

EL GRUPO FOCAL PASO **A** PASO

Guía de apoyo metodológico para el diseño y desarrollo
de la técnica del Grupo Focal en el ámbito sociosanitario.

Comité de Calidad Percibida



EL GRUPO FOCAL PASO A PASO

Guía de apoyo metodológico para el diseño y desarrollo de la técnica del Grupo Focal en el ámbito sociosanitario.

Comité de Calidad Percibida
(Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real)



A *nuestros/as compañeros/as del Comité de Calidad Percibida* de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real, por todos estos años en los que con gran esfuerzo establecieron las bases de lo que hoy se ha materializado en esta guía que todos podemos tener en nuestras manos.

A toda la *Dirección Gerencia*, por su constante impulso, apoyo y confianza en iniciativas como ésta, orientadas a mejorar la atención que prestamos a pacientes y familiares, escuchando su voz.

Al *Grupo de trabajo para la mejora de la información en el Servicio de Urgencias*, prestándonos las transcripciones de su estudio con grupos focales.

A *Beatriz Rodríguez Martín, profesora de la UCLM* y referente en investigación cualitativa.

Y sobre todo, a los/as *pacientes y familiares*, futuros y pasados, siempre dispuestos a participar en proyectos de mejora de esta Gerencia, sin los/as cuales esto no sería posible.

A todos y cada uno de ellos,

GRACIAS.

ÍNDICE

1. AUTORES Y CONTACTO	5
2. COMITÉ	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. OBJETO	9
5. ALCANCE	9
6. TÉCNICA Y METODOLOGÍA	9
6.1 DISEÑO	10
o Planificación	10
o Diseño de la muestra	10
o Captación/ reclutamiento	12
o Elaboración de la documentación	13
o Logística/ infraestructura	13
6.2 DESARROLLO	14
6.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	16
o Análisis de los datos	16
o Informe de resultados	18
6.4 DIFUSIÓN DE RESULTADOS	18
o Traslado del informe de resultados	18
o Presentación de los resultados	18
o Carta informativa a los participantes	18
7. BIBLIOGRAFÍA	19
8. ANEXOS	21
ANEXO 1	22
ANEXO 2	25
ANEXO 3	26
ANEXO 4	27
ANEXO 5	29
ANEXO 6	30
ANEXO 7	33
ANEXO 8	34
ANEXO 9	37
ANEXO 10	38

1

AUTORES Y CONTACTO



Esta guía ha sido elaborada en el marco del **COMITÉ de CALIDAD PERCIBIDA** de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real (GAICR).

Coordinación de la Guía:

Laura Collada Fernández. DUE Unidad de Hospitalización 4B.
Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente de la GAICR.
Miembro Vocal del Comité Calidad Percibida de la GAICR.

Cani Año Consuegra. Socióloga y Trabajadora Social.
Responsable del Área de Humanización y Trabajo Social de la GAICR.
Presidenta del Comité Calidad Percibida de la GAICR.

Para realizar cualquier consulta referente a esta guía puede ponerse en contacto a través de la siguiente dirección de correo electrónico:
comitecalidadpercibidagaicr@sescam.jccm.es

Además, puedes visualizar un video tutorial escaneando este QR,
o a través del siguiente enlace web:
https://youtu.be/lky26Q4_x60



volver al
ÍNDICE



2 COMITÉ de CALIDAD PERCIBIDA



Esta guía ha sido elaborada en el marco del Comité de Calidad Percibida de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real, creado en el año 2014 en esta Gerencia.

El Comité de Calidad Percibida está conformado por un equipo multidisciplinar e integrado, con profesionales del ámbito de la atención hospitalaria y de la atención primaria. Constituye una estructura funcional dependiente de la Dirección Gerencia, cuya función principal es analizar las opiniones de pacientes y sus familiares, identificar áreas de mejora y desarrollar en base a éstas, actividades y proyectos orientados a mejorar la atención.

La composición actual del Comité es la siguiente:

Antonio Sánchez Muñoz	F.E.A	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Cani Año Consuegra	Socióloga y Trabaj. Social	ÁREA HUMANIZACIÓN y TRABAJO SOCIAL
Dolores Sanz Ortiz	Técnico Grado Medio	SERV. INFORMACIÓN Y ATENCIÓN USUARIO
Isabel Sánchez Enano	D.U.E	SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
Jesús León Hernández	M.I.R Medicina Preventiva	MEDICINA PREVENTIVA
José Manuel Zapata Cabezas	D.U.E	C.S VILLARRUBIA DE LOS OJOS
Juan Ángel Isabel Morales	D.U.E	URGENCIAS
Juan Diego Díaz Valero	D.U.E	LABORATORIOS/BANCO DE SANGRE
Laura Collada Fernández	D.U.E	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN 4B
Lidia García Agudo	F.E.A	MICROBIOLOGÍA
M ^a Cinta Cumbrebras Aguaded	D.U.E	ADMISIÓN
M ^a del Mar Aldana Moya	Administrativa	UNIDAD DE CALIDAD
M ^a José Barreda Pérez-Prat	Trabajadora Social	CENTRO SALUD I CIUDAD REAL
Manuel Rayo Gutiérrez	F.E.A	CARDIOLOGÍA
María Prado Talavera Rubio	F.E.A	MEDICINA NUCLEAR
Marisol Martínez Migallón	F.E.A	MEDICINA INTENSIVA
Sandra Díaz Caballero	Administrativa	UNIDAD DE CITACIONES

Contacto:

Comité de Calidad Percibida de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real
comitecalidadpercibidagaicr@sescam.jccm.es

volver al
ÍNDICE



3

INTRODUCCIÓN

La técnica del Grupo Focal en Calidad Percibida



El Comité de Calidad Percibida, constituye junto al Servicio de Información y Atención al Usuario, y la Unidad de Calidad una estructura básica en los Servicios Públicos de Salud desde donde impulsar y trabajar la Calidad Percibida y la Gestión orientada a las necesidades del paciente en la Organización.

Concretamente, la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real, desarrolla acciones e iniciativas coordinadas para potenciar la cultura de calidad percibida y permitir permeabilizar la Organización en cuanto a conocer e **incluir la opinión de nuestros/as usuarios/as en los procesos, toma de decisiones, y mejorar su satisfacción**. Con esta finalidad, se hace necesario el uso de herramientas que permitan aproximarnos a sus expectativas como usuarios, y detectar aquellos aspectos que sugieren mejorables, para poder así implementar mejoras en la gestión: una de estas técnicas es el Grupo Focal.

El Grupo Focal constituye una de las técnicas de investigación cualitativa más utilizadas actualmente en el ámbito sanitario. En este sentido, cabe destacar, **la importancia y rigurosidad que merece esta metodología cualitativa**. Es importante comprender, que realizar un estudio cualitativo no es solo una recogida de datos, sino que nuestro objetivo es conocer el objeto o fenómeno de estudio. A través de esta metodología cualitativa podemos estudiar aspectos de la investigación que no podríamos comprender desde otras metodologías; podemos dar voz a las personas y conocer desde su propio contexto sus experiencias, opiniones, percepciones, y multitud de factores que influyen en el proceso que queremos estudiar. A través de una entrevista grupal semiestructurada guiada por un moderador, nos aproximamos a conocer la opinión, experiencia y el significado que le dan los participantes a un fenómeno a través de la interacción de los diferentes participantes. Desde esta subjetividad nos acercamos a la realidad de cada sujeto, intentando comprender el fenómeno a través del significado que la persona le concede. **La investigación cualitativa nos ofrece el mejor enfoque metodológico para conocer la percepción, opiniones y el significado que le da el sujeto desde su propia experiencia al fenómeno**, dentro de su contexto natural.

