

XXXIII Congreso de Comunicación y Salud

Cuenca, del 25 al 27 de abril de 2024

MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Habilidades comunicacionales de los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria: ¿Sabemos cómo están? (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1169

Idaira Fuentes Angulo^a, Lourdes García Martínez^a, Henar Gómez Galera^b, María del Pilar Sánchez Sánchez^c, Herminia Moreno Martos^a y Manuela Zapata Martínez^a

^a CS Virgen del Mar. Almería

^b Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería

^c CS Plaza de Toros. Almería

OBJETIVOS

- Evaluar el nivel de asertividad de los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Analizar la empatía de los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sujetos: residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria de la UD.

Criterios de inclusión: ser residente de la UD.

Criterios de exclusión: rechazo a la participación por parte del/de la residente.

Mediciones e intervenciones:

Se aplicará el instrumento denominado «Escala Multidimensional de Asertividad (EMA)», diseñada y validada por Flores y Díaz-Loving (2004), que consta de 45 afirmaciones tipo Likert y que abarca, para cada dimensión, 15 reactivos que permiten obtener tres puntuaciones diferentes:

- Asertividad: las puntuaciones por encima de la media indican habilidad social. Las puntuaciones por debajo de la media indicarían que tiene problemas de expresión en sus relaciones interpersonales.
- Asertividad indirecta: las puntuaciones altas por encima de la

media implican inhabilidad del individuo para expresar abierta y directamente sus opiniones, deseos, sentimientos, opiniones, etc. Por el contrario, si los individuos obtuvieran puntuaciones por debajo de la media, indicarían que son personas capaces de expresarse abiertamente, sin necesidad de hacerlo de manera indirecta.

- No asertividad: las puntuaciones por encima de la media implican incapacidad de expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, etc. Las puntuaciones bajas por debajo de la media indican personas que carecen de este problema.
- Se utilizará una escala validada para medir el grado de empatía, *The Jefferson Scale of Physician Empathy, revised version*, que consta de 20 preguntas de las cuales 10 son en sentido positivo y 10 en sentido negativo. Cada pregunta se evalúa numéricamente del 1 al 7 en relación al grado de aceptación, siendo 7 el grado máximo.

Variables: edad, sexo, año de residencia, tiempo trabajado antes de la residencia (sí/no), escala EMA, escala de Jefferson.

Análisis estadístico:

Análisis univariable: variables cualitativas: distribución de frecuencias. Variables cuantitativas: media, mediana, rango, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza al 95%.

Análisis bivariante: prueba t de Student, análisis de la varianza (ANOVA). Siempre que la muestra siga una distribución normal; si no es así, se aplicarán tests no paramétricos.

Limitaciones: rechazo a participar en el estudio por parte de los residentes de la UD.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende obtener una visión de la situación actual en materia de comunicación de los residentes de la UD con el fin de realizar una formación dirigida a que los residentes adquieran estas habilidades, tan importantes para la relación médico-paciente.

ASPECTOS ETICOLEGALES

- El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio.
- Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, solo tendrán acceso a los mismos el investigador principal y su equipo de colaboradores.
- El estudio se realizará según las normas de buena práctica clínica.
- Se pedirá el consentimiento informado al residente.

FINANCIACIÓN

No dispone de financiación.

CEI

Se envía el proyecto al CEI del distrito de referencia (pendiente de valoración).

MEJOR RESULTADO DE INVESTIGACIÓN

La comunicación de las malas noticias (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1170

M.^a Elvira Callejo Giménez^a, Lucía Méndez de Haro^b, Begoña Crespo Gómez^a, Natalia López García^a, M.^a Inmaculada Juárez Redondo^c y Marta Marina García Alonso^a

^a CS Parque Alameda-Covaresa. Valladolid

^b CS Pinillo Chico. Puerto de Santa María. Cádiz

OBJETIVOS

Principal: conocer cómo vivió el paciente la comunicación del diagnóstico, y aspectos a mejorar.

Secundarios:

- Valorar si esa vivencia condiciona la actitud posterior.
- Evaluar si considera beneficioso hablar de esa vivencia.
- Detectar puntos de mejora en la comunicación.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo, observacional, descriptivo.

Cuestionario (12 preguntas tipo test de respuesta dicotómica, con aspectos relevantes de la comunicación y comentario libre) a mayores de 14 años diagnosticados de cáncer en los dos últimos años.

RESULTADOS

La mayoría de los aspectos estudiados obtuvieron resultados positivos.

