

# Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud

## Patients and relatives' perception regarding communication with healthcare professionals

Ernesto M. Padilla, Pedro Sarmiento-Medina y Andrea Ramirez-Jaramillo

Universidad de la Sabana. Chía, Cundinamarca, Colombia. mario.martin1@unisabana.edu.co, pedro.sarmiento@unisabana.edu.co; andrearj@clinicaunisabana.edu.co.

Recibido 30 Octubre 2013/Enviado para Modificación 23 Mayo 2014/Aceptado 29 Junio 2014

### RESUMEN

**Objetivo** Comprender las fortalezas y dificultades de la comunicación entre los profesionales y las familias con un miembro con enfermedad crónica o discapacidad, desde la percepción de pacientes y familiares que asisten a servicios sanitarios.

**Métodos** Es un estudio cualitativo interpretativo. El enfoque psicológico es el sistémico, desde una perspectiva socio constructivista. La muestra fue contactada en la clínica de la Universidad de La Sabana, Colombia. En la primera fase se diseñaron las preguntas guía con base en las categorías deductivas. En la segunda fase se realizaron grupos focales, uno con personas con enfermedad crónica o discapacidad y otros miembros de familias de personas en esta condición de salud. Posteriormente se aplicó una encuesta de resultados para triangulación y saturación de la información, incluyendo otros pacientes y familiares.

**Resultados** Las personas ven como fortalezas el trabajo en equipo por parte de los profesionales, la disposición para la atención, la suficiencia en la información recibida y el uso de estrategias para enseñar procedimientos y aclarar dudas. Como dificultades comunicativas señalaron que el profesional haga presunciones pronosticas negativas o asuma actitudes de distancia o superioridad.

**Conclusiones** En principio se muestra una actitud de aceptación con la comunicación establecida con los profesionales en familiares y pacientes; no obstante, al indagar más específicamente se explicitan los aspectos que pueden mejorar, donde la comunicación puede posibilitar una relación menos jerárquica y más colaborativa, dando espacio a los procesos emocionales.

**Palabras Clave:** Comunicación en salud, relaciones profesional-familia, conducta cooperativa (*fuentes: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** Understanding the strengths and difficulties regarding communication between healthcare workers and families and a family member suffering chronic illness or disability, from the perception of patients and families receiving healthcare services.

**Methods** This was a qualitative, interpretative study. The psychological approach adopted was systemic, from a socio-constructionist perspective. The sample was drawn from people contacted at the Universidad de La Sabana's clinic, Colombia. Question guidelines were based on deductive categories in the first phase; two focus groups were formed during the second phase by people suffering chronic diseases or disability and family members of people in such situation. A survey was then made using the results for data triangulation and saturation, including other patients and relatives.

**Results** People saw professional teamwork, providing care, the sufficiency of the information received and the use of strategies for teaching procedures and answering questions as strengths. They pointed out communication difficulties, like healthcare workers making assumptions about negative prognostics and adopting superior attitudes, or lacking consistency and continuity, as well as high staff turnover.

**Conclusions** Patients and relatives generally adopted an attitude of acceptance concerning the relationship established with healthcare workers; however, when probing more specifically, aspects to be improved were made more explicit, where communication may enable a less hierarchic and more collaborative relationship, providing a space for emotional processes.

**Key Words:** Communication regarding healthcare, healthcare worker-family relationship, cooperative behavior (*source: MeSH, NLM*).

Una circunstancia que deben afrontar muchas familias en la actualidad es la presencia, en alguno de sus miembros, de una discapacidad o una enfermedad de tipo crónico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) registró que en el año 2011, el 15 % de la población, más de 1 000 millones de personas, estaban viviendo con algún tipo de discapacidad; entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para vivir normalmente (1). Igualmente, las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo; en 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica (2).

La enfermedad crónica o la discapacidad implican un contacto casi permanente con instituciones y profesionales. En estas condiciones se hace relevante la necesidad de información de los pacientes y familiares sobre el proceso de salud y enfermedad, para que estos puedan colaborar con el

tratamiento y conozcan los riesgos potenciales (3,4). Con el consentimiento informado se busca este objetivo, pero muchas veces este recurso es insuficiente (5), en gran medida porque el acto comunicativo no depende solo del contenido de lo que se informa, sino también de la calidad de la relación, que posibilita a las personas confiar y ajustarse a la condición clínica y a las recomendaciones (6).