En este sentido, antes de utilizar esta herramienta, es importante conocer que, a diferencia de la investigación cuantitativa, el Grupo Focal no busca la representatividad poblacional; los resultados que te permite alcanzar un Grupo Focal son de gran validez subjetiva y cualitativa (vivencias, sentimientos, experiencias). No se trata de una técnica que busque representación o generación de resultados extrapolables a la población general, pero **dispensa una profundidad en la información subjetiva que otras técnicas con mayor representatividad no alcanzan**. Por todo ello, esta técnica

volver al
ÍNDICE



es un fiel complemento a otras fuentes de información/evaluación sobre opinión y preferencias del paciente en nuestro sistema de salud, como pueden ser el análisis de reclamaciones o las encuestas de satisfacción.

Por otra parte, el diseño y desarrollo de esta técnica, siempre se puede adaptar a las necesidades de cada estudio; no es lo mismo planificar una investigación cualitativa para un artículo científico, que realizar un proyecto interno de mejora de calidad. En el ámbito de la Calidad Percibida, **se implementa con el objeto de conseguir una aproximación a las necesidades y expectativas de los/as usuarios/as, e identificar áreas de mejora** en los servicios que se prestan; constituye en este ámbito una de las técnicas más indicadas cuando se desea profundizar en vivencias, experiencias y preferencias de los/as usuarios/as, mostrando resultados especialmente sensibles y válidos para evidenciar áreas de mejora sobre las cuales trabajar y que repercutan directamente en mejorar la experiencia como paciente y/o familiar. Además, su potencial *humanizador* tanto para el paciente como el profesional, supone un poderoso valor añadido en el uso de esta herramienta, brindando una oportunidad al paciente/familiar y a los profesionales que la desarrollan, de **formar parte de un proceso participativo, de implicación en el cambio, y de alto componente emocional**.

El Comité de Calidad Percibida, desde esta iniciativa, trata de contribuir a dar respuesta a la necesidad de implementar este tipo de metodologías cualitativas para el conocimiento y transformación de la experiencia del paciente en la Organización.

En nuestros comienzos, derivado de nuestra actividad y experiencia en el uso de esta metodología como Comité, identificamos la necesidad de disponer de una herramienta práctica que nos ayudase a planificar y desarrollar todo el proceso del Grupo focal. Con la elaboración de esta guía, pretendemos por una parte dar a conocer y favorecer entre los profesionales del ámbito sanitario, la utilización de la técnica del Grupo Focal como instrumento para **mejorar la atención acorde a las necesidades de pacientes y familiares**, y por otra, **disponer de una herramienta de carácter práctico que nos guíe paso a paso en su desarrollo**.

volver al
ÍNDICE



4

OBJETIVO



El objeto de esta guía es **crear una herramienta sencilla que defina y establezca la metodología general** para llevar a cabo el diseño y desarrollo de Grupos Focales de pacientes y/o familiares atendidos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

5

ALCANCE



Esta Guía es de aplicación y uso por parte de los profesionales que **trabajen en el ámbito sanitario y/o sociosanitario**, y que estén interesados en implementar la técnica del Grupo focal en un proyecto de investigación o de mejora de la calidad.

volver al
ÍNDICE

6

TÉCNICA Y METODOLOGÍA



A continuación, se despliega el **proceso a seguir** para el diseño y desarrollo de un grupo focal de pacientes y/o familiares, a través de sus cuatro fases.

6.1

DISEÑO



PLANIFICACIÓN

Una vez **detectada la necesidad** por parte de los profesionales de un Servicio/Centro/Unidad de comprender el fenómeno que queremos evaluar (atención prestada a pacientes, identificación necesidades de salud, validación de documentos divulgativos en pacientes, etc...), en primer lugar, se debe valorar la adecuación de la técnica al objetivo que se pretende, **valorando si el grupo focal es la técnica más efectiva y eficiente para cumplir con el objetivo principal para el que se plantea**, así como la capacidad humana y de recursos existente para poder desarrollar dicha técnica. Para ello, en primer lugar, podemos recurrir a la lectura completa de este documento.

Una vez confirmada su utilización, y creado el equipo de trabajo responsable de su ejecución, podemos pasar ya a la PLANIFICACIÓN. Para ello podemos utilizar el **Anexo I. FICHA de PLANIFICACIÓN del GRUPO FOCAL**, donde el equipo de trabajo consensuará la justificación, objetivo, cronograma y reparto de tareas.



DISEÑO DE LA MUESTRA

En una técnica cualitativa como es el GF, el **concepto de muestra no debe asimilarse con el concepto “estadístico” de las metodologías cuantitativas**, ni debe estar basado en

la probabilidad (los resultados que se obtienen no suponen ningún proceso de inferencia).

En el ámbito cualitativo se trata de diseñar una **“muestra representativa”**, la cual, no tiene representatividad estadística, sino que es representativa porque **debe incluir los perfiles de personas que van a representar al grupo de población atendida en el Servicio/Unidad/Centro** objeto de estudio.

Existen varios **tipos de muestreo** en cualitativa y tendremos que elegir el más idóneo para nuestro objetivo, siendo intencional y razonado¹:

- **Opinático** (menos estricto): Se elige la muestra de una manera más abierta, por conveniencia.

Ejemplo: *Queremos conocer las opiniones de los usuarios del servicio de urgencias sobre la atención recibida en admisión.* Nuestra muestra sería algo compleja de definir al incluir usuarios muy diferentes (no tienen un perfil definido), por eso elegiríamos el muestreo opinático, por conveniencia y más abierto. En palabras sencillas elegimos la muestra que nos viene bien para el estudio.

¹ Para más información Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S, Ossó, A. B. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació Atenció Primària Jordi Gol; 2014. 224 p.

• **Teórico** (más estricto): La elección de la muestra se basa en una serie de características relevantes al estudio (características muy definidas) o cuerpo conceptual para determinar los perfiles de muestreo, es decir es “un proceso de recogida sistemática de datos para generar teoría” (basado en la Teoría Fundamentada). Queremos captar la variabilidad del discurso.

Ejemplo: *Queremos conocer las percepciones de las matronas que trabajan en hospitalización sobre el uso de la lactancia materna en planta.* En este caso los participantes tendrían un perfil muy definido: serían matronas, trabajadoras del hospital y que hayan trabajado o trabajen en la unidad de obstetricia. Sería más fácil conseguir esa representatividad ya que sabemos perfectamente las características que buscamos.

Teniendo en cuenta estos dos tipos de muestreo muy utilizados en cualitativa, dentro de los grupos focales es bastante común utilizar **el muestreo de grupos homogéneos**. Esto quiere decir que nuestra intención es que cada grupo focal sea homogéneo dentro de su grupo (los participantes tendrán características similares para que pueda fluir el debate), pero a la vez tienen que ser heterogéneos entre los grupos (cada grupo focal tendrá ciertas diferencias respecto a los demás para lograr captar las diferentes realidades dentro de un mismo concepto o fenómeno).

Otro punto importante es definir nuestros **criterios de inclusión y exclusión** para concretar las características que tiene que cumplir nuestra muestra. Y para comprender este concepto mejor, vamos a continuar utilizando el ejemplo anterior de las matronas de hospitalización:

volver al
ÍNDICE

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

✓ Enfermeras en activo

✗ Que no hablen o entiendan el castellano

✓ 6 meses mínimo de experiencia en el Servicio de Obstetricia

✗ Supervisoras o Directivos

En este sentido, para clarificar un poco más el concepto de muestreo, también nos puede ayudar seguir los siguientes pasos:

1. Pensar y crear los **distintos perfiles de usuario existentes en ese Servicio/Unidad/Centro** (también llamados grupos específicos). Los perfiles están basados en los criterios establecidos por los profesionales concedores del Servicio/Unidad/Centro, o del mismo modo, a partir de la bibliografía referente al objeto de estudio.



1. **Seleccionar aquellos grupos específicos de usuarios** que por sus características determinadas consideramos relevante que estén representados en la muestra para poder reflejar sus distintas experiencias desde diversos puntos de vista. Se trata pues de un **muestreo intencionado y razonado**, no abierto al azar: busca identificar y seleccionar participantes en base a su capacidad de expresar/presentar un fenómeno desde su versión/realidad, buscar los mejores informantes sobre el fenómeno.