- Prácticamente 100%: trato cercano e información clara.
- > 80 %: el lugar, ambiente, tiempo empleado, opción de resolver dudas e información proporcionada.
- 40-60%: se preguntó cómo se sentían; tuvieron la posibilidad de contactar con el médico posteriormente.
- < 40 %: se preguntó si deseaban acompañamiento; se evaluó qué quería saber el paciente.
- 96,3%: valoró positivamente la participación en este estudio.

Variables con correlaciones significativas.

- Edad y claridad de la información: a mayor edad, más dificultad para comprender la información y resolver dudas.
- La confianza en el profesional fue mayor en los que habían recibido un diagnóstico previo de cáncer.

En los comentarios utilizan términos como confianza, esperanza y tranquilidad; se agradece el lenguaje sencillo y el ambiente tranquilo, el abordaje global sociofamiliar o la posibilidad de resolver dudas. Algunos sienten que no se les ha dado toda la información, o que se ha dado a la familia. Todos coinciden en el impacto de la forma de dar la noticia.

CONCLUSIONES

La comunicación del diagnóstico se ha percibido como positiva y se han identificado dos cuestiones a mejorar: ofrecer acompañamiento y evaluar qué deseaba saber el paciente. Se necesita formación y concienciación sobre el impacto de este momento. Se propone validar la encuesta para que los profesionales puedan identificar sus puntos de mejora.

CEI

Este estudio dispone del informe favorable y la aceptación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud de Valladolid Este (22 de marzo de 2018).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Desarrollo y validación de un instrumento sobre la atención centrada en la persona con orientación familiar en las consultas de Medicina de Familia (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1171

Sandra López Caballero^a, Ander Portugal Martínez^b, Itxaso Respaldiza Berroeta^a, Marga López Rey^a y Juan José Rodríguez Salvador^c

^a CS La Paz. Barakaldo. Bizkaia

^b CS Zuazo. Barakaldo. Bizkaia

^c CS Ortuella. Bizkaia

OBJETIVOS

Desarrollar un instrumento que mida los componentes de la atención centrada en la persona con orientación familiar (ACP-OF), optimizar el instrumento ACP-OF como una herramienta para codificar las interacciones (interpersonales) en las consultas de MF y validar dicho instrumento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en 3 fases:

- Primera fase: desarrollo del instrumento inicial de ACP-OF (2023). Durante 6 meses (10 sesiones de 3 horas), el equipo investigador (4 médicos tutores de MF, 4 residentes de MF y una investigadora en comunicación) hizo una versión preliminar de un instrumento para evaluar la ACP-OF en las consultas de MF. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica (enfoque de Marvel, Doherty y Baird (1994) y sus 4 niveles de implicación familiar), un intercambio de experiencias de la práctica clínica una revisión de cuestionarios relacionados con la evaluación de habilidades de comunicación médico-paciente y una grabación de *role playing* para hacer operativo cada nivel.
- Segunda fase: optimización del instrumento inicial de ACP-OF (2024). En colaboración con la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFC), se hace la modificación del protocolo existente de videograbaciones (VG) para poder acceder a las de los residentes de MF de 4.º (R4s). Muestra: todos los participantes R4s (promoción 2024) de MF del curso de Entrevista Clínica de la UDMAFC y sus pacientes y/o acompañantes. Criterios de inclusión: ser residente del curso y firmar los consentimientos. Se espera obtener acceso a 70 VG. Se ha enviado el protocolo al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm). Se plantea repetir el proceso de codificación utilizando el instrumento preliminar, dando prioridad a consultas con acompañante o a la presentación de cierta sintomatología.
- Tercera fase: validación del instrumento inicial de ACP-OF (2025). Muestra: misma muestra (promoción 2025) y criterios de inclusión de la fase anterior. Se podría limitar la codificación a determinados motivos de consulta (p. ej., dolor crónico) en función de los resultados de la fase anterior. Se asignará la codificación de cada videograbación a un miembro del equipo, con un 20% de las videograbaciones doblemente codificadas, y con los datos se calculará la fiabilidad interobservadora del instrumento. Mediante estadísticos descriptivos en SPSS, se realizará una caracterización de las consultas según su nivel de ACP-OF y del grado de observación de los subcomponentes en cada nivel. La limitación más importante es la posible falta de videograbaciones de consultas de niveles altos de ACP-OF.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Conocer las competencias de los médicos de familia en OF. La herramienta podría servir para la caracterización, formación y/o evaluación de competencias clínicas en MF y, si es válida, utilizarse en futuras investigaciones.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Las videograbaciones incluyen datos sensibles, y no es posible anonimizar los vídeos. Se seguirá la legislación vigente en materia de protección de datos. Los residentes, pacientes y acompañantes tendrán derecho a revocar su consentimiento. Se aprovecha el protocolo existente de la UDMAFC que custodia las videograbaciones me-

dante un servidor aprobado por el Servicio de Salud, con un único acceso para los dos profesores tutores miembros del equipo.

