

UNIVERSIDAD DE OVIEDO



CENTRO INTERNACIONAL  
DE POSTGRADO

CAMPUS DE EXCELENCIA  
INTERNACIONAL

MÁSTER UNIVERSITARIO EN BIOLOGÍA

Y

TECNOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**“ESTUDIO DE MODELOS DE COMUNICACIÓN  
MÉDICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA”**

Autora: María Jesús Nieto García

Tutor: Dr. Ángel Plácido Llaneza Coto

Julio 2016

## AGRADECIMIENTOS

En este apartado quiero dar las gracias a todas aquellas personas que de una forma u otra han conseguido que la realización de este Trabajo Fin de Máster (TFM) fuese “con algo más de luz en los momentos de oscuridad”.

Para empezar, agradecer a mi tutor, doctor Plácido Llana, por la disponibilidad en su limitado tiempo e infinita paciencia. También por no desistir, y buscar formas alternativas de contacto conmigo cuando los problemas informáticos no lo permitían. En esta misma línea, tengo que dar las gracias también a Tino, coordinador de este máster, por actuar de mensajero ante estos infortunios dando soluciones alternativas a estos problemas de contacto.

Tengo que continuar dando las gracias al resto del equipo de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) por permitir sentirme como una más en el Prácticum y haciendo este TFM. Gracias a las doctoras de fertilidad, prometí no poner nombres pero os doy las gracias igualmente por permitirme permanecer en la consulta como *investigadora observacional* mientras prestaban la atención en la consulta. Al equipo de enfermería (enfermeras y auxiliar de enfermería): Esther Fernández, Marta Méndez, Cecilia González y Paz Antuña, por todos los ánimos y el apoyo demostrados mientras hacía este trabajo, y cómo no, por devolverme el papeleo de este TFM que algunas pacientes se llevaban para cumplimentarlo en la sala de espera de extracciones y después lo dejaban en la consulta de enfermería. Repito, gracias, sin vosotras estas muestras tendría que darlas por perdidas. Es imposible olvidarse del personal de biología, las doctoras Lourdes Sánchez y Vanesa Castañón, por todo el apoyo y la paciencia que han mantenido conmigo ya desde el Prácticum hasta finalizar la recogida de datos de este estudio en la citada unidad.

Aprovecho este apartado para dar las gracias por el hecho de que enfermería pudiese hacer las prácticas en esta unidad con las funciones de enfermería. A Lourdes Sánchez, por la idea original, al doctor Plácido Llana y al equipo de enfermería, por dar su consentimiento, a Tino, por hacer que la idea fuese una realidad, y a mis compañeros de clase, por no interponer ningún impedimento.

Continuando con la realización del TFM, gracias también a la bibliotecaria de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Teresa Preciosa Joaquina Alonso Díaz, por *enseñarme a pescar y no darme la caña*.

Por no llenar esto de nombres, gracias a todos mis compañeros del máster, por acompañarme en esta nueva etapa de mi vida y facilitármela siempre que ha sido posible, especialmente mi veterinaria favorita (Pilar Nieto) y una de las biólogas más simpáticas (Laura Sánchez), lo que no quiere decir que el resto no lo fuesen. Por tantos momentos compartidos, con risas y sin risas, académicos y extra-académicos. Aunque si me centro en el TFM, quienes especialmente me han apoyado han sido: Beatriz Medina mientras escuchaba al inicio mis preocupaciones por el cálculo del tamaño muestral, y ha continuado apoyándome mientras la he tenido de compañera al tiempo que hacía la recogida de datos, así que gracias por los *te queda menos*; y también a Aida Fanjul por los *tú puedes* mientras realizaba el diseño del estudio.

Por último, pero no menos importante, dar las gracias a mi familia: mis padres y mi hermano, por apoyarme durante todo este curso, intentando hacerme el camino lo más fácil posible. Especialmente a ti, Jonathan, por soportar mis cambios de humor, sobre todo en los momentos de agobio, escuchándome y hablándome con calma sin permitir que tu única hermana perdiera la cordura.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	pg. 1.
1.1. ¿Qué se entiende por comunicación? .....	pg. 2.
1.2. Componentes de la comunicación .....	pg. 3.
1.3. Herramientas o habilidades comunicativas .....	pg. 4.
1.3.1. Habilidad de escucha activa y de parasafrear o resumir .....	pg. 4.
1.3.2. Habilidad de mostrar empatía .....	pg. 5.
1.3.3. Habilidad de mantener la autenticidad .....	pg. 5.
1.3.4. Habilidad de utilizar la comunicación no verbal .....	pg. 6.
1.3.5. Habilidad de utilizar el paralenguaje .....	pg. 6.
1.3.6. Habilidad de utilizar el lenguaje de la comunicación verbal .....	pg. 7.
1.4. Tipos de comunicación .....	pg. 7.
1.5. Estilos de comunicación .....	pg. 9.
1.6. Barreras en la comunicación .....	pg. 9.
1.7. Factores que influyen en la comunicación .....	pg. 10.
1.8. La atención centrada en el paciente .....	pg. 10.
1.9. El desgaste del profesional sanitario .....	pg. 12.
1.10. ¿Por qué se necesita una comunicación efectiva? .....	pg. 13.
1.11. El médico como miembro del equipo multidisciplinar .....	pg. 13.
1.12. Justificación del estudio .....	pg. 14.
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	pg. 15.
2.1. Hipótesis alternativa .....	pg. 15.
2.2. Objetivos .....	pg. 15.
2.2.1. Objetivo principal .....	pg. 15.
2.2.2. Objetivos secundarios .....	pg. 15.

3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	pg. 16.
3.1. Tipo de estudio .....	pg. 16.
3.2. Diseño del estudio e instrumentos utilizados .....	pg. 16.
3.3. Población del estudio .....	pg. 17.
3.3.1. Criterios de inclusión .....	pg. 17.
3.3.2. Criterios de exclusión .....	pg. 17.
3.4. Variables a estudiar .....	pg. 17.
3.4.1. Variables sociodemográficas .....	pg. 17.
3.4.2. Variables de la comunicación .....	pg. 18.
3.4.3. Variables de satisfacción en la comunicación .....	pg. 18.
3.5. Cálculo del tamaño muestral .....	pg. 19.
3.6. Análisis estadístico .....	pg. 20.
4. RESULTADOS .....	pg. 21.
4.1. Variables sociodemográficas .....	pg. 21.
4.1.1. Edad .....	pg. 21.
4.1.2. Nivel académico .....	pg. 21.
4.1.3. Situación laboral .....	pg. 22.
4.1.4. Situación personal .....	pg. 23.
4.1.5. Sexo del ginecólogo que presta la atención a la fertilidad .....	pg. 24.
4.1.6. Consulta ginecológica de fertilidad .....	pg. 25.
4.2. Variables de la comunicación .....	pg. 25.
4.2.1. Duración de la consulta .....	pg. 25.
4.2.2. Escucha activa .....	pg. 25.
4.2.2.1. Elementos constantes de la escucha activa .....	pg. 25.
4.2.2.2. Elementos no constantes de la escucha activa .....	pg. 26.

4.2.3. Comunicación no verbal .....	pg. 27.
4.2.3.1. Elementos constantes de la comunicación no verbal .....	pg. 27.
4.2.3.2. Elementos no constantes de la comunicación no verbal .....	pg. 27.
4.2.4. Paralenguaje .....	pg. 32.
4.2.4.1. Elementos constantes del paralenguaje .....	pg. 32.
4.2.4.2. Elementos no constantes del paralenguaje .....	pg. 32.
4.2.5. Comunicación verbal .....	pg. 33.
4.2.5.1. Elemento constante de la comunicación verbal .....	pg. 33.
4.2.5.2. Elementos no constantes de la comunicación verbal .....	pg. 34.
4.2.6. Empatía .....	pg. 36.
4.2.6.1. Elementos constantes de la empatía .....	pg. 36.
4.2.6.2. Elemento no constante de la empatía .....	pg. 36.
4.2.7. Concordancia de la comunicación verbal con la no verbal .....	pg. 37.
4.2.8. Interrelación entre médico y paciente .....	pg. 38.
4.2.9. Apariencia física .....	pg. 38.
4.2.10. Tipo de comunicación utilizada .....	pg. 38.
4.2.11. Barreras en la comunicación .....	pg. 38.
4.3. Variables de satisfacción en la comunicación .....	pg. 39.
4.3.1. Ítems generales de satisfacción en la comunicación .....	pg. 39.
4.3.1.1. Ítem 1 .....	pg. 39.
4.3.1.2. Ítem 2 .....	pg. 40.
4.3.1.3. Ítem 3 .....	pg. 41.
4.3.1.4. Ítem 4 .....	pg. 41.
4.3.1.5. Ítem 5 .....	pg. 43.
4.3.1.6. Ítem 6 .....	pg. 45.

4.3.1.7. Ítem 8 .....	pg. 47.
4.3.1.8. Ítem 9 .....	pg. 49.
4.3.2. Ítem específico para analizar la posible necesidad de información adicional .....	pg. 50.
4.3.2.1. Ítem 7 .....	pg. 50.
4.3.3. Ítem de satisfacción global con la comunicación .....	pg. 51.
4.3.4. Ítem de sugerencias (opcional) .....	pg. 52.
5. DISCUSIÓN .....	pg. 55.
6. CONCLUSIONES .....	pg. 68.
7. BIBLIOGRAFÍA .....	pg. 69.
8. ANEXOS .....	pg. 81.
Anexo I. Documento de consentimiento informado .....	pg. 81.
Anexo II. Hoja de recogida de datos .....	pg. 83.
Anexo III. Cuestionario de satisfacción en la comunicación entre el médico de una Unidad de Reproducción Humana Asistida y sus pacientes: mujer o parejas .....	pg. 85.

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EGB: Educación General Básica.

E. Primaria: Educación Primaria.

ESHRE: siglas en inglés de “European Society of Human Reproduction and Embryology”. Traducido al castellano como: “Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología”.

ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

FIV: Fertilización o Fecundación In Vitro.

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias.

IA: Inseminaciones Intrauterinas o Inseminaciones Artificiales.

ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

REM: Recuperación o Recuento de Espermatozoides Móviles.

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfica de sectores representativa en porcentajes del nivel académico de las mujeres participantes ..... pg. 21.

Figura 2. Gráfica de sectores representativa en porcentajes de la situación laboral ..... pg. 22.

Figura 3. Gráfica de sectores representativa en porcentajes de la situación personal en el momento en el que acuden a la consulta ..... pg. 23.

Figura 4. Gráfica de sectores representativa de la proporción de prestación de la atención a la fertilidad en el presente estudio en función del sexo del ginecólogo ..... pg. 24.

Figura 5. Gráfica de sectores representativa de la proporción del tipo de consulta de fertilidad ..... pg. 25.



Figura 6. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “pasafrear o resumir” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 26.

Figura 7. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “sonríe” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 28.

Figura 8. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “asiente con la cabeza” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad . pg. 29.

Figura 9. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “niega con la cabeza” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 30.

Figura 10. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “movimiento de manos para añadir énfasis” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 31.

Figura 11. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “automanipulaciones” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 32.

Figura 12. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “silencios o pausas” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 33.

Figura 13. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “hace preguntas” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 34.

Figura 14. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “utiliza ejemplos” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 35.

Figura 15. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “dosifica la información” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 36.

Figura 16. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “parece entender los sentimientos” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 37.

Figura 17. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “barreras en la comunicación” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad ..... pg. 39.

Figura 18. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “comodidad con los gestos” en función del nivel académico de la paciente ..... pg. 43.

Figura 19. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “tono de voz adecuado” en función de la situación laboral de la paciente ..... pg. 45.

Figura 20. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “no entiendo la información” en función del sexo del ginecólogo ..... pg. 47.

Figura 21. Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “no me he sentido comprendida” en función del nivel académico de la paciente ..... pg. 49.

Figura 22. Gráfica de sectores representativa en porcentajes de las respuestas de satisfacción global calificada de 0 a 10 por las mujeres participantes del estudio . pg. 52.

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Tipos de comunicación: tímida o pasiva, asertiva, agresiva ..... pg. 8.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 1 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 40.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 2 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 40.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 3 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 41.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 4 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 42.

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 5 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 44.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 6 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 46.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 8 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 48.

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 9 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 50.

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 7 de satisfacción en la comunicación ..... pg. 51.

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de las pacientes que han realizado y no realizado alguna sugerencia ..... pg. 53.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

La comunicación es una cuestión que no puede ser separada de la vida cotidiana, sobre todo para todos los profesionales de la salud. La capacidad de los médicos para comunicarse, afectará en gran medida en la relación con los pacientes (Claramita M et al., 2016). Al tiempo que se realiza la evaluación de signos y síntomas, se realiza el razonamiento clínico, el diagnóstico y la gestión terapéutica; también es necesaria la construcción de la relación comunicativa con el paciente, desarrollando la empatía, y comprendiendo el mundo psicosocial del paciente, incluyendo sus creencias, preocupaciones y expectativas (Cushing AM, 2015).

La relación comunicativa entre médico y paciente, es la base de la atención médica y una de las tareas más importantes del clínico. Se ha calculado que un médico dedica la mayor parte de su tiempo a la comunicación, más que a cualquier otra intervención médica (Hulsman RL, 2009). Por tanto, ser un buen médico no sólo requiere conocimientos y buenas habilidades técnicas; también es importante que utilice unas buenas habilidades comunicativas. Se sabe que las habilidades técnicas son por lo general más evidentes, pero la competencia social / interpersonal suele ser más sutil, indicada por la capacidad de demostrar empatía, compasión, atención y preocupación, junto con la capacidad de comunicar información de manera efectiva con los pacientes (Berman AC y Chutka DS, 2016).

Ya desde la primera consulta médica de atención a la fertilidad, la comunicación que se establece es crucial para determinar si la mujer o pareja continúan con el tratamiento, ya que aproximadamente la mitad, lo abandonan sin llegar a iniciarlo. Por lo tanto, es fundamental que el personal de medicina de la fertilidad tenga un adecuado conocimiento de asesoramiento, y sobre todo, buenas habilidades comunicativas, para proporcionar a sus pacientes la información adecuada y completa para la atención de la fertilidad (García D et al., 2013). Además, se ha demostrado que aunque las opciones comunicativas son intencionales, más a menudo hay hábitos que se realizan de forma inconsciente, por lo que es necesario tratar de identificarlos: para reforzarlos y mantenerlos si son positivos o correctos, y para corregirlos y evitarlos si son negativos o incorrectos (Hulsman RL, 2009).

Si se tiene en cuenta que hay más de 80 millones de personas en todo el mundo afectadas por problemas de fertilidad, y considerando así la infertilidad como uno de los principales problemas de salud del siglo XXI, se puede apreciar de esta forma la cantidad de personas que pueden resultar influenciadas por la comunicación médico-paciente (Aarts JW et al., 2011). La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace diferencias en la definición de infertilidad en función de que esta sea desde la perspectiva clínica o epidemiológica. Desde la perspectiva clínica, define la infertilidad como “enfermedad del sistema reproductivo definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección normal” (Mascarenhas MN et al., 2012), es decir, sería la incapacidad de una pareja para concebir después de un año de vida sexual activa y regular, sin el uso de un método anticonceptivo eficaz (Izzo CR et al., 2015). Desde la perspectiva epidemiológica, se refiere a “mujeres en edad reproductiva en riesgo de quedar embarazadas que reportan éxito, tratando de tener un embarazo durante más de dos años” (Mascarenhas MN et al., 2012). Disponiendo de ya tan sólo la perspectiva clínica, se conoce que la infertilidad afecta a un 10-15% de las parejas en edad fértil de las grandes ciudades de los países industrializados (Izzo CR et al., 2015). Cada vez más parejas acuden a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) para conseguir un embarazo y el nacimiento de un descendiente vivo y sano (Farquhar C et al., 2015). Estas TRA incluyen: Inseminaciones Intrauterinas o Inseminaciones Artificiales (IA), Fertilización o Fecundación In Vitro (FIV) y la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) (Huysen C y Boyd L, 2013).

Como se explicará posteriormente, cuando se establece la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, se centra la atención en las necesidades y perspectivas del paciente, lo que presenta una serie de características y propiedades que pueden convertir la comunicación en un instrumento terapéutico (Leal-Costa C et al., 2016).

### **1.1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR COMUNICACIÓN?**

La comunicación es inherente al ser humano. Es un proceso interpersonal, es decir entre personas, en el que los participantes expresan algo sobre sí mismos a través de signos verbales o no verbales con el objetivo de influir en el comportamiento del otro;

así se determina el tipo de relaciones que la gente va a desarrollar con los demás y con el mundo circundante. Por tanto, constituye el acto de transmitir un mensaje a los demás, y también la principal habilidad para el funcionamiento eficaz de los profesionales de la salud (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Los principios de la comunicación de la Escuela de Palo Alto consideran la comunicación como un proceso de interacción social y como la base de todas las relaciones (Lapeña-Moñux YR et al., 2015). Además, se conoce que en una relación comunicativa intervienen: el emisor que emite el mensaje, el receptor que recibe el mensaje, el propio mensaje transmitido, el canal por el que se transmite el mensaje, el código que codifica el mensaje, y el contexto en el que se transmite el mensaje (Lunenburg FC, 2010).

Siguiendo con ello, se puede afirmar que un buen remitente o emisor: es una persona que es capaz de transmitir con claridad el contenido del mensaje, el sentimiento y la solicitud a su receptor, ya que éste / ésta también se preocupa por la relación comunicativa (*cómo* lo dice el emisor) en el proceso (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Un buen receptor: también debe poseer buenas habilidades comunicativas, como: realizar la escucha activa que posteriormente se explica, para poder decodificar el mensaje transmitido por el remitente correctamente, y así se produzca la retroalimentación en el proceso comunicativo (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

## **1.2. COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN.**

La comunicación eficaz tiene 3 componentes:

- Componente verbal: se ocupa del contenido del mensaje, lo que incluye la selección de palabras, ya que el mensaje se canaliza por la palabra.
- Componente no verbal: no utiliza la palabra. Incluye el lenguaje corporal, como la postura, el gesto, la expresión facial y la distancia espacial. Este componente influye en la interpretación de la comunicación verbal.
- Componente paraverbal: se refiere a los aspectos que engloban la entonación y la modulación de las palabras: tono de voz, velocidad o ritmo, volumen, claridad, timbre y silencios o pausas. Estos aspectos pueden variar el sentido de la palabra hablada, pero no su contenido

(Barnard A, 2011; Elliot AM et al., 2016; Hulsman RL, 2009; Mühlbacher H et al., 2006; Ranjan P et al, 2015; Van-der Hofstadt Román CJ, 2005).

### **1.3. HERRAMIENTAS O HABILIDADES COMUNICATIVAS.**

Como en la atención del paciente nunca se puede olvidar el lado humano, es necesario utilizar las habilidades comunicativas: escuchar al paciente y mostrarle empatía, manteniendo nuestra autenticidad, y utilizando la comunicación no verbal, el paralenguaje y la propia comunicación verbal (Cushing AM, 2015; Lapeña-Moñux YR et al., 2015; Raper SE et al., 2015).

Por tanto, es necesario tener en cuenta que las habilidades de la comunicación hacen hincapié en: el profesionalismo, la confidencialidad, la cortesía, la confianza, la disponibilidad, la empatía y la simpatía (Claramita M et al., 2016).

#### **1.3.1. Habilidad de escucha activa y de parasafrear o resumir.**

Para realizar la escucha activa, el médico de atención a la fertilidad tiene que tratar de escuchar, sin interrumpir al paciente, antes de que este termine de hablar (Grill E, 2015).

Al realizar una escucha activa, se puede aplicar la habilidad de parasafrear o resumir lo que comunica el paciente. Se ha definido el resumen como “el paso deliberado de proporcionar un resumen verbal de forma explícita al paciente de la información reunida hasta el momento”. Se ha definido parasafrear como “el control de la historia repitiendo periódicamente lo que el paciente ha dicho”. De acuerdo con el manual MAAS, un buen resumen: a) refleja con precisión el contenido de lo que el paciente ha dicho, b) reformula la descripción en lugar de repetir literalmente, c) se busca la confirmación de lo resumido pidiéndoselo al paciente directamente, ya sea mediante el uso de un tono de pregunta, o siguiendo al resumen una pausa que invita a la respuesta del propio paciente (Quilligan S y Silverman J, 2012).

Esta escucha, sólo será posible a través de la retroalimentación adecuada al mensaje del remitente en términos de: contenido, sentir, pedir (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

### **1.3.2. Habilidad de mostrar empatía.**

La empatía se define como un atributo principalmente cognitivo que implica la comprensión de las emociones y las experiencias de otra persona y, en el contexto de la atención clínica, la capacidad de comunicar este entendimiento, con la intención de ayudar a aliviar el dolor o sufrimiento (Flickinger TE et al., 2016). Por tanto, permite ver el mundo a través de la lente de nuestro destinatario (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Esta habilidad comunicativa es entendida como el sentimiento, por parte del paciente, de ser comprendido y aceptado por el médico. La empatía abarca 2 aspectos: uno cognitivo y otro afectivo. El aspecto cognitivo permite al médico aprehender el punto de vista de los pacientes y establecer así una comunicación efectiva. El aspecto afectivo responde a su estado emocional, lo que permite la creación de una asociación dentro de la cual se desarrolla la confianza interpersonal (García D et al., 2013).

Es preciso recordar que la empatía es algo más que tener simpatía con los pacientes. Los comentarios sencillos reflexivos tales como “parece molesta” pueden parecer, en una determinada situación, simplistas y obvios, pero en realidad comunican un profundo sentido de validación y comprensión (Grill E, 2015).

Siempre es necesaria una atención respetuosa, empática, y que de esta forma, el profesional de la medicina puede aportar una experiencia positiva al tratamiento (García D et al., 2013). Además, esta habilidad incluye pedir disculpas cuando sea necesario (Raper SE et al., 2015).

En resumen, empatizar requiere estar abierto a la “difícil” situación de otra persona. Una estrategia muy útil es el llamado “puente empático”, que puede ser usado para “pasar al territorio del paciente y explorar su perspectiva”. Por ejemplo, “me imagino que esta situación es difícil para usted”, en el caso de un aborto espontáneo (Cushing AM, 2015).

### **1.3.3. Habilidad de mantener la autenticidad.**

Según Carl Rogers, la autenticidad se define como "la actitud de ser sincero y honesto con uno mismo y con los demás", y está estrechamente relacionada con el respeto a los demás (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).



#### **1.3.4. Habilidad de utilizar la comunicación no verbal.**

La comunicación no verbal puede llegar a ser, en el caso de que no sea adecuada, tan perjudicial como la comunicación verbal en las interacciones entre médico y paciente. Se puede dar la imagen de tener prisa (mirando el reloj, colocando la mano en el picaporte de la puerta) y de estar distraído (con llamadas telefónicas, dispositivos electrónicos) (Grill E, 2015). Por ello, es necesario controlar este tipo de comunicación de forma adecuada (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Como anteriormente se explica, en las relaciones interpersonales es muy importante escuchar activamente, pero sin dejar de lado el mensaje enviado a través de la comunicación no verbal, ya que el emisor puede estar transmitiendo algo más sin utilizar palabras vocalizadas (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

La comunicación no verbal es valiosa para todos los profesionales sanitarios. Esta comunicación se refiere a: el contacto ocular, los gestos, los movimiento del cuerpo, el movimiento de la cabeza, la postura corporal, las expresiones faciales, los movimientos repetitivos de las extremidades, y la distancia espacial entre emisor y receptor (Berman AC y Chutka DS, 2016; Ranjan P et al., 2015). La mayoría de las personas se centran únicamente en la comunicación verbal, pero esta constituye tan sólo el 7-10% de la comunicación, mientras que la comunicación no verbal constituye el 90-93% restante del mensaje transmitido (Berman AC y Chutka DS, 2016; Ranjan P et al., 2015).