En base a estos criterios de inclusión y exclusión seleccionados, debemos solicitar o elaborar por nosotros mismos si fuera el caso, un listado de **relación de pacientes atendidos con los criterios establecidos y en el periodo que se haya decidido**; en él, los datos mínimos que deberán constar serán la fecha de atención, nombre completo del paciente y contacto telefónico.

Si queremos realizar un estudio dentro de un campo que no conocemos bien o no controlamos del todo, nos ayudará contar con la ayuda de un **portero**. Los porteros pueden ser otros profesionales, pacientes e incluso familiares que nos van a facilitar la entrada a este campo.

Ejemplo: *queremos realizar un estudio sobre las percepciones de los pacientes de cirugía vascular sobre el control del dolor post-operatorio*. En este caso si no trabajamos en la unidad de cirugía vascular, sería de gran ayuda contar con la ayuda de la supervisora de la unidad para que nos de acceso al entorno (campo) para que sea más fácil realizar el muestreo. El no disponer de los apoyos adecuados puede llegar a bloquear el acceso.

Tanto para esta selección como para el proceso de llamadas telefónicas para la invitación al participante, podremos disponer del **Anexo 2. MUESTRA DE PARTICIPANTES GRUPO FOCAL**.



**CAPTACIÓN/
RECLUTAMIENTO**

Tras seleccionar la muestra en el **Anexo 2** mostrado anteriormente, **se contactará con los participantes vía telefónica** aproximadamente dos semanas antes de la fecha planificada para la realización de la reunión. Dos días antes de la fecha, se hará una segunda llamada a modo recordatorio y para confirmar asistencia.

Para ello se elaborará un Guion para facilitar la llamada por parte de las personas responsables de reclutar los participantes; para facilitar esta tarea ver el modelo **Anexo 3. GUION LLAMADA TELEFÓNICA**.

En la llamada, se les facilitará toda la información básica que les pueda interesar, como objetivo del estudio, presentación del equipo de trabajo, fecha, hora y lugar de la convocatoria y condiciones de confidencialidad. Se garantizará el anonimato y el tratamiento de la información obtenida con total confidencialidad. Se dará la opción de enviar por email toda la información que pudiera interesar al participante (equipo investigador, objetivo de la investigación, confidencialidad, consentimiento informado, fecha y hora de la convocatoria).

volver al
ÍNDICE

El número final de participantes en el grupo debe quedar idealmente entre 7 y 10 personas que cumplan los criterios de inclusión; para tal fin, se deberán reclutar unos 12 pacientes en total, de cara a cubrir el posible absentismo.



ELABORACIÓN DOCUMENTACIÓN

A) Elaborar el **Guion de Entrevista**. Al tratarse de una **entrevista grupal semiestructurada**, se debe diseñar un guión con la pretensión de tener una guía para dirigir el grupo focal por parte del moderador/a; para elaborarlo se pueden identificar una lista de áreas temáticas teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la revisión bibliográfica. En el **Anexo 4. GUIÓN TEMAS CLAVE PARA ORIENTAR LA ENTREVISTA**, se muestra un modelo a modo de una posible estructura y se incluyen algunos ejemplos a modo lluvia de ideas sobre aspectos que se pueden indagar, con el objeto de servir de base para realizar un guion adaptado y acorde a los objetivos y necesidades del estudio. Este ejemplo de lluvia de ideas nos servirá para tener claro qué información queremos obtener durante el grupo focal, pero no serán las preguntas que realicemos. Durante el grupo focal, lanzaremos preguntas amplias, no dirigidas, redactadas de tal manera que facilite el discurso entre los participantes y se vean libres de responder en base a su experiencia.

B) **Consentimiento Informado**. Es necesario **realizar un consentimiento informado para poder llevar a cabo la grabación** de la discusión del grupo focal. Podrá ser entregado previamente a los pacientes por email o el mismo día del grupo focal, en el comienzo de la reunión, y se recogerá firmado antes de que empiece el debate. (Ver **Anexo 5. MODELO CONSENTIMIENTO**)

volver al
ÍNDICE



LOGÍSTICA/ INFRAESTRUCTURAS

En esta fase preparatoria se deben gestionar los recursos logísticos necesarios para poder llevar a cabo el grupo focal:

- **Gestión de la SALA** donde se va a llevar a cabo el grupo, teniendo en cuenta las características que debe tener el espacio como son la accesibilidad, confortabilidad y neutralidad (en la medida de las posibilidades).
- **Organización y reserva del catering** que se ofrece a los pacientes como deferencia por su participación en la reunión.
- **Grabación.**

Lo ideal sería utilizar una **grabadora de video** que capte además del lenguaje verbal, el no verbal, pero la grabación de la sesión en formato video puede llegar a cohibir a los participantes. En su defecto utilizaríamos una **grabadora de audio digital o incluso una tablet** para poder transcribir los datos obtenidos a un formato de texto que podamos analizar posteriormente.

Debemos tener en cuenta, que el disponer de una grabación en formato video facilitará el análisis de los datos obtenidos ya que podremos relacionar a cada participante con su discurso.

6.2 DESARROLLO

El lugar de la reunión será tranquilo, privado y cómodo, sin exceder la duración de la reunión de los 90 minutos (duración conocida con anterioridad por los participantes). Al finalizar el grupo focal, podemos ofrecer a los participantes un aperitivo u obsequio como agradecimiento.

La información será recopilada mediante una **grabadora** de audio digital, que se activará exclusivamente durante el tiempo de duración del debate. Antes de comenzar la sesión se informará de nuevo a los participantes de las medidas de confidencialidad tomadas, pudiendo revocar en todo momento su participación en el estudio.

Cada grupo focal contará con un **moderador/a** quien guiará la sesión basándose en el guion de preguntas abiertas elaborado con anterioridad, participando activamente, pero sin interferir en el discurso, tiene que ser capaz de guiar al grupo, dinamizando y estimulando el debate. Su función es la de dejar que hable el grupo, sin emitir juicios de valor.

También participarán los **observadores/as** (uno o dos) que estarán pendientes de todo cuanto suceda en la sesión desde un segundo plano, observando la comunicación verbal y no verbal, tomando anotaciones, sin intervenir. Incluso, tomará notas sobre el propio moderador/a para favorecer cambios en su actitud o su manera de gestionar los grupos focales posteriores. También serán las personas encargadas de apoyar en la logística necesaria durante la marcha del grupo como puede ser el buen funcionamiento de la grabadora.

La manera de realizar un GF es flexible y circular (el análisis es continuo, pudiendo modificar un grupo focal respecto al anterior), pero sí podemos dividir su desarrollo en **3 bloques principales**.

1) Acogida/Introducción:

- ◆ Presentación del equipo (nombre, lugar de trabajo, objetivo del estudio)
- ◆ Agradecimiento a los participantes.

volver al
ÍNDICE



- ◆ Explicar en qué consiste un GF y comentar las expectativas del estudio, beneficios futuros...
- ◆ Asegurar la confidencialidad y el anonimato de los participantes, solicitando permiso para grabar la entrevista en su totalidad.
- ◆ Los participantes firmarán el consentimiento informado.
- ◆ Presentación por parte de los participantes.

2) Desarrollo de la entrevista grupal:

- ◆ Primero realizaremos preguntas sencillas con poca carga emocional para ir entrando en materia.
- ◆ Plantear cuestiones/temáticas de manera abierta en base al guion del GF trabajado previamente.
- ◆ El tono de la sesión debe regirse desde la empatía y la neutralidad.

3) Clausura:

- ◆ Breve resumen de los puntos tratados.
- ◆ Daremos pie a que los participantes comenten cualquier tema que piensen que no se ha tratado en el GF.
- ◆ Daremos la opción de mandar por email la transcripción de la sesión si así lo desean.
- ◆ Agradecimientos.

volver al
ÍNDICE

Para el desarrollo de la reunión, es recomendable que el moderador elabore su propio guion de moderación, y entrene previamente esta práctica; en el **Anexo 6. GUIÓN MODERADOR** podemos ver un ejemplo que podrá servir como base para su diseño. Del mismo modo, el observador/a deberá cumplimentar una ficha con los datos de cada reunión **Anexo 7. FICHA DATOS de la REUNIÓN**.