FINANCIACIÓN

No tiene.

CEI

Pendiente de aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm).

Evaluación de la respuesta de los profesionales ante las interrupciones en la consulta clínica de Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1172

Laura Torrents Cunill^a, Jana Ortiz Ciruela^a, M.^a Nieves Barragán Brun^a y Remedios Martín Álvarez^a

^a CAP Vallcarca. Barcelona

OBJETIVOS

El presente proyecto tiene como objetivo principal evaluar las respuestas y el manejo de los profesionales sanitarios ante las interrupciones durante la práctica clínica. Como objetivos secundarios se plantea conocer la percepción y satisfacción de los profesionales y de los pacientes en relación con la interrupción, y detectar diferencias en la respuesta y manejo según la hora del turno y día de la semana en la que se produce la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional descriptivo de conducta que implica la simulación de interrupciones que reflejen situaciones de la práctica habitual en el centro de Atención Primaria para evaluar la respuesta de los profesionales sanitarios.

Se va a seleccionar, mediante un muestreo aleatorio simple, una muestra de 15 participantes (9 de medicina y 6 de enfermería), siguiendo la proporción de profesionales del centro. Aquellos profesionales con cupo asignado y actividad asistencial en nuestro centro, con el consentimiento informado previamente aceptado, serán tributarios a ser seleccionados para el estudio. Se excluyen los profesionales que practiquen la atención continuada o urgencias de forma habitual. El profesional que acepte la participación va a desconocer la totalidad de integrantes del equipo investigador y la naturaleza del estudio, para asegurar la validez en las respuestas.

El equipo investigador va a efectuar, en cada participante, 4 interrupciones breves estandarizadas previamente (lunes-jueves, primera y última hora del turno).

Procederemos a la observación directa encubierta (la persona que realiza la interrupción simulada es la que evalúa), y el posterior uso de una lista de verificación con escala Likert permitirá evaluar aspectos clave en la comunicación durante la interrupción.

Se evaluará, en el profesional sanitario, el tiempo de respuesta, la justificación al paciente, la calidad de la interacción, el nivel de estrés percibido, la aceptación de la interrupción, la asertividad en la respuesta, la resolución de la interrupción y la comunicación (verbal y no verbal) con la persona que ha interrumpido.

Se realizarán encuestas y se recogerá *feedback* directo al finalizar el ciclo de interrupciones, incluyendo tanto la perspectiva de los profesionales interrumpidos como la de los pacientes. Se va a preguntar, mediante una breve encuesta, el grado de incomodidad ante la interrupción, así como el grado de satisfacción a la hora de manejarla, y se les invitará a hacer comentarios relacionados adicionales. Para la lectura de los datos cualitativos que se obtengan, se emplearán tablas de frecuencia y porcentajes.

Se reconoce la posible limitación en la objetividad de la evaluación y en la veracidad de escenarios simulados, que se intentará controlar mediante el uso de la lista de verificación y el entrenamiento previo con prácticas de *role playing* entre el equipo investigador, así como con estandarizaciones previas de las interrupciones.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Esta radica en identificar la necesidad percibida y de mejora en el manejo de la entrevista clínica, así como el posible diseño de una formación para una gestión más efectiva de las interrupciones. Esta herramienta útil y aplicable tiene la intención de enriquecer la comunicación médico-paciente y atenuar el distanciamiento que pueda causar una interrupción.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Se garantiza la confidencialidad, la participación voluntaria y la obtención previa del consentimiento informado tanto del personal sanitario como de los pacientes que participen en la breve entrevista.

FINANCIACIÓN

El estudio no cuenta con la financiación de terceros.

CEI

Pendiente de evaluación.

Un proyecto multidisciplinar de intervención comunitaria vinculado a un grupo de crianza (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1173

Carmen Pouget Sastre^a, María Velasco Martín-Calero^b, Inmaculada Fernández Alonso^c, Irene Calles Sánchez^c y Beatriz Jiménez Gutiérrez^c

^a CS Arturo Eyries. Valladolid

^b CS Delicias. Valladolid

^c Área de salud Valladolid Oeste. Valladolid

OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia de una intervención multidisciplinar de educación para la salud basada en talleres educativos relacionadas con la crianza.
- Formar un grupo de crianza en el seno del proyecto, con el fin de fomentar vínculos de apoyo y cuidado entre los y las participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.