Dentro de este tipo de comunicación, destaca el contacto ocular. Con el fin de lograr este contacto, los ojos del médico y los ojos del paciente deben estar aproximadamente al mismo nivel, lo que implica que también la cara tiene que estar al mismo nivel. Es importante, porque mantener el contacto visual constante indica el compromiso por parte del oyente o receptor (Berman AC y Chutka DS, 2016).

#### **1.3.5. Habilidad de utilizar el paralenguaje.**

Se recomienda utilizar un tono de voz tranquilo y silencioso, sin alzar la voz, para denotar que se está mostrando respeto al hablar con el paciente, al igual que mantener un ritmo adecuado (Gremigni P et al., 2016).

Los silencios o pausas constituyen elementos importantes del paralenguaje. La pausa en las conversaciones es reconocida como un recurso importante en la

organización de la conversación, para transmitir significado a través de su posición en la charla, su duración, y los gestos que pueden acompañarla. Además de utilizarse pausas intencionadas en la conversación, las pausas en la conversación también pueden producirse cuando el médico interactúa con el ordenador, realiza registros en formato papel o utiliza otra fuente de información (Newman W et al., 2010).

### **1.3.6. Habilidad de utilizar el lenguaje de la comunicación verbal.**

Incluye la capacidad de comunicarse haciendo preguntas, al tiempo que como se explica anteriormente, se escucha con atención las respuestas del paciente, y transmitir una información clara con términos sencillos y no ambiguos (Gremigni P et al., 2016). Los autores de la mencionada institución de la Escuela de Palo Alto, destacan que si la gente quiere comunicarse de manera efectiva, tiene que tener en cuenta que una misma palabra o frase puede tener diferentes significados, por lo que es necesario mantener ciertas precauciones al utilizar el lenguaje de la comunicación verbal (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Como anteriormente se explica, esta comunicación verbal, fundamentalmente se ocupa del contenido del mensaje, lo que incluye la selección de palabras (Ranjan P et al., 2015). Se trata de explicar de tal forma que el mensaje transmitido resulte comprensible para el paciente (Raper SE et al., 2015).

Todas estas habilidades básicas de la comunicación son de fundamental importancia. Conforman una plataforma segura de las competencias necesarias que servirá como el principal recurso para hacer frente a todos los retos de la comunicación (Deveugele M, 2015).

## **1.4. TIPOS DE COMUNICACIÓN.**

Existen varios tipos de comunicación, pero la comunicación ideal es la comunicación asertiva (ver tabla 1, donde figuran los principales tipos de comunicación y sus principales características definitorias). La comunicación asertiva se basa en la asertividad. La asertividad se conoce como la capacidad de formular y comunicar los propios pensamientos, las opiniones y los deseos de una manera clara, directa y no agresiva. Por tanto, constituye una conducta importante para la medicina profesional de

hoy en día, ya sea esta reproductiva o no, al igual que para el resto de profesiones sanitarias. Esta asertividad es necesaria para la comunicación efectiva con el paciente, y además se sugiere que su desarrollo también puede ayudar a la confianza como profesional mientras se desarrolla la determinada profesión (Yurtsal ZB y Özdemir L, 2015). También se sabe que la asertividad incluye típicamente comportamientos tales como: expresar el desacuerdo de forma activa, expresando los derechos y los sentimientos personales, positivos o negativos, y la defensa de uno mismo sin atacar a la otra persona, es decir, sin emplear nunca el tipo de comunicación tímida o pasiva ni el tipo de comunicación agresiva con el paciente que nos comunica un desacuerdo con la atención recibida (Schmid A et al., 2015).

**Tabla 1.** Tipos de comunicación: tímida o pasiva, asertiva, agresiva.

	<b>Comunicación Tímida o Pasiva:</b>	<b>Comunicación Asertiva:</b>	<b>Comunicación Agresiva:</b>
<b>Comportamiento al hablar (lenguaje verbal):</b>	Murmura, nervioso, evita el contacto visual con el receptor.	Habla con claridad y confianza al receptor.	Grita o se niega a hablar, señala con el dedo, utiliza la fuerza física o psicológica (chantaje).
<b>Evaluación:</b>	Se critica a sí mismo/a y siempre se está disculpando.	Expresa reconocimiento y respeto.	Critica, nunca hace cumplidos.
<b>Atención:</b>	Espera que la otra persona exprese cómo él/ella se siente, ya que él/ella mismo/a no lo comunica.	Utiliza “yo” para expresarse.	Utiliza “tú/usted” en los mensajes de culpa.
<b>Resolución de problemas:</b>	Deja que los demás decidan por él o ella.	Muestra compromiso con su receptor o paciente.	Quiere tomar él /ella exclusivamente las decisiones, no permite la participación de nadie.
<b>Comportamiento al escuchar:</b>	Permanece en silencio, raramente habla.	Utiliza la habilidad de escucha activa.	Interrumpe, es sarcástico.

<b>Emociones:</b>	Niega las propias sensaciones y plantea excusas.	Trata de comprender las sensaciones de los demás.	Se burla de los demás.
<b>Postura corporal:</b>	Cerrada: espalda encorvada hacia delante.	Abierta: espalda recta, pero relajada en la silla.	Expansiva: espalda inclinada hacia atrás en la silla.

Adaptada de: 1) Desai M. A Rights-based preventative approach for psychosocial well-being in childhood. *Children's Well-Being: Indicators and Research* [Libro 3]. 1ª ed. Londres, Nueva York: Springer; 2010. p.176. Disponible en el DOI: [10.1007/978-90-481-9066-9](https://doi.org/10.1007/978-90-481-9066-9). 2) Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. *Human Communication. Motivation, Knowledge, and Skills*. 2ª ed. Australia, Brasil, Canadá, Méjico, Singapur, España, Reino Unido, Estados Unidos: Thomson Wadsworth; 2007. p. 115. 3) Randy M, Tana S. *Promoting Health and Emotional Well-Being in your classroom*. 6ª ed. Estados Unidos de América: Jones and Bartlett Learning; 2015. p.61.

### **1.5. ESTILOS DE COMUNICACIÓN.**

El estilo de la comunicación en la atención médica tiene como objetivo crear y mantener una buena relación con el paciente, transmitiendo calidez, amabilidad, interés, empatía y deseo de ayudar. Las características de los pacientes y los rasgos de su personalidad, pueden moderar las reacciones del médico en la comunicación, lo que influye en su estilo comunicativo (Cousin G et al., 2012).

### **1.6. BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN.**

También en el proceso de comunicación médico-paciente, se pueden producir unas barreras que impiden que esta comunicación sea efectiva (Ha JF y Longnecker N, 2010).

Ya desde 1989 queda patente que las principales barreras en la comunicación pueden ser: ambientales (como el exceso de ruido y la ausencia o interrupción de la privacidad), físicas (como la fatiga o el cansancio y el dolor), psicológicas (como el estrés y la ira) y/o socioculturales (como el nivel de conocimiento y el idioma) (Benerjee A y Sanyal D, 2012; Hulsman RL, 2009; Quill TE, 1989; Ranjan P et al., 2015).

## **1.7. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN.**

En la comunicación hay 4 factores que influyen decisivamente: la confidencialidad, la confianza que atribuye la propia confidencialidad, la privacidad y el vestuario (Aeder L et al., 2007; Bachinger SM et al., 2009; Ferguson AH, 2015; Ranjan P et al., 2015; Zangão MO y Mendes FR, 2015).

La confidencialidad o el secreto médico y la privacidad han sido reconocidas como elementos integrales de la buena práctica médica (Ferguson AH, 2015). Siempre es necesario respetar la confidencialidad del paciente y mantener la privacidad. Hay temas que no se pueden tratar con el receptor de la atención médica con otra persona ajena al equipo sanitario delante (Ranjan P et al., 2015). Por tanto, la confianza de los pacientes en su médico es una característica esencial de la relación médico-paciente (Bachinger SM et al., 2009), junto a la privacidad. El respeto a la privacidad del paciente debe mantenerse durante todo el proceso de atención. Está claro que la privacidad es un derecho humano y una necesidad esencial para la dignidad de todos los seres humanos (Zangão MO y Mendes FR, 2015).

Además, el vestuario laboral también influye, ya que sirve para reforzar el encuentro entre médico y paciente (Aeder L et al., 2007).

## **1.8. LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.**

La prestación de una atención de alta calidad es el objetivo final, pero difícil de la asistencia sanitaria. En todos los campos de la salud, la eficacia y la seguridad son las dimensiones de calidad más reconocidas, aunque la fundamental, la verdadera atención de alta calidad, va más allá de este alcance, y es la atención centrada en el paciente (Van Empel IW, Dancet EA, Koolman XH, Nelen WL, Stolk EA, Sermeus W, D'Hooghe TM et Kremer JA, 2011).

La comunicación de la atención centrada en el paciente proporciona la base conceptual de los entrenamientos de la comunicación médica (Maatouk-Bürmann B et al., 2016). Se conoce que dispone de un amplio apoyo en los países occidentales y está ganando popularidad en algunos países que se encuentran en vías de desarrollo (Ting X et al., 2016).

“La atención centrada en el paciente o el paciente-centrismo” se define como 'la atención que respeta y responde a las preferencias, deseos y necesidades individuales de cada paciente, y que es guiada por los valores del propio paciente', por ello está ganando terreno como una dimensión importante de la atención de calidad al permitir que los pacientes puedan guiar todas las decisiones clínicas que mejor se adapten a sus circunstancias individuales (Den Breejen EM et al., 2013; Gremigni P et al., 2016; Holter H et al., 2014; Huppelschoten AG et al., 2012; Pedro J et al., 2013; Van Empel IW, Dancet EA, Koolman XH, Nelen WL, Stolk EA, Sermeus W, D'Hooghe TM et Kremer JA, 2011). Proporcionar atención centrada en el paciente es importante, ya que puede construir relaciones de afecto entre los pacientes y los profesionales de la salud, mejorar los resultados de salud, reducir los costes y aumentar los niveles de calidad de vida de los pacientes. Aunque hay áreas de la salud asociadas con altas emociones y períodos de tratamiento intensivo (por ejemplo, la oncología) que pueden beneficiarse especialmente de una atención más centrada en el paciente, la atención de la fertilidad es también una de estas áreas (Aarts JW et al., 2011; Huppelschoten AG et al., 2012).

Se constata que la atención centrada en el paciente es uno de los elementos claves de una atención de calidad. En este tipo de atención, la comunicación constituye un pilar fundamental. Dentro de la medicina reproductiva, cuando la comunicación es deficiente, es común que la mujer o pareja interrumpa el tratamiento (Deveugele M, 2015; Huppelschoten AG et al., 2013; Van Empel IW, Hermens RP, Akkermans RP, Hollander KW, Nelen WL et Kremer JA, 2011).

Es indudable que la comunicación entre médico y paciente es un elemento clave de la atención médica, esencial para: la anamnesis, el diagnóstico, informar a los pacientes acerca de las intervenciones, la planificación del tratamiento, y los resultados (Maatouk-Bürmann B et al., 2016). Por tanto, esta comunicación constituye un papel fundamental en la educación del paciente y la motivación para ayudar en la toma de decisiones compartidas (Raper SE et al., 2015).

A partir de lo anterior, se puede deducir que los componentes de la comunicación, anteriormente citados, son elementos fundamentales de la atención centrada en el paciente. Lo son porque nos pueden proporcionar la información necesaria, a través del mensaje o mensajes transmitidos, para comprender las necesidades del paciente y

también darles a los pacientes la información que necesitan, a través del mensaje o mensajes transmitidos, para participar en su atención (Gremigni P et al., 2016).

Ya en 1998, Engel dejó una premisa muy conocida de la comunicación: *“los pacientes necesitan saber y entender, además de sentirse conocidos y comprendidos”*. En consecuencia, los pacientes tienen derecho a ser informados y a hacer preguntas, para hacer frente a su determinada situación, y así poder decidir junto al médico la dirección del tratamiento (Deveugele M, 2015).

La atención centrada en el paciente asegura una contribución equilibrada y el entendimiento mutuo en la comunicación médico-paciente. Por ello, es considerada como el estilo de comunicación médico-paciente ideal. En ella los pacientes comparten el proceso de la toma de decisiones y la responsabilidad con sus médicos (Ting X et al., 2016).

En la medicina reproductiva, las medidas de calidad se centran principalmente en la eficacia (por ejemplo: las tasas de embarazo, tasas de recién nacidos vivos), y la seguridad (por ejemplo: la frecuencia de embarazos múltiples), mientras que la atención centrada en el paciente suele resultar descuidada, es decir, menos atención se ha prestado a la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida. La atención centrada en el paciente se reconoce cada vez como más importante para la calidad de la medicina reproductiva., ya que así las mujeres o parejas que reciben la atención para la fertilidad se benefician particularmente de la atención adaptada a sus necesidades individuales (Den Breejen EM et al., 2013; Holter H et al., 2014; Van Empel IW et al., 2010). Este tipo de atención, en el caso de la atención a la fertilidad, puede ser un medio eficaz para promover el cumplimiento de los pacientes durante el tratamiento, ya que se asocia con: una mayor calidad de vida y menor malestar durante el tratamiento, ya que experimentan el tratamiento como más tolerable y sufren menos preocupaciones en relación al mismo (Gameiro S et al., 2013; Pedro J et al., 2013; Van Empel IW et al., 2010).

### **1.9. EL DESGASTE DEL PROFESIONAL SANITARIO.**

Del mismo modo, parte del personal médico y de los pacientes tienden a ver el "éxito" como un embarazo en curso o el logro de un nacimiento con vida saludable. Desde esta perspectiva, una paciente puede sentirse como un "fracaso" como

persona, si ella no es capaz de alcanzar este objetivo. También los miembros del personal pueden experimentar sentimientos de fracaso, desilusión y pérdida si las pacientes no resultan embarazadas. Por esta razón, es necesario tratar de evitar el desgaste del personal (Grill E, 2015).

Asimismo, los conflictos interpersonales son un antecedente relevante en la aparición y el desarrollo del síndrome de burnout o del quemado. La prevención implica la mejora de las habilidades de la comunicación y contribuir al aumento de los niveles de autorrealización profesional, para reducir el estrés ocupacional. Diferentes estudios han evaluado la eficacia de los programas de formación de los profesionales de la salud dirigidas a reducir las barreras de la comunicación y para promover la comunicación asertiva y sentimientos positivos entre los trabajadores, para ser capaces de manejar situaciones de conflicto interpersonal y para defender sus habilidades contra otros grupos profesionales (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Los profesionales de la salud consideran que las habilidades de la comunicación ayudan a hacer que se sientan más seguros y más competentes, ya que fomentan la relación con el paciente. Estas habilidades ayudan a prevenir, o en su defecto reducir, las experiencias de estrés laboral crónico y el agotamiento, además de aumentar la satisfacción en el trabajo (Leal-Costa C et al., 2016; Ranjan P et al., 2015).

#### **1.10. ¿POR QUÉ SE NECESITA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA?**

El profesional de la comunicación efectiva es fundamental para la preparación de los futuros profesionales de la salud, minimizando o eliminando la falta de comunicación (Claramita M et al., 2016). Se conoce que la falta de habilidades comunicativas puede desencadenar: respuestas defensivas, malentendidos y la desconexión en las relaciones de las personas, lo que conduce incluso a procesos de colaboración interprofesional ineficaces (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

#### **1.11. EL MÉDICO COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.**

La reflexión personal sobre las acciones comunicativas propias y la colaboración interdisciplinaria son fundamentales en la comunicación médica (Deveugele M, 2015).



El trabajo en equipo y la comunicación es un aspecto importante de la seguridad del paciente. La falta de comunicación ha sido identificada como una causa de retraso y de mala actuación del equipo sanitario profesional (Liaw SY et al., 2014). Un sistema con el trabajo en equipo eficaz puede mejorar la calidad de la atención al paciente y reducir la carga de trabajo entre profesionales de la salud (Ranjan P et al., 2015).

Además, la orientación o asesoramiento en la infertilidad es una parte integral del enfoque multidisciplinar (medicina, biología, enfermería...). En los últimos años, esta orientación ha progresado hasta hacerse especializada, lo que requiere de experiencia y cualificación profesional (Van Den Broeck U et al., 2010).

### **1.12. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

Cada vez hay un mayor número de estudios observacionales que estudian la comunicación entre médico y paciente (Paterson C et al., 2012), pero la mayoría de estos se centran en la perspectiva del médico, y los pacientes, por lo general, tienen sus propios objetivos, que pueden coincidir o no con los de su médico. Además, como los objetivos de los pacientes son diversos y no siempre son fáciles de predecir de antemano, se necesitan más estudios en base a la perspectiva del paciente (Mazzi MA et al., 2016). Asimismo, como anteriormente se comenta, con el fin de proporcionar una atención de la fertilidad centrada en el paciente, se requiere una visión desde la perspectiva del paciente (Dancet EA et al., 2011).

## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.**

### **2.1. HIPÓTESIS ALTERNATIVA.**

La comunicación entre el / la médico de una Unidad de Reproducción Humana Asistida y sus pacientes condiciona la satisfacción en los propios pacientes.

### **2.2. OBJETIVOS.**

Para contrastar la hipótesis alternativa se plantean los siguientes objetivos:

#### **2.2.1. Objetivo principal:**

Determinar si los pacientes que acuden a una consulta ginecológica de fertilidad de una Unidad de Reproducción Humana Asistida están satisfechos con la relación médico-paciente que se establece cuando acuden a la citada consulta.

#### **2.2.2. Objetivos secundarios:**

- Determinar la relación de las variables sociodemográficas estudiadas, las variables de la comunicación y las variables de satisfacción en la comunicación.
- Determinar si los pacientes complementan o no la información que reciben en la consulta médica de la citada unidad con otras fuentes de información, y en caso afirmativo, determinar cuál es la fuente que más utilizan.
- Determinar cómo es una comunicación satisfactoria y efectiva entre el médico de una Unidad de Reproducción Humana Asistida y sus pacientes en la consulta ginecológica de fertilidad, es decir, de la Unidad de Reproducción Humana Asistida.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS.**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO.**

El presente trabajo consiste en un estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico.

#### **3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.**

El estudio se realizó en la consulta ginecológica de fertilidad de la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Antes de comenzar con la recogida de datos, el proyecto del estudio diseñado, tras la aprobación del tutor, fue enviado al Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias. Una vez obtenida su aprobación, se inicia la recogida de datos, tras informar debidamente a las pacientes mediante el consentimiento informado igualmente aprobado (ver Anexo I). Se comenzó con la recogida de datos el día 26 de Abril de 2016 continuando hasta completar el tamaño muestral requerido, el día 11 de Mayo de 2016.

Para la recolección de datos se utiliza una hoja de recogida de datos, de elaboración propia (ver Anexo II) donde en la investigación se incorporan las variables sociodemográficas de la mujer paciente (edad, nivel académico, situación laboral, situación personal) y otros aspectos sociodemográficos observables en la consulta ginecológica de fertilidad (sexo del ginecólogo y si es la primera consulta o sucesivas), al mismo tiempo, en esta misma hoja, se van marcando los datos relevantes de la comunicación durante la consulta (también aparecen en el Anexo II). Al finalizar la consulta ginecológica de fertilidad, si se obtiene la participación de la mujer o pareja, advirtiendo previamente que esta participación es totalmente voluntaria y anónima, y explicando los motivos y principales características de este estudio, además de resolver dudas si fuese preciso, se le entrega a la mujer el cuestionario de elaboración propia (ver Anexo III), dónde se reflejan los ítems de satisfacción en la comunicación. Lo cumplimentan en una sala cercana a la mencionada consulta, para tratar de garantizar la confidencialidad y la privacidad. Ellas mismas lo introducen en un buzón disponible a tal efecto en la misma sala, para tratar de evitar el sesgo de complacencia, pero grapando previamente al mismo cuestionario la hoja de recogida de datos cumplimentada por la persona que realiza el estudio.

### **3.3. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.**

Mujeres o parejas que acuden a la consulta ginecológica de fertilidad del HUCA desde el día 26 de Abril de 2016 hasta alcanzar el tamaño muestral adecuado.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión.**

Sujetos que aceptan participar en el estudio libre y voluntariamente, asimismo cumplimentan y firman el consentimiento informado tras proporcionarles toda la información precisa., además de cumplimentar el cuestionario de forma completa.

#### **3.3.2. Criterios de exclusión.**

Sujetos, que tras ser informados no aceptan participar, no firman el consentimiento informado, o no cumplimentan el cuestionario de forma completa.

### **3.4. VARIABLES A ESTUDIAR.**

#### **3.4.1. Variables sociodemográficas.**

Variables para estudiar a los pacientes (mujer o pareja), tomando como referencia únicamente los datos de la mujer que participa en base a aspectos sociodemográficos:

- Edad: Variable cuantitativa discreta de escala. Forma de medida: años cumplidos completos.

- Nivel académico: Variable cualitativa ordinal politómica. Categorías: Sin Estudios, Estudios Primarios (EGB., E Primaria, ESO), Estudios Secundarios (Formación Profesional, Bachiller), Estudios Universitarios (Diplomados, Licenciados, Grados, y Posgrados: Máster y Doctorado).

- Situación laboral: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: activa / parada o desempleada.

- Situación personal: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: sola o sin pareja / acompañada o con pareja.

Variable para diferenciar al ginecólogo de la consulta de fertilidad:

- Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: hombre / mujer.

- Consulta ginecológica de fertilidad: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: primera / sucesivas.

### **3.4.2. Variables de la comunicación.**

- Duración de la consulta: Variable cuantitativa discreta de escala. Forma de medida: minutos completos, aplicando si fuera preciso el redondeo habitual.

- Variables de la hoja de recogida de datos, correspondientes a los subapartados de escucha activa, comunicación no verbal, paralenguaje, comunicación verbal, empatía: Variables cualitativas nominales dicotómicas. Categorías: sí / no. Si aparecen en la comunicación, se marcan y se toman como correspondientes a la categoría sí. Si no resultan marcadas se toman como correspondientes a la categoría no.

- Concordancia de la comunicación verbal con la no verbal: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: sí / no.

- Interrelación entre médico y paciente: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: sí / no.

- Apariencia física: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: sin bata, con bata limpia, con bata sucia.

- Tipo de comunicación utilizada: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: agresiva, tímida o pasiva, asertiva.

- Barreras en la comunicación: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: sí / no. En caso de que se produzcan, se marca en la hoja de recogida de datos la barrera en la comunicación correspondiente, ya sea: ambiental, física, psicológica y/o sociocultural (ver Anexo II).

### **3.4.3. Variables de satisfacción en la comunicación.**

- Ítems generales de satisfacción en la comunicación (duración de la consulta, escucha activa, comunicación no verbal, paralenguaje, comunicación verbal, empatía, privacidad): Variables ordinales politómicas. Categorías: en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo / indecisa, de acuerdo. Son los ítems:

1. El tiempo que ha durado la consulta ginecológica es suficiente.
2. Cuando yo hablaba, el médico no estaba atento a lo que yo decía.
3. El / la médico me ha dejado hablar sin interrumpirme.
4. Con los gestos de su cara me ha hecho sentir cómoda.

5. A mi entender, su tono de voz ha sido correcto, ni demasiado alto ni demasiado bajo.

6. No consigo entender la información que me da, en sus explicaciones utiliza palabras difíciles de entender o poco claras.

8. No me he sentido comprendida por el médico.

9. No se ha garantizado un ambiente privado.

- Ítem específico para analizar la posible necesidad de información adicional: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: no necesito más información, preguntaré a otro profesional, haré búsquedas por Internet desde el buscador (Google, Firefox...). Corresponde al ítem:

7. Si necesitase más información, consultaría: las categorías recién expuestas.

- Satisfacción global: Variable cuantitativa discreta independiente de escala. Forma de medida: escala numerada de 0 a 10, donde 0 es la ausencia de satisfacción y 10 la mayor intensidad de satisfacción. Corresponde al Ítem:

10. En resumen, mi grado de satisfacción global con la comunicación entre el / la médico de esta consulta y yo como paciente es: la paciente marca el número que crea conveniente de la citada escala numerada de 0 a 10.