Si queremos realizar un **proyecto de investigación** el moderador será el investigador principal, y contará con la ayuda de uno o dos observadores, también investigadores dentro del proyecto. Éste realizará la totalidad de los grupos focales hasta alcanzar el criterio de saturación de datos.

Si en cambio queremos realizar un **Proyecto de mejora de calidad**, podremos contar con un grupo de trabajo multidisciplinar experto en el tema a tratar, que decidirá las responsabilidades de cada miembro, pudiendo contar con varios moderadores y observadores (uno de cada por grupo focal) para repartir el trabajo.

Para evitar sesgar la información recogida influyendo en el discurso, el moderador y/u observador no deben tener ningún tipo de relación con los participantes (ni profesional, ni personal).

Es aconsejable que el moderador y el observador cuenten con formación específica para poder realizar este tipo de técnica cualitativa.

6.3

ANÁLISIS DE RESULTADOS



Algo que puede resultar complicado de definir es la cantidad de grupos focales que tenemos que realizar. En puntos anteriores hemos querido mostrar que podemos variar la rigurosidad de nuestro trabajo según el tipo de estudio que queremos realizar. Teniendo esto claro, es muy importante tener en cuenta el **criterio de saturación de datos**.

Los grupos focales nos van a aportar información que tenemos que ir analizando continuamente. Tras terminar un GP podemos obtener nueva información o podemos no obtener nada nuevo; **es en este punto de no obtener ningún aporte nuevo o relevante de información cuando podemos decir que hemos alcanzado el criterio de saturación de datos**. Sabríamos que realizar más GF no nos serviría de mucho más, por lo que ese sería el número de GF a realizar.



ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este punto hacer una diferenciación; es **importante adaptar el análisis de datos en función del objeto del estudio y de los recursos disponibles**. El proceso no es lineal ni secuencial, y cada información obtenida puede modificar o influir en los resultados, por lo que antes de realizar un GF tenemos que analizar los datos del anterior (el proceso es flexible y circular). En este sentido, en función del objeto y recursos, tal y como mencionábamos, podemos distinguir dos formas de análisis distintas:

A) En **estudios de índole puramente investigadora**, una vez realizada la transcripción literal con el software F4, Dragonfly o similar, se procesan los datos utilizando el programa Atlas Ti o Nvivo (o cualquier programa similar con la versión más actualizada que podamos conseguir). Los datos serán analizados por dos investigadores cualificados de manera independiente para aumentar la calidad del estudio, evitando sesgos, comparando sus resultados hasta conseguir un consenso. Si no hubiera consenso podría intervenir un tercer investigador, logrando una triangulación de investigadores. Lo que queremos es conocer, entender, e incluso darle sentido a la realidad percibida por el participante sintetizando su discurso, siempre desde la subjetividad del investigador. Queremos comprender el fenómeno desde la visión de los sujetos. Para codificar la transcripción en cualitativa seguiremos los siguientes pasos:

1. **Codificación:** Identificaremos fragmentos de texto que den significado al fenómeno que queremos estudiar (citas) y después las codificaremos, dándole un código o etiqueta. Queremos posteriormente agrupar todas las citas de un mismo código.
2. **Categorías:** Son códigos agrupados sobre un mismo tema.
3. **Establecer relaciones:** A partir de las categorías podemos encontrar la relación entre ellas que nos ayude a establecer el marco explicativo para comprender el fenómeno.

[volver al ÍNDICE](#)

- B) En **estudios de calidad percibida y experiencia del paciente**, para la identificación de áreas de mejora en la atención (principal objeto de esta guía), los análisis pueden realizarse a partir de la transcripción e interpretación manual efectuada de manera individual por el moderador en primer lugar, y dos observadores, siguiendo el proceso que reflejaremos en los puntos siguientes. En este supuesto, no sería necesario alcanzar la saturación de los datos.
1. **Transcripción.** Se transcribirán los comentarios e intervenciones realizadas tanto por los participantes como por el moderador. Además, se tomarán en consideración las reacciones (positivas o negativas) y actitudes adoptadas por los diferentes intervinientes a lo largo de la reunión. La transcripción literal de las sesiones se puede hacer también con el F4 Software o similar, anonimizando los datos personales de los participantes con un código.
 2. **Clasificación de las intervenciones.** Con objeto de estructurar la información se clasificarán las intervenciones de los integrantes del grupo focal. Para ello se utilizarán como guía las áreas temáticas planteadas inicialmente como objetivos de estudio y reflejadas en el guion de desarrollo del grupo focal.
 3. **Interpretación de las intervenciones.** Se interpretará el contenido de las intervenciones agrupadas en cada área temática. A partir de su interpretación, se establecerán fortalezas del proceso evaluado, así como áreas de mejora que deberían ser tenidas en cuenta. Moderador/a y Observadores/as, deberán hacer una interpretación de los datos de manera independiente y después ponerlo en común estableciendo una comparativa y consensuando finalmente la interpretación en el informe de resultados.

A continuación, podemos ver un ejemplo de categorización extraído del análisis de los grupos focales realizados dentro del "Proyecto de mejora de la información a pacientes y familiares" de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.¹

GRUPO TEMÁTICO	CATEGORÍA	CÓDIGO (Por colores)	ALGUNAS EVIDENCIAS//FRASES CLAVE
GT1 Sobre la IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN PARA EL FAMILIAR	Cat1.1 Los familiares confieren un valor primordial a la información.	GRIS	<p>"...lo que queremos es información..."</p> <p>"Información, necesitamos una información certera, rápida y continua"</p> <p>"Lo que se necesita es información, como sea pero informarnos"</p> <p>"Hasta que uno no está esperando, no sabe la gente lo que uno pasa en la sala..."</p> <p>"... la carencia de información es lo que peor te hace sentir"</p>
	Cat1.2 El no acompañamiento del paciente, hace que el familiar necesite mayor información.	GRIS	<p>"...por lo menos si no fuese posible estar acompañando, por lo menos que la información fuese más rápida, más ágil"</p> <p>"¡Fuera los nervios te comen simple y llanamente por un mareo, por un hijo o una madre, es que te matan!</p> <p>"...obtener la información la familia se tarda muchísimo tiempo, excesivo tiempo...Y todo eso es mucha inquietud para la familia y tú no sabes lo que le está pasando dentro..."</p> <p>"cuando la persona podía acompañar, sí que se tenía mejor información porque el acompañante iba informando, pero ahí sí que ha habido una pérdida de información...porque antes el familiar...aunque fuera con un whatsapp iba informando a los familiares, pero desde el covid que no podemos acompañar, ni nos transmitís esa información tan actualizada..."</p>

¹ Queremos agradecer al Grupo de trabajo de urgencias su colaboración en esta Guía por la cesión de una parte de la información obtenida de sus grupos focales.

En este caso se realizó una transcripción de los audios de forma manual al no disponer de herramientas adecuadas en su momento, lo que dificultó en parte la realización del análisis. En el **Anexo 10** podemos ver esta categorización de forma más extendida.



INFORME DE RESULTADOS

Utilizando el **Anexo 8. INFORME RESULTADOS GRUPO FOCAL**, reflejaremos el análisis y las conclusiones. Con la información obtenida y estructurada en el análisis se elaborará un **informe que refleje los puntos fuertes del proceso evaluado y las oportunidades de mejora**. Se recomienda seguir una estructura de áreas temáticas remarcando puntos fuertes y áreas de mejora de cada una de ellas. En el informe se reflejarán las frases literales de los integrantes del grupo focal que apoyan cada uno de los puntos fuertes y áreas de mejora. Finalmente se establecerán unas conclusiones con los hallazgos más relevantes del grupo focal.