Lugar de realización: centro cívico del área de salud correspondiente.

Marco de atención sanitaria: multidisciplinar, incluyendo residentes de medicina (MIR), enfermería (EIR) y psicología (PIR), así como matronas, fisioterapeutas, higienistas dentales y sexólogas, todo ello en coordinación con las trabajadoras sociales del área.

Criterios de selección:

- Progenitores adultos (>18 años).
- Con al menos un/a hijo/a desde el embarazo hasta los 3 años.
- Que acuden a los talleres con una asistencia mínima del 75%.
- Que, de forma libre y sin impedimentos para la toma de decisiones, prestan su consentimiento para la recogida de datos y cumplimentan las encuestas.

N.º mínimo de sujetos necesario: 30.

Intervenciones:

- Fase 1: intervención comunitaria. Creación del espacio de encuentro entre familias y profesionales sanitarios.
- Fase 2: proyecto de educación para la salud. Sesiones mensuales de dos horas de duración donde se tratarán los siguientes temas:
 - Alimentación complementaria y primeros auxilios (EIR pediatría/MIR familiar y comunitaria).
 - Porteo (fisioterapeuta/matrona/EIR de enfermería familiar y comunitaria).
 - Higiene bucodental desde el primer diente (higienistas dentales).
 - Higiene del sueño (PIR).
 - Calzado respetuoso en los primeros pasos (EIR enfermería familiar y comunitaria).
 - Sexualidad y roles de pareja (matrona y sexóloga).
 - Lactancia y vuelta al trabajo (EIR matrona).
 - Destete (EIR matrona).
 - Educación emocional de niños, castigos y premios (PIR).

En cada uno de estos talleres se realizarán encuestas anónimas online para evaluar variables cualitativas, medidas por escalas lineales numéricas. Se recogerán variables relacionadas con el conocimiento acerca de las temáticas tratadas, escalas de satisfacción medidas del 1 al 10 y testimonios subjetivos en texto libre. Se realizará un análisis estadístico básico con los datos recogidos.

Limitaciones:

- Tamaño muestral reducido. Se pretende reducir esta limitación mediante la inclusión de pacientes de otros centros en el caso de que la muestra sea insuficiente ($n < 30$).
- Datos autoinformados y variables cualitativas. Para disminuir el impacto, se prestará especial atención al diseño de las encuestas para favorecer la rigurosidad en la recogida de datos.
- Posible sesgo de muestreo, ya que son solo los pacientes voluntarios de este centro de salud los que acuden. Para disminuirlo, sería interesante poder ampliar esta intervención a otros centros y poblaciones.
- Ausencia de estudios similares previos: este proyecto es pionero en su campo, y por tanto puede estar sujeto a modificaciones metodológicas *a posteriori*.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El grupo de crianza que planteamos incluye a familias que se reúnen y comparten dudas acerca del cuidado de sus hijos, lo cual ha demostrado beneficios en estudios previos. Se hará hincapié en la inclusión de personas con barreras idiomáticas o culturales que vean dificultadas sus redes de apoyo para la crianza. Este proyecto es extrapolable a cualquier centro o área de salud, con resultados preliminares prometedores.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El tratamiento de los datos será anónimo y confidencial, de conformidad con la normativa vigente.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CEI

Autorizado por el CEI.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Cómo se habla de salud en la publicidad: estudio fotovoz (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1174

Clara Carnota Orviz^a, Roger Macip Sancho^a y Carlos Miguel Sanz Vega^a

^a CS Laviada. Gijón. Asturias

OBJETIVOS

Analizar en qué términos se habla sobre salud cuando se usa con un fin publicitario en el barrio de Laviada.

PACIENTES Y MÉTODOS

«Fotovoz» es una técnica participativa que reúne fotografías y narrativas tomadas por los participantes para traducir la experiencia en conocimiento práctico. Los profesionales del centro de salud fueron convocados a una primera reunión en la que se explicó dicha técnica y se pidió que se tomaran una o varias fotos en las que se observe publicidad cuyo contenido apele a la salud, y que se localice en el barrio de Laviada de Gijón. Se puede acompañar o no de un texto descriptivo o reflexivo. Se dio un margen temporal de un mes y se obtuvieron 14 imágenes. En una segunda reunión, se enseñaron cuatro fotos y se analizaron en conjunto mediante una plataforma digital. El análisis fue con el método SHOWEd. Se encontraron limitaciones con la definición de salud y para localizar fotos en un barrio en el que uno no habita.