- Ítem de sugerencias (opcional): Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si realizan alguna sugerencia corresponden a la categoría sí, si no realizan ninguna sugerencia corresponden a la categoría no. Posteriormente, se transcriben las sugerencias realizadas por alguna de las pacientes.

### **3.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.**

Partiendo de que para el cálculo de la muestra, en este caso en concreto, la población era infinita o desconocida, se utilizó la siguiente fórmula para estimar la proporción:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra. “Z” es un valor obtenido mediante niveles de confianza, y cuando se desconoce este valor se mantiene la constante de que un Intervalo de Confianza del 95% equivale a 1.96, sería  $Z\alpha = 1.96$ . Continuando con la fórmula, “p” sería la proporción esperada o de éxito, y al ser desconocida se le da un valor de 0.5; “q” sería la proporción de fracaso, que resulta de  $1 - p$ , con lo que  $q = 1 - 0.5 = 0.5$ . Finalmente, “d” sería el límite aceptable de desviación por error muestral, al no tener ningún valor, se previó cometer un error del 10% en el caso concreto de este estudio, con lo que  $d = 0.1$ .

Resumiendo: los valores serían:

$$Z\alpha = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - p = 0.5$$

$$d = 0.1$$

Sustituyendo los valores en la citada fórmula se obtiene:  $n = 96.04$ .

Con lo que con un Intervalo de Confianza del 95%, una proporción de éxito del 50% ( $p = 0.5$ ), una proporción de fracaso del 50% ( $q = 0.5$ ) y un límite aceptable de desviación por error del 10%, el tamaño muestral es de 96 mujeres pacientes (Pita S, 2010).

### **3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se realiza un estudio estadístico de los resultados que son presentados como porcentajes, frecuencias, medias con desviación estándar, medianas y rangos intercuartiles. Se realiza una comparación mediante T de Student o ANOVA para las variables continuas que sigan una distribución paramétrica y con test de U-Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para las no paramétricas. Las variables cualitativas son manejadas mediante Chi-cuadrado. Se emplea la correlación de Pearson o el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la correlación entre variables. Se considera como diferencia estadísticamente significativa un valor de  $p < 0,05$ . Las determinaciones son llevadas a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20.

## **4. RESULTADOS.**

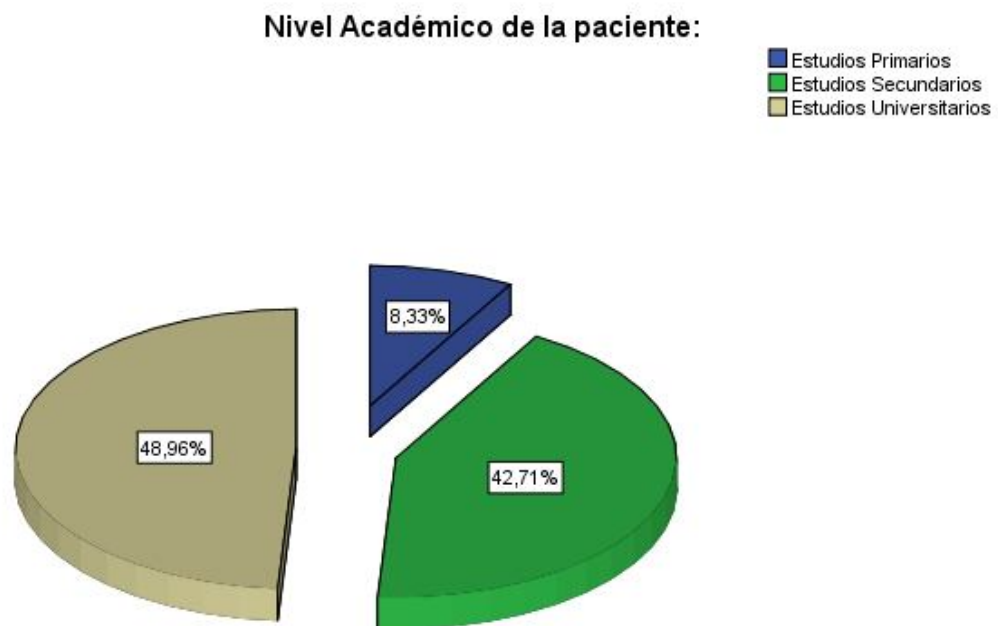
### **4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.**

#### **4.1.1. Edad.**

La variable edad de las mujeres participantes en el presente estudio presenta una media de 35 años con una desviación típica o estándar de 3.

#### **4.1.2. Nivel académico.**

Como se puede apreciar en la figura 1, el 91.7% de estas mujeres presentan un nivel académico correspondiente a Estudios Secundarios y Estudios Universitarios. Además, en este estudio, ninguna de las mujeres participantes pertenece a la categoría Sin Estudios, por lo que esta categoría desaparece de la gráfica de sectores.

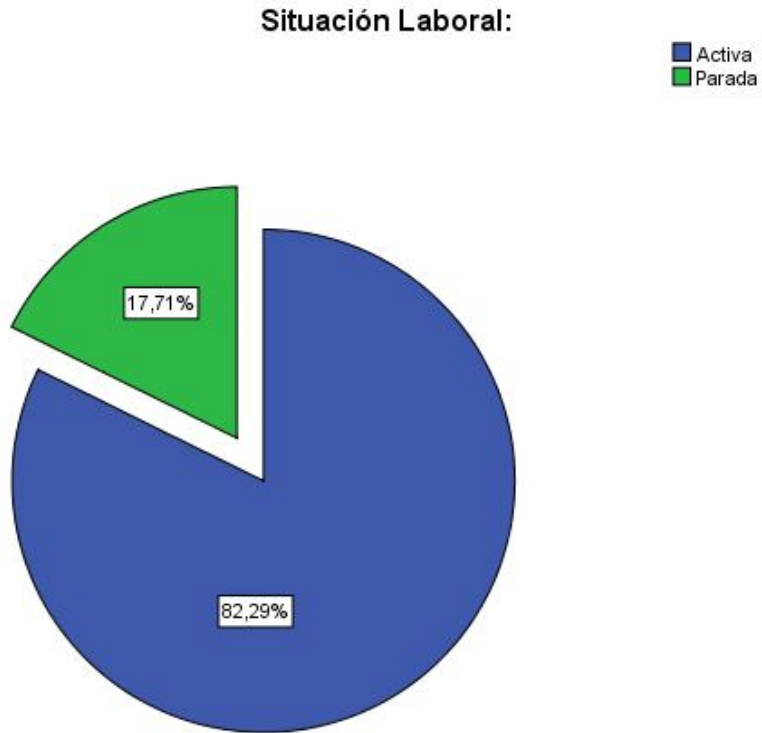


**Figura 1.** Gráfica de sectores representativa en porcentajes del nivel académico de las mujeres participantes.



#### 4.1.3. Situación laboral.

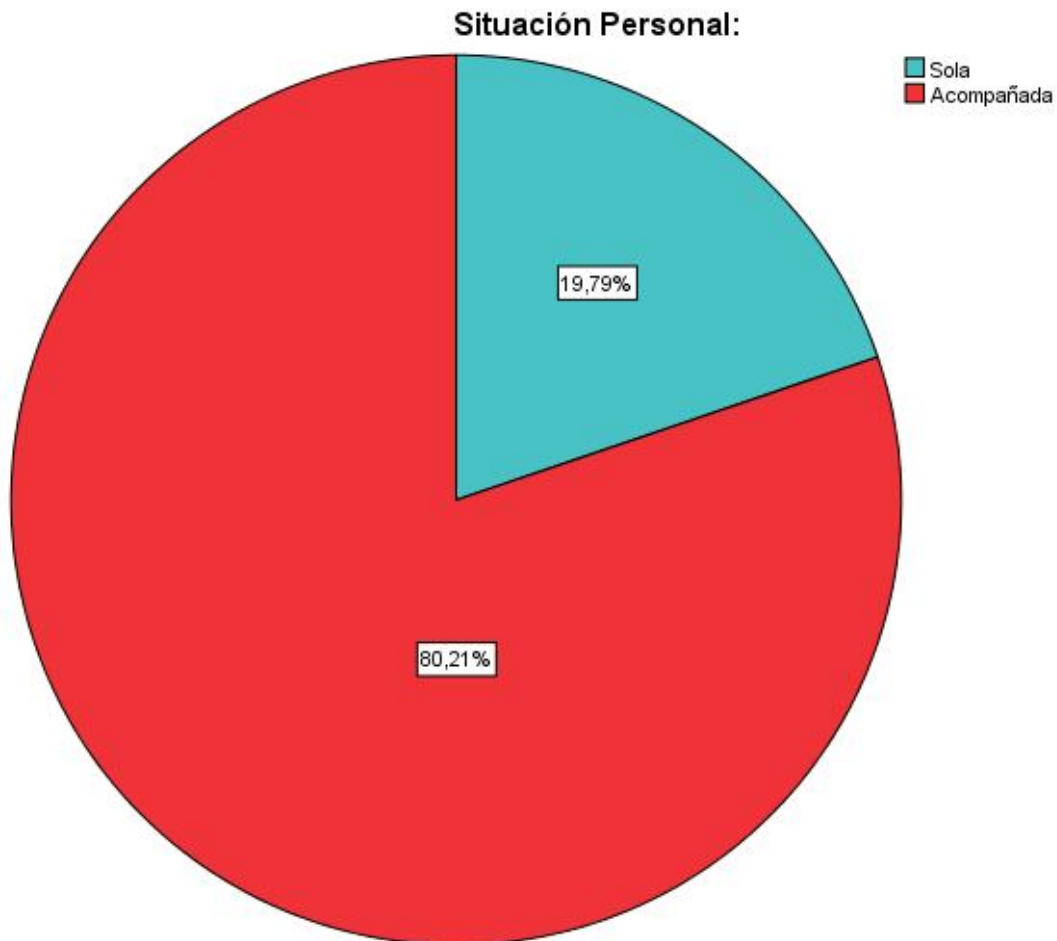
Como se puede apreciar en la figura 2, la mayor proporción de las mujeres que participaron en el estudio pertenecen a la población activa (el 82.3%).



**Figura 2.** Gráfica de sectores representativa en porcentajes de la situación laboral.

#### 4.1.4. Situación personal.

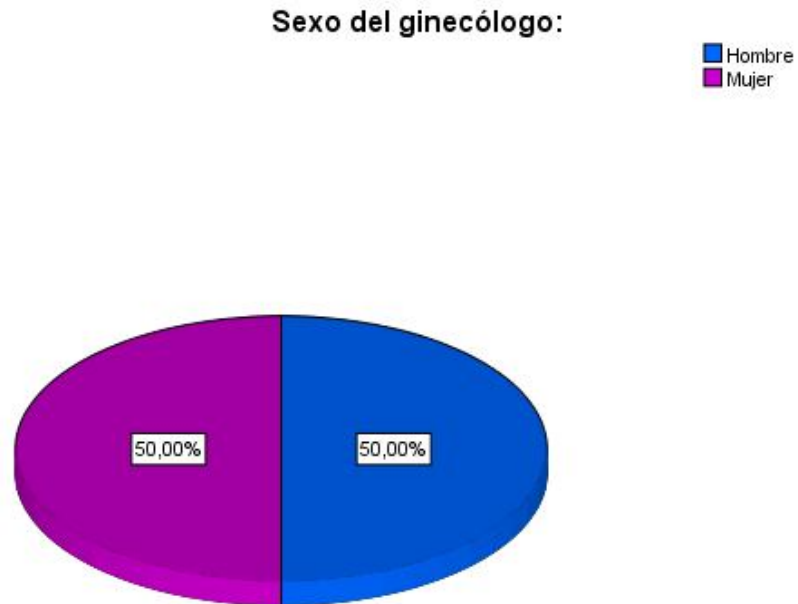
En la figura 3 se puede comprobar que es mayor el porcentaje de mujeres que acuden acompañadas (el 80.2%) a la consulta que las que acuden solas (el 19.8%).



**Figura 3.** Gráfica de sectores representativa en porcentajes de la situación personal en el momento en el que acuden a la consulta.

#### 4.1.5. Sexo del ginecólogo que presta la atención a la fertilidad.

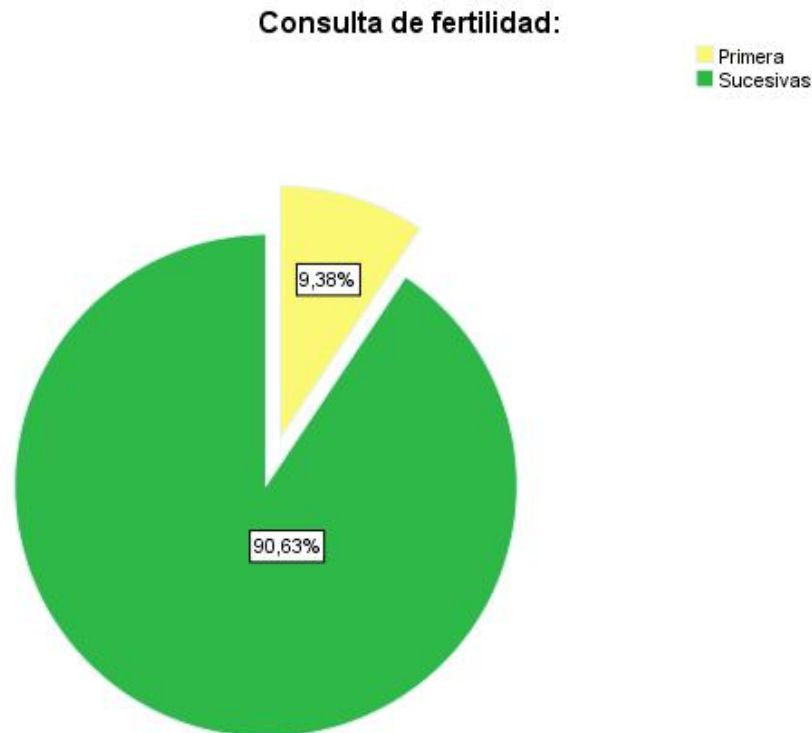
Tal y como se puede visualizar en la figura 4, la atención médica para la fertilidad fue prestada en la mitad de los casos por el sexo masculino y la otra mitad por el sexo femenino.



**Figura 4.** Gráfica de sectores representativa de la proporción de prestación de la atención a la fertilidad en el presente estudio en función del sexo del ginecólogo.

#### 4.1.6. Consulta ginecológica de fertilidad.

Como se puede comprobar en la figura 5, la mayor parte de las consultas pertenecen al grupo de las sucesivas (90.6%), no de la primera (9.4%).



**Figura 5.** Gráfica de sectores representativa de la proporción del tipo de consulta de fertilidad.

## 4.2. VARIABLES DE LA COMUNICACIÓN.

### 4.2.1. Duración de la consulta.

Presenta una mediana de 8 minutos con un rango intercuartil de 4.

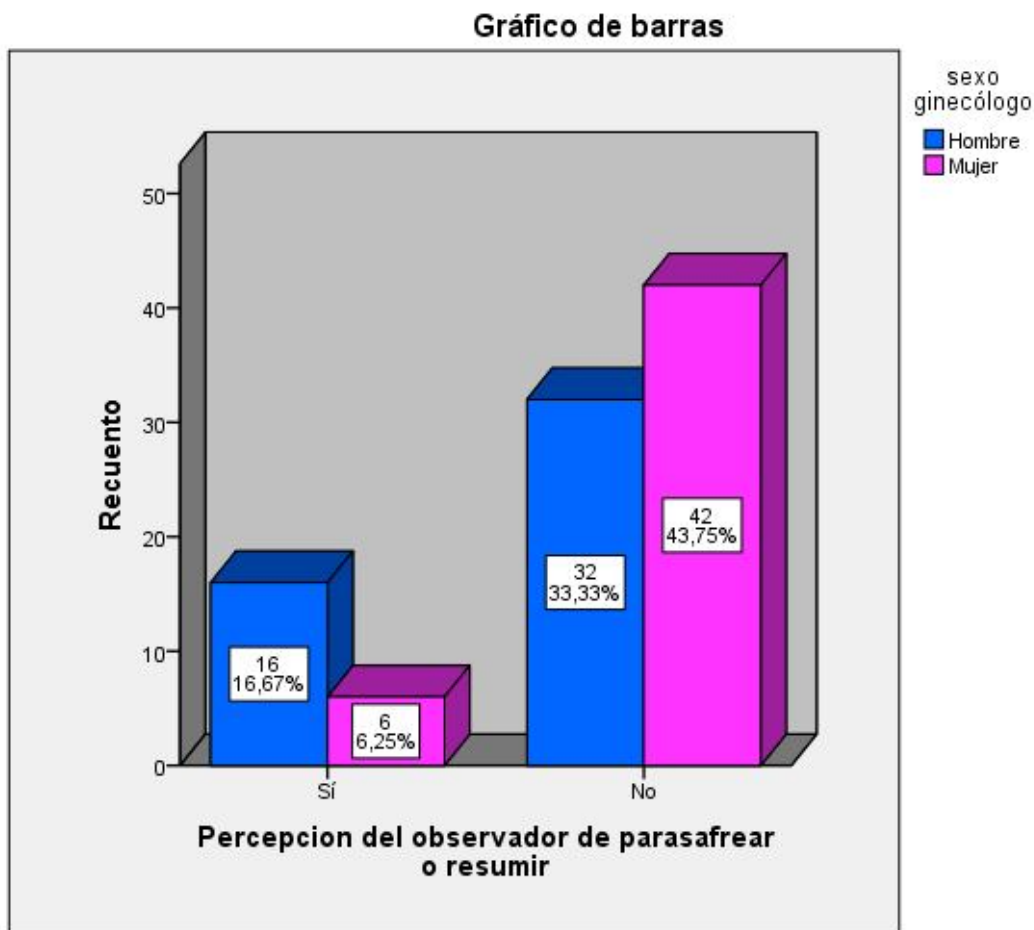
### 4.2.2. Escucha activa.

#### 4.2.2.1. Elementos constantes de la escucha activa.

Al aparecer con un porcentaje del 100%, los apartados de “atención” y “no interrumpe” se convierten en constantes de la escucha activa perteneciendo a la categoría sí, por tanto estas variables no se ven afectadas por el sexo del ginecólogo.

#### 4.2.2.2. Elemento no constante de la escucha activa.

En el caso de la variable “parasafrea o resume”, la frecuencia y el porcentaje hacen que en este caso no se convierta en una constante. Por tanto, se analiza esta variable en función del sexo del ginecólogo. En el caso del hombre, parasafrea o resume en una frecuencia de 16 de los 48 casos en los que presta atención (16.7%), no haciéndolo en los 32 casos restantes (33.3%). En el caso de mujer, lo hace en 6 de los 48 casos en los que presta atención (6.3%), no haciéndolo en los 42 casos restantes (43.8%), ver figura 6. Se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en la variable parasafrear o resumir en relación con el sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.015$ .



**Figura 6.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “pasafrear o resumir” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

### **4.2.3. Comunicación no verbal.**

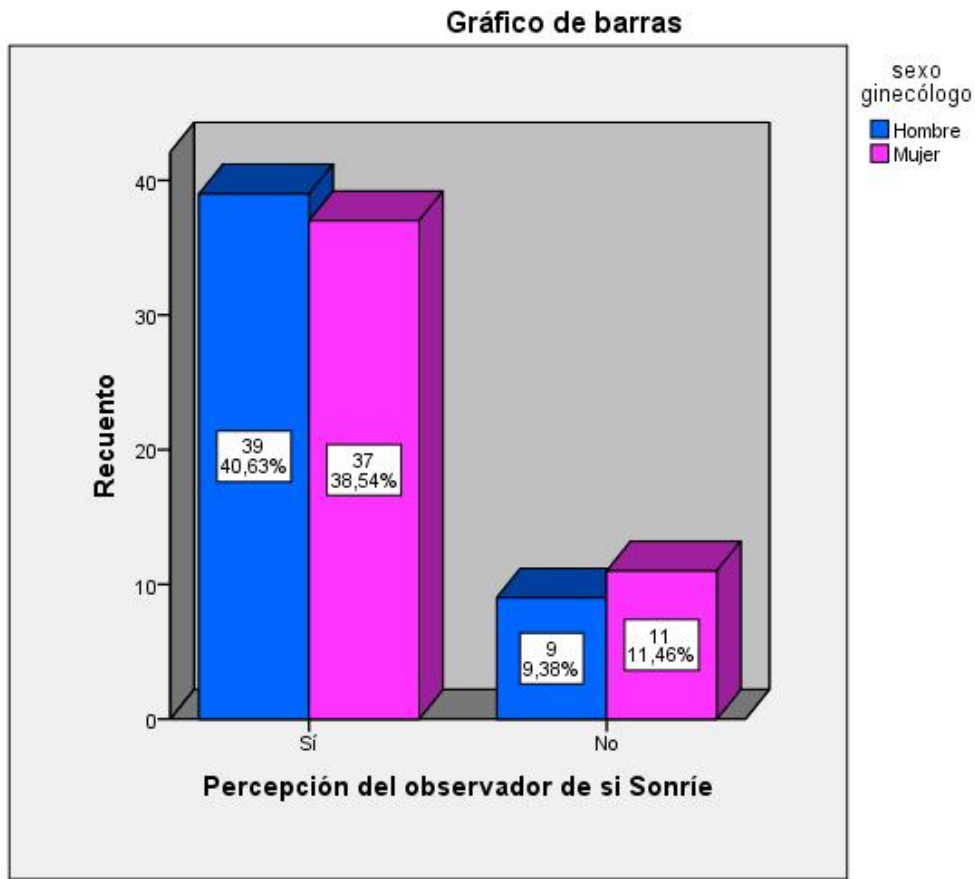
#### ***4.2.3.1. Elementos constantes de la comunicación no verbal.***

Las variables de “mantiene contacto ocular”, “expresión facial de atención”, “cara al mismo nivel” y “postura corporal de acercamiento” al resultar con un porcentaje del 100%, se convierten en constantes, por lo cual estas variables no se ven afectadas por el sexo del ginecólogo. Lo mismo ocurre con las variables “desvía la mirada”, “contacto corporal recíproco”, “contacto corporal no recíproco”, “movimiento de manos que resulta nervioso y errático”, “movimiento repetitivo ascendente y descendente de pies/piernas” pero en sentido contrario, ya que se convierten en constantes por el hecho de que no aparecen, por tanto, estas tampoco se ven afectadas por el sexo del ginecólogo.

#### ***4.2.3.2. Elementos no constantes de la comunicación no verbal.***

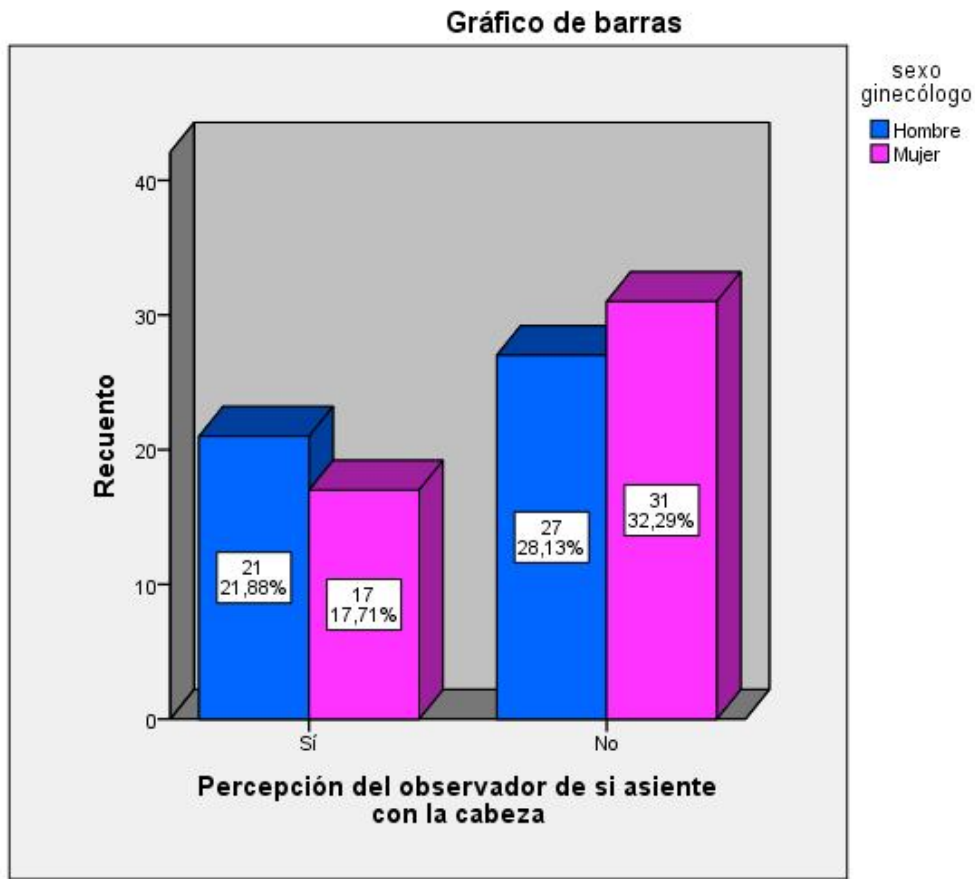
En el caso de la variable “sonríe”, al igual que ocurre en las variables “asiente con la cabeza”, “niega con la cabeza”, “movimiento de manos para añadir énfasis” y “automanipulaciones”, el porcentaje hacen que en este caso no se conviertan en constantes. Al no resultar como constantes, se analizan en función del sexo del ginecólogo.