La mayor parte de la literatura versa sobre la comunicación médico-paciente, pero se ha encontrado que esta comunicación también es vital tanto para los demás profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, como para los familiares de los pacientes: "se asume como prioridad asistencial el binomio paciente-familia y se opta por un estilo de relación sinérgica interdisciplinaria" (7). La comunicación de los profesionales con los pacientes y sus familiares, para ser eficaz, debe contener elementos tales como escuchar con atención, explicar las cosas, mostrar respeto, dedicar tiempo suficiente, e incentivar la participación en la toma conjunta de decisiones para fortalecer la autonomía (8,9). Un estudio (10) investigó el comportamiento de adhesión, o sea la permanencia y el cumplimiento de las indicaciones frente al tratamiento médico en pacientes con insuficiencia renal crónica en Bogotá; se concluyó que dar una adecuada información y prestar atención a los pensamientos y emociones de las personas atendidas, podría mejorar sustancialmente su participación activa en el tratamiento. Así mismo, en otro estudio con familias de niños afectados con malformaciones congénitas en Bogotá, se encontró que la información médica recibida de parte del equipo de profesionales era insuficiente, lo cual produjo sentimientos de insatisfacción en las familias hacia la atención y el seguimiento (11).

Con estos antecedentes, se planteó como objetivo comprender las fortalezas y dificultades de la comunicación entre los profesionales y las familias con un miembro con enfermedad crónica o discapacidad, desde la percepción de los usuarios de los servicios sanitarios.

## METODOLOGÍA

El tipo de estudio es cualitativo; El enfoque psicológico es el sistémico, desde una perspectiva socio construccionalista, la cual sostiene que los sistemas humanos construyen su realidad en el lenguaje y la conversación en los espacios de interacción social (12). En estos diseños de tipo social interpretativo la teoría surge de los datos (13). Los análisis de la

información se realizaron desde el método de comparación constante de los contenidos y significados de los participantes (14). Se utilizó como apoyo para la organización de los datos el programa de software Atlas-TI 6.0. Como estrategias de validación se utilizaron la triangulación de técnicas de recolección (grupos focales, encuesta de apreciación), para asegurar la confiabilidad en los resultados (15,16). Se realizó un muestreo intencional. Los criterios de inclusión fueron personas con diagnóstico de discapacidad física con grave afectación motora o enfermedad crónica, que asistieron periódica y ambulatoriamente a programas de rehabilitación en hospitales y familiares de personas con discapacidad física con grave afectación motora o con enfermedad crónica, mayores de edad. El proceso tuvo como propósito recoger experiencias generales sobre comunicación sin identificar o evaluar algún profesional o institución específica.

Los diagnósticos de los pacientes incluyeron: trauma raqui-medular, evento cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artrosis degenerativa, diabetes Tipo I, cáncer de seno, esclerosis lateral amiotrófica y cáncer de tiroides.

La muestra se obtuvo en la Clínica de la Universidad de la Sabana, Colombia. Participaron 16 pacientes y 20 familiares. La totalidad de los participantes firmaron un consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética de la institución clínica y el Comité de ética de la Universidad de la Sabana. Esta institución fue la entidad financiadora de este proyecto, en los rubros de asignación de tiempo a los investigadores, honorarios de auxiliares, trabajo de campo, materiales, software y equipos. Instrumentos y procedimiento (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Procedimiento metodológico por fases

Fase	Proceso	Validación	Análisis
Categorización de la comunicación	Definición de aspectos por categorías y criterios	Entrevistas a profesionales	Construcción de preguntas guía
Recogida de Información	Grupos focales: uno con pacientes y uno con familiares	Organización del material codificado en el ATLAS TI	Interpretación de las narrativas por el método comparativo constante
Encuestas de resultados	Detección de consensos, disensos o emergencia de significados	Triangulación de métodos y búsqueda de saturación de las interpretaciones	Interpretaciones concluyentes en el contexto global de la investigación

Fuente: Propia

Primera fase: Categorización de la comunicación. Se definieron aspectos específicos de la comunicación que pueden optimizar la calidad de la atención en salud, mediante la consulta a profesionales, lo que permitió construir una caracterización (17); a partir de esta se tomaron aspectos de interés para indagar o confirmar con pacientes y familiares. Segunda fase: Recogida de información: se utilizó la técnica de grupos focales, que son entrevistas grupales en las cuales la interacción entre el moderador y el grupo sirve para desarrollar consensos o diferencias en la información (18). Se realizó un grupo con personas con diagnósticos de enfermedad crónica o discapacidad motora, y un grupo con miembros de familias de personas con enfermedad crónica o con discapacidad motora. Tercera fase: Encuestas de resultados. La información se complementó con una encuesta de apreciación sobre los resultados, que cumplió la doble función de informar a los participantes acerca de los resultados del grupo focal y de confirmar datos, en una estrategia de triangulación, útil para lograr un nivel de saturación.