RESULTADOS

Lo primero en lo que se fijan son las personas que aparecen en los carteles. En realidad, lo que se observa son apelaciones a diferentes conceptos, como «energía», «bienestar» o «ayuda», que se vinculan a la salud. Hay heterogeneidad de opiniones en cuanto a si realmente nos afecta en nuestra vida. Se considera que existe dicha realidad, sobre todo, por carencias en nuestro sistema de salud, necesidades creadas por las empresas y deterioro de la salud mental de la población. La solución se propone, sobre todo, abordando los determinantes de salud de las personas. El principal aprendizaje es que debemos ser críticos con la publicidad y reflexionar sobre el impacto del marketing en nuestra vida.

CONCLUSIONES

El concepto de salud en el barrio de Laviada se alimenta inevitablemente de la publicidad que apele a ella. Hay que ser críticos y entender cómo nos afecta.

Estudio de opinión pública sobre la salud (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1175

Analia Coronel^a, Melisa Borturo Gnesotto^a, Guillermo Ezequiel Soules^a, Gabriela de Marco^a, María Florencia Montori^a y Patricia Lorena Zarratea^a

^a Observatorio de Comunicación en Salud de la Universidad Nacional A. Jauretche. Buenos Aires. (Argentina)

OBJETIVOS

Conocer la opinión pública de la población argentina, como voz relevante para influenciar en la formulación de las políticas de salud. Analizar la percepción/imaginario social respecto a la atención de salud pública en el territorio.

PACIENTES Y MÉTODOS

Los Estados proponen programas de políticas públicas diseñados desde el punto de vista de los teóricos, antepuestos a las percepciones y necesidades de las comunidades.

Los datos recogidos refieren a la población argentina, usuaria o no de los servicios de salud. En relación con esto, el propósito es conocer la percepción y el imaginario de las personas sobre los servicios de salud pública.

Estrategia de difusión y envío del estudio: Instagram institucional y la plataforma para WhatsApp Chhattigo.

La aplicación de Google Suite con el diseño de formularios permitió recolectar los datos. Se aclara que la encuesta es anónima y que los datos que permitieron el envío fueron de identificados.

Métodos cuantitativos y cualitativos, considerados complementarios, con 8 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas.

RESULTADOS

Participaron 2368 personas. El 78% consultado percibe de forma positiva la atención recibida en el centro de salud pública.

Por lo que concierne a la percepción sobre las habilidades técnicas del personal de salud, el 85,9% afirma que recomendaría el centro de salud donde concurre habitualmente.

Se evidencia una oportunidad de mejora en aspectos tales como la escucha y la contención (5,1%). Las habilidades sociales del personal de salud se consideran insuficientes.

Las dos preguntas abiertas mostraron un amplio acuerdo sobre la buena atención recibida. Se reveló sesgo por parte de los encuestados, que infirieron que la evaluación era sobre la organización que enviaba el estudio.

CONCLUSIONES

Este estudio de opinión constituye un insumo clave. Los servicios públicos de salud tienen el desafío de reconocer el peso de la per-

cepción/imaginario social, así como la importancia de los procesos comunicacionales, humanizando la atención con un abordaje integral: bio-psico-social.

Investigación de percepción y clima organizacional (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1176

Analia Coronel^a, Melisa Borturo Gnesotto^a, Guillermo Ezequiel Soules^a, Gabriela de Marco^a, María Florencia Montori^a y Patricia Lorena Zarratea^a

^a Observatorio de Comunicación en Salud de la Universidad Nacional A. Jauretche. Buenos Aires (Argentina)

OBJETIVOS

Determinar el impacto del Programa de percepción y clima mediado por estrategias comunicacionales para con los trabajadores del HEC.

Sensibilizar al personal sobre la necesidad de realizar su labor específica, con competencias socioemocionales y comunicacionales (desarrollo de habilidades blandas) como un eje clave de gestión.

PACIENTES Y MÉTODOS

El Programa, desarrollado entre 2021 y 2023, involucró a todo el personal, a fin de identificar las percepciones en una institución pública de salud. La estrategia elegida es de carácter cualitativo.

Una investigación de complejidad descriptiva basada en estudio de campo, formulada con instrumentos de creación propia, como modelo para el Programa.

El trabajo inició escuchando y midiendo la participación voluntaria, para coconstruir el plan estratégico (encuestas autoadministradas, grupos focales y entrevistas en profundidad). Se triangularon los datos y la información (Bericat, 1998) y, en conjunto con la dirección ejecutiva, se determinaron como nodos críticos ocho servicios transversales. Los ejes de acción implicaron el desarrollo de un protocolo diseñado a medida.