En el caso del hombre, sonríe en 39 de los 48 casos de atención para la fertilidad (40.6%), no haciéndolo en los 9 casos restantes (9.4%). En el caso de la mujer, sonríe en 37 de los 48 casos en los que presta la atención (38.5%), no haciéndolo en los 11 casos restantes (11.5%), ver figura 7. En este caso, no existe una diferencia estadísticamente significativa de la variable sonrisa en relación con la variable de sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.615$ .



**Figura 7.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “sonríe” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

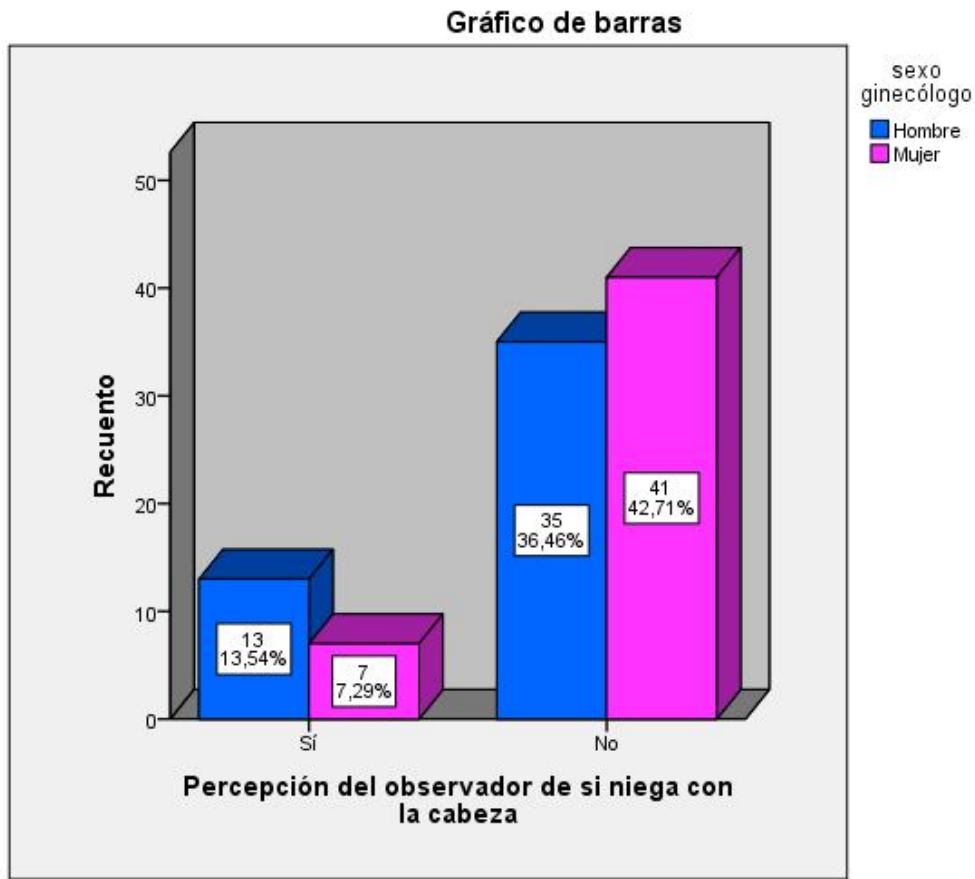
En la variable de asiente con la cabeza ocurre algo similar. En el caso del hombre, asiente en 21 de los 48 casos en los que presta su atención (21.9%), no haciéndolo en los 27 casos restantes (28.1%). En el caso de la mujer, asiente en 17 de los 48 casos en los que presta la atención (17.7%), no haciéndolo en los 31 casos restantes (32.3%), ver figura 8. En esta variable tampoco existe una diferencia estadísticamente significativa en relación con la variable de sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.404$ .



**Figura 8.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “asiente con la cabeza” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

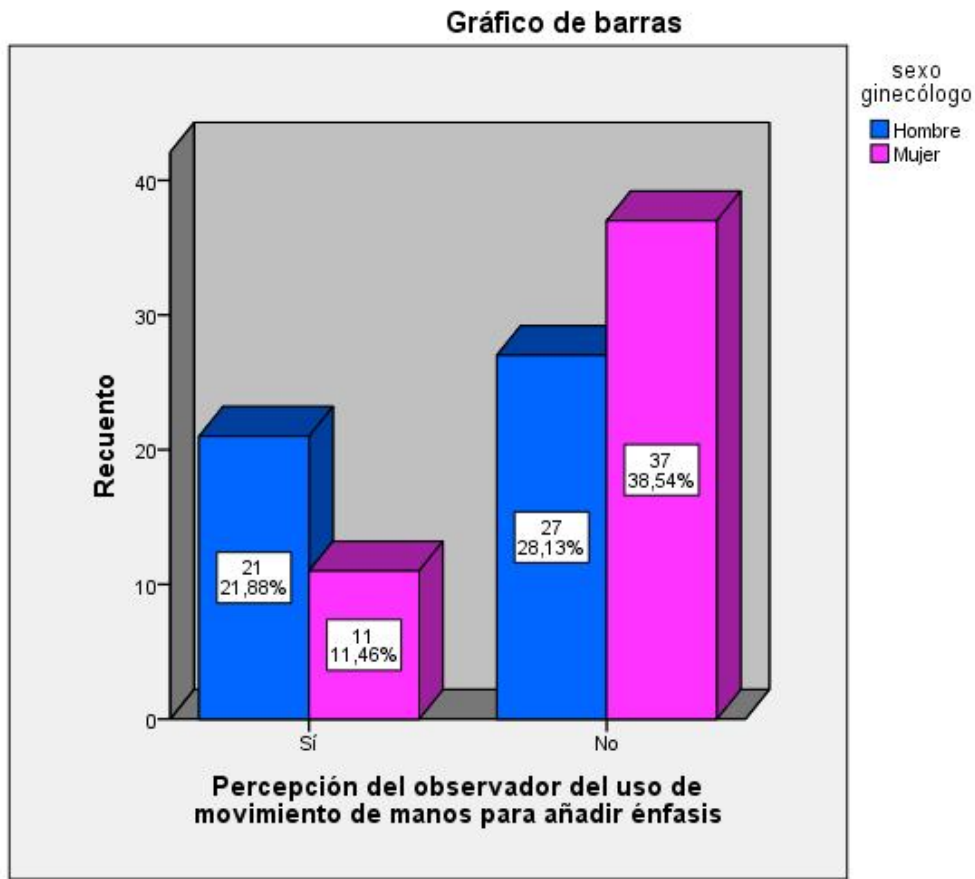
En el caso de la variable niega con la cabeza, el hombre lo hace en 13 de los 48 casos en los que presta su atención (13.5%), no haciéndolo en los 35 casos restantes (36.5%). La mujer niega con la cabeza en 7 de los 48 casos (7.3%), no haciéndolo en los 41 casos restantes (42.7%), ver figura 9. En la variable de niega con la cabeza, tampoco existe una diferencia estadísticamente significativa en relación con la variable de sexo del ginecólogo, ya que resulta un valor  $p = 0.132$ .





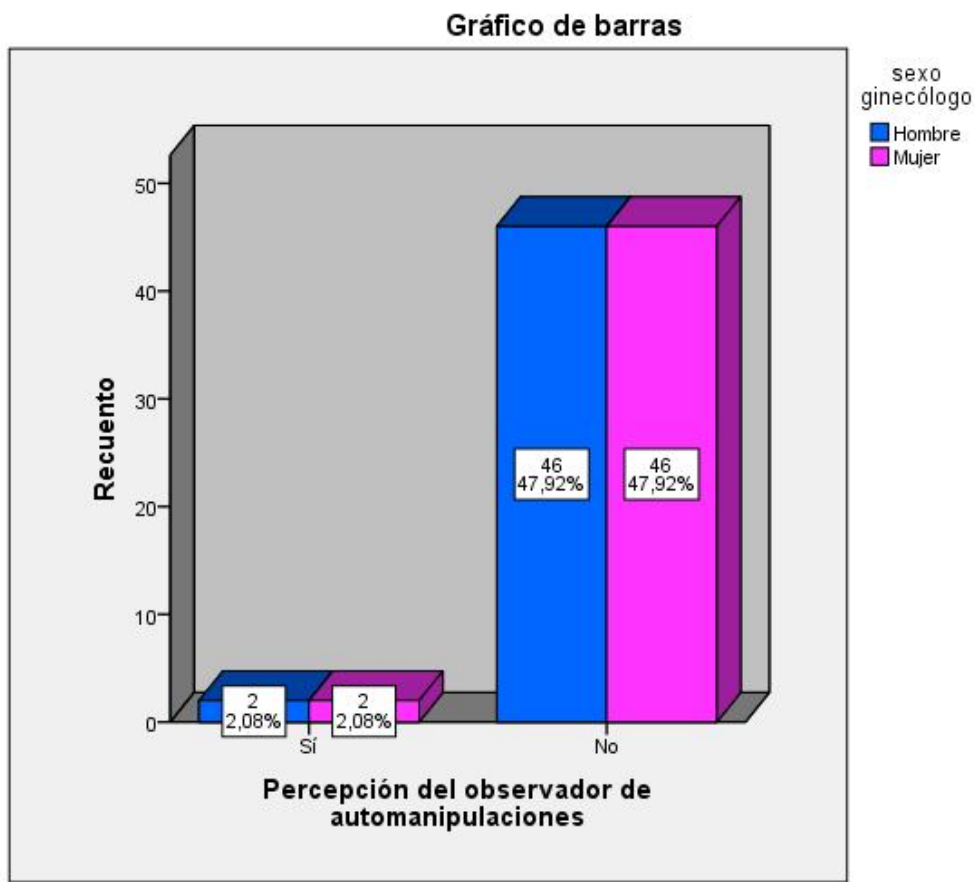
**Figura 9.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “niega con la cabeza” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

En la variable de movimiento de manos para añadir énfasis ocurre algo distinto. El hombre lo utiliza en 21 de los 48 casos estudiados (21.9%), no haciéndolo en los 27 casos restantes (28.1%). La mujer lo utiliza en 11 de los 48 casos estudiados (11.5%), no haciéndolo en los 37 casos restantes (38.5%), ver figura 10. En la variable movimiento de manos para añadir énfasis se produce una diferencia estadísticamente significativa en relación con la variable de sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.030$ .



**Figura 10.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “movimiento de manos para añadir énfasis” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

En el caso de la variable automanipulaciones, el hombre las realizó en tan sólo 2 de los 48 casos estudiados (2.1%), mientras que no las realizó en los 46 casos resultantes (47.9%). Exactamente lo mismo ocurre en el caso de la mujer, ver figura 11, por lo que no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa de la variable automanipulaciones en relación con la variable sexo del ginecólogo, ya que resulta un valor  $p = 1$ .



**Figura 11.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “automanipulaciones” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

#### **4.2.4. Paralenguaje.**

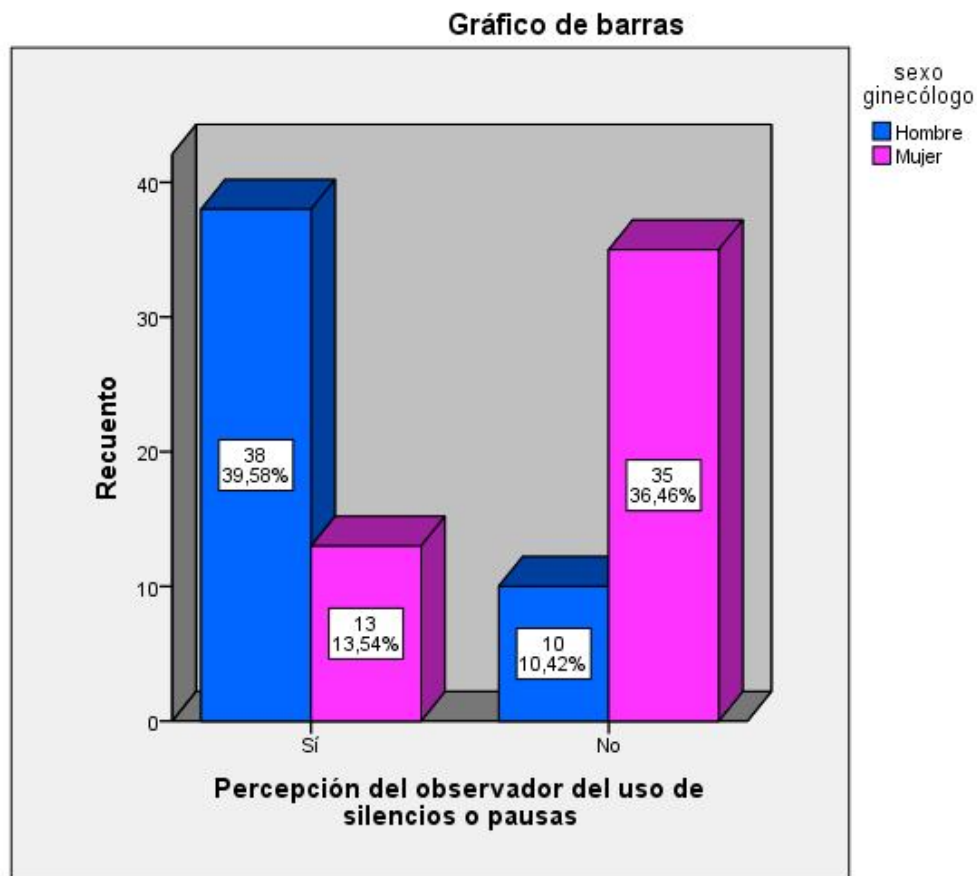
##### ***4.2.4.1. Elementos constantes del paralenguaje.***

En el caso de la variable “utiliza un tono y volumen de voz adecuados” y en la de “la velocidad para hablar es adecuada”, al aparecer con un porcentaje del 100% hace que resulten como constantes. En el caso de la variable “utiliza cambios de volumen para enfatizar puntos de la información”, el porcentaje también hace que se convierta en constante, pero realmente por no aparecer en los casos estudiados. Al ser constantes no se ven afectadas por el sexo del ginecólogo.

##### ***4.2.4.2. Elemento no constante del paralenguaje.***

En la variable “utiliza silencios o pausas”, el porcentaje hace que esta variable no constituya una constante. Al no resultar como una constante, se analiza en función de la variable sexo del ginecólogo. En el caso del hombre, utiliza los silencios o pausas en 38

de los 48 casos en los que presta atención para la fertilidad (39.6%), no haciéndolo en los 10 casos restantes (10.4%). En el caso de mujer, los utiliza en 13 de los 48 casos estudiados (13.5%), no haciéndolo en los 35 casos restantes (36.5%), ver figura 12. En la variable utiliza silencios o pausas hay una diferencia estadísticamente significativa en relación con la variable sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.000$ .



**Figura 12.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “silencios o pausas” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

#### **4.2.5. Comunicación verbal.**

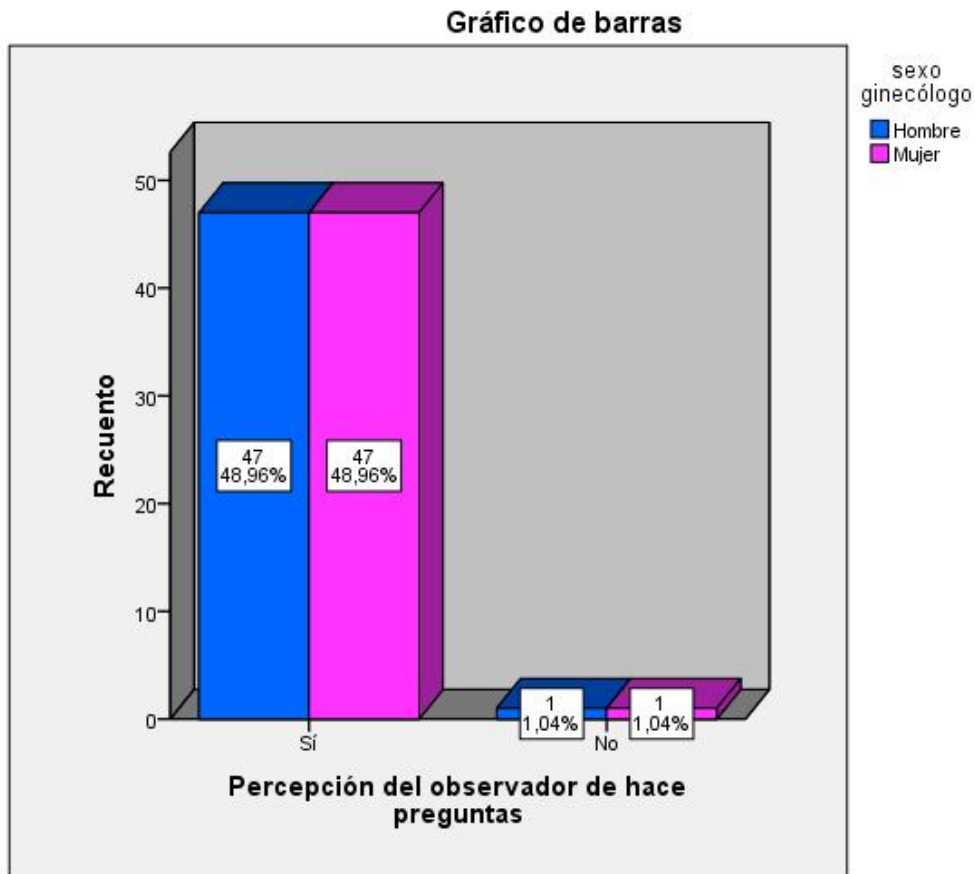
##### ***4.2.5.1. Elemento constante de la comunicación verbal.***

En el presente estudio, ninguna de las variables estudiadas ha conseguido constituir un elemento constante de la comunicación verbal, ya que ninguno ha alcanzado el porcentaje del 100%.

#### 4.2.5.2. Elementos no constantes de la comunicación verbal.

En el caso de las variables “hace preguntas”, “utiliza ejemplos” y “dosifica la información”, el porcentaje las conduce a que no constituyan constantes.

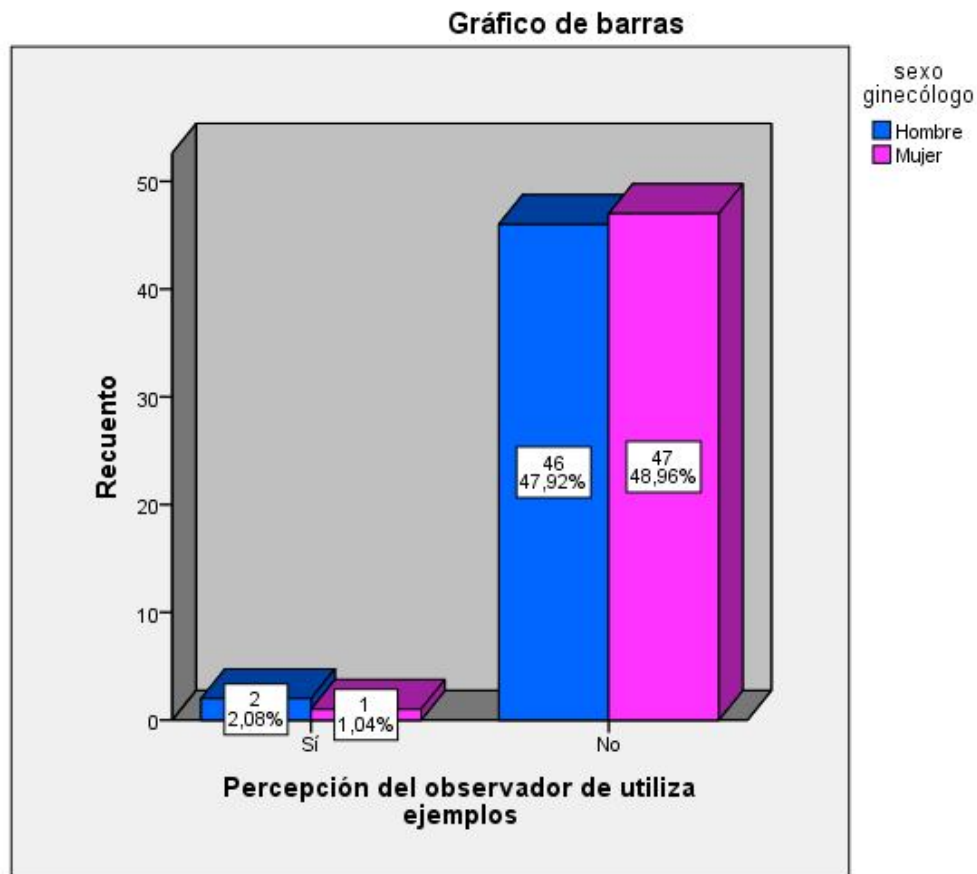
Al no constituir una constante, la variable hace preguntas se analiza en función de la variable sexo del ginecólogo. En el caso del hombre, hace preguntas en 47 de los 48 casos estudiados (49%), no haciéndolas en el caso restante (1%). En el caso de la mujer, lo hace y no lo hace exactamente con las mismas frecuencias y porcentajes, ver figura 13. Por tanto, no resulta una diferencia estadísticamente significativa en la variable hace preguntas en relación con la variable sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 1$ .