#### Categorías de análisis y criterios

Para la organización y análisis se definieron dos categorías de la comunicación, atendiendo a autores como Watzlawick (19), que definen dos niveles en la comunicación, contenido y relación; estas categorías fueron:

#### Comunicación de contenidos

Abarca lo relacionado con la información acerca de la condición de salud y las habilidades comunicativas del profesional para proporcionarla (20). Según Walsh (21), implica suficiencia, pertinencia y claridad, buscando la verdad y hablar con verdad. Los criterios definidos para las preguntas fueron:

- Suficiencia de la información: ¿la información recibida sobre la condición de salud ha sido suficiente? ¿Qué consecuencias tiene recibir información insuficiente?
- Claridad de la información: ¿Los profesionales han usado estrategias para explicar los procedimientos y aclarar dudas? ¿Cómo le han comunicado los profesionales las noticias sobre la evolución clínica?

#### Relación profesionales-pacientes/familia

Funcionalidad en las interacciones entre los distintos profesionales, la persona en tratamiento y su familia. Los criterios definidos para las preguntas fueron:

- Expresión emocional: el acompañamiento a las reacciones emocionales de la familia. ¿Cómo reaccionan los profesionales de la salud a la expresión emocional de su familia? (Gestos y actitudes).

- Interacción colaborativa: Cooperación entre profesionales y familia. ¿Los profesionales le han dado participación en la toma de decisiones y la elección del tratamiento? ¿La relación con los profesionales ha incidido en el tratamiento? ¿Cómo han manejado los desacuerdos con su familia los profesionales de la salud? ¿Qué actitudes del profesional han obstaculizado el proceso?

## RESULTADOS

Los resultados están organizados según las categorías. En cada categoría se colocan las interpretaciones, apoyadas con transcripciones textuales extraídas de los grupos focales de pacientes familiares:

### Categoría I. Comunicación de contenidos

Suficiencia de la información. Una parte mayoritaria de familiares y de pacientes dice al inicio de los grupos y de la encuesta que en general la comunicación que han tenido con los profesionales ha sido adecuada; los aspectos que han favorecido una percepción positiva son la disposición de los profesionales y el trabajo en equipo: “La comunicación ha sido buena, si lo vamos a mirar a nivel de la persona que encabeza, pues cuando he necesitado preguntar voy y hablo con ella, y de una vez ella da la respuesta; por lo menos por ese lado no me quejo” (Familiar). “Pues a mí me parece que la retroalimentación que ellos manejan me parece como efectiva, ya que mes a mes todos se reúnen, hacen su evaluación, parten de una historia clínica, hablan con el terapeuta anterior; o sea, la comunicación entre ellos es buena” (Paciente). Los familiares y los pacientes ven que, como consecuencia de no recibir información suficiente, se pueden hacer los procedimientos de manera equivocada e inconveniente: “puede uno pecar y equivocarse o hacer cosas que no conviene (...) una cosita así (pequeña), se puede volver así (grande)” (Familiar).

Los pacientes reconocen que uno de los problemas de comunicación que han tenido se presenta cuando hay falta de continuidad del proceso al presentarse rotación de especialistas, lo que genera sensación de vacíos o falta de integración en la información que cada profesional maneja: “desde que entré ya me ha tocado con varias personas, pero yo pensé que iba a haber un seguimiento con un terapeuta para que viera mi evolución; pero no ha sido así, pues ellos me han explicado que se comunican entre ellos solo al terminar el día y la semana” (Paciente).

Los familiares sostienen que la suficiencia de la información sobre la evolución clínica se afecta debido al corto tiempo en cada consulta, que impide dialogar con más detalle sobre el proceso: “Es que tienen la agenda muy, muy justa (los Fisiatras)” (Familiar).