6.4 DIFUSIÓN DE RESULTADOS



TRASLADO INFORME DE RESULTADOS

Tenemos que tener claro que la difusión de los resultados será diferente según el objetivo del grupo focal. Si hemos realizado un estudio de investigación, lo haremos en Jornadas, Congresos, o incluso publicando un artículo científico, pero si ha sido dentro de un Proyecto de mejora, el informe de resultados se trasladará a los mandos intermedios y a la Dirección correspondiente para su conocimiento..



PRESENTACIÓN RESULTADOS

Se elaborará una presentación sobre el informe de resultados y a través de la organización de sesiones, se presentará dicho informe en el Servicio/Unidad/Centro correspondiente. En la presentación se remarcarán los puntos fuertes y las acciones de mejora detectadas, sobre las que la Unidad o Servicio y/o la Dirección correspondiente deberán adquirir compromisos para la puesta en marcha de acciones de mejora.



CARTA INFORMATIVA A PARTICIPANTES

Una vez puestas en marcha las actuaciones a raíz de las áreas de mejora y propuestas que surgieron del GF, se remitirá a los pacientes/familiares que participaron en la reunión, una carta informativa que recoja, en primer lugar, de forma muy resumida, las principales áreas de mejora que se detectaron; en segundo lugar, deberán mostrarse las acciones de mejora que se han podido poner en marcha a partir de la aplicación de esta técnica.

Por otra parte, incorporará un agradecimiento institucional por haber participado y se hará mención a la utilidad de sus aportaciones. (Ver **Anexo 9. CARTA INFORMATIVA PARTICIPANTES**).

volver al ÍNDICE



BIBLIOGRAFÍA



1. Aignerren, M. (2006). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1611>
2. Beck M, Bryman A, Futing L. The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods. New Delhi: SAGE Publications, 2004.
3. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S, Ossó, A. B. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació Atenció Primària Jordi Gol; 2014. 224 p.
4. Callejo J. El Grupo de Discusión: Introducción a una Práctica de Investigación. Barcelona:Ariel, 2001
5. De Silva, Debra. Measuring patient experience [Internet]. The Health Foundation; 2013 [citado 16 de agosto de 2020]. (EvidenceScan). Report No.: 18. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/measuring-patient-experience>.
6. García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria 2000, 25: 181-186.
7. Gil F, Barrasa A, Roda R. Los grupos de discusión. En F Gil y CM Alcover (Coors.) Técnicas grupales en contextos organizacionales (pps: 171-188). Madrid: Pirámide, 2004.
8. Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.
9. Merton RK, Fiske M, Kendall PL. The Focused Interview. A Manual of Problems and Procedures. Nueva York: Free Press, 1956.
10. Merton RK. The Focussed Interview and Focus Groups: Continuities and Discontinuities. Public Opin Q. 1987;51(4):550-66.
11. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000;Supl 3:26-33.
12. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Aten Primaria 2004, 34: 161-169.
13. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Revista de Calidad Asistencial 2002; 17(5):273-283.

volver al
ÍNDICE





14. Morgan D. Focus groups as qualitative research. London: Sage, 1988
15. Pérez-Jover V, Mira JJ, Lorenzo S, Palazón I, Rodríguez-Marín J. De qué debe informarse a las “mujeres que van a dar a luz”. Rev Psicología de la Salud 2003; 1-2, 3-21.
16. Powell R, Single H. Focus groups. Int J Qual Health Care, 1996; 8(5), 499-509.
17. Prieto Rodríguez, M.A., & March Cerdá, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atención Primaria, 29(6), 366-373.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70585-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70585-4)
18. Riskind P, Fossey L, Brill K. Why Measure Patient Satisfaction? - ProQuest. J MedPractManage. 2011;26.

volver al
ÍNDICE



8 ANEXOS



Anexo 1. Ficha de Planificación del Grupo Focal.

Anexo 2. Muestra de participantes.

Anexo 3. Guion temas clave para orientar la entrevista.

Anexo 4. Guion preguntas clave.

Anexo 5. Modelo de consentimiento.

Anexo 6. Guion Moderador/a.

Anexo 7. Ficha datos de la reunión.

Anexo 8. Modelo Informe resultados.

Anexo 9. Modelo Carta informativa participantes.

Anexo 10. Ejemplo de categorización.

volver al
ÍNDICE

ANEXO 1

FICHA DE PLANIFICACIÓN DEL GRUPO FOCAL

I. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL GRUPO FOCAL

SERVICIO/CENTRO:

PROYECTO EN EL QUE SE ENMARCA (en su caso):

RESPONSABLES DISEÑO Y DESARROLLO:
(Centro, Servicio o Equipo de Trabajo Responsable)

FECHA:

2. JUSTIFICACIÓN Y MARCO DE TRABAJO

(Breve descripción de la importancia del problema o necesidad a tratar, y aquello que necesitamos conocer la experiencia para mejorar. También indicar brevemente las razones por las que se ha decidido utilizar el grupo focal en lugar de otra metodología)

A MODO DE EJEMPLO: El Servicio de tiene por objeto realizar una evaluación de la satisfacción de los pacientes atendidos en este Servicio a través de la técnica del Grupo Focal, para complementar la información obtenida en las encuestas de satisfacción que vienen realizando en el marco de la certificación del Servicio en la Norma ISO 9001-2015.

El objetivo general de este **Grupo focal con pacientes atendidos en el Servicio** del HGUCR, es conocer la satisfacción en cuanto a la atención recibida en este Servicio, así como la identificación de necesidades y áreas de mejora desde la perspectiva del paciente, de cara al diseño y puesta en marcha de acciones de mejora encaminadas a prestar un mejor servicio en dicha Unidad.

volver al
ÍNDICE

3. PLANIFICACIÓN TAREAS y TEMPORALIZACIÓN aproximada.

(El siguiente cuadro en el que se detallan las fases y las tareas necesarias para realizar un GF, nos facilitará su organización y puesta en marcha desde el equipo de trabajo; la calendarización en tres meses es orientativa).

FASES	TAREAS	RESPONSABLES	MES 1	MES 2	MES 3
Fase I. Diseño	1.1 Planificación: Consensuar, Organizar y calendarizar las tareas cumplimentando esta Ficha de planificación.		Especificar fechas		
	1.2 Diseño/Selección de la muestra de pacientes y/o familiares participantes (Ver Anexo 2: Muestra de Participantes)		Especificar fechas		
	1.3 Captación/ Reclutamiento de participantes (Ver Anexo 3 Guion Llamada Telefónica)		Especificar fechas		
	1.4 Elaboración de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión del GF: <ul style="list-style-type: none"> ■ Consentimiento Informado (Ver Anexo 5 Modelo Consentimiento) ■ Guion de Entrevista (Ver Anexo 4 Guion Preguntas Reunión) 		Especificar fechas		
	1.5 Gestión de la logística/ infraestructura necesaria para el desarrollo del grupo: Sala, Grabadora, Catering		Especificar fechas		
Fase 2. Desarrollo	2.1. Entrenamiento Moderador/a y Observadores/as (Ver bibliografía y Anexo 6 Guion Moderación Grupo Focal)		Especificar fechas		
	2.2. Desarrollo de la reunión. (Ver Anexo 6 Guion Moderación Grupo Focal)			Especificar fechas	

volver al
ÍNDICE

Fase 3. Análisis	3.1 Transcripción literal de la reunión.			Especificar fechas	
	3.2 Análisis y Elaboración del Informe de resultados. <i>(Ver Anexo 7. Modelo Informe resultados Grupo Focal)</i>			Especificar fechas	Especificar fechas
Fase 4. Presentación y Difusión Resultados	4.1 Transferencia Informe de resultados a Mandos intermedios y Dirección.				Especificar fechas
	4.2 Presentación Resultados a través de sesiones a todo el Servicio/Unidad/ Centro.				Especificar fechas
	4.3 Carta informativa a los participantes del Grupo Focal. <i>(Ver Anexo 8. Modelo Carta informativa a participantes)</i>				Especificar fechas

4. DISTRIBUCIÓN RESPONSABLES GRUPOS FOCALES

volver al ÍNDICE

	Grupo Focal 1 Pacientes I	Grupo Focal 2 Familiares I
MODERADOR/A				
OBSERVADORES/ AS				

ANEXO 2

MUESTRA DE PARTICIPANTES

DATOS DEL PROYECTO Y DEL CENTRO/SERVICIO/UNIDAD:

.....