**Figura 13.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “hace preguntas” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

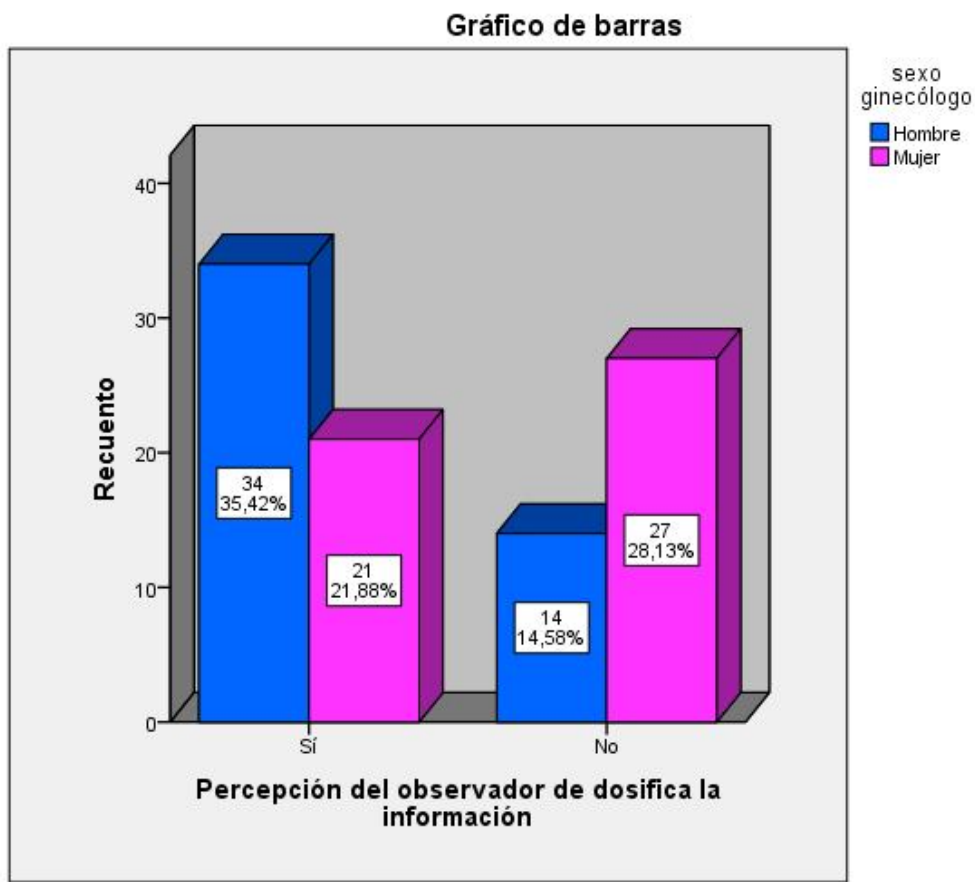
Al analizar la variable utiliza ejemplos en función de la variable sexo del ginecólogo, se obtiene que en el caso del hombre ha utilizado ejemplos en 2 de los 48

casos estudiados (2.1%), no utilizándolos en los 46 casos restantes (47.9%). En el caso de la mujer ocurre algo similar, ha utilizado ejemplos en 1 de los 48 casos en los que prestó la atención para la fertilidad (1%), no haciéndolo en los 47 casos restantes (49%), ver figura 14. El obtener un valor  $p = 0.557$ , confirma que la variable utiliza ejemplos no tiene diferencia estadísticamente significativa en función de la variable de sexo del ginecólogo.



**Figura 14.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “utiliza ejemplos” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

Se analiza la variable dosifica la información en función del sexo del ginecólogo. En el caso del hombre, dosifica la información en 34 de los 48 casos en los que presta atención para la fertilidad (35.4%), no haciéndolo en los 14 casos restantes (14.6%). En el caso de la mujer, dosifica la información en 21 de los 48 casos estudiados (21.9%), no haciéndolo en los 27 casos restantes (28.1%), ver figura 15. Se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en la variable dosifica la información en función de la variable de sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.007$ .



**Figura 15.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “dosifica la información” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

**4.2.6. Empatía.**

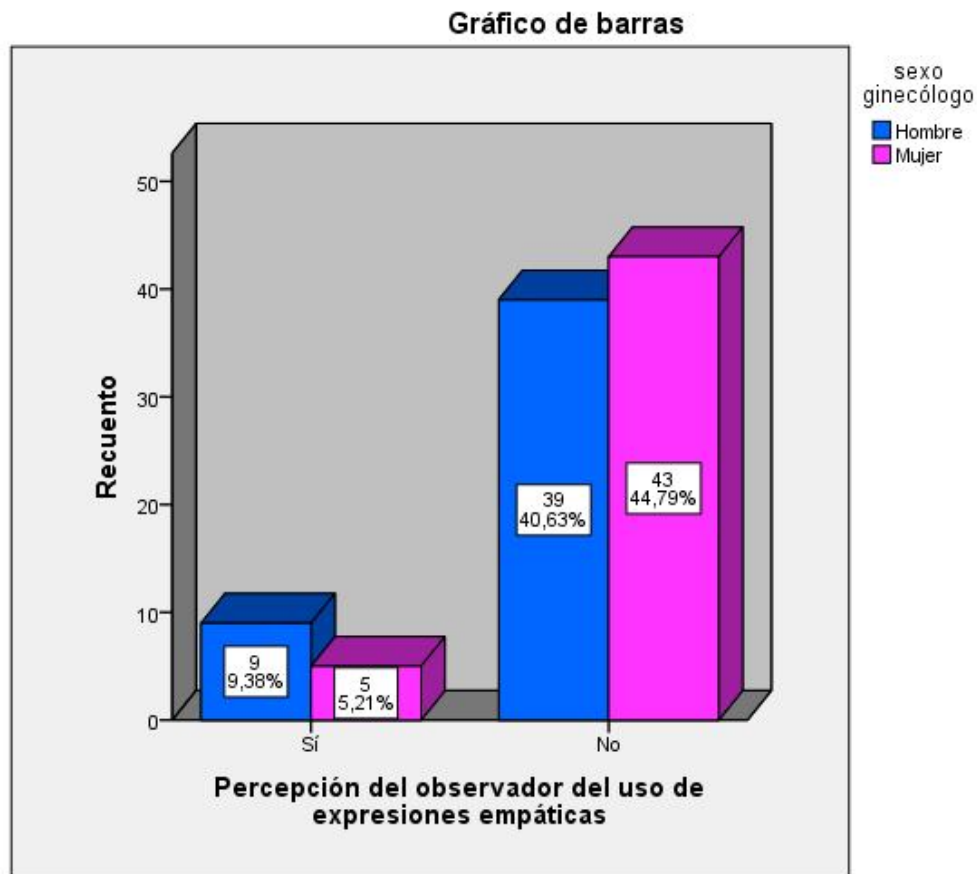
**4.2.6.1. Elementos constantes de la empatía.**

Las variables “saluda”, “respeto la opinión del paciente” y “se despide”, al alcanzar el porcentaje del 100% resultan como constantes. Al constituir constantes no se ven afectadas por el sexo del ginecólogo.

**4.2.6.2. Elemento no constante de la empatía.**

El porcentaje de la variable “parece entender los sentimientos de la mujer o pareja. Utiliza expresiones del tipo: ... *comprendo que se sienta... me pongo en su lugar...*”, al no ser del 100%, esta variable no puede constituir una constante. Al no constituir una constante, se analiza en función del sexo del ginecólogo. En el caso del hombre, utilizó expresiones empáticas en 9 de los 48 casos estudiados (9.4%), no haciéndolo en los 39 casos restantes (40.6%). En el caso de la mujer, las utiliza en 5 de

los 48 casos estudiados (5.2%), no haciéndolo en los 43 casos restantes (44.8%), ver figura 16. La variable parece entender los sentimientos no presenta una diferencia estadísticamente significativa en relación con la variable de sexo del ginecólogo, ya que resulta un valor  $p = 0.247$ .



**Figura 16.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “parece entender los sentimientos” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

#### 4.2.7. Concordancia de la comunicación verbal con la no verbal.

Esta variable resulta como constante de todos los casos de atención para la fertilidad estudiados, ya que aparece con una frecuencia de 96, o lo que es lo mismo, un porcentaje del 100%, por lo que no se ve afectada por el sexo del ginecólogo.



#### **4.2.8. Interrelación entre médico y paciente.**

Lo mismo sucede con esta variable, también constituye una constante (aparece en el 100% de los casos estudiados), por lo que tampoco se ve afectada por el sexo del ginecólogo.

#### **4.2.9. Apariencia física.**

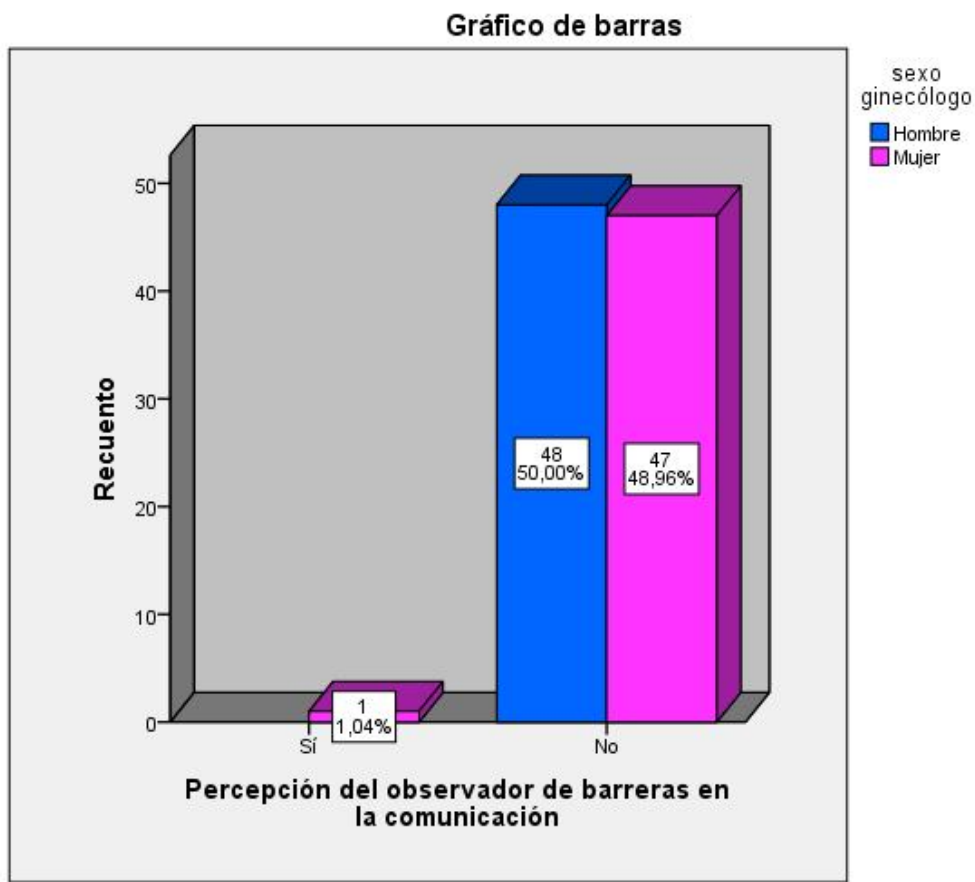
La variable apariencia física también resulta como constante, ya que aparece en el 100% de los casos estudiados, con la opción con bata limpia, por lo que tampoco se ve afectada por el sexo del ginecólogo.

#### **4.2.10. Tipo de comunicación utilizada.**

Igualmente, el tipo de comunicación conforma una constante de los casos de atención para la fertilidad estudiados. En el 100% de los casos se utiliza la comunicación asertiva, por lo tanto, esta variable no resulta afectada por el sexo del ginecólogo.

#### **4.2.11. Barreras en la comunicación.**

El porcentaje no permite que la variable barreras constituya una constante. Al no constituir una constante, se analiza en función de la variable de sexo del ginecólogo. En el caso del hombre, no se produjo ninguna barrera en los 48 casos estudiados (50%). En el caso de la mujer, sólo se produjo en 1 de los casos estudiados (1%), la barrera producida es del tipo de las físicas, más concretamente dolor y fatiga experimentadas por una de las miembros del personal de medicina de la fertilidad. En el resto de casos estudiados de la mujer no se produjeron barreras (49%), ver figura 17. La variable barreras no obtiene una diferencia estadísticamente significativa en relación con la variable de sexo del ginecólogo, ya que se obtiene un valor  $p = 0.315$ .



**Figura 17.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de la variable “barreras en la comunicación” en función del sexo del ginecólogo de atención para la fertilidad.

### **4.3. VARIABLES DE SATISFACCIÓN EN LA COMUNICACIÓN.**

#### **4.3.1. Ítems generales de satisfacción en la comunicación.**

##### **4.3.1.1. Ítem 1. *El tiempo que ha durado la consulta ginecológica es suficiente.***

La tabla 2 muestra las respuestas de las mujeres ante este ítem en frecuencias y porcentajes. Se puede apreciar que la mayor proporción (el 88.5%) están de acuerdo con la duración de la consulta ginecológica de fertilidad.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>En Desacuerdo:</b>	3	3.1%
<b>Indecisa:</b>	8	8.3%
<b>De Acuerdo:</b>	85	88.5%

**Tabla 2.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 1 de satisfacción en la comunicación.

Al no haber una constante en las respuestas dadas por las mujeres participantes del estudio, se analiza esta variable en función de: edad de la paciente, su nivel académico, su situación laboral, su situación personal, sexo del ginecólogo, por consulta ginecológica (primera o sucesivas), pero en ninguno de los casos aparece una diferencia estadísticamente significativa.

**4.3.1.2. Ítem 2. Cuando yo hablaba, el médico no estaba atento a lo que yo decía.**

En la tabla 3 aparecen las respuestas de las mujeres ante este ítem en frecuencias y porcentajes. Se puede apreciar que la mayoría de las mujeres (el 96.9%) han percibido que el / la médico que le prestó la atención a la fertilidad ha estado atento/a a lo que ellas decían.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>En Desacuerdo:</b>	93	96.9%
<b>Indecisa:</b>	2	2.1%
<b>De Acuerdo:</b>	1	1%

**Tabla 3.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 2 de satisfacción en la comunicación.

Como se puede apreciar, en las respuestas a este ítem no aparece una constante, por lo que se analiza este ítem exactamente con las mismas variables que el ítem anterior. En este caso, tampoco se obtiene ninguna diferencia estadísticamente significativa al comparar la variable ítem 2 con cualquiera de las variables estudiadas.

**4.3.1.3. Ítem 3. *El / la médico me ha dejado hablar sin interrumpirme.***

En la tabla 4 aparecen la frecuencia y el porcentaje de cada una de las opciones de las respuestas de las pacientes. Como ninguna de ellas ha elegido como respuesta la opción en desacuerdo, esta categoría es eliminada. Se puede apreciar que la mayoría (el 94.8%) perciben que se les ha permitido hablar sin interrumpirles.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>Indecisa:</b>	5	5.2%
<b>De Acuerdo:</b>	91	94.8%

**Tabla 4.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 3 de satisfacción en la comunicación.

Al no haber una constante en las respuestas de las pacientes, se analiza este ítem comparando con las mismas variables que en los ítems anteriores. En ninguno de los casos existe una diferencia estadísticamente significativa del ítem 3 con cualquiera de las variables analizadas.

**4.3.1.4. Ítem 4. *Con los gestos de su cara me ha hecho sentir cómoda.***

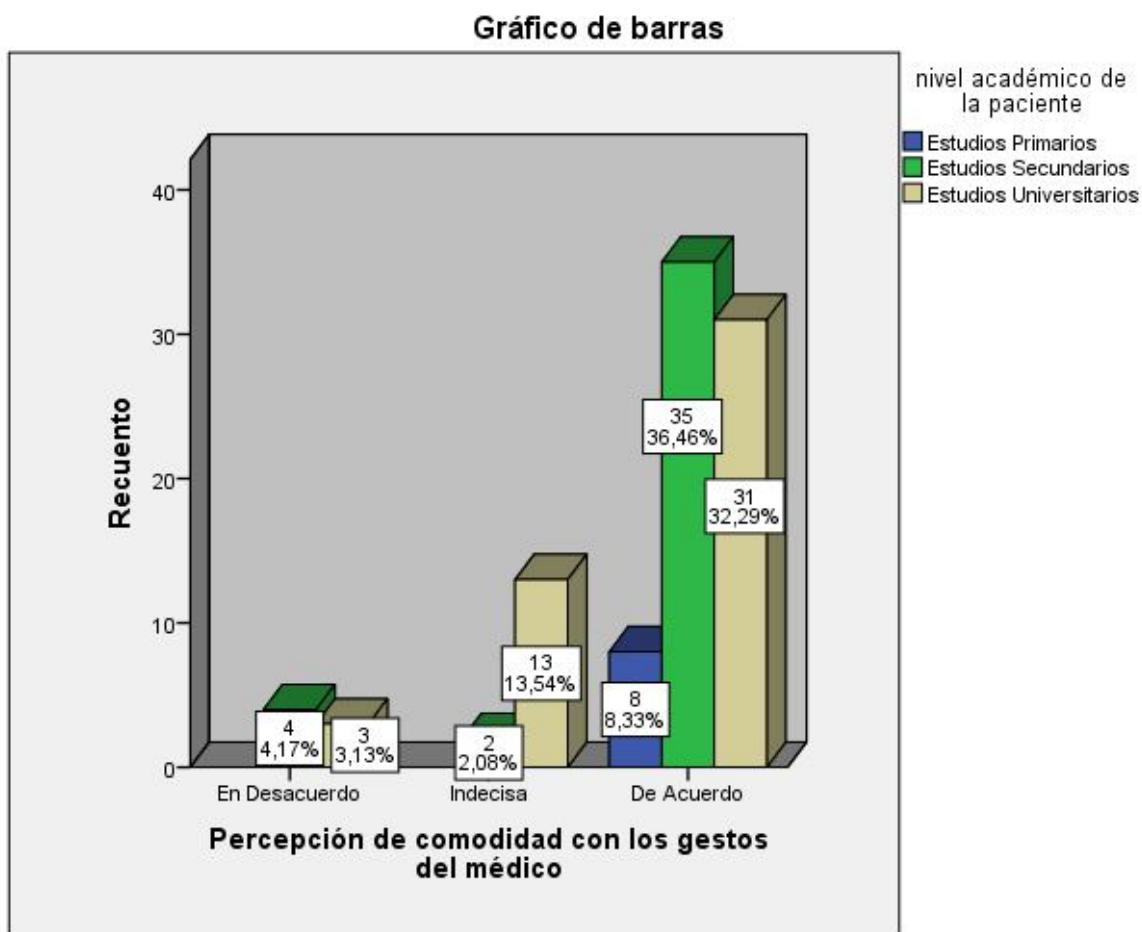
En la tabla 5 aparecen las respuestas dadas por las pacientes en frecuencias y porcentajes. Se puede observar que la mayor proporción de las mujeres que participaron en el estudio (el 77.1%) refieren sentirse cómodas con los gestos de la cara del médico de atención para la fertilidad.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>En Desacuerdo:</b>	7	7.3%
<b>Indecisa:</b>	15	15.6%
<b>De Acuerdo:</b>	74	77.1%

**Tabla 5.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 4 de satisfacción en la comunicación.

Este conjunto de respuestas al ítem no conforman una constante, por lo que se analiza como en los ítems anteriores con las mismas variables. Se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en este ítem en relación con el nivel académico de la mujer ( $p = 0.024$ ). En el resto de variables no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa al comparar el ítem 4 con ellas.

Al analizar este ítem de satisfacción en la comunicación con el nivel académico de la mujer se observa que en la opción de respuesta en desacuerdo no aparece ninguna mujer con estudios primarios y sólo aparecen 4 con estudios secundarios (4.2%) y 3 con estudios universitarios (3.1%), ver figura 18. Con la opción de respuesta indecisa tampoco hay ninguna mujer con estudios primarios, solamente hay 2 mujeres con estudios secundarios (2.1%) y 13 mujeres con estudios universitarios (13.5%). La opción de respuesta de acuerdo es la única que engloba a todos los niveles académicos: 8 mujeres con estudios primarios (8.3%), 35 mujeres con estudios secundarios (36.5%) y 31 mujeres con estudios universitarios (32.3%).



**Figura 18.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “comodidad con los gestos” en función del nivel académico de la paciente.

**4.3.1.5. Ítem 5. *A mi entender, su tono de voz ha sido correcto, ni demasiado alto ni demasiado bajo.***

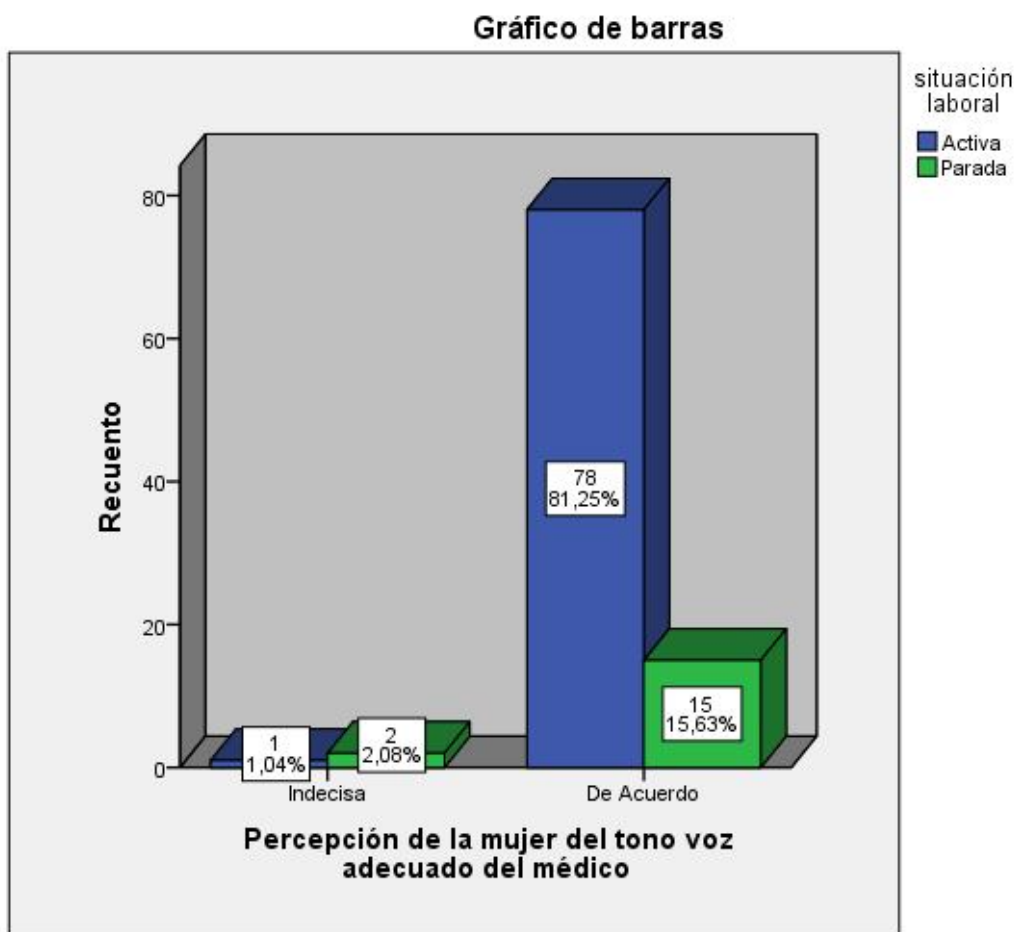
En la tabla 6 se muestran las respuestas dadas por las pacientes ante este ítem en frecuencias y porcentajes. Como ninguna mujer ha respondido con la opción en desacuerdo, esta categoría de respuesta desaparece. Como se puede comprobar en esta tabla, la mayor proporción de mujeres participantes del presente estudio (el 96.9%) consideran que el / la médico de atención para la fertilidad emplea un tono de voz adecuado.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>Indecisa:</b>	3	3.1%
<b>De Acuerdo:</b>	93	96.9%

**Tabla 6.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 5 de satisfacción en la comunicación.

En las respuestas otorgadas por las mujeres a este ítem tampoco aparece una constante, por lo que se analiza la variable de este ítem con las mismas variables de los ítems anteriores. Solamente aparece una diferencia estadísticamente significativa al relacionar la variable del ítem 5 con la variable situación laboral de la mujer ( $p = 0.024$ ). En el resto de variables no aparece ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Por ello, se analiza la variable ítem 5 con la variable de situación laboral de la mujer. En la opción de respuesta indecisa sólo hay 1 mujer perteneciente a la población activa (1%) y 2 mujeres pertenecientes a la población parada (2.1%). En el caso de la opción de la respuesta de acuerdo, hay 78 mujeres pertenecientes a la población activa (81.3%) y 15 mujeres pertenecientes a la población parada (15.6%), ver figura 19.



**Figura 19.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “tono de voz adecuado” en función de la situación laboral de la paciente.

**4.3.1.6. Ítem 6. *No consigo entender la información que me da, en sus explicaciones utiliza palabras difíciles de entender o poco claras.***

Las respuestas a este ítem dadas por las pacientes aparecen agrupadas en frecuencias y porcentajes en la tabla 7. Como ninguna de ellas utiliza como respuesta de este ítem la opción de acuerdo, esta opción desaparece. Como se puede apreciar en esta tabla, la mayor proporción de las mujeres participantes del estudio (el 93.8%) considera que consigue entender la información que le ha sido dada.

