informado (Anexo 1).

Para garantizar la confidencialidad de la información de todos los datos recogidos en este proyecto, serán registrados de forma anónima siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales y el reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y el consejo del 27 de abril del 2016).

El investigador principal será responsable de garantizar que el estudio se realice de acuerdo con las normas recogidas en la declaración de Helsinki y respetando completamente el código deontológico de la enfermería española. Antes de iniciar el estudio, se ha enviado al Comité Ético de Investigación (CEI) de la Fundació Hospital Esperit Sant, para que valore y apruebe o haga sus sugerencias, del protocolo de estudio, la información que se dé a los participantes y el modelo de consentimiento informado que se utilice. Es responsabilidad del investigador principal obtener el consentimiento informado de los profesionales.

Como es perceptivo se comunica y se solicita permiso para la intervención a Gerencia, Dirección de Enfermería y a la Dirección Médica de la Unidad.

3.8 Limitaciones del estudio

La investigación cuasiexperimental en el contexto de urgencias plantea algunas limitaciones específicas que debemos considerar:

1. Menor precisión: En comparación con los diseños experimentales, los estudios cuasiexperimentales tienden a tener menor precisión. Esto se debe

a la falta de aleatoriedad en la formación de los grupos, lo que puede afectar la confiabilidad de los resultados.

2. Amenaza a la validez: La falta de aleatorización en la asignación de participantes a los grupos puede suponer una amenaza a la validez del experimento. Esto significa que los resultados pueden estar sesgados debido a la forma en que se seleccionan los grupos. Esto puede afectar la generalización de los hallazgos en la población objetivo.
3. Cuidado en la planificación: Dado que muchas decisiones en el ámbito social se basan en investigaciones cuasiexperimentales, es crucial una planificación cuidadosa en la orientación, el control del proceso de investigación y en el análisis de los datos. A tal efecto identificaremos y controlaremos aquellas variables que pudieran sesgar los resultados como podría ser el tiempo de ejercicio activo en la profesión. En el mismo sentido de evitar o minimizar las limitaciones del estudio, la utilización de la T-student nos proporciona un estadístico que podemos considerar robusto pues es sensible al tamaño de la muestra a la vez que mejora la lectura de otras desviaciones.

3.9 Aplicabilidad y utilidad del estudio

En cuanto a la aplicabilidad y utilidad del estudio:

A. Aplicabilidad:

Los resultados de un estudio cuasiexperimental pueden aplicarse a contextos similares. Como el diseño del estudio se asemeja a las condiciones reales los hallazgos pueden ser relevantes para comprender la necesidad e importancia de la formación en habilidades “suaves”.

B. Utilidad:

Los estudios cuasiexperimentales pueden proporcionar evidencia preliminar sobre la efectividad de intervenciones. Si se puede demostrar la hipótesis, del actual Trabajo, esto mejoraría la

perspectiva humanizadora de la atención en urgencias y se podría respaldar la implementación de prácticas similares en otros servicios o centros.

La utilidad también revela desafíos o barreras en la humanización, como podría ser la observación entre los profesionales de la fatiga por compasión, el síndrome de burnout y los dilemas ético-morales en los que el profesional se puede ver envuelto.

4. Presupuesto

Total

6.500,00 €

Concepto	Gasto
Personal/Becario	3.000,00 €
Bienes y Servicios	2.000,00 €
Viajes y participación en CIHAs I II	1.500,00 €
Total	6.500,00 €

5. Cronograma. (I) 2024. (II) 2025

Cronograma del proyecto (I)

DIAGRAMA DE GANTT



Cronograma del proyecto (II)

DIAGRAMA DE GANTT



Resumen narrativo del Cronograma.

Presentamos el proyecto de la recerca, si tiene el aval del Tribunal del Master será presentado en julio-agosto a la Comisión de Ética e investigación de la FHES, previa planificación del evento. Para seguir con la constitución del grupo de profesionales los meses de septiembre y octubre. Ya en noviembre les hacemos llegar al grupo la pre de la EHC-PS, seguidamente en diciembre tendrá lugar la primera *webinar* que se desarrollara e implantara durante los meses de enero y febrero del 2025. La *webinar* que abordara la comunicación con otras áreas desde urgencias, ésta tendrá lugar en el mes de marzo y que se implantara en abril y mayo. La tercera y última *webinar* la indico para el mes de junio que será la última y que nos completará las tres dimensiones que queríamos tocar. Mientras en julio y agosto se sigue a dinámica de implantación. Ya en septiembre y octubre se hace la ECH-PS de postintervención. En noviembre se propondrá el análisis estadístico. Ya en diciembre se cerrará el informe de conclusiones y en diciembre del 25 se elevará el informe a gerencia.

6. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política social 2010 *Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación*. Unidad de Urgencias hospitalarias.2010 [citado 2024 febrero 27]. Disponible en:

<http://www.mspc.es>

2. Jiménez -Herrero. M; Llauro-Serra, M; Acebedo-Urdiales, S; Bazo_Hernandez, L; Font-Jimenez, I; Axelsson, C.(2020) *Emotions and feelings in critical and emergency caring situations; A qualitative studi. BMC Nursing.19 (1)*. 2020 [citado 2024 enero 21.] Disponible en : <https://bmcnurs.biomedcentral.com/>

3. Editorializado.Serrano denuncia la presión asistencial en las urgencias de Albacete y el deterioro de la asistencia primaria por culpa de la gestión de PAJE. CLPremDigital [citado 2024 enero 30]. Disponible en:

<https://clmpress.com/2023/01/serrano-denuncia-la-presion-asistencial-en-las-urgencias-del-hospital-de-albacete-y-el-deterioro-de-la-atencion-primaria-por-culpa-de-la-nefasta-gestion-de-page>

4. Pai Dal, D., & Lautert, L.[internet] 2005..Reino Unido *Soporte humanizado no pronto socorro; um desafio para a enfermagem*. 58(2). 231-4. [citado 2004 febrero 2]. Disponible en

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a21>.

5. García, Irene. La humanización de la asistencia en los servicios de urgencias, Revisión narrativa. [Trabajo fin de grado]. Facultad de Medicina. UAM. 2005 p. 9.

6. Rodríguez, M.C. *“Análisis de la evolución de la demanda asistencial en el servicio de urgencias del complejo asistencial universitario de león”*. [Tesis doctoral, Universidad de león, Departamento de Ciencias Biomédicas]. 2005 p.7.

7. Fernández, M.T.,Lazaro, J.P.,& Benitez, A.T. Satisfacer al paciente...también en urgencias y emergencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicinas de Urgencias y Emergencias*. 2013. [citado 2024 febrero 4] 25(3), 161-162. Recuperado de : <http://www.semes.org/revista EMERGENCIAS/>
8. Bermejo, J.C *Salir de noche. Por una enfermería humanizada*. Madrid. Ed. Salterrae.2000. p.50.
9. Valenzuela, M. “*Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?* [Tesis doctoral, Universidad de Alicante. Departamento de enfermería. Facultad de ciencias de la salud].2015. p.24.
10. Bermejo, J.C “*Humanizar la asistencia sanitaria*. Madrid. Ed Desclée de Brouwer,2014.
11. Belda. J. La teoría universal del Humanismo. *AnMal*, XXXIV,2, 2011, págs. 635-657.
- 12.Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios Hospitalarios. *Manual de buenas prácticas de humanización Servicios de Urgencias Hospitalaria*[internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2020 [citado 2024 septiembre 2020, Disponible en <https://proyctohuci.com/es/bp-hurghosp/>
- 13.Henao-Castaño A, Vergara-Escobar O,Gomez-Ramirez O. Humanización de la atención en salud; análisis del concepto. *Revista Ciencia y cuidados*. [internet]2001 [citado 2004 enero2024].Vol 18(3) 74-85 18(3). DI ;Disponible en dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8041640
14. Gafo . *Diez palabras clave en bioética.*, Estella. Ed Verbo Destino,1994
15. Wes, E. *Cada respiración profunda. La experiencia de un intensivista sobre curar y sanar*. Florida. Editorial Medica AWWE.2022,p 4.
16. *Competencia profesional humanizadora, una cuestión de respeto y excelencia*. Humanizar. Villacieros,M. Revista para la humanización del mundo de la salud.[internet]2021 [consultado 2024 febrero 2](Nº 178) p 4. Disponible en; bing.com/ck/a?!&&p=593dd0e589d2a792JmltdHM9MTcwNzAwNDgwMCZpZ3VpZD0wODJmZTQzNi1hNDM4LTYwZTctM2M4ZC1mNzlhYTUyMjYxYzImaW5zaWQ9NTE5Nw&ptn=3&v