FECHA y HORA en la que se realizará el GRUPO FOCAL:

.....

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LA MUESTRA: Paciente/Familiar de paciente atendido en el Servicio/Centro/Unidad

con los siguientes criterios de inclusión:

a) Atendido en el periodo temporal

b)

APELLIDOS Y NOMBRE	TELÉFONO	PROFESIONAL que realiza la llamada	LLAMADA 1 (De reclutamiento)		LLAMADA 2 (De confirmación)		OBSERVACIONES
			Fecha	ASISTE Si/No	Fecha	CONFIRMA Si/No	

volver al ÍNDICE



ANEXO 3

GUION LLAMADA TELEFÓNICA PARTICIPANTES

Buenos días, llamo del Hospital.....// Centro de Salud de
En primer lugar, no se preocupe ya que esta llamada no tiene que ver con su estado de salud. Mi nombre es , soy y quisiera hablar con Don/Doña

El motivo de mi llamada es informarle que estamos trabajando para mejorar la calidad de la asistencia y los cuidados que prestamos a nuestros pacientes y familiares, y para ello pensamos que es fundamental preguntarles a los propios pacientes.

Con este objetivo, hemos seleccionado a un grupo de personas que han sido atendidas en el Servicio/Unidad/Centro Salud como es su caso, y nos gustaría mucho invitarle a participar en una reunión, con otros pacientes/familiares.

Se trataría de una reunión de unas 10 personas, que duraría aproximadamente 90 minutos, en la que preguntamos a los pacientes su opinión sobre distintos aspectos relacionados con la atención en este Servicio y además estaremos encantados de recoger todas sus propuestas/ideas para ayudarnos a mejorar.

Posteriormente, tras haberse efectuado la reunión, le remitiremos una carta en la que le informaremos sobre las medidas llevadas a cabo a partir de las áreas de mejora y propuestas que surgieron en la reunión.

Esta reunión estará dirigida por profesionales de esta Gerencia. Todas sus opiniones y lo que en él se discuta será totalmente confidencial.

Necesitamos su participación para poder mejorar en lo que hacemos. ¿Tiene alguna duda? ¿Quisiera usted participar?

En caso de que el paciente decida participar se le informará del día, hora y lugar de la reunión:

DÍA:.....

HORA:.....

LUGAR: *Se les cita en el hall de entrada por la puerta de hospitalización y se les lleva al lugar de la reunión.*

Se dará la opción de enviar por email toda la información que pudiera interesar al participante para su decisión (objetivo del estudio, responsables confidencialidad, consentimiento informado, fecha y hora de la convocatoria...).

Se le facilitará un teléfono ext y persona de contacto para que comunique cualquier incidente en relación a su participación).

Por último, se le informará que dos días antes de la reunión, le volveremos a llamar para confirmar su asistencia.

volver al
ÍNDICE



ANEXO 4

GUION TEMAS CLAVE PARA ORIENTAR LA ENTREVISTA

Se elabora y **consensúa en el grupo de trabajo responsable del estudio**, un **GUION** de preguntas que el moderador planteará durante la reunión. Algunas consideraciones al respecto:

1. Las preguntas se formularán en función del objetivo del estudio y tipo de proceso asistencial que se evalúa (hospitalización, atención primaria, consultas, urgencias etc). Para elaborar el guion, en un primer momento hay que plantearse **que aspectos queremos conocer y posteriormente cómo plantearlo** para que se hable abiertamente de cada uno de ellos.
2. Las preguntas se pueden organizar por áreas temáticas o en función de los distintos momentos que transcurre el paciente durante el proceso asistencial. Es decir, bien por **orden cronológico** diseminando la experiencia del paciente durante su proceso (por ejemplo, llegada y contacto, atención, ingreso, alta...), o bien por **dimensiones o áreas a indagar** (Información, trato... etc).
3. Respecto al número de cuestiones a plantear, debemos pensar que no deben ser muchas preguntas ya que la pretensión es plantear únicamente algunas para estimular la participación y el discurso de los participantes. Si bien es necesario orientar al grupo hacia los objetivos del estudio, es importante favorecer la espontaneidad del discurso.
4. **Plantear las preguntas de la manera más abierta y neutral posible**, evitando en la medida de lo posible preguntas dicotómicas. Pensar en preguntas que lleven a la persona a hablar sobre su experiencia, vivencia, emoción.

A continuación, ponemos algunos ejemplos sobre aspectos en los que se puede indagar a modo de lluvia de ideas. Redactaremos 4 o 5 preguntas que plantearemos de forma abierta durante el grupo focal para favorecer el discurso:

En LÍNEAS GENERALES

- Experiencia como paciente/familiar.
- Percepción respecto a la atención que recibieron durante su ingreso.
- Preferencias respecto a la atención recibida.
- Sus IDEAS O SUGERENCIAS para mejorar.
- Aspectos sobre la atención que valoren favorablemente.
- Aspectos sobre la atención que le decepcionasen.
- Aspectos que valoren mejorables.

volver al
ÍNDICE

<p>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">• Hábleme sobre la información que recibió durante su ingreso.• Accesibilidad de los profesionales para informarse y resolver sus dudas.• Percepción sobre la variabilidad de la información ofrecida por distintos profesionales.• Información por escrito.• Percepción sobre la información a familiares/cuidadores.• Opinión sobre la información recibida desde el Hospital en relación a la cita con el especialista.• Percepción respecto a la frecuencia de información.
<p>AUTONOMÍA TOMA DECISIONES y CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <ul style="list-style-type: none">• Información que se le facilitó para la toma de decisiones respecto a su tratamiento.• Participación en la toma de decisiones.• Búsqueda información por otras fuentes (“online” p.ej.).
<p>ATENCIÓN CLÍNICA Y CUIDADOS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Valoración sobre los cuidados que recibió.• Percepción de cuidado de la Intimidad.• Manejo de síntomas: dolor/fatiga/agitación.• Percepción sobre la coordinación entre profesionales.
<p>RELACIONES/INTERACCIONES PROFESIONALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Percepción sobre trato recibido, cortesía, grado de interés, actitudes.• Identificación como profesionales y su nombre.• Aspectos percibidos como mejorables y preferencias en la atención.
<p>CONFORTABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpieza, climatización, luminosidad...• Salas de espera.• Accesibilidad física (hospitalización, hospital de día, interconsultas, etc.)• Aspectos mejorables y preferencias.• Hostelería (comida, etc.).
<p>TIEMPOS DE ESPERA</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiempo de espera para ser atendido.• Opinión sobre el tiempo de espera para obtener cita con el especialista.• Percepción sobre los tiempos de espera para ser atendido por el facultativo, con respecto a la hora de cita programada.

volver al
ÍNDICE

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO para la participación en el GRUPO FOCAL _____.

¿Cuál es el objetivo del grupo focal? Conocer las percepciones de los pacientes sobre un tema en concreto y así poder reunir la información que necesitamos para mejorar la calidad de la atención que les ofrecemos durante su atención en el hospital. Todas las opiniones de las personas que participan en este grupo de conversación nos ayudarán a mejorar.

¿En qué consiste mi participación? Su participación consiste en asistir a un grupo de conversación en el que también participan en torno a 10 personas más que son atendidas en el Servicio de Salud por procesos similares. La conversación girará en torno a su experiencia en relación a la atención recibida en nuestro centro por el equipo sociosanitario. La conversación durará en torno a una hora, estará dirigida por un/a moderador/a entrenado y será grabada para su análisis.