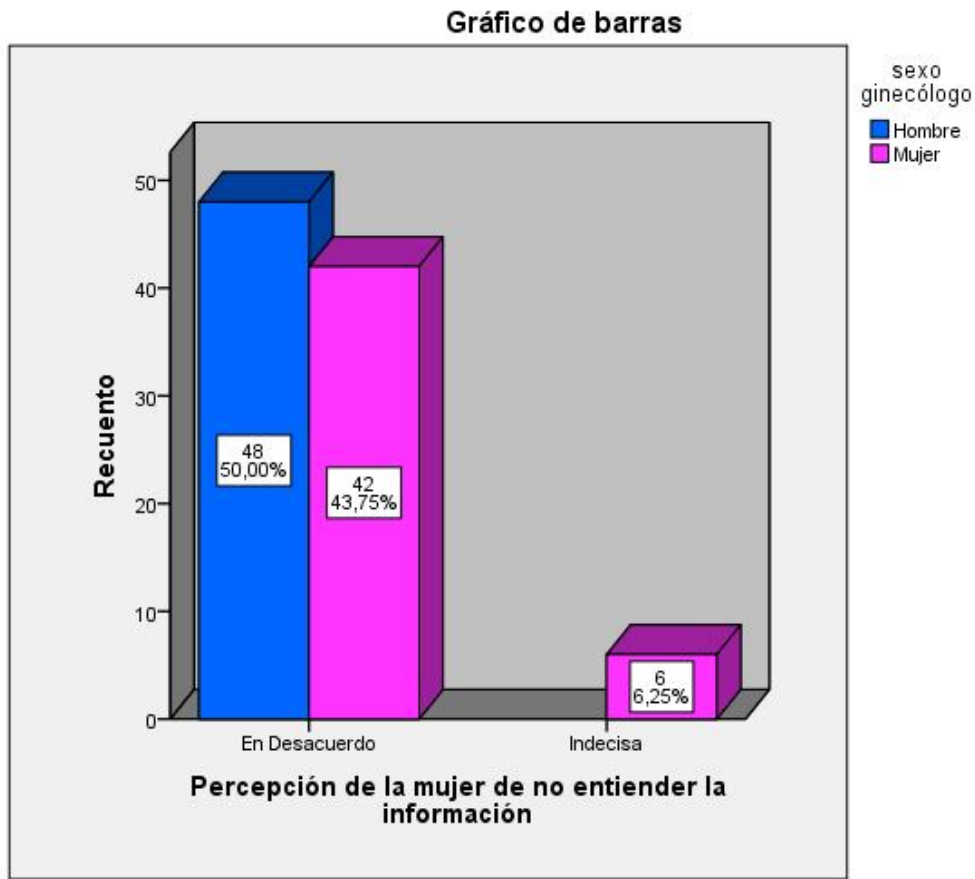


<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>En Desacuerdo:</b>	90	93.8%
<b>Indecisa:</b>	6	6.3%

**Tabla 7.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 6 de satisfacción en la comunicación.

Al no aparecer una constante en las respuestas dadas a este ítem, se analiza de la misma forma que los ítems anteriores. Únicamente aparece una diferencia estadísticamente significativa al comparar la variable ítem 6 con la variable de sexo del ginecólogo ( $p = 0.011$ ). En el resto de variables, no aparece una diferencia estadísticamente significativa al compararlas con el ítem 6.

Al analizar este ítem en función del sexo del ginecólogo, se observa que en el caso del hombre las 48 mujeres de sus casos estudiados eligen como respuesta la opción en desacuerdo (50%), ver figura 20. En el caso de la mujer, 42 mujeres de los 48 casos estudiados han elegido esta opción (43.8%), mientras que las 6 restantes se han decantado por la opción indecisa (6.3%).



**Figura 20.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “no entiendo la información” en función del sexo del ginecólogo.

**4.3.1.7. Ítem 8. No me he sentido comprendida por el médico.**

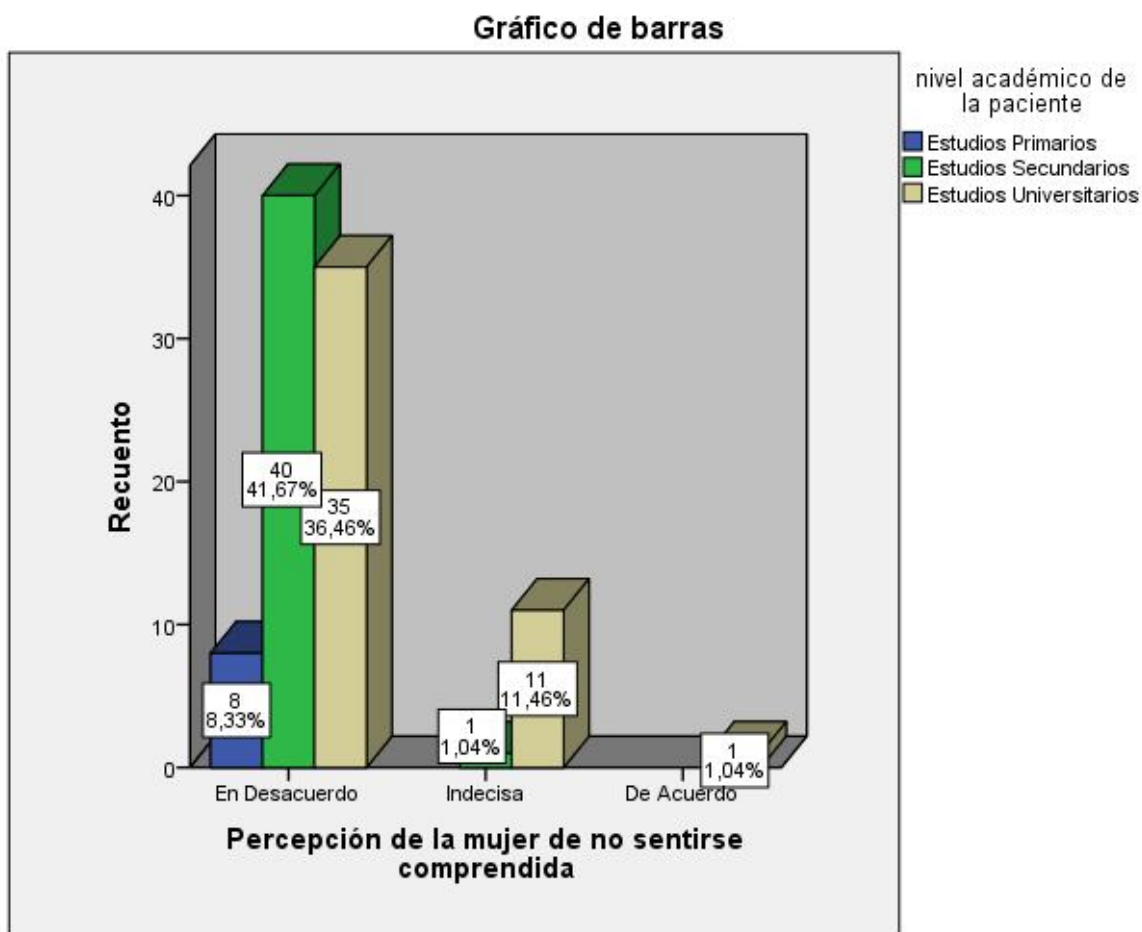
Las respuestas dadas por las pacientes a este ítem aparecen en la tabla 8 agrupadas en frecuencias y porcentajes. Como se puede apreciar en esta tabla, la mayor proporción de las mujeres (el 86.5%) considera sentirse comprendida por el médico de atención para la fertilidad.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>En Desacuerdo:</b>	83	86.5%
<b>Indecisa:</b>	12	12.5%
<b>De Acuerdo:</b>	1	1%

**Tabla 8.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 8 de satisfacción en la comunicación.

En este ítem, tampoco aparece una constante en las respuestas dadas por las mujeres del estudio, por lo que se realiza el mismo análisis con las mismas variables que en los ítems anteriores. Solamente aparece una diferencia estadísticamente significativa cuando se relaciona la variable ítem 8 con el nivel académico de la mujer ( $p = 0.023$ ).

Cuando se analiza el ítem 8 comparando con la variable de nivel académico de la paciente, se aprecia que la opción de respuesta de acuerdo tan sólo engloba a un nivel académico con 1 mujer con un nivel académico de estudios universitarios (1%). La opción de respuesta indecisa engloba a 2 niveles académicos: 1 mujer con estudios secundarios (1%) y 11 mujeres con estudios universitarios (11.5%). En cambio, la opción en desacuerdo engloba a todos los niveles académicos, con 8 mujeres con estudios primarios (8.3%), 40 mujeres con estudios secundarios (41.7%) y 35 mujeres con estudios universitarios (36.5%), ver figura 21.



**Figura 21.** Gráfica de barras de frecuencias y porcentajes de las respuestas de la variable “no me he sentido comprendida” en función del nivel académico de la paciente.

**4.3.1.8. Ítem 9. No se ha garantizado un ambiente privado.**

En la tabla 9 se reflejan las respuestas dadas por las pacientes a este ítem agrupadas en frecuencias y porcentajes. Como se puede comprobar en esta tabla, la mayor proporción de mujeres (el 85.4%) consideran que se ha garantizado un ambiente privado en las consultas médicas de atención para la fertilidad. Además, se puede apreciar que en este ítem, las opciones de respuesta indecisa y de acuerdo obtienen exactamente el mismo porcentaje.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>En Desacuerdo:</b>	82	85.4%
<b>Indecisa:</b>	7	7.3%
<b>De Acuerdo:</b>	7	7.3%

**Tabla 9.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 9 de satisfacción en la comunicación.

En este caso, tampoco aparece una constante en las respuestas dadas a este ítem. Se realiza el mismo análisis efectuado que en los ítems anteriores, ya que se compara exactamente con las mismas variables. En el caso de este análisis, no se obtiene ninguna diferencia estadísticamente significativa con ninguna de las variables estudiadas al comparar con este ítem.

#### **4.3.2. Ítem específico para analizar la posible necesidad de información adicional.**

##### **4.3.2.1. Ítem 7. Si necesitase más información, consultaría.**

Las respuestas de las mujeres correspondientes a este ítem aparecen agrupadas en la tabla 10 en frecuencias y porcentajes. Como se puede comprobar en esta tabla, la mayor proporción de mujeres participantes en el presente estudio (el 69.8%) considera que no precisa más información que la que le aporta el profesional de la medicina reproductiva. Las opciones indicativas de necesidad de información adicional (preguntaré a otro profesional y haré búsquedas por Internet), obtienen ambas un resultado en porcentaje similar (15.6% y 14.6%, respectivamente), pero inferior a la mayor proporción.

<b>Respuestas (percepción de la mujer):</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>No necesito más información:</b>	67	69.8%
<b>Preguntaré a otro profesional:</b>	15	15.6%
<b>Haré búsquedas por Internet:</b>	14	14.6%

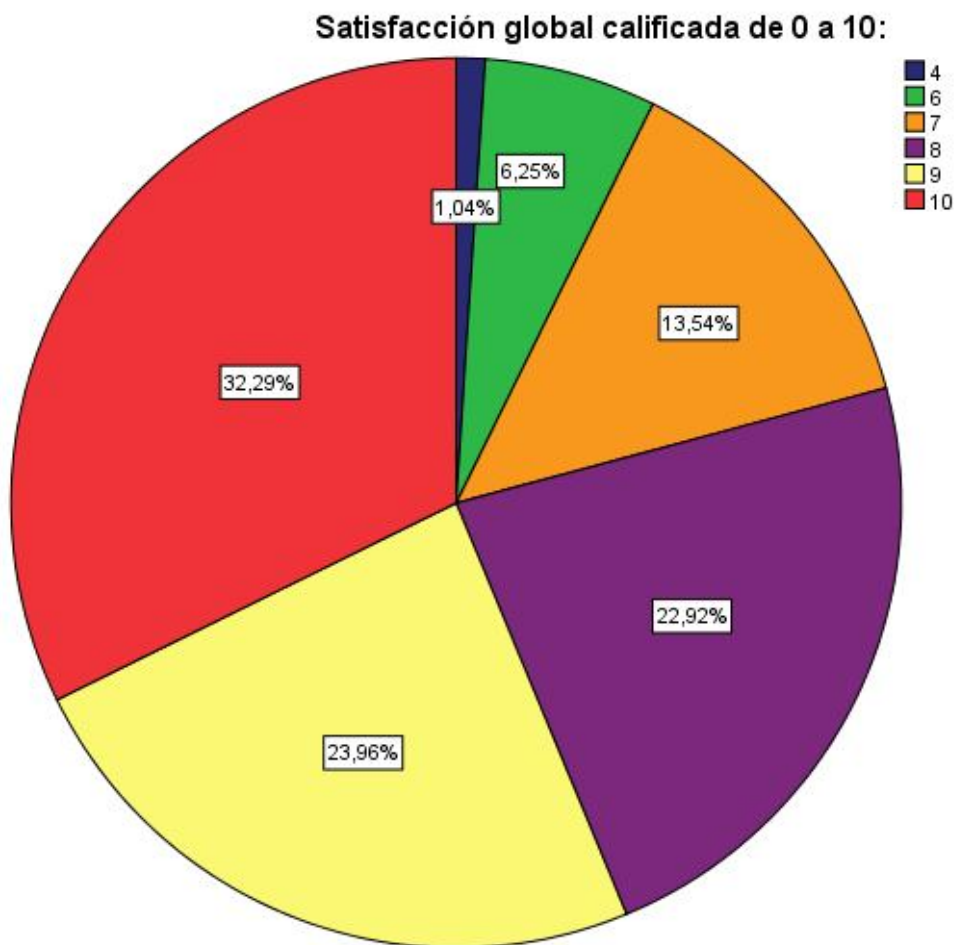
**Tabla 10.** Frecuencias y porcentajes de las respuestas del ítem 7 de satisfacción en la comunicación.

Como se puede comprobar en la tabla anterior, tampoco aparece una constante en las respuestas dadas por las pacientes a este ítem, por lo tanto, se realiza exactamente el mismo análisis, con las mismas variables, que en los ítems anteriores. Pero con ninguna de las variables con las que se analiza la variable ítem 7 aparece una diferencia estadísticamente significativa.

#### **4.3.3. Ítem de satisfacción global con la comunicación.**

Presenta una mediana de 9 con un rango intercuartil de 2.

En la figura 22 aparecen los porcentajes de las calificaciones de satisfacción global con la comunicación, otorgadas por las pacientes del estudio, a los profesionales de medicina reproductiva de la unidad del HUCA. En esta figura se puede apreciar la tendencia hacia la calificación global de 9 (el 23.96%), la calificación inmediatamente superior de 10 (el 32.29%) y la calificación inmediatamente inferior de 8 (el 22.92%). Por ello, se puede considerar que la mayor proporción de las mujeres participantes del estudio, se encuentran satisfechas en un nivel notable alto-sobresaliente, ya que estas 3 calificaciones de forma conjunta representan el 79.17% del total de las mujeres. En el notable de 7 aparecen reflejadas el 13.54% de las participantes del estudio, en el bien de 6 el 6.25%. Solamente hay 1 mujer no satisfecha (el 1.04%), la cual ha calificado la satisfacción global con un insuficiente de 4.



**Figura 22.** Gráfica de sectores representativa en porcentajes de las respuestas de satisfacción global calificada de 0 a 10 por las mujeres participantes del estudio.

Como se puede comprobar en la anterior figura 22, no aparece una constante en las respuestas de satisfacción global aportadas por las participantes del estudio, por tanto, se realiza el mismo análisis que con los ítems de satisfacción. No aparece ninguna diferencia estadísticamente significativa al comparar la variable satisfacción global con cualquiera de las variables estudiadas.

#### **4.3.4. Ítem de sugerencias (opcional).**

En la tabla 11 aparece la proporción de mujeres que han realizado alguna sugerencia para mejorar la comunicación entre médico y paciente en la consulta ginecológica de fertilidad. Como se puede apreciar en esta tabla, la mayor proporción de las mujeres que han participado en este estudio (el 93.8%) no han aportado ninguna sugerencia, lo que puede denotar que la mayoría de las pacientes considera que no hay nada que mejorar en la comunicación de estas consultas de fertilidad.

<b>Sugerencias realizadas por las mujeres:</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Porcentaje:</b>
<b>Sí:</b>	6	6.3%
<b>No:</b>	90	93.8%

**Tabla 11.** Frecuencias y porcentajes de las pacientes que han realizado y no realizado alguna sugerencia.

Al no haber una constante tampoco en el ítem opcional, se analiza exactamente de la misma forma que todos los ítems anteriores, utilizando las mismas variables. Tampoco aparece ninguna diferencia estadísticamente significativa al analizar este ítem con cualquiera de las variables estudiadas.

Las sugerencias que se han tenido en cuenta en el actual estudio son:

- “Mayor privacidad en las consultas”. El día en el que se hizo esta sugerencia, en la consulta de fertilidad se encontraba: el equipo habitual, la autora de este TFM y un alumno de medicina.

- “A veces he echado en falta más comprensión y empatía en las situaciones difíciles. También me hubiera gustado contar con información más detallada sobre los procesos, los pasos. Por lo demás, entiendo que el equipo está muy preparado y que, tal vez, no disponga del tiempo suficiente para ampliar las consultas.”

- “La comunicación fuera de la consulta podría mejorar para las dudas que surgen más adelante, especialmente vía correo electrónico.”

- “Echo en falta alguna información sobre los *por qué* de las decisiones que se toman en cuanto a cambios o no de la forma de actuar en los tratamientos.”

- “El problema no es la relación con el / la médico, sino todo el tiempo que te hacen esperar en cada consulta.”

- “Incidir más en el aspecto psicológico del paciente. Tomarse el tiempo necesario con cada paciente. Consultas externas con un horario más amplio.”



No se han tenido en cuenta las sugerencias que no aportan nada nuevo a la situación actual:

- “No hay sugerencias, todo perfecto”.

- “No tengo sugerencias del departamento de FIV, a mi parecer funciona perfectamente.”

- “No hay sugerencias. Hasta la fecha todo perfecto.”

## **5. DISCUSIÓN.**

La satisfacción del paciente se define como: la respuesta positiva o negativa del paciente a la interacción específica que se produce entre médico y paciente (Grayson-Sneed KA et al., 2016). Esta se ha relacionado con una mayor adherencia al tratamiento y un menor número de demandas por negligencia (Grayson-Sneed KA et al., 2016; Hoving C et al., 2010).

Es decir, las investigaciones recientes han indicado, por un lado, que la mayor satisfacción del paciente se asocia con una mayor adherencia al tratamiento (Cousin G et al., 2012; Rozenblum R et al., 2013). La adherencia terapéutica o cumplimiento se refiere a la absorción de todo el tratamiento de fertilidad prescrito por el médico hasta que se consigue el embarazo. Esta adherencia terapéutica, por su parte, se asocia con una mayor probabilidad de éxito del tratamiento (Pedro J et al., 2013).

La satisfacción del paciente con sus experiencias de salud depende en gran medida de las buenas habilidades de comunicación demostradas por el personal médico. "Los médicos con habilidades para las relaciones eficaces tendrán más pacientes satisfechos" (Berman AC y Chutka DS, 2016). Por tanto, la mejora de las habilidades comunicativas del médico aumenta la satisfacción en el propio paciente, impidiendo que se marchen a otra clínica reproductiva (García D et al., 2013).

Comportamientos que satisfacen a los pacientes o que desde su punto de vista, los consideran como buenas habilidades de la comunicación de los profesionales sanitarios: expresar sensibilidad y empatía, responder a las preguntas honestamente, dar la información en un lenguaje sencillo, ofrecer la oportunidad para que los pacientes hagan preguntas y expresen sus emociones, usar declaraciones de confianza y apoyo, la sonrisa y utilizar unas habilidades comunicativas que están centradas en el paciente (Birhanu Z et al., 2010; Cousin G et al., 2012; Marcinowicz L et al., 2010; McCarthy B, 2014).

La atención centrada en el paciente también en la fertilidad se asocia con una mayor satisfacción del paciente (Den Breejen EM et al., 2013). Se ha informado de que las actitudes de los médicos hacia la atención centrada en el paciente, mediante la que se realiza la toma de decisiones compartida, está relacionada con comportamientos de comunicación más favorables: se produce un mayor compromiso en los intercambios emocionales y el uso de un menor número de preguntas cerradas (Ishikawa H et al.,

2014). Por otra parte, un nivel más alto de la atención centrada en el paciente, no sólo provoca mayor satisfacción en el propio paciente, también contribuye a aumentar el nivel de satisfacción del profesional sanitario de fertilidad, ya forme parte del equipo médico o del equipo enfermero (Aarts JW et al., 2011).

También hay investigaciones que indican que el personal de la clínica de fertilidad que invierte tiempo para una atención más personalizada, con acciones tales como presentarse, utilizar el nombre del paciente o la paciente, establecer la razón principal de la visita a la consulta, proporcionar información acerca de los procedimientos del tratamiento y preguntar si el / la paciente tiene problemas o preocupaciones, se ha demostrado que diferencia a los pacientes satisfechos de los insatisfechos, de todos los que reciben atención para la fertilidad (Grill E, 2015).

Comportamientos que no satisfacen a los pacientes o que los describen como habilidades de la comunicación pobres que conducen a la insatisfacción: dar mala / inadecuada o ninguna explicación sobre el diagnóstico, no responder a sus preguntas o responder a ellas de forma irritada, no discutir con el paciente las opciones de tratamiento, no permitir que el paciente exprese su opinión, no comentar los efectos del tratamiento, proporcionar la información de forma vaga, utilizar palabras técnicas, no dar tiempo o privacidad para discutir el diagnóstico y / o tratamiento, emplear estilos de trabajo con discontinuidad en la atención, realizar la prestación de servicios de forma despersonalizada, los procedimientos de tratamiento excesivamente burocráticos y una falta general de empatía por parte del personal (Cousin G et al., 2012; Fitzgerald RP et al., 2013; McCarthy B, 2014). Cuando los médicos reciben quejas de un comportamiento poco profesional, más comúnmente estas se centran en problemas en la comunicación (Raper SE et al., 2015).

Es de vital importancia identificar estos comportamientos, ya que existe una correlación directa entre los comportamientos médicos, tales como la falta de comunicación que provoca la insatisfacción del paciente y el riesgo de malas prácticas por parte de este (Raper SE et al., 2015).

Las investigaciones indican que la aceptación de la culpa, de haber cometido algún error, y ofrecer una disculpa, influye también en la satisfacción del paciente reduciendo su ira, y reduce las demandas por negligencia. Además, aceptar la crítica sin

ponerse a la defensiva puede conducir a una mayor empatía y comprensión por parte del paciente (Grill E, 2015).

Aunque en este estudio, en la satisfacción global no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en relación con las variables sociodemográficas, hay estudios que muestran que las características sociales del paciente, tales como la edad y la educación, están relacionadas con la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente, y los resultados en su salud (Thornton RL et al., 2011); pero en la bibliografía consultada no se han encontrado estudios similares a este referentes a la atención para la fertilidad, ya que suelen utilizar estas variables para contextualizar el estudio, sin establecer una relación entre la opinión de los pacientes y las variables sociodemográficas, como ocurre en el estudio de Dancet EA et al., titulado con “Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice, del año 2011 (se puede ver en la bibliografía la referencia completa), el citado estudio tampoco utiliza una escala de medida similar a la del presente estudio.

En lo referente a la escucha activa, un estudio demostró que la paciente que visita una consulta ginecológica, tarda entre 18-23 segundos en ser interrumpida. Pero cuando se les permite hablar sin interrupción, la mayoría de las pacientes tardan 1-2 minutos en expresar sus preocupaciones, mucho menos tiempo que el que temen los profesionales de la salud (Grill E, 2015). Además, se ha demostrado que el permitir escuchar sus ideas, preocupaciones y expectativas, finalmente lleva a experiencias positivas en la atención sanitaria (Van Empel IW et al., 2010).