RESULTADOS

El universo de estudio fueron los servicios nodales, integrados por 986 personas. Se obtuvo una muestra del 35,45% mediante una encuesta anónima digital autoadministrada enviada vía WhatsApp. Los datos fueron anonimizados.

Resultados: sienten pertenencia el 76%. Vieron reflejados en el plan estratégico sus aportes en la gestión el 47,42%. Sienten orgullo del crecimiento edilicio el 71,14%. Manifestaron que la comunicación institucional es central para formarse como buen comunicador el 60%.

CONCLUSIONES

El algoritmo de la gestión es centrar la atención en las personas, sin importar sus roles como equipo de salud o pacientes.

La comunicación en salud con impacto es la clave para lograr el alineamiento con los objetivos, gestionar el posicionamiento y despertar los sentimientos de pertenencia.

En conclusión, las personas han reaccionado positivamente al Programa de percepción y clima laboral.

Es inexcusable la necesidad de desarrollar e incorporar estrategias comunicacionales en salud.

Percepciones de los participantes sobre una intervención psicoeducativa para el bienestar emocional en profesionales de Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1177

Enric Aragonés Benaiges^a, Anna Berenguera Osso^b, Sara Rodoreda Noguerola^c, Guillem Aragonès Jové^a, Eva García Cots^d y M.^a Dolores Rodríguez Arjona^b

^a Unitat de Suport a la Recerca. Atenció Primària Camp de Tarragona. Reus.

^b IDIAP Jordi Gol. Barcelona

^c Direcció d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut. Barcelona

^d Unitat de Prevenció de Riscos Laborals. Institut Català de la Salut. Barcelona

OBJETIVOS

En la Atención Primaria de una comunidad autónoma se ha desplegado un programa psicoeducativo enfocado en el bienestar emocional y la prevención del *burnout* en profesionales, a cargo de psicólogos comunitarios. Presentamos los resultados preliminares de un estudio cualitativo, enmarcado en una evaluación global con metodología mixta.

El objetivo es explorar las percepciones de los participantes sobre la intervención y analizar dificultades, oportunidades y propuestas en su aplicación.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo fenomenológico mediante grupos focales online. Se conformaron cuatro grupos de 10 participantes cada uno, dos compuestos por profesionales participantes y dos por psicólogos. Complementamos con información de notas de campo y entrevistas individuales.

Muestreo opinático, buscando variabilidad según sexo, edad, experiencia, profesión y grado de afectación emocional.

RESULTADOS

Se identificaron dificultades en la aplicación relacionadas con aspectos estructurales (horarios, agendas, falta de priorización del

centro y carga asistencial) y con el enfoque del programa a la resiliencia y a los afrontamientos individuales, sin abordar factores contextuales que inciden en el bienestar emocional, como las condiciones de trabajo y el entorno laboral.

El programa se valora positivamente como un espacio para la gestión emocional y la cohesión grupal. Los aprendizajes se consideran aplicables en los ámbitos personal y profesional.

La implicación del psicólogo aparece como motivador de la asistencia. Los psicólogos valoran haber podido trabajar con personas de su propio equipo, aunque algunos no han tenido buenas experiencias.

El liderazgo y los aspectos organizativos del centro pueden facilitar u obstaculizar la implantación.

Se propone dar continuidad al programa después de las sesiones programadas y adaptar los contenidos a las características y necesidades del equipo.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados identifican necesidades, insuficiencias y dificultades que se tendrán en cuenta para perfeccionar el programa, así como facilitadores y propuestas que impulsarán su generalización y continuidad.

CEI

El protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (Barcelona, 27/05/2022; código 22/086-PCV).

Primera fase de un ensayo controlado aleatorizado para analizar la eficacia de una comunidad de práctica virtual para capacitar a pacientes de mediana edad con multimorbilidad: proceso de cocreación de la Comunidad Virtual (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1178

Ana Isabel González González^a, Lilisbeth Perestelo Pérez^b, Carola Orrego e Ileana Gefaell Larrondo^d

^a Consejería de Sanidad. Madrid

^b Servicio Canario de Salud. Islas Canarias

^c Fundación Avedis Donavedian. Catalunya

^d Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid

OBJETIVOS

Explorar las vivencias y experiencias de los pacientes de mediana edad con multimorbilidad en el sistema sanitario.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño: estudio cualitativo exploratorio.

Población: 11 profesionales sanitarios y 14 pacientes de las Islas Canarias y Madrid (España). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a través de reuniones virtuales (1 para profesionales y 2 para pacientes). Se exploraron las necesidades de pacientes y profesionales y las perspectivas sobre la multimorbilidad.