¿Cómo se manejará la privacidad de mis opiniones? Cualquier información que salga de esta conversación será utilizada únicamente para mejorar la atención que reciben pacientes y cuidadores, y no será usada para otros propósitos. *Sus datos personales no serán escritos por lo que no habrá forma de identificarlo personalmente después de la conversación.* Para garantizar su privacidad, les pedimos a los participantes durante la sesión su compromiso para no contar nada de lo que se discuta durante esta actividad y se mantendrá una total confidencialidad en base a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

¿Es mi participación voluntaria? Su participación en el grupo es completamente voluntaria. Usted es libre de retirarse en cualquier momento revocando este consentimiento.

volver al
ÍNDICE

A través de este documento autorizo a _____
_____ a la grabación de mi participación en la Reunión del Grupo Focal de
Pacientes, celebrado el día _____, y que tiene por objeto conocer mi opinión y
mis propuestas de mejora para el **Servicio/Unidad/Centro** _____.

En el informe final sólo constará mi nombre de pila y ningún otro dato de filiación. La grabación
será utilizada exclusivamente para la elaboración de un informe final de conclusiones y
propuestas de mejora.

D./Dña con DNI
Firma del participante en el Grupo Focal.

Ciudad Real, de de 202.....



ANEXO 6

GUIÓN MODERADOR/A

Este documento tiene como objeto constituir un **ejemplo sobre un posible guion** que puede utilizar el **moderador/a para preparar, entrenar y dirigir la reunión**; se recomienda que el moderador/a junto a los observadores/as, trabajen en un guion propio adaptándolo a sus necesidades y a la forma de moderación que les haga sentir más cómodos para dirigir la reunión y tenerla preparada.

PARTE PREVIA: Reunión preparatoria Moderador-Observadores

- Preparación de la **SALA** y logística necesaria para la reunión:
 - Disposición de las sillas.
 - Etiquetas, folios y bolígrafos para la identificación de los participantes.
 - Preparación del catering posterior y agua para cada participante.

- Puesta a punto **GRABADORA**: prueba de sonido.

- Incidir **ROL DEL OBSERVADOR/A** en la Reunión:
 - Cumplimentar la FICHA DATOS GRUPO FOCAL.
 - Tomar notas.
 - Persona pendiente de la grabadora.
 - Gestionar las etiquetas/folios con nombres de los participantes.
 - Gestionar las necesidades de los participantes durante la sesión.

- **ACTITUD OBSERVADORES/AS Y MODERADOR/A**:
 - **Neutralidad**: No juicios de valor; intentar las mínimas expresiones (verbal/no verbal) respecto a valoraciones de lo que estamos escuchando. Interferir lo más mínimo dejando hablar a los participantes.
 - Actitud de **escucha e interés**.
 - Muy importante que logremos un **clima acogedor**: se sientan cómodos, no intimidados.

volver al
ÍNDICE



PARTE I. PRESENTACIÓN Y ACOGIDA

- **BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTO:** “**Vuestro tiempo** es muy valioso para nosotros, **supone un gran esfuerzo y muestra vuestro compromiso** por mejorar entre todos la asistencia sanitaria que recibimos en este hospital”.
- **PRESENTACIÓN:** Presentación del equipo y unidad de trabajo, y presentación de moderador/a y observadores/as (nombre, lugar de trabajo).
- **OBJETIVO del GRUPO FOCAL:** Explicar en qué consiste un GF y comentar las expectativas del estudio, beneficios futuros... “Queremos mejorar y **no lo podemos hacer si no conocemos vuestra opinión**” “Nos gusta mucho **oír lo que hacemos bien, pero aprendemos más oyendo lo que no hacemos tan bien**”.
- **ANIMAR A LA PARTICIPACIÓN**
 - Siéntanse **libres en compartir** sus ideas.
 - **Sinceridad** y espontaneidad.
 - **No hay respuestas correctas o incorrectas.** Buscamos experiencias y puntos de vista constructivos.
- **CONFIDENCIALIDAD de la información recabada**
 - Asegurar la confidencialidad y el anonimato de los participantes, solicitar permiso para grabar la entrevista en su totalidad: firma de consentimientos.
 - Grabación. Usos de la **grabación únicamente para fines de análisis**, por agilizar y no perder información del discurso, que puede ocurrir si lo hacemos manual. Material sumamente confidencial.
 - Tratamiento de los datos e informe: El análisis posterior de la información será agregado, **nunca personalización ni asociación de la idea identificando al paciente.** “No nos importa quién lo dice sino qué se dice”.
- **CREEMOS AMBIENTE PROPICIO PARA COMPARTIR OPINIONES E IDEAS:**
 - La importancia de generar un entorno en el que nos sintamos cómodos, libres...
 - Explicar ¿Cómo va a ser? **Preguntas que llamamos estímulo.**
 - No duden en **preguntar los conceptos o cuestiones** que consideren, y responder o no según su decisión.
 - Disculpas si en algún momento hay que **limitar la intervención** por cuestiones de tiempo.
- **PRESENTACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES**
 - Presentarse cada uno de los participantes con su nombre de pila.
 - Identificarnos todos poniendo nuestro nombre en una pegatina o folio para poner encima de la mesa, y facilitar el poder dirigirnos unos hacia otros durante la reunión.



PARTE II. PARTE CENTRAL. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- Dirigir y moderar la reunión a través del Guion de Preguntas abiertas que se ha elaborado previamente.
- El tono de la sesión debe regirse desde la **empatía y la neutralidad**. Tener en cuenta las técnicas y habilidades moderación en moderación a partir de bibliografía y entrenamiento previo.

PARTE III. CLAUSURA DE LA REUNIÓN

- Ofrecer un último **espacio de reflexión y comentarios** sobre algún tema que quieran plantear que no se haya tratado, o incidir en alguna cuestión que deseen.
- **AGRADECIMIENTO** tiempo y participación.
- Disculpas sobre posibles errores en la moderación
- Informar sobre la remisión de **INFORME CON RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA** que hayamos puesto en marcha.

volver al
ÍNDICE



ANEXO 7

FICHA DATOS DE LA REUNIÓN

DATOS IDENTIFICATIVOS	
- Proyecto en el que se enmarca	
- Número/Identificación Grupo Focal	
- Fecha	
- Lugar de la Reunión	
MODERADORA/ y OBSERVADORES/AS	
- Nombre Moderador/a	
- Nombre Observadores/as	
TIEMPO Y DURACIÓN	
- Hora Inicio	
- Hora finalización	
CONFIDENCIALIDAD	
Moderador informa a los participantes sobre la necesidad de realizar la grabación, requisitos de confidencialidad y se firman los consentimientos.	Sí / No
PARTICIPANTES	
Número de participantes	
Nombre de pila de los participantes y Esquema/Dibujo de colocación (participantes, moderador/a y observadores/as)	

volver al
ÍNDICE

ANEXO 8

INFORME RESULTADOS GRUPO FOCAL

	INFORME RESULTADOS GRUPO FOCAL	SERVICIO, CENTRO, UNIDAD o GRUPO TRABAJO:
		FECHA INFORME:

INFORME RESULTADOS GRUPO FOCAL

Pacientes atendidos en el
Servicio/Centro/Unidad.....