Escuchar no sólo implica comprender el componente verbal, sino también evocar actitudes, necesidades y motivos que se encuentran detrás de las palabras del paciente. El objetivo de escuchar es, también, para profundizar en el impacto físico, social y emocional de los problemas en la calidad de vida del paciente con el fin de proporcionar una atención integral y satisfactoria. Algunas de las estrategias de comunicación que pueden ayudar al médico para mejorar la capacidad de escucha se enumeran a continuación:

1. Tanto emisor como receptor tienen que estar cómodos.

2. Mostrar interés en lo que está diciendo el paciente reforzando mediante el uso del lenguaje corporal, para denotar una participación activa, inclinando el cuerpo hacia delante manteniendo la espalda recta.

3. Contacto corporal. Si bien, se considera como una etiqueta importante en los países occidentales, puede que no sea socialmente aceptable en muchas otras partes del mundo, como la India.

4. No interrumpir al paciente cuando se está expresando.

5. Al concluir, hay que preguntar al paciente si le gustaría añadir algo más (Ranjan P et al., 2015).

Por sorprendente que parezca, poca investigación se ha hecho sobre el impacto de la habilidad de resumir. Los beneficios sugeridos de parafrasear o resumir incluyen: proporcionar exactitud a la información recogida, estructurar la consulta, facilitar las respuestas y construir la relación médico-paciente. Todo ello mejora la calidad de la información obtenida (Quilligan S y Silverman J, 2012).

Aunque, al parecer, la habilidad de resumir también presenta una serie de desventajas: los resúmenes son inevitablemente selectivos, pueden pasar parte de la información por alto y pueden alterar lo que ha sido reportado (Quilligan S y Silverman J, 2012).

Se ha observado que al resumir, el médico escoge selectivamente la información que debe ser destacada, así esta información adquiere una mayor atención. Por otra parte, el resumen aumenta la comprensión mutua. Además, aporta al paciente la percepción de si ha sido o no escuchado (Quilligan S y Silverman J, 2012).

Pero fundamentalmente, el resumir, se puede considerar como una herramienta para comprobar qué información es de la que se dispone, además de para asegurarse si se comprende o no la información correctamente (Quilligan S y Silverman J, 2012).

En cuanto a la comunicación verbal, cada médico debe utilizar un lenguaje claro y sencillo durante la comunicación con los pacientes. El suministro de información simplificada conduce a una mejor comprensión de los pacientes, base para la inevitable toma de decisiones conjunta, y al conocimiento sobre la salud: lo que influye en la capacidad de comprender y aplicar la información médica. Por ello, el uso de un

lenguaje sencillo es un requisito previo para el éxito de la comunicación médico-paciente (Bittner A et al., 2016).

En lo referente a las preguntas, es importante recordar que en la comunicación médico-paciente las preguntas se hacen para facilitar la comprensión y aclarar la información, no para sustituir a los silencios (Berman AC y Chutka DS, 2016).

La empatía es ampliamente considerada como un componente importante de la atención efectiva al paciente, y también de la comunicación efectiva (Berman AC y Chutka DS, 2016; Flickinger TE et al., 2016). Como parte del humanismo, puede ayudar a construir la confianza y fomentar una alianza efectiva entre médico-paciente (Gremigni P et al., 2016). Por ello, se ha constatado que la empatía se puede manifestar como un comportamiento en las interacciones interpersonales y puede ser percibida por el paciente (Flickinger TE et al., 2016).

La habilidad de utilizar la empatía en la comunicación se ha asociado con: una mayor satisfacción del paciente, un mejor control de los síntomas del paciente y un mayor cumplimiento del régimen terapéutico establecido por el médico. Por otra parte, los médicos que utilizan la empatía son capaces de obtener la información más relevante del paciente sobre su situación y preocupaciones (Flickinger TE et al., 2016).

La falta de empatía de los profesionales de la salud puede hacer que los pacientes se sientan sin apoyo, y de esta forma, contribuir a la insatisfacción (Gillett K et al., 2016). Las investigaciones indican que las pacientes están más satisfechas con los médicos que participaron en talleres de habilidades empáticas. Las pacientes a menudo se agotan de la tensión física y emocional que implica la infertilidad y su tratamiento. Constantemente temen noticias negativas. Por ello, se afirma que la sensibilidad asociada a la lengua es importante en el campo de la medicina reproductiva, ya sea para construir una sintonía empática o para hacer fracasar el proceso en su totalidad (Grill E, 2015).

Cuando los pacientes de atención primaria califican a sus médicos, con aquellos que les resultan más empáticos, demuestran una mejor adherencia al tratamiento recomendado. Este efecto de empatía en la adherencia del paciente parece estar mediado por el desarrollo de la confianza interpersonal y de una alianza terapéutica entre médico y paciente. También puede ser que los médicos que exhiben una comunicación más

empática son capaces de crear una asociación más eficaz con los pacientes, proporcionando a los pacientes la comprensión y la confianza necesaria para tomar un papel activo en la gestión de la enfermedad y, por tanto, el logro de resultados más favorables (Flickinger TE et al., 2016).

En otros estudios de empatía, se ha comprobado que, por ejemplo, breves expresiones de empatía han sido directamente asociadas con un mejor recuerdo y menor ansiedad en las supervivientes a un cáncer de mama (Street RL Jr y De Haes HC, 2013).

Por ejemplo, en uno de los estudios realizados, los pacientes que voluntariamente se retiraron del tratamiento lo hicieron por: el impacto de la carga psicológica (en torno al 70%) y la falta de empatía del personal sanitario (en torno al 30%), constituyendo ambos los motivos por los que tomaron esta decisión. Esto implica que la falta de una comunicación adecuada puede hacer que los pacientes abandonen el tratamiento, en el caso de la comunicación, por razones no puramente médicas (Dancet EA et al., 2011).

En cuanto al respeto, las investigaciones muestran que los pacientes están más dispuestos a cumplir con el tratamiento cuando son capaces de establecer una relación con un médico competente y respetuoso (Grill E, 2015).

En lo referente a la interrelación entre médico y paciente, el estudio de Mazzi MA et al. muestra que sus encuestados creen que los pacientes contribuyen a la construcción de una relación médico-paciente basada en los intercambios recíprocos (Mazzi MA et al., 2016).

La Co-construcción es un término que se refiere a la interacción entre 2 personas, ya que ambos representan un papel importante en la comunicación (Paterson C et al., 2012). Desde un punto de vista funcional, la comunicación eficaz no es sólo lo que *hace un individuo*, es además *lograr la interacción entre los interactuantes*. La comunicación de un individuo no se produce de forma aislada a los demás. Los interactuantes deben cooperar y coordinarse eficazmente mediante sus respectivas contribuciones conversacionales con el fin de tener un encuentro con éxito (Street RL Jr y De Haes HC, 2013). Además, los profesionales de la salud prefieren un contacto cara a cara en sus interacciones (Lapeña-Moñux YR et al., 2015).

Cuando las líneas de comunicación entre médico y paciente están abiertas, los pacientes son más propensos a reconocer problemas de salud, comentar signos y

síntomas, entender las opciones de tratamiento, y seguir los horarios para la administración de la medicación (Raper SE et al., 2015). Todo ello exige un cambio hacia *el intercambio de información*, un diálogo bidireccional, donde los pacientes y los profesionales de la salud contribuyen en conjunto. Un intercambio mutuo de información es también un requisito previo para asegurar la comprensión de la información, en ambas direcciones (Kullberg A et al., 2015).

Si bien los médicos y los pacientes están ambos vistos como igualmente responsables de una conversación directa y abierta, también está claro que los pacientes atribuyen el papel principal en la determinación del curso y el contenido de la consulta médica principalmente para el médico. Dentro de la sala de consulta, la relación entre el médico y el paciente sigue siendo desigual, y esto no sólo es alimentado por el comportamiento del médico, sino también por la propia perspectiva de los pacientes (Mazzi MA et al., 2016). Es un hecho que los médicos generalmente dominan la charla, iniciando los temas, haciendo las preguntas, mientras que los pacientes tienden a la desconfianza y a la autocensura (Paterson C et al., 2012). Para hacer la consulta médica más eficaz, los médicos deben ser conscientes de la responsabilidad que se les da (Mazzi MA et al., 2016).

Muchos pacientes son perfectamente capaces de comunicarse honestamente con su médico sobre varios temas, incluyendo cuestiones psicosociales y sensibles, pero prefieren que el médico tome la iniciativa de acercarse a este tipo de discusiones (Mazzi MA et al., 2016).

Además, Internet está revolucionando la salud. La investigación muestra que el uso de Internet para la búsqueda de información relacionada con la salud es cada vez más común (Kahlor L y Mackert M, 2009). Alrededor del 60% de la población occidental utiliza Internet para realizar búsquedas relacionadas con la salud (Aarts JW et al., 2012). Más específicamente, el uso de Internet para las búsquedas relacionadas con la fertilidad en la población de pacientes de FIV se estima en 42-54%, porcentaje que puede estar aumentando en los últimos años (Tuil WS et al., 2008). Esta red presenta un conjunto de herramientas mediante las que además de realizar las búsquedas de información y asesoramiento, facilita la interacción entre grupos de apoyo psicosocial en el campo de la medicina reproductiva. Esto es debido, sobre todo, al alto impacto



emocional y psicológico que conlleva la infertilidad y su tratamiento, ya que muchas mujeres pueden sentir esta enfermedad como una experiencia solitaria (Aarts JW et al., 2012; Kahlor L y Mackert M, 2009; Malik SH y Coulson NS, 2010; Tuil WS et al., 2009; Tuil WS et al., 2008; Van Hoof W et al., 2013).

Pero es posible que los médicos pudieran verse amenazados por la proliferación de información a través de Internet, ya que algunos pacientes hacen ver Internet como una herramienta para cuestionar la maestría del médico (Kahlor L y Mackert M, 2009). En ocasiones, las demandas por negligencia que realizan los pacientes, pueden partir de unas nociones predeterminadas extraídas de sitios web o blogs que pueden no coincidir con la estrategia de tratamiento del médico. “Armados con esta información” los pacientes a menudo desafían las decisiones médicas o deciden obtener segundas opiniones (Grill E, 2015).

Aunque por otra parte, se ha comprobado que los pacientes infértiles están ansiosos por aprender más acerca de su trastorno de la fertilidad, pero en general, las búsquedas en Internet sufren la falta de claridad y consistencia (Aarts JW et al., 2012).

Por lo tanto, el uso de Internet a menudo sirve para complementar el asesoramiento que reciben de los profesionales de la medicina. Sin embargo, la investigación también indica que los resultados asociados con la búsqueda de la información que realizan se mezclan, y van desde un mayor conocimiento y esperanza, hasta la confusión y la ansiedad (Kahlor L y Mackert M, 2009).

Una de las sugerencias de las mujeres del presente estudio es *la comunicación fuera de la consulta podría mejorar para las dudas que surgen más adelante, especialmente vía correo electrónico*. La comunicación vía correo electrónico (e-mail) entre los médicos y los pacientes está en aumento. Estudios recientes reportan que entre el 20-74% de los médicos utilizan el correo electrónico con sus pacientes (Schiller JH et al., 2013).

Los objetivos de la comunicación médica en persona son relevantes para el escenario del correo electrónico y son similares para este escenario, según los resultados de la investigación de Schiller JH et al. Esto sugiere que puede haber similitudes entre la comunicación por correo electrónico entre médico y paciente, y la ideal comunicación tradicional cara a cara. Sin embargo, la comunicación por correo

electrónico, tiene la complejidad añadida de requerir habilidades de escritura con el fin de transmitir el mensaje de forma clara, y carece de las señales de la comunicación no verbal que ayuda a aclarar el mensaje del comunicador (Schiller JH et al., 2013).

La investigación empírica y experimental llevada a cabo sobre una comunicación adecuada o efectiva entre médico-paciente ha demostrado:

- Mayor satisfacción, tanto en el médico como en el paciente.
- Una buena relación entre médico y paciente.
- Mayor confianza del paciente.
- Menores gastos.
- Mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente.
- Mejor comprensión y recuerdo por parte del paciente.
- Prevención del desgaste del profesional sanitario.
- Prevención de problemas médico-legales.
- Mejor resolución de problemas.
- Mejora de los indicadores de calidad sanitaria.
- Mejora en los resultados de salud.
- Facilita la detección temprana de posibles complicaciones (Cousin G et al., 2012; Deveugele M, 2015; Elliot AM et al., 2016; Leal-Costa C et al., 2016; Raper SE et al., 2015).

Además se cree que una buena comunicación conduce a una mayor autonomía del paciente (Deveugele M, 2015).

La comunicación efectiva se refiere a los comportamientos de la comunicación (Gremigni P et al., 2016). Este proceso requiere, en primer lugar, que el emisor transmita la información de manera clara y, en segundo lugar, se necesita una relación entre el emisor y el receptor basada en el respeto mutuo y la autenticidad (Lapeña-Moñux YR et al., 2015). En esta relación se recomienda llamar al paciente por su

nombre, y por supuesto, la comunicación tiene que estar centrada en el paciente y no en su situación o enfermedad (Ranjan P et al., 2015)

Un principio básico es hacer que el paciente se dé cuenta de que él / ella es digno de escuchar la información del médico de la manera más clara y sencilla posible (Gremigni P et al., 2016; Raper SE et al., 2015). Además es necesario prestar atención al paciente cuando él o ella habla (Gremigni P et al., 2016). Los pacientes condicionan un valor más alto a los médicos que se toman tiempo para escucharles y ofrecerles unos planes de atención claros (Raper SE et al., 2015). También es preciso que el proveedor de la atención médica demuestre que está interesado en los conocimientos, sentimientos, deseos y expectativas del paciente sobre su situación / enfermedad, por lo que es necesario demostrar empatía para transmitir confianza a los pacientes (Gremigni P et al., 2016).

En cuanto a la escucha activa, un médico debe sentarse idealmente cara a cara con el paciente para mejorar el contacto visual y mantenerlo a intervalos razonables, responder a sus preguntas, y evaluar constantemente la respuesta del paciente a las explicaciones e instrucciones (Ranjan P et al., 2015; Raper SE et al., 2015).

En lo referente al paralenguaje, esta comunicación incluye el utilizar con el paciente un tono de voz tranquilo y silencioso, mostrando respeto (Gremigni P et al., 2016), pero también es necesario que tanto el lenguaje corporal (comunicación no verbal) como el lenguaje verbal utilizados sean adecuados. Este lenguaje incluso engloba la asistencia en la comprensión de la aritmética / alfabetización, y otras técnicas que permiten a los médicos guiar a los pacientes a través de la información médica complicada y los procesos de la toma de decisiones (Karkowsky CE y Chazotte C, 2013). Pero también es probable que los médicos tengan una mayor conciencia de la comunicación verbal que de la comunicación no verbal (Elliot AM et al., 2016), aunque es necesario que presten atención a los 3 componentes de la comunicación, anteriormente ya explicados (Ranjan P et al, 2015).

Además, la participación del paciente en la atención incluye comportamientos tales como ofrecer a los pacientes la oportunidad y el tiempo para hablar, para expresar su punto de vista, para discutir y decidir juntos lo que debe hacerse, y animándolos a participar infundiéndoles optimismo (Gremigni P et al., 2016).

Por último, esta comunicación médico-paciente debe ser vista como un ciclo, terminando la visita con planes claros para el seguimiento, lo que requiere la retroalimentación del médico al paciente y desde el paciente al médico (Raper SE et al., 2015).

Por tanto, hasta el momento, se podría afirmar que en resumen, 4 comportamientos deben estar siempre dentro de la comunicación médico-paciente: (1) realizar la escucha activa, (2) tomar en serio lo que dice el paciente, (3) tratar al paciente como a una persona desarrollando la empatía y (4) concederle el tiempo suficiente para expresarse. Estos comportamientos se requieren para lograr una buena relación con el paciente, ya que están dirigidos hacia: la creación de una asociación auténtica y satisfacer las necesidades del paciente por un médico que se preocupa por ellos y su bienestar (Mazzi MA et al., 2016).

Una de las sugerencias realizadas por las mujeres es *el problema no es la relación con el / la médico, sino todo el tiempo que te hacen esperar en cada consulta.*

Los pacientes quieren tiempos de espera más cortos y la continuación de la atención óptima, pero los pacientes también quieren: confiar en su médico mediante la recepción de una información clara y personalizada; ser tratados como personas, y participar en la toma de decisiones (Huppelschoten AG et al., 2014).

En el presente estudio, el mayor porcentaje de mujeres en el ítem específico para evaluar la posible necesidad de información adicional, se decantó por la opción “no necesito más información”, lo que puede llevar a interpretar que estas mujeres confían en los médicos de atención para la fertilidad de la Unidad de Reproducción Asistida del HUCA. La alta confianza en el médico está relacionada con: la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, la puntualidad para la atención médica y los resultados en la salud (Bachinger SM et al., 2009).

Estudios previos indican que los pacientes difieren en la cantidad de información que necesitan. Se sugiere que la entrega de información debe ajustarse a las necesidades individuales del paciente y de los mecanismos de adaptación individuales del paciente. Algunos pacientes tienden a controlar la información relacionada con la salud y el suministro de información a los pacientes se sugiere que es beneficioso para su ajuste

emocional. Otros pacientes, sin embargo, tienden a evitar información (Tuil WS et al., 2008).

También hay investigaciones que muestran que los médicos proporcionan más información a los pacientes que hacen preguntas (Street RL Jr y De Haes HC, 2013).

La mayoría de los pacientes están especialmente interesados en obtener información sobre cómo mejorar las posibilidades de reproducción, y menos interesados en las posibles razones en contra de ciertas opciones de tratamiento o en formas alternativas de hacer frente a la falta de hijos. Decidir el momento adecuado para interrumpir el tratamiento, y la comunicación con los pacientes acerca de estos aspectos, son retos particulares para los profesionales de la medicina reproductiva (Rauprich O et al., 2011). Por ello, las clínicas de atención a la fertilidad tendrían que asegurarse de que las parejas reciben toda la información relacionada con el tratamiento necesario, tienen la oportunidad de discutir sus valores, de expresar sus preocupaciones y de corregir los conceptos erróneos (Gameiro S et al., 2012). Pero también, los avances biomédicos han dado lugar a nuevas opciones de diagnóstico (como sería el REM) y tratamiento (como serían la FIV, la ICSI). Estos desarrollos han requerido que se proporcione a los pacientes otra información que comunicar, con opciones, beneficios y riesgos (Hoving C et al., 2010).

Pero también hay muchos estudios que muestran que los pacientes y sus acompañantes, con frecuencia recuerdan muy poco de lo que se dijo en una consulta de fertilidad, especialmente cuando la información es alarmante o decepcionante. Es posible que se proporcionase información constructiva y objetiva, pero finalmente resulta no recordada. Por lo tanto, se necesita una información realista sobre las posibilidades de éxito, para facilitar la toma de decisiones informadas. Pero también es importante repetir y reforzar los mensajes clave para asegurar que el paciente ha comprendido y aceptado la información (English V y Nathanson V, 2013).

Una de las sugerencias realizadas por las pacientes incluye el *incidir más en el aspecto psicológico del paciente*. Una limitación para poner en práctica lo sugerido es que la atención psicosocial no es una parte integral de la atención de la fertilidad en el Sistema Público de Salud de España (Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida; Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican

los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización).

La Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) dispone de la pauta *”atención psicosocial de rutina en la infertilidad y reproducción asistida médicamente - Una guía para el personal de la fertilidad”*, donde ofrece consejos sobre las mejores prácticas basadas en la evidencia para todo el personal de la clínica de fertilidad (médicos, enfermeros, matronas, consejeros, trabajadores sociales, psicólogos, embriólogos y personal administrativo) sobre cómo incorporar la atención psicosocial en la atención de la infertilidad de rutina. La atención psicosocial se define como la atención que permite a las parejas, sus familias y sus proveedores de atención para la fertilidad optimizar la atención de la infertilidad, y gestionar las implicaciones psicológicas y sociales de la infertilidad y su tratamiento (Gameiro S et al., 2015).

En el estudio de Dancet EA et al., se aprecia que aunque los pacientes valoran la presencia de psicólogos en las clínicas de fertilidad, estos pacientes esperaban sobre todo el apoyo emocional del equipo médico y del equipo enfermero (Dancet EA et al., 2011).

El presente estudio presenta algunas limitaciones:

- Puede que se haya producido un sesgo de selección: las personas que participaron en el estudio, lo hicieron de forma voluntaria, lo que puede suponer que haya diferencias en los resultados obtenidos con respecto a aquellas que se negaron a participar.

- Se disponía de un número limitado de profesionales de la medicina reproductiva, ya que sólo se ha podido estudiar a un equipo de ginecología de la fertilidad integrado por 1 hombre y 2 mujeres. Por ello, se necesitan más estudios con un mayor número de profesionales de la medicina reproductiva.

- Todo el estudio se ha desarrollado en un único centro, la Unidad de Reproducción Humana Asistida del HUCA. Por tanto, se requieren más estudios con resultados que integren a distintos centros de atención para la fertilidad.

## **6. CONCLUSIONES.**

1. Desde una perspectiva global, las mujeres que acuden a la consulta ginecológica de fertilidad de la Unidad de Reproducción Asistida del HUCA están satisfechas con la relación comunicativa médico-paciente desarrollada en la citada consulta.

2. Esta satisfacción se produce con independencia de la edad, el nivel académico de la mujer, la situación laboral de la mujer, la situación personal de la mujer, el sexo del ginecólogo y si se trata de una primera consulta o sucesivas.

3. La mayoría de las mujeres de este estudio considera que no precisa más información que la que le ha sido proporcionada por el / la médico de la consulta de fertilidad. Confían en el personal de medicina reproductiva de la Unidad del HUCA.

4. Para que la comunicación en una Unidad de Reproducción Asistida sea satisfactoria y efectiva, o en cualquier otra Unidad asistencial, se requiere que se produzca una interrelación entre médico y paciente respetuosa, auténtica y humanitaria, utilizando de forma adecuada las habilidades de la comunicación y estableciéndose una retroalimentación entre ambos.