Criterios de inclusión: pacientes de 30 a 60 años con ≥ 2 enfermedades crónicas y alfabetización digital.

Análisis: llevamos a cabo un análisis cualitativo temático para construir el *Patient Journey Map*; pacientes y profesionales dieron su opinión.

RESULTADOS

Pacientes y profesionales hablaron sobre barreras y necesidades en relación con la multimorbilidad.

Los profesionales identificaron 3 fases: diagnóstico, reacciones después del diagnóstico y seguimiento. Siguieron una progresión lineal y no variaron de un individuo a otro.

Los pacientes identificaron varias áreas de atención. Las deficiencias del sistema sanitario (listas de espera, pruebas diagnósticas) y la necesidad de respeto y empatía protagonizaron su trayectoria. Describieron un proceso circular en el que los sentimientos y pensamientos eran comunes en las distintas etapas.

CONCLUSIONES

El codiseño de una comunidad de práctica virtual, entre médicos y profesionales y centrada en la persona, puede facilitar el empoderamiento de los pacientes multimorbilidad. El proyecto e-EMPODERAT tiene como objetivo mejorar la comprensión de los pacientes sobre sus enfermedades crónicas y mejorar la calidad del autocuidado.

CEI

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos. El Hospital General Universitario Gregorio Marañón certifica que se ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio observacional: Código PI22/01124 y la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de Madrid. Asimismo, el ensayo clínico está registrado en Clinical Trials: NCT06046326.

Proyecto mena-CUIDAP. Medicina narrativa para mejorar el clima de equipo en Atención Primaria. Estudio de factibilidad (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1179

M.^a Dolores Marrero Díaz^a, Vinita Mahtani Chugani^b, Ascensión Celina García Morín^a, Julio César Márquez González^c y Víctor Expósito Duque^d

^a Consultorio local de Fasnia. ZBS Güímar. GAP Tenerife. Santa Cruz de Tenerife

^b Dirección General del Paciente y cronicidad. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife

^c ZBS Guía de Isora y Santiago del Teide. Santa Cruz de Tenerife

^d Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Medir viabilidad de un proyecto de medicina narrativa (MN) en Atención Primaria.

Objetivos secundarios:

- Medir viabilidad y aceptación de las sesiones.
- Conocer la viabilidad de la recogida de datos.
- Planificar medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto de viabilidad con métodos mixtos.

Participantes: 2 centros de salud (CS).

Intervención: 4 sesiones presenciales (CSP) o virtuales (CSV).

Variables: categoría profesional, experiencia. Tipo de sesión, participantes, intervenciones, valoración de sesiones, cuestionarios recogidos, cuestionarios trazables, motivos para no acudir, valoración global. Estudio cualitativo: preguntas abiertas y grupo focal (GF).

Análisis descriptivo. Análisis temático. Integración de resultados.

RESULTADOS

Se realizaron 4 sesiones en cada CS. Dificultades organizativas. Mayor asistencia en CSV.

Se recogieron 68 cuestionarios iniciales y 51 finales. Válidos para análisis: 50 (73,5%) y 41 (80%). Trazables: 15 (22%). Elevado número de respuestas en blanco.

Problemas en el sistema de recogida de datos.

Ausencia de participación en algunas categorías.

Asistencia: CSV: 3 o 4 sesiones. CSP: de 0 a 4.

Problemas para asistir: turno de trabajo, sobrecarga asistencial (en CSP), permisos.

Se valoró positivamente: moderadora, horario y lugar.

El 67% (CSV) y el 77% (CSP) recomendaría a otros acudir. El 67% (CSV) y el 54% (CSP) acudiría fuera del horario. CSV prefiere material visual y audible; CSP audible y novela gráfica.

La valoración cualitativa fue positiva y con propuestas de mejora.

Análisis cualitativo: dificultad para crear equipo, importancia de las relaciones, dificultad para asistir, preferencia por presenciales. Es posible valorar el clima de equipo.

CONCLUSIONES

- La intervención es factible, aceptable y bien valorada; requiere organización y formar moderadores.
- Los elementos que valoran influyen en la relación dentro del equipo.
- Debemos cambiar el sistema de recogida de datos.
- Las sesiones deben ser presenciales.
- Se puede usar el GF para evaluar clima laboral.
- Es necesario reforzar la participación.

CEI

CEIm del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (código: CHUNSC_2022_67).