[er=2&hsh=3&fclid=082fe436-a438-60e7-3c8d-f79aa52261c2&psq=humanizar+revista+septiembre-octbre+2021&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuaHVtYW5pemFyLmVzL3B1YmxpY2FjaW9uZXMvcmV2aXNOYS1odW1hbml6YXI&ntb=1](https://www.researchgate.net/publication/321111111/figure/fig/1/figure-fig1/1511111111111/er=2&hsh=3&fclid=082fe436-a438-60e7-3c8d-f79aa52261c2&psq=humanizar+revista+septiembre-octbre+2021&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuaHVtYW5pemFyLmVzL3B1YmxpY2FjaW9uZXMvcmV2aXNOYS1odW1hbml6YXI&ntb=1)

17. Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt Román, C. J., & Rodríguez-Marín, J. Creación de la Escala sobre Habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS.2016 [internet] [consultado 2024 febrero 1] *Anales de Psicología*, 32(1), p. 49-59

7. Anexo

Anexo I. PROYECTO DE INVESTIGACION EN EL SU

Hola, como sabes recientemente he acabado el *Master en humanización de la asistencia sanitaria: pacientes, familia y profesionales* de la UB y ahora sí que estoy en condiciones y preparado para poder llevar a buen término esta investigación en nuestro centro. Hablo de la investigación “Habilidades comunicativas en los profesionales de un servicio de urgencias. Estudio cuasiexperimental

La investigación, hoy todavía proyecto, ha querido continuar con la intervención de humanización que ya desarrollamos el curso 2021 y que consistió en un role-playing que nos aportó seis ítems sobre los que trabajar la comunicación efectiva, tanto desde la relación multiprofesional como equipo a la relación del profesional con el paciente y la familia.

El investigador de urgencias ha ido poniendo el foco y zoom de su inquietud en la comunicación dentro del servicio de urgencias y partiendo de tres dimensiones; el equipo multidisciplinar, la relación con otras áreas y la comunicación e información al paciente-cliente, familia y cuidadores.

El investigador a un grupo multidisciplinar, escogido no aleatoriamente, de profesionales que realizan su labor principal en el SU presentara tres sesiones educativas en línea; webinars en las cuales se ira abordando cada dimensión que se contempla en el estudio. El grupo participante será encuestado previamente al proceso y después de haberlo completado. Intentando observar y demostrar que hay una necesidad de capacitar al profesional en las competencias de las habilidades, llamadas, suaves.

El estudio será presentado para su aprobación por el Comité de Ética y investigación de la FHES, y de acuerdo con su resolución el investigador procederá a definir el grupo y hacerles llegar una propuesta datada, concreta y personalizada. .Ahora, en estos momentos, solo se trata de informarle del lugar-fase donde esta el

proyecto y a la vez preguntarle si tendría disponibilidad y interés en forma parte de ese grupo multiprofesional que participarían en este estudio en el curso 25-26

Si es así, puede ponerte en contacto con el investigador a través del servicio de urgencias ext 4526 o adreçes: ebarquer@fhes.cat ; humanitzacio@fhes.cat; eubarquero@hotmail.com

Nuestra intención es que usted, una vez aprobado el proyecto por la CEA reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento

Mb , particular,617012261

Anexo II. Formación en el Grupo Intervención

Webinar 1. Comunicación con el equipo

- Algunos temas clave
 - Fomento de la confianza y el respeto mutuo.
 - Colaboración y cooperación entre el personal.
 - Toma de decisiones en equipo.
 - Desarrollo del liderazgo.
 - Manejo efectivo del estrés.

Técnicas de Trabajo en Equipo:

- Explorar las habilidades necesarias para trabajar en equipo de manera efectiva:
 - Comunicación efectiva.
 - Resolución de conflictos.
 - Reconocimiento de los logros del equipo.
 - Flexibilidad y adaptabilidad al cambio.
 - Desarrollo de liderazgo

Ejemplos Prácticos:

- Proporcionare ejemplos concretos de situaciones en las que el trabajo en equipo y la humanización han marcado la diferencia en los servicios de urgencias. Incluyendo casos de éxito, historias inspiradoras y estrategias aplicadas en la práctica.

Webinar 2. Comunicación del equipo con otras áreas

La **coordinación entre áreas del hospital** es fundamental para brindar una atención integral y eficiente a los pacientes. Exploraremos:

- **Comunicación Directa.**
- **Equipos Multidisciplinarios:**
 - Se forman equipos multidisciplinarios para abordar casos complejos.
 - Por ejemplo, en el tratamiento del cáncer, oncólogos, radiólogos, cirujanos y enfermeras trabajan juntos para planificar el tratamiento.