Claridad de la información. En cuanto a la claridad de la información dada, hay diferencias en las percepciones. La mayoría de familiares y algunos pacientes dicen que los profesionales han estado dispuestos a aclarar sus dudas y usar estrategias para enseñarles los procedimientos: “he sentido que cuando he tenido las dudas y empiezo a hacer las preguntas, ellos me han aclarado. Incluso cuando salgo de cita médica, que uno sale con dudas sobre exámenes, ellos tratan de explicar” (Paciente).

Sin embargo, algunos familiares y la mayoría de pacientes sostienen que, cuando los profesionales no utilizan estrategias para identificar sus dudas, se afecta negativamente la comunicación: “pues cuando yo he hecho la consulta no he tenido la respuesta. Yo siento que aparte de falta de tacto hay ignorancia, o sea el profesional se reduce a lo que él sabe” (Paciente). “Generalmente un médico siempre le habla a uno en los términos que ellos estudian. Y uno viene y les pregunta algo y responden - ya te he dicho dos veces, va la tercera vez que te la digo” (Familiar).

Familiares y pacientes consideran que las noticias deben darse con la verdad, pero sin negar que pueda haber posibilidades de mejoría, ya que los pronósticos negativos no se cumplen con frecuencia; por esto deberían abstenerse de dar un pronóstico concluyente: “un día mi paciente estaba diciendo -yo muevo las piernas-, y él se estaba moviendo, pero entonces entro el doctor y le dijo: no es algo seguro. Entonces él se puso a llorar de la rabia, estaba con buen ánimo y entonces se puso aburrido, amargado; yo dije: en vez de ayudarlo lo que hace es hundirlo” (Familiar).

En cuanto a la información que el profesional debe recoger sobre la familia, no hubo un acuerdo ya que, aunque en la encuesta la mayoría de familiares ven pertinente que los profesionales conozcan más sobre la familia de los pacientes, ya que esto redundaría en una mejoría del mismo, en el grupo focal opinan que no es necesaria esta información: “El hecho de que el profesional nos conozca más a nosotros como familia no implica la mejoría del paciente” (Familiar). “Eso es como cuando uno tiene el niño en el colegio: si sabes cómo es el niño ya sabes cómo es la mamá y como es el papá” (Familiar).

## Categoría II. Relación profesionales-pacientes/familia

Expresión emocional. Para los familiares y pacientes, algunos de los profesionales se preocupan por las expresiones emocionales de la familia; no obstante, dicen que no es una regla general: "si mi esposo llega de mal genio a la terapia, la señora que le hace la terapia empieza a preguntarle -qué tiene?-. Y empieza a darle distintas alternativas para alejarlo de esa depresión que tenga. Pero eso son algunos; otros le dicen, así llegue cansado o con sueño -tiene que hacer esto, hágalo y ya deje de chistar-" (Familiar). "Recibí una noticia de un examen que me salió no muy positivo, estaba bajo de ánimo y en ese caso me tocaba hacer gimnasio; el terapeuta entendió y me puso a hacer ejercicio en lo que no tuviera que hacer tanto esfuerzo y trato de apoyarme" (Paciente).

Los familiares consideran que hay profesionales que tienen actitudes que afectan negativamente el proceso, tales como seriedad, distancia o distracción: "a la Dra. X...La ve uno en actitud seria, da como miedo comentarle algo. ¿El Dr. Y? lo quiere sacar a uno rápido" (Familiar). "cuando uno simplemente se sienta en una maquina a hacer un ejercicio y el profesional se sienta ahí con un teléfono celular, chateando, pienso que eso es desastroso" (Paciente).

Los participantes consideran importante que los profesionales tengan tacto a la hora de comunicar un diagnóstico negativo; en este aspecto ha habido algunas experiencias negativas: "Dicen la noticia muy de "sopetazo" (repentinamente) (Familiar).

Interacción colaborativa (18). La mayor parte de los familiares del grupo focal evitan tener desacuerdos con los profesionales por temor a que se afecte negativamente el proceso; no obstante, quienes han manifestado los desacuerdos han tenido una respuesta positiva: "yo tuve inconvenientes y toco manejarlos porque eran opiniones diferentes pero que incomodaban; comente, -esto me está ocurriendo- y tomaron sus correctivos e hicieron reunión. Creo que como personas adultas y profesionales lo han tomado así, aceptaron que se equivocaron" (Familiar). "decir cosas, es incómodo; entonces yo mejor me quedo callada y pienso:-ah, bueno, entonces vamos a dejar esto así-" (Familiar).