Rasgos de personalidad y características demográficas de los médicos generalistas: datos preliminares de una encuesta transversal en 10 países europeos (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1180

Ileana Gefaell Larrondo^a, Ana Carmen San Martín Luis^b, Laura Calvo García^c, Lourdes Ramos del Río^c y Marta Pérez Álvarez^c

^a Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria. Madrid

^b CS Los Arcos. Comunidad Foral de Navarra

^c CS Federica Montseny. Madrid

OBJETIVOS

Describir la relación entre los rasgos de personalidad y el perfil profesional de los médicos de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, mediante una encuesta *online* en 10 países europeos. Población: médicos de familia con población asignada durante al menos un año. Tamaño de la muestra: 800.

Variables: sociodemográficas, años de experiencia, años en la misma consulta. Test de personalidad: Big-Five-Inventory (BFI): escala Likert de 44 ítems. Enfermedades crónicas (CIAP): DM, EC, ictus, ansiedad, depresión, artrosis y EPOC. Recogida de datos: registros electrónicos. Análisis: descriptivo.

RESULTADOS

Hasta diciembre de 2023, han contestado a la encuesta 65 médicos de familia: 12 en Macedonia, 8 en Eslovenia y 45 en España (12 de la Comunidad Foral de Navarra). Mediana de edad: 49 (IQR:39-55) años; mujeres: 73,44%. Experiencia en Atención Primaria: 19 (DE: 10,49) años. Misma población asignada: 8 (IQR:3-16) años. Puntuaciones BFI: apertura a experiencias: 30,42 (DE: 5,64, IC 95% 29,02-31,81); extraversión: 27,15 (DE:5,3, IC 95%: 25,84-28,47); amabilidad: 31,39 (DE: 4,80, IC 95%: 30,20 - 32,57); responsabilidad: 31,48 (DE: 5,12; IC 95%: 30,21-32,74); neuroticismo: 21,30 (DE: 6,03; IC 95%: 19,79-22,80). Los médicos de familia amables obtuvieron puntuaciones más altas en responsabilidad y neuroticismo. Los médicos con puntuaciones más altas en responsabilidad tenían más años de experiencia. Aquellos con puntuaciones más altas en apertura a las experiencias tenían menos de 1500 pacientes asignados. No hubo otras diferencias en los análisis restantes.

CONCLUSIONES

Los médicos de familia mostraron puntuaciones muy altas en apertura a las experiencias, amabilidad y responsabilidad. Necesitamos alcanzar el tamaño muestral para analizar más a fondo la influencia de los rasgos de personalidad en la atención médica.

CEI

Este estudio ha recibido la aprobación del CEIM del Hospital 12 de Octubre y de la Comisión Central de Investigación en Atención Primaria de Madrid. Asimismo, ha recibido la aprobación por parte de la gerente asistencial de Navarra.

Uso de la red social Instagram® con perfil no institucional como nueva forma de comunicación de la Comisión de Educación para la Salud (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.18E1181

Elena Muñoz Alonso^a

^a CS de Carbonero El Mayor. Segovia

OBJETIVOS

- Principal: difundir información relacionada con la educación para la salud de creación propia, así como aquella de otros autores tras su evaluación por parte de la Comisión de Educación para la Salud (EPS) de nuestra área de salud.
- Secundarios:
 - Crear red comunitaria digital como punto de partida para futuras intervenciones comunitarias de la Comisión de EPS.

- Ser punto de partida para la creación de perfiles en otras redes sociales.
- Ser referentes en información sanitaria en redes sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creación de una cuenta en Instagram® con perfil de «creador» para compartir contenidos de fotos y vídeos en *Stories*, publicaciones y vídeos en formato *Reels*. Se crea la cuenta en septiembre 2022 y se evalúan los *insights* de la cuenta, las publicaciones y las *stories* a los 30 y 90 días de su creación.

RESULTADOS

La cuenta tiene más de 400 seguidores. Se han hecho más de 30 publicaciones y 100 historias relacionadas con temas de prevención y promoción de la salud, funcionamiento del sistema sanitario y referencias a días mundiales.

CONCLUSIONES

Se han tratado temas variados que han tenido gran aceptación en general (tanto en historias como en publicaciones). El perfil de seguidores alcanzado coincide con los usuarios habituales de redes sociales. Es preciso hacer mayor difusión del perfil para alcanzar a la población del medio rural.

La falta de colaboración de terceras personas limita la actividad del perfil. Quizás, la buena aceptación que tiene este perfil pueda dar origen a perfiles oficiales (tanto de la gerencia de área como de la gerencia regional de salud), gestionados por personal específico, lo que permitirá que sean más dinámicos.

CEI

Aprobación de la Comisión de Investigación de Segovia y con número de registro 041/22.