■ Reuniones de Coordinación:

- Se realizan reuniones periódicas entre los jefes de servicio y especialistas de diferentes áreas.
- Y, si en estas reuniones, se discuten casos, se comparten conocimientos y se toman decisiones conjuntas.

Webinar 3. Comunicación e información al paciente, familia y cuidadoras

■ Comunicación con los Pacientes y Familiares:

- **Acogida y Escucha Activa:** Desde el momento de la llegada, se debe recibir a los pacientes y sus familiares con calma y empatía. Escuchar sus preocupaciones y necesidades es fundamental.
- **Información Clara y Comprensible:** Explicar el motivo de consulta, los procedimientos y el plan de atención de manera sencilla y comprensible.
- **Gestión de la Incertidumbre:** Reconocer la ansiedad y preocupación de los pacientes y sus familias. Brindarles información honesta y tranquilidad.

■ Comunicación con las Cuidadoras:

- Las cuidadoras también necesitan información sobre el estado del paciente y las acciones que se están tomando.
- Involucrarlas en la toma de decisiones cuando sea posible.

■ Humanización en la Comunicación:

- Tratar a todos con respeto y consideración.
- Evitar tecnicismos y utilizar un lenguaje comprensible.
- Mostrar empatía y compasión.

Anexo III- Escala de habilidades comunicativas en el personal sanitario

EHC-PS; nuestro instrumento

Empatía: Evalúa la capacidad del profesional de la salud para comprender y mostrar empatía hacia los pacientes. Incluye habilidades como escuchar activamente, validar las emociones del paciente y demostrar comprensión.

Claridad y concisión: Mide la habilidad del profesional para comunicar información de manera clara y sin ambigüedades. Esto implica evitar jergas médicas excesivas y utilizar un lenguaje sencillo y comprensible.

Habilidades de preguntas y respuestas: Evalúa cómo el profesional formula preguntas relevantes y responde a las inquietudes del paciente de manera efectiva. Esto incluye hacer preguntas abiertas, cerradas y de seguimiento.

Manejo de emociones: Se refiere a la capacidad del profesional para manejar sus propias emociones y las del paciente durante la comunicación. Esto implica mantener la calma, ser compasivo y gestionar situaciones emocionales.

Escucha Activa: Evalúa la capacidad de los profesionales de la salud para escuchar atentamente a los pacientes, comprender sus preocupaciones y responder de manera empática.

Manejo de Situaciones Difíciles: Evalúa cómo los profesionales de la salud manejan situaciones complicadas, como dar malas noticias o lidiar con pacientes angustiados

Adaptabilidad al Contexto: Considera la habilidad para adaptar el estilo de comunicación según el contexto (por ejemplo, comunicarse con un niño versus un adulto mayor).

Habilidades no verbales: Evalúa el uso de gestos, expresiones faciales, postura y contacto visual para comunicarse de manera efectiva. Las señales no verbales pueden influir en la percepción del paciente sobre la calidad de la comunicación.

Respeto y cortesía: Evalúa si el profesional muestra respeto hacia el paciente, utiliza un tono amable y trata al paciente con dignidad. La cortesía y el respeto son fundamentales para establecer una buena relación terapéutica.

La EHC-PS ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en términos de análisis de ítems, estructura interna, fiabilidad y evidencias de

validez. Se relacionaron las habilidades de comunicación de las enfermeras con la autoeficacia general y específica para la comunicación en situaciones difíciles.

A continuación, subrayamos algunos aspectos clave sobre su aplicación:

- **Evaluación individual:** La EHC-PS se aplica a nivel individual para evaluar las habilidades de comunicación de cada profesional sanitario. Esto incluye médicos, enfermeras, terapeutas, psicólogos y otros especialistas. Cada profesional puede autoevaluarse o ser evaluado por colegas o supervisores.
- **Formación y desarrollo:** La escala se utiliza como herramienta de formación y desarrollo. Los resultados de la evaluación ayudan a identificar áreas de mejora en la comunicación. Los profesionales pueden recibir capacitación específica para fortalecer sus habilidades en las dimensiones evaluadas.
- **Feedback constructivo:** Los resultados de la EHC-PS proporcionan un feedback constructivo a los profesionales. Esto les permite conocer sus puntos fuertes y áreas de oportunidad en la comunicación con los pacientes. El feedback puede ser utilizado para establecer objetivos de mejora.
- **Investigación y estudios:** La escala se utiliza en investigaciones y estudios relacionados con la comunicación en el ámbito sanitario. Los datos recopilados pueden ayudar a comprender patrones de comunicación, identificar factores que influyen en la calidad de la interacción y proponer estrategias de intervención.
- **Evaluación de programas de formación:** Las instituciones sanitarias pueden utilizar la EHC-PS para evaluar la efectividad de programas de formación en habilidades de comunicación. Se comparan las puntuaciones antes y después de la capacitación para medir el impacto.
- **Selección de profesionales:** En algunos casos, la escala se utiliza como parte del proceso de selección de profesionales sanitarios. Evaluar sus habilidades de comunicación puede ser relevante para determinar su idoneidad en el entorno clínico.