La mayoría de los participantes dicen que los profesionales no les han dado participación en la elección del tratamiento, pero no ven conveniente que esto cambie debido a que son los profesionales quienes tienen el criterio para hacer dicha elección: "participar en eso no, porque ellos son los profesionales, nosotros somos los pacientes" (Familiar). "Uno viene a aportar sobre cosas que



ha encontrado de la investigación, cosas que son muy elementales, lo primero que sale en internet, y uno va a preguntar y se da cuenta que no sabe" (Paciente).

Varios participantes ven como un aspecto a corregir el manejo del tiempo de los profesionales en la consulta, pues han percibido que frecuentemente muestran apuro por terminar y esto no da tiempo para plantear inquietudes: "yo siento, cuando me toca con este tipo de profesional, que el hombre está cumpliendo con un tiempo, simple y llanamente" (Paciente).

## DISCUSIÓN

Después de interpretar las experiencias de los pacientes y familiares, se pudo observar que al principio los participantes dicen tener, en general, una percepción positiva de la comunicación que han tenido con los profesionales. Sin embargo, en la medida en que se fueron discutiendo los aspectos específicos de la comunicación, se evidenciaron las dificultades que han vivido de manera silenciosa. Esto puede indicar por una parte, que los profesionales de la salud han tenido una interacción comunicativa que ha cumplido con el objetivo de proporcionar información y dar manejo a la condición de salud, lo que produce una valoración positiva en pacientes y familias; sin embargo, de otra parte, denota una postura de conformidad y aceptación pasiva frente a la autoridad de los servicios sanitarios. En ese orden, los familiares afirman que tienden a no manifestar sus desacuerdos a fin de evitar la confrontación. Esta situación implica un obstáculo para el proceso comunicativo, y requiere del profesional un esfuerzo por superar esta barrera para lograr un clima de confianza.

Al debatir los interrogantes, en consonancia con el objetivo de comprender los aspectos que fortalecen o dificultan la comunicación, surgieron factores que para los participantes definen su satisfacción con esta dimensión.

Un aspecto sobresaliente de la discusión se refiere a la información oportuna sobre el pronóstico y la evolución clínica. En este sentido se ve necesario un balance entre las expectativas de pacientes y familiares, y la responsabilidad del profesional de comunicar la verdad sin alentar falsas esperanzas. Al respecto Bascuñán (22) ve conveniente ser sensible a la capacidad de las personas para tolerar o manejar una noticia en un momento determinado; para los participantes es mejor no cerrar del todo la posibilidad de avances o cambios, aunque el pronóstico sea concluyente.

Otro elemento que afecta de manera positiva o negativa es la disposición del profesional para identificar y acoger las expresiones emocionales del paciente y la familia. Esto lleva a asegurar que la comunicación basada en aspectos procedimentales y técnicos es insuficiente para valorar positivamente la atención (23,24).

De otra parte, como se observa en los resultados, las personas atendidas esperan de los profesionales sanitarios mayor disponibilidad, lo que corrobora lo hallado en estudios previos (25,26).

En cuanto al papel de la familia, los participantes del grupo focal sostienen que la información sobre las relaciones o la dinámica familiar no es pertinente para el proceso, lo cual refleja la concepción de que las condiciones de salud son individuales; pero en las encuestas hay acuerdo en que la dinámica familiar si incide en el proceso de salud, coincidiendo con las premisas del modelo de salud familiar (27) y otras perspectivas más sistémicas y relacionales. Ahora bien, en general no se vio la pertinencia de que se de participación a familiares o al paciente en la elección del tratamiento; en este punto prefieren confiar en la idoneidad del equipo profesional. Se puede entender esta diferencia por la postura de respeto de los usuarios frente al conocimiento científico, pero también por la falta de un estímulo explícito del equipo sanitario para que se de esta participación. Esta falta de interés en que las familias participen muestra un contraste con otros hallazgos que connotan positivamente el papel activo de las personas atendidas en la toma de decisiones (28).

Con estos resultados se espera dar un aporte a la atención humanitaria, eficiente y de calidad. La optimización de la comunicación dada en los servicios sanitarios puede contribuir a mejorar la adherencia a los tratamientos, ya que si la información y las orientaciones dadas por los profesionales es adecuada y comprendida por las personas que tienen la enfermedad y por sus familias, se puede favorecer el desarrollo de conductas saludables y de habilidades que les permitan afrontar adecuadamente la enfermedad fuera del hospital.