## **7. BIBLIOGRAFÍA.**

- Aarts JW, Faber MJ, Van Empel IW, Scheenjes E, Nelen WL, Kremer JA. Professionals' perceptions of their patients' experiences with fertility care. *Hum Reprod*. [Internet]. 2011 [Citado 5 Mayo 2016]; 26 (5): 1119-1127. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/5/1119.long>
- Aarts JW, Van Den Haak P, Nelen WL, Tuil WS, Faber MJ, Kremer JA. Patient-focused Internet interventions in reproductive medicine: a scoping review. *Hum Reprod Update*. [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 18 (2): 211-227. Disponible en: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/18/2/211.long>
- Aeder L, Altshuler L, Kachur E, Barrett S, Hilfer A, Koepfer S, Schaeffer H, Shelov SP. The "Culture OSCE"- introducing a formative assessment into a postgraduate program. *Educ Health (Abingdon)*. [Internet]. 2007 [Citado 5 Mayo 2016]; 20 (1): 11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20%22Culture%20OSCE%22%20introducing%20a%20formative%20assessment%20into%20a%20postgraduate%20program.&cmd=correctspelling>
- Bachinger SM, Kolk AM, Smets EM. Patients' trust in their physician- psychometric properties of the Dutch version of the "Wake Forest Physician Trust Scale". *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2009 [Citado 5 Mayo 2016]; 76 (1): 126-131. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.020>
- Barnard A. Key Issues in Health and Social Care: A Companion to Learning. 1<sup>a</sup> ed. USA, Canadá: Routledge; 2011. p. 19.
- Benerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med*. [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 19 (1): 12-19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326765/>
- Berman AC, Chutka DS. Assessing Effective Physician-Patient Communication Skills: "Are You Listening to Me, Doc?". *Korean J Med Educ*. [Internet]. 2016 [Verificado 1 Julio 2016]; 28 (2): 243-249. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3946/kjme.2016.21>



- Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 10 (1): 78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848139/>
- Bittner A, Bittner J, Jonietz A, Dybowski C, Harendza S. Translating medical documents improves students' communication skills in simulated physician-patient encounters. *BMC Med Educ.* [Internet]. 2016 [Citado 5 Mayo 2016]; 16 (1): 72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769511/>
- Cousin G, Schmid MM, Roter DL, Hall JA. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 87 (2): 193-197. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.004>
- Cushing AM. Learning patient-centred communication: The journey and the territory. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 98 (10): 1236-1242. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.024>
- Claramita M, Tuah R, Riskione P, Prabandari YS, Effendy C. Comparison of communication skills between trained and untrained students using a culturally sensitive nurse-client communication guideline in Indonesia. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 2016 [Citado 11 Abril 2016]; 36: 236-241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.022>
- Dancet EA, Van Empel IW, Rober P, Nelen WL, Kremer JA, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Hum Reprod.* [Internet]. 2011 [Citado 5 Mayo 2016]; 26 (4): 827-833. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/4/827.long>
- Den Breejen EM, Nelen WL, Schol SF, Kremer JA, Hermens RP. Development of guideline-based indicators for patient-centredness in fertility care: what patients add. *Hum Reprod.* [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 28 (4): 987-996. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/4/987.long>

- Desai M. A Rights-based preventative approach for psychosocial well-being in childhood. *Children's Well-Being: Indicators and Research* [Libro 3]. 1ª ed. Londres, Nueva York: Springer; 2010. p.176. Disponible en el DOI: [10.1007/978-90-481-9066-9](https://doi.org/10.1007/978-90-481-9066-9).
- Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 98 (10): 1287-1291. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.011>
- Elliot AM, Alexander SC, Mescher CA, Mohan D, Barnato AE. Differences in Physicians' Verbal and Nonverbal Communication with black and white patients at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. [Internet]. 2016 [Citado 11 Abril 2016]; 51 (1): 1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.008>
- English V, Nathanson V. Cassandra's prophecy: communication, communication, communication. *Reprod Biomed Online*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 27 (5): 577-578. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.09.004>
- Farquhar C, Rishworth JR, Brown J, Nelen WL, Marjoribanks J. Assisted reproductive technology: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2015 [Citado 15 Mayo 2016]; 7: CD010537. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010537.pub4/full>
- Ferguson AH. The Role of History in Debates Regarding the Boundaries of Medical Confidentiality and Privacy. *J Med Law Ethics*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 3 (1-2):65-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751619/>
- Fitzgerald RP, Legge M, Frank N. When biological scientists become health-care workers: emotional labour in embryology. *Hum Reprod*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 28 (5): 1289-1296. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/5/1289.long>
- Flickinger TE, Saha S, Roter D, Korthuis PT, Sharp V, Cohn J, Eggly S, Moore RD, Beach MC. Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient*

*Educ Couns.* [Internet]. 2016 [Citado 5 Mayo 2016]; 99 (2): 220-226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.001>

- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update.* [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 18 (6): 652-669. Disponible en: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/18/6/652.long>

- Gameiro S, Canavarro MC, Boivin J. Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 93 (3): 646-654. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015>

- Gameiro S, Boivin J, Dancet E, De Klerk C, Emery E, Lewis-Jones C, Thorn P, Van Den Broeck U, Venetis C, Verhaak CM, Wischmann T, Vermeulen N. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Hum Reprod.* [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 30 (11): 2476-2485. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/30/11/2476.long>

- García D, Bautista O, Venereo L, Coll O, Vassena R, Vernaeve V. Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertil Steril.* [Internet]. 2013 [Citado 11 Abril 2016]; 99 (5):1413-1418. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.12.012>

- Gillett K, O'Neill B, Bloomfield JG. Factors influencing the development of end-of-life communication skills. A focus group study of nursing and medical students. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 2016 [Citado 5 Mayo 2016]; 36 (1): 395-400. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.015>

- Grayson-Sneed KA, Dwamena FC, Smith S, Laird-Fick HS, Freilich L, Smith RC. A questionnaire identifying four key components of patient satisfaction with physician communication. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2016 [Verificado 1 Julio 2016]; 99 (6): 1054-1061. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.002>

- Gremigni P, Casu G, Sommaruga M. Dealing with patients in healthcare: A self-assessment tool. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2016 [Verificado 1 Julio 2016]; 99 (6): 1046-1053. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.015>

- Grill E. Role of the mental health professional in education and support of the medical staff. *Fertil Steril*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 104 (2): 271-276. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.027>
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: a review. *Ochsner J*. [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 10 (1): 38-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
- Holter H, Sandin-Bojö AK, Gejervall AL, Wikland M, Wilde-Larsson B, Bergh C. Patient-centred quality of care in an IVF programme evaluated by men and women. *Hum Reprod*. [Internet]. 2014 [Citado 5 Mayo 2016]; 29 (12): 2695-2703. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/29/12/2695.long>
- Holter H, Sandin-Bojö AK, Gejervall AL, Wikland M, Wilde-Larsson B, Bergh C. Quality of care in an IVF programme from a patient's perspective: development of a validated instrument. *Hum Reprod*. [Internet]. 2014 [Citado 5 Mayo 2016]; 29 (3): 534-547. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/29/3/534.long>
- Hoving C, Visser A, Mullen PD, Van Den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 78 (3): 275-281. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.015>
- Hulsman RL. Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2009 [Citado 11 Abril 2016]; 74 (3): 302-308. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.001>
- Huppelschoten AG, Aarts JW, Van Empel IW, Cohlen BJ, Kremer JA, Nelen WL. Feedback to professionals on patient-centered fertility care is insufficient for improvement: a mixed-method study. *Fertil Steril*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 99 (5): 1419-1427. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.12.024>
- Huppelschoten AG, Van Duijnhoven NT, Hermens RP, Verhaak C, Kremer JA, Nelen WL. Improving patient-centeredness of fertility care using a multifaceted

approach: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 13:175. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489822/>

- Huppelschoten AG, Verkerk EW, Appleby J, Groenewoud H, Adang EM, Nelen WL, Kremer JA. The monetary value of patient-centred care: results from a discrete choice experiment in Dutch fertility care. *Hum Reprod*. [Internet]. 2014 [Citado 5 Mayo 2016]; 29 (8): 1712-1720. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/29/8/1712.long>

- Huysen C, Boyd L. ART in South Africa: The price to pay. *Facts Views Vis Obgyn*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 5 (2): 91-99. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987358/>

- Ishikawa H, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: a pilot study at a Japanese university hospital. *Patient Educ Couns*. 2014 [Citado 5 Mayo 2016]; 96 (3): 361-366. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.012>

- Izzo CR, Monteleone PA, Serafini PC. Humam reproduction: current status. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2015 [Citado 26 Abril 2016]; 61 (6):557-559. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.557>

- Kahlor L, Mackert M. Perceptions of infertility and support sources among female patients who access the Internet. *Fertil Steril*. [Internet]. 2009 [Citado 5 Mayo 2016]; 91 (1): 83-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.005>

- Karkowsky CE, Chazotte C. Simulation: improving communication with patients. *Semin Perinatol*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 37 (3): 157-160. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.006>

- Kullberg A, Sharp L, Johansson H, Bergenmar M. Information exchange in oncological inpatient care-patient satisfaction, participation, and safety. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 19 (2): 142-147. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.005>

- Lapeña-Moñux YR, Cibanal-Juan L, Maciá-Soler ML, Orts-Cortés MI, Pedraz-Marcos A. Interpersonal relations and nurses' job satisfaction through knowledge and

usage of relational skills. *Appl Nurs Res*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 28 (4): 257-261. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.009>

- Leal-Costa C, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, Vander-Hofstadt-Román CJ. Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *Int J Clin Health Psychol*. [Internet]. 2016 [Citado 14 Mayo 2016]; 16 (1): 76-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>

- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida. Jefatura del Estado «BOE» núm. 126, de 27 de mayo de 2006. Referencia: BOE-A-2006-9292. Consultada la última modificación: 14 de julio de 2015 [Citada 3 Junio 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>

- Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2014 [Citado 5 Mayo 2016]; 34 (2): 259-264. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.019>

- Lunenburg FC. Communication: the process, barriers, and improving effectiveness. *Schooling*. [Internet]. 2010 [Citado 15 Mayo 2016]; 1 (1): 1-11. Disponible en: <http://www.nationalforum.com/Electronic%20Journal%20Volumes/Lunenburg,%20Frederick,%20Communication%20Schooling%20V1%20N1%202010.pdf>

- Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH, Jünger J. Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2016 [Citado 11 Abril 2016]; 99 (1): 117-124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.012>

- Malik SH, Coulson NS. Coping with infertility online: an examination of self-help mechanisms in an online infertility support group. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 81 (2): 315-318. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.007>

- Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. [Internet]. 2010 [Citado

5 Mayo 2016]; 60 (571): 83-87. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814260/>

- Mascarenhas MN, SR Flaxman, Boerma T, S Vanderpoel, Stevens GA. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Med.* [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 9 (12): e1001356. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525527/>

- Mazzi MA, Rimondini M, Boerma WG, Zimmermann C, Bensing JM. How patients would like to improve medical consultations: Insights from a multicentre European study. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2016 [Citado 11 Abril 2016]; 99 (1): 51-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.009>

- McCarthy B. Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and undergoing chemotherapy treatment. *Eur J Oncol Nurs.* [Internet]. 2014 [Citado 5 Mayo 2016]; 18 (5): 452-458. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.05.004>

- Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. Human Communication. Motivation, Knowledge, and Skills. 2ª ed. Australia, Brasil, Canadá, Méjico, Singapur, España, Reino Unido, Estados Unidos: Thomson Wadsworth; 2007. p. 115.

- Mühlbacher H, Leih H, Dahringer L. International Marketing: A Global Perspective. 3ª ed. Australia, Canadá, Méjico, Singapur, España, Reino Unido, Estados Unidos: Thomson; 2006. p. 210.

- Newman W, Button G, Cairns P. Pauses in doctor-patient conversation during computer use: The design significance of their durations and accompanying topic changes. *Int J Hum Comput Stud.* [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 68 (6): 398-409. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.ijhcs.2009.09.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhcs.2009.09.001)

- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 269, de 6 de noviembre de 2014 [Citada 3 Junio 2016],

páginas 91369 a 91382 (14 págs.). Referencia: BOE-A-2014-11444. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>

- Paterson C, Evans M, Bertschinger R, Chapman R, Norton R, Robinson J. Communication about self-care in traditional acupuncture consultations: the co-construction of individualised support and advice. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 89 (3): 467-475. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.016>

- Pedro J, Canavarró MC, Boivin J, Gameiro S. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Hum Reprod*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 28 (9): 2462-2472. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/9/2462.long>

- Pita S. Determinación del tamaño muestral. *Fisterra*. [Internet]. 2010. [Acceso 19 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#proporcion>

- Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med*. [Internet]. 1989 [Citado 11 Abril 2016]; 111 (1): 51-57. Disponible en: <http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/Recognizing%20and%20Adjusting%20to%20Barriers%20in.pdf>

- Quilligan S, Silverman J. The skill of summary in clinician-patient communication: a case study. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2012 [Citado 5 Mayo 2016]; 86 (3): 354-359. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.009>

- Randy M, Tana S. Promoting Health and Emotional Well-Being in your classroom. 6ª ed. Estados Unidos de América: Jones and Bartlett Learning; 2015. p.61.

- Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *J Clin Diagn Res*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 9 (3): JE01-JE04. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413084/>



- Raper SE, Gupta M, Okusanya O, Morris JB. Improving Communication Skills: A course for Academic Medical Center Surgery Residents and Faculty. *J Surg Educ*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 76 (2): 202-211. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.06.008>
- Rauprich O, Berns E, Vollmann J. Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Hum Reprod*. [Internet]. 2011 [Citado 5 Mayo 2016]; 26 (9): 2382-2391. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/9/2382.long>
- Rozenblum R, Donzé J, Hockey PM, Guzdar E, Labuzetta MA, Zimlichman E, Bates DW. The impact of medical informatics on patient satisfaction: a USA-based literature review. *Int J Med Inform*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 82 (3): 141-158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.12.008>
- Schiller JH, Christner JG, Stansfield RB, Watnick CS, Mullan PB. What parents want from emails with their pediatrician: implications for teaching communication skills. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 92 (1): 61-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.012>
- Schmid A, Leonard NR, Ritchie AS, Gwadz MV. Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *J Adolesc Health*. [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 57 (1): 94-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.005>
- Street RL Jr, De Haes HC. Designing a curriculum for communication skills training from a theory and evidence-based perspective. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 93 (1): 27-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.012>
- Thornton RL, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-physician social concordance, medical visit communication and patient's perceptions of health care quality. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2011 [Citado 5 Mayo 2016]; 85 (3): 201-208. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.015>
- Ting X, Yong B, Yin L, Mi T. Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: a survey and in-depth interview of Chinese patients

and physicians. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2016 [Citado 5 Mayo 2016]; 99 (3): 364-369. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.019>

- Tuil WS, Van Selm M, Verhaak CM, de Vries Robbé PF, Kremer JA. Dynamics of Internet usage during the stages of in vitro fertilization. *Fertil Steril*. [Internet]. 2009 [Citado 5 Mayo 2016]; 91 (3): 953-956. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.12.059>

- Tuil WS, Verhaak CM, De Vries Robbé PF, Kremer JA. IVF patients show three types of online behaviour. *Hum Reprod*. [Internet]. 2008 [Citado 5 Mayo 2016]; 23 (11): 2501-2505. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/23/11/2501.long>

- Van Den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 81 (3): 422-442. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>

- Van-der Hofstadt Román CJ. El libro de las habilidades de comunicación. Cómo mejorar la comunicación personal. 2ª ed. España: Díaz de Santos; 2005. p.19.

- Van Empel IW, Aarts JW, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JS, Nelen WL, Kremer JA. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Hum Reprod*. [Internet]. 2010 [Citado 5 Mayo 2016]; 25 (10): 2516-2526. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/10/2516.long>

- Van Empel IW, Dancet EA, Koolman XH, Nelen WL, Stolk EA, Sermeus W, D'Hooghe TM, Kremer JA. Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: a discrete choice experiment in fertility care. *Hum Reprod*. [Internet]. 2011 [Citado 5 Mayo 2016]; 26 (3): 584-593. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/3/584.long>

- Van Empel IW, Hermens RP, Akkermans RP, Hollander KW, Nelen WL, Kremer JA. Organizational determinants of patient-centered fertility care: a multilevel analysis. *Fertil Steril*. [Internet]. 2011 [Citado 5 Mayo 2016]; 95 (2): 513-519. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.08.021>

- Van Hoof W, Provoost V, Pennings G. Reflections of Dutch patients on IVF treatment in Belgium: a qualitative analysis of internet forums. *Hum Reprod.* [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2016]; 28 (4): 1013-1022. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/4/1013.long>

- Yurtsal ZB, Özdemir L. Assertiveness and problem solving in midwives. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 20 (6): 647-654. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700681/>

- Zangão MO, Mendes FR. Relational skills and preserving patient privacy in the caring process. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2015 [Citado 5 Mayo 2016]; 68 (2): 167-173. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680202i>

## **8. ANEXOS.**

### **ANEXO I**

#### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

.....DNI..... otorgo mi consentimiento para participar el Proyecto de Investigación titulado “**ESTUDIO DE MODELOS DE COMUNICACIÓN MÉDICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA**” tras haber sido informado/a detalladamente de los fines de la investigación tras haberseme propuesto participar voluntariamente en dicho estudio observacional para evaluar el impacto en la capacidad de adaptación del individuo a una adversidad significativa o resiliencia. El objeto último de la investigación es mejorar el conocimiento sobre el proceso reproductivo humano, para mejorar el impacto emocional de las técnicas de reproducción asistida, no pudiendo utilizarse en ningún caso, los datos obtenidos con fines comerciales.

Así mismo, conozco que mi participación en el estudio es estrictamente voluntaria, pudiendo negarme a participar antes o durante el estudio sin que de ello se derive ningún perjuicio, ni que se vea afectada la atención médica que recibo o que suponga pérdida de los beneficios a los que tengo derecho, de manera que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello tenga ninguna repercusión en la atención que recibo en el Centro. Si decidiera revocar el consentimiento, los datos aportados serían destruidos. De igual manera, se me ha informado que no obtendré un beneficio directo, derivado de mi participación.

Comprendo que mi participación consiste en completar la información de la encuesta correspondiente. Estos datos serán manejados con absoluta confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en este proyecto de investigación o en otros proyectos de investigación futuros que hayan sido aprobados por los Comités de Ética para la Investigación del Principado de Asturias o de otros centros con los que colaboren los investigadores del estudio. Si lo deseo, existe la posibilidad de que pueda ser contactada en el futuro para completar la información que aportaré en este momento si fuera necesario para el desarrollo de la investigación biomédica, en cuyo caso volvería a ser informada de la situación y tendría la libertad de participar o declinar dicha participación.

#### **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD**

Se me ha explicado que además de cumplimentar las encuestas, los investigadores necesitan datos como: edad, sexo, altura, peso, antecedentes personales y familiares de enfermedades, etc. Estos datos personales y de salud serán incorporados y tratados en una base de datos de la que es responsable el Investigador Principal, cumpliendo la legislación que regula la protección de datos personales y confidencialidad.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, todos los datos recogidos en el transcurso del estudio serán tratados de forma estrictamente confidencial y serán utilizados para la realización del estudio sin desvelar en ningún momento su nombre y apellidos. Sus datos sólo serán utilizados para

desarrollar el estudio y su tratamiento tendrá estrictamente fines estadísticos. El acceso a su información personal quedará restringido al equipo médico del estudio o autoridades sanitarias, y al personal autorizado por el investigador principal, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio; pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. Los datos permanecerán en un fichero informatizado propiedad del equipo investigador y de acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio o al médico del estudio.

**DECLARO**, que he sido informado por el profesional de salud abajo firmante:

- Sobre los objetivos de la investigación en la que participo.
- Que los datos personales que proporcione serán tratados de forma anónima y codificada por los investigadores que trabajen con ellos.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la eliminación de mis datos personales y de las encuestas. Esta eliminación no se extendería a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

### **CONSIENTO**

- Que el Hospital u otros centros de investigación, públicos o privados, utilicen mis datos y las muestras, incluyendo la información sobre mi salud, para la presente investigación biomédica, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos que apporto de manera voluntaria.
- Que el investigador principal del estudio pudiera contactar conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos.

Fdo.: D./Dña.....

En .....a.....de.....de 20.....

Declaración del profesional de salud: He informado debidamente a la paciente

Fdo.: Dr/a.....DNI.....

En .....a.....de.....de 20.....

## ANEXO II

### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

(A cumplimentar por el investigador. Sólo se marca con una "X" lo que se visualiza en la consulta ginecológica de fertilidad.)

La **edad** de la mujer es de: \_\_\_\_ años.

Su **nivel académico** es:  Sin Estudios.  
 Estudios Primarios (EGB, Primaria, ESO).  
 Estudios Secundarios (Formación Profesional, Bachiller).  
 Estudios Universitarios (Diplomados, Licenciados, Grados, y Posgrados: Máster y Doctorado).

Actualmente, su **situación laboral** es:  Activa.  
 Parada o Desempleada.

**Sexo del ginecólogo** que presta la atención:  Hombre.  
 Mujer.

La mujer **acude** a la consulta ginecológica:  Sola, sin pareja.  
 Acompañada, con pareja.

**Consulta ginecológica**:  Primera.  
 Sucesivas.

**Duración** de la consulta: Hora de inicio (\_\_:\_\_) – Hora de finalización (\_\_:\_\_) = \_\_min.

**Escucha activa**:  Atento a lo que dice la mujer o pareja.  
 No interrumpe a los mismos.  
 Parasafrea o resume al final de la consulta.

**Comunicación no verbal**:  Mantiene contacto ocular con la mujer o pareja.  
 Desvía la mirada.  
 Expresión facial de atención.  
 Cara al mismo nivel que la de los pacientes.  
 Sonríe.  
 Asiente con la cabeza.  
 Sacude la cabeza (negación).  
 Postura corporal de acercamiento (atenta) con inclinación hacia delante del cuerpo, cabeza alta y espalda recta.  
 Contacto corporal recíproco (indicativo de proximidad).  
 Contacto corporal **no** recíproco (señal de estatus de poder).  
 Movimiento de manos para añadir énfasis.  
 Movimiento de manos que resulta nervioso y errático.  
 Movimiento repetitivo ascendente y descendente de piernas/pies (señal de huida o desear marcharse).  
 Automanipulaciones.

**Paralenguaje: modulador de la comunicación verbal:**

- Utiliza un tono y volumen de voz adecuados con la mujer o pareja.
- Utiliza cambios de volumen para enfatizar puntos de la información.
- Utiliza silencios o pausas.
- La velocidad para hablar es adecuada: ni demasiado lenta ni demasiado rápida.

**Comunicación verbal: Lenguaje:**

- Hace preguntas para obtener información adicional o invitar a la reflexión del propio paciente.
- Utiliza ejemplos para facilitar la comprensión de la información.
- Dosifica la información.

¿**Concuerda la comunicación verbal con la no verbal?**:  Sí /  No.

**Empatía:**  Saluda a la paciente o pacientes cuando llegan a la consulta.

- Parece entender los sentimientos de la mujer o pareja. Utiliza expresiones del tipo: "... comprendo que se sienta... me pongo en su lugar...".
- Respeto la opinión del paciente.
- Se despide de la paciente o pacientes cuando estos se marchan.

**Interrelación entre médico y paciente:**  Sí /  No.

**Apariencia física:** higiene del vestuario:  Sin bata.

- Con bata limpia.
- Con bata sucia.

**Tipo de comunicación que se utiliza:**  Comunicación agresiva.

- Comunicación tímida o pasiva.
- Comunicación asertiva.

¿Se han producido **barreras** en la **comunicación?** :  Sí /  No.

Ambientales:  Ausencia de privacidad ya que alguien ha abierto la puerta sin llamar.

- Algo o alguien interrumpe la comunicación.
- Exceso de ruido (teléfono, alguien tosiendo...).
- Déficit en la iluminación.

Físicas:  Dolor y otros malestares.

- Fatiga.
- Déficit sensorial: sordera y/o ceguera.

Psicológicas: Emociones de:  Ira.

- Tristeza.
- Ansiedad.
- Miedo.
- Vergüenza.

Socioculturales:  Lenguaje con términos técnicos.

- Presencia de otra persona que no sea su pareja.

### ANEXO III

#### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN EN LA COMUNICACIÓN ENTRE EL MÉDICO DE UNA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA Y SUS PACIENTES: MUJER O PAREJAS**

*(A cumplimentar por la mujer).*

Por favor, evalúa estas afirmaciones en relación a tu visita de hoy marcando con una "X" la opción que más corresponda con tu valoración. Las sugerencias del final son opcionales.

1. El tiempo que ha durado la consulta ginecológica es suficiente:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

2. Cuando yo hablaba, el médico no estaba atento a lo que yo decía:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

3. El/la médico me ha dejado hablar sin interrumpirme:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

4. Con los gestos de su cara me ha hecho sentir cómoda:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

5. A mi entender, su tono de voz ha sido correcto, ni demasiado alto ni demasiado bajo:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

6. No consigo entender la información que me da, en sus explicaciones utiliza palabras difíciles de entender o poco claras:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

7. Si necesitase más información, consultaría:

No necesito más información, con lo que el/la médico me ha explicado me es suficiente.

Preguntaré a otro profesional.

Haré búsquedas por Internet desde el buscador (Google, Firefox...).

8. No me he sentido comprendida por el médico:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.

9. No se ha garantizado un ambiente privado:

En Desacuerdo.       Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo / Indecisa.       De Acuerdo.



10. En resumen, mi grado de satisfacción global con la comunicación entre el/la médico de esta consulta y yo como paciente es:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Si tiene alguna sugerencia para mejorar en la comunicación entre el médico de la consulta ginecológica de fertilidad y sus pacientes, por favor, escríbalo a continuación en sugerencias.

**Sugerencias:**

¡Muchas gracias por la colaboración!