Anexo IV. Plantilla de los Items EHC-PS

Ítems según dimensiones

Escucha activa

Finjo escuchar a los pacientes cuando me hablan.
Me distraigo cuando escucho a los pacientes.
Cuando el paciente me está hablando lo interrumpo y no le dejo que acabe lo que me está diciendo.
Cuando hablo con los pacientes lo hago en un lugar tranquilo, para escucharles adecuadamente.
Cuando estoy cansado apenas escucho a los pacientes cuando me hablan.
Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.
Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...

Comunicación Informativa

Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa.
Cuando quiero obtener información sobre el paciente utilizo preguntas abiertas (aquellas que permiten una mayor extensión en las respuestas del paciente).
Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.
Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles.
Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.
Considero que es mejor no dar información si lo que tengo que decir es malo.
Evito situaciones en las que haya que informar de malas noticias.
Si informo a los pacientes no tendré tiempo para estar con los demás, ya que éstos responderán con más preguntas.
Considero que informar a los pacientes no es mi cometido.
Me resulta difícil pedir información a los pacientes.
Me molesto si los pacientes me realizan muchas preguntas.
Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo.

Empatía (Actitud empática)

Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.
Me implicó tanto con los pacientes que al final lo acabo pasando mal.
Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...).
Evito a los pacientes que sufren.
Exploro las emociones de mis pacientes.
Realizo resúmenes de lo que me ha dicho el paciente para asegurarme que he comprendido lo que me ha dicho.
Cuando hablo con los pacientes realizo expresiones verbales de apoyo del tipo: ciertamente ..., ajá ..., claro ...

Respeto y Autenticidad

Siento que respeto las necesidades de los pacientes.
Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.
Establezco con el paciente una relación libre de prejuicios.
Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.
Me comporto con transparencia cuando me relaciono con los pacientes, mostrándome tal y como soy.
Utilizo con los pacientes frases de apoyo - consuelo del tipo: "ya verá como todo se arregla", "Ya verá como se pone bien" ...
Comparto información personal (autorrevelaciones) con los pacientes para dar a conocer mejor mis pensamientos, sentimientos, ...

Conducta socialmente habilidosa o asertividad

Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes.
Soy incapaz de rechazar peticiones poco razonables de los pacientes.
Cuando estoy en desacuerdo con las opiniones de los pacientes me callo para no discutir.
Tengo conflictos con los pacientes cuando tienen una opinión diferente a la mía.
Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.
Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia.
Me pongo nervioso cuando hablo con los pacientes.
Reacciono mal a las críticas de los pacientes.
Considero que los pacientes se aprovechan de mí.
Cuando un paciente me interrumpe en medio de una conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.
Evito hacer preguntas a los pacientes por miedo o timidez.
Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme.
Si estoy enfadado con los pacientes se lo hago saber claramente.

Anexo V: Hoja informativa al CEI y consentimiento informado para profesionales



NHC: _____

Apellidos y Nombre:

**MODELO DE HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO:
PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio:
(El nombre del estudio)

Código del estudio:

Promotor:

Investigador Principal:
(El nombre del IP de nuestro centro)

Centro: Fundació Hospital de l'Esperit Sant

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la investigación, de acuerdo con la legislación vigente.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio.

Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Objetivo del estudio:

Beneficios del estudio:

Procedimiento del estudio:

Confidencialidad:

El promotor se compromete al cumplimiento de la Ley orgánica 3/2018, de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, publicada en el BOE nº294, del 6 de diciembre de 2018, su tratamiento, la comu-

Formato de ficha de observación (campo) para llenar

Tema:	Ficha de observación	Lugar :
Subtema:		Investigador:
Indicador o inciso:		Fuente:
		Fecha de observaciones:
Descripción:		