Limitaciones del estudio: dada la intención exploratoria de los estudios de este tipo, se reconoce la necesidad de avanzar a procesos investigativos que puedan generalizar resultados en poblaciones más amplias y hacer deducciones sobre aspectos importantes tales como las diferencias de género, de región o cultura, de enfermedad o discapacidad, la incidencia de

distintos marcos institucionales y normativos, el tipo de instituciones del sector privado o público, o los regímenes subsidiado o particular, y otros ♦

**Agradecimientos:** Universidad de la Sabana, Chía, Colombia, Dirección de investigaciones, que financió el proyecto: Resiliencia familiar y comunicación entre profesionales de la salud y familias de personas con enfermedad crónica o discapacidad, con código PSI-35-2010. También damos reconocimiento a la Clínica de la Universidad de la Sabana, que facilitó el contacto con los participantes.

**Conflicto de interés:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Más de 1000 millones de personas con discapacidades deben superar a diario obstáculos importantes. [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities\\_20110609/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities_20110609/es/index.html). Consultado octubre de 2013.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades crónicas. [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/). Consultado octubre de 2013.
3. Fraenkel L, McGraw S. What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making? *Society of General Internal Medicine* 2007; 22: 614-619.
4. Blas C. El equilibrio en la relación médico-paciente. Barcelona: J.M. Bosch Editor; 2007.
5. Cabrales-Vega R, Calvachi-Jiménez J, Foronda-Castro J, Giraldo-Pinto D, Jojoa-Saa J, Mendoza-Ortiz V, et al. ¿Quién se informa con el consentimiento informado? *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2012; 14(3): 502-511.
6. Herrera N, Gutiérrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2010; 12(3): 343-355.
7. García H, Barbero J, Olea T, Jiménez C, del Peso G, Miguel JL, et al. Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología*. 2010; 30(3): 297-303
8. Ok H, Marks R, Allegrante J. Perceptions of health care provider communication activity among american cancer survivors and adults without cancer histories: an analysis of the 2003 health information trends survey (HINTS). *Data Journal of Health Communication*. 2008; 13(7), 637-653.
9. Bolaños E, Sarriá A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 2003; 32: 195-201.
10. Contreras F, Esguerra G, Espinoza J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychológica*. 2006; 5(3): 487-499
11. Ballesteros B, Novoa M, Muñoz L, Suárez F, Zarante I. Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas. Perspectiva del cuidador principal. *Universitas Psychológica*. 2006; 5(3): 457-473.
12. Gergen, K. Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social. Barcelona: Paidós-Ibérica; 1996.
13. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: Mc Graw Hill; 2007.

14. Strauss A., Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
15. Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del Dilema de los Métodos: La Investigación en Ciencias Sociales. 3ª. Edición. Bogotá: Ediciones Uniandes-Editorial Norma; 2005.
16. Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Rev. Investigación en Psicología. 2006; 9(1): 123 – 46.
17. Martín E, Sarmiento P, Ramírez A. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. Rev. Calidad Asistencial. 2014; 29(3): 135-142.
18. Morgan D, Krueger R. The focus group Kit. London: Sage Publications; 1998.
19. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1986.
20. Sánchez F, Sánchez FJ, López Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. Rev. Calidad Asistencial. 2008; 23: 199-204.
21. Walsh F. Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento. Madrid: Amorrortu; 2004.
22. Bascuñán M. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Rev. Médica de Chile. 2005; 133: 693-698
23. Talen MR, Muller-Held CF, Eshleman K, Stephens L. Patients' communication with doctors: A randomized control study of a brief patient communication intervention. Families, Systems, & Health. 2011; 29(3): 171-183.
24. Gajardo A, Lavados C. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. Persona y Bioética. 2010; 14(1): 48-55.
25. Girón M, Bevia B, Medina E, Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2002; 76(5): 561-575.
26. Torres T, Acosta D, Aguilar M. Entre médicos y pacientes buenos y malos: puntos de vista de los actores de la relación médico-paciente. Investigación en Salud. 2004; 6(1): 14-21.
27. Louro, I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev. Cubana Salud Pública. 2005; 31(4): 332-337.
28. Barca I, Parejo R, Gutiérrez P, Fernández F, Alejandro G, López F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínica. Atención Primaria. 2004; 33(7): 361-367.