ÍNDICE

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL GRUPO FOCAL
2. METODOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN
3. IDENTIFICACIÓN MODERADOR/A y OBSERVADORES/AS
4. PACIENTES PARTICIPANTES
5. PREGUNTAS-ESTÍMULO
6. EVALUACIÓN CRITERIOS DESARROLLO GRUPO FOCAL
7. ANÁLISIS RESULTADOS
8. ANEXO. Transcripción (documento adjunto)

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL GRUPO FOCAL

FECHA realización del GRUPO FOCAL:
FECHA realización del INFORME:
RESPONSABLE DISEÑO Y DESARROLLO:
OBJETO DE EVALUACIÓN:

volver al
ÍNDICE



2. METODOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN

(Incorporar aquí la planificación, es decir, el contenido que se elaboró en el Anexo I. Ficha Planificación Grupo Focal)

3. IDENTIFICACIÓN DEL MODERADOR/A Y OBSERVADORES/AS

Moderador/a
Observadores/as

4. PACIENTES PARTICIPANTES

Criterios selección de los/as participantes
Proceso de Captación de los/as participantes
Se realiza el proceso de captación por parte de....., en el periodo..... (Describir las posibles incidencias u observaciones surgidas durante el proceso de captación)
Número de pacientes participantes
Número de Llamadas realizadas: Número de Personas confirmadas: Número de Asistentes definitivos:
Ética y Confidencialidad
Cada uno de los participantes firma un Consentimiento para la grabación de la entrevista grupal, y sobre el uso exclusivo del análisis posterior de la información por parte del grupo de trabajo. Estos documentos quedan custodiados por el grupo de trabajo. El análisis de la información y elaboración del informe se realizará sin que aparezcan los datos de los participantes, realizándose un análisis agregado, nunca especificando quien dice qué.

volver al
ÍNDICE



5. PREGUNTAS ESTÍMULO

(Incorporar en este apartado el guion de preguntas elaborado con el que el moderador/a dirigió la reunión)

6. DATOS REUNIÓN GRUPO FOCAL:

(Incorporar en este apartado la Ficha de datos de la Reunión cumplimentada por el observador en la reunión, es decir el ANEXO 7. Ficha Datos Reunión)

7. ANÁLISIS RESULTADOS GRUPO FOCAL

Se estructura el análisis de los resultados a partir del análisis del discurso de los participantes y la categorización de los contenidos en las siguientes **DIMENSIONES**, según la estructura del Guion de preguntas estímulo o las categorías establecidas por moderador/a y observador/a a la hora de hacer el análisis.

1	DIMENSIÓN 1
2	DIMENSIÓN 2
3	DIMENSIÓN 3
4	ETC
5	
6	

volver al
ÍNDICE

8. CONCLUSIONES

(Extraer los principales puntos fuertes y áreas de mejora identificados en el análisis)

9. ANEXO.

TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL

ANEXO 9

MODELO CARTA INFORMATIVA PARTICIPANTES

Estimado participante,

Desde la Gerencia de y especialmente, desde el Servicio/Centro queremos en primer lugar agradecerle su participación en la reunión de pacientes/familiares que tuvo lugar en el Hospital...../Centro.....el pasado

Tal y como les indicamos en la reunión, el motivo de esta carta es informarles de forma resumida sobre los aspectos que se identificaron en la reunión como mejorables, y consecuentemente, las acciones prioritarias que por el momento ha sido factible poner en marcha y en las cuales estamos trabajando desde esta Gerencia junto a los profesionales del servicio.

Las principales áreas de mejora identificadas en la reunión fueron:

-
-
-

volver al
ÍNDICE

En este sentido, le informamos sobre las líneas de trabajo que se están desarrollando para abordar estos aspectos:

.....

Por último, reiterarles nuestro agradecimiento, ya que como pueden ver, sus aportaciones han sido necesarias para identificar y poner en marcha estas mejoras que repercutirán de forma importante en la atención a pacientes y familias en este Servicio.

Reciba un cordial saludo,

Fdo.:

Director Gerente y Jefe de Servicio // Coordinador Centro de Salud
.....

....., a..... de del



ANEXO 10

EJEMPLO DE CATEGORIZACIÓN

GRUPO TEMÁTICO	CATEGORÍA	CÓDIGO (Por colores)	ALGUNAS EVIDENCIAS//FRASES CLAVE
GT1 Sobre la IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN PARA EL FAMILIAR	Cat1.1 Los familiares confieren un valor primordial a la información.	GRIS	<p>“...lo que queremos es información...”</p> <p>“Información, necesitamos una información certera, rápida y continua”</p> <p>“Lo que se necesita es información, como sea pero informarnos”</p> <p>“Hasta que uno no está esperando, no sabe la gente lo que uno pasa en la sala...”</p> <p>“... la carencia de información es lo que peor te hace sentir”</p>
	Cat1.2 El no acompañamiento del paciente, hace que el familiar necesite mayor información.	GRIS	<p>“...por lo menos si no fuese posible estar acompañando, por lo menos que la información fuese más rápida, más ágil”</p> <p>“¡Fuera los nervios te comen simple y llanamente por un mareo, por un hijo o una madre, es que te matan!</p> <p>“...obtener la información la familia se tarda muchísimo tiempo, excesivo tiempo... Y todo eso es mucha inquietud para la familia y tú no sabes lo que le está pasando dentro...”</p> <p>“cuando la persona podía acompañar, sí que se tenía mejor información porque el acompañante iba informando, pero ahí sí que ha habido una pérdida de información... porque antes el familiar... aunque fuera con un whatsapp iba informando a los familiares, pero desde el covid que no podemos acompañar, ni nos transmitís esa información tan actualizada...”</p>
GT2 Sobre ESTRUCTURAS Y ESPACIOS	Cat2.1 Reciben la información en espacio común, sintiendo vulnerada su intimidad (box o espacio ordenadores)	AZUL	<p>“...eso pasa, por ejemplo, ahora con el COVID, pasa hasta en el triaje porque la puerta está abierta...”</p> <p>“...tú ya sabes por qué vienen las personas. Entonces ahí también hay una clara falta de intimidad ...ya ahí desde el primer momento ya, ya es evidente”</p>
	Cat2.2 Falta de intimidad en el Triage	AZUL	<p>“...pues se están enterando los pacientes que están al lado de lo que a mí me pasa y no tienen por qué enterarse...”</p> <p>“...eso es lo ideal, un despacho”</p> <p>“..sería bueno que hubiese un espacio físico solo para recibir esa información...súper importante, nadie tiene que enterarse sobre qué te pasa”</p>
GT3 Sobre EL CANAL DE COMUNICACIÓN	Cat3.1 En el momento de ingreso en urgencias, no se informa al familiar sobre la forma y modo de comunicación con la familia (teléfono, presencial, opcional por el paciente...)	ROSA	<p>“No se nos ofreció la vía telefónica”</p> <p>“...no nos dijeron nada más que espere...”</p> <p>“No dijeron como íbamos a recibir la información”</p> <p>“Ni si quiera nos ofrecieron esa vía de poder comunicarnos con el hospital a través del teléfono, porque nuestra situación es que mi madre se estaba quedando sin batería por lo que tampoco podíamos estar... esperando noticias”</p>
	Cat3.2 En ocasiones la familia ofrece el teléfono, pero no reciben la información por esta vía.	NARANJA	<p>“...mi padre...lo ingresamos el mismo día que falleció nuestra madre y estábamos en el tanatorio, entonces expusimos que estábamos en esa situación y si nos pidieron el teléfono, pero no recibíamos información, gracias que estaba ahí mismo, y tuvimos que estar yendo y viniendo a ver si nos decían algo...”</p>

volver al ÍNDICE

	<p>Cat3.3 Valorar la factibilidad canal comunicación vía telefónica paciente-familiar cuando éste es autónomo, pero puede tener dificultades rompiéndose el canal de comunicación y el familiar quedarse sin información si se asume ésta como único canal.</p>	<p>MARRÓN</p>	<p><i>“Mi hija me la dio por teléfono... entonces ella nos fuimos a casa y nos quitamos hora de esperar y cuando eso nos dijo venir a por mí que ya hemos terminado”</i></p> <p><i>“En nuestro caso fue lo mismo, con un agravante que mi madre se estaba quedando sin batería en su propio móvil con lo que estábamos penando ya porque nadie nos estaba dando información, ni mi madre nos la iba a poder dar a través del teléfono y mi madre se estaba reservando para no escribir ni gastar, porque claro estas cosas pasan, vas a una urgencia y no dices voy a cargar el móvil por si acaso”</i></p> <p><i>“Lo usan porque ves que tú tienes que informar a la familia... mi padre o mi madre no estaban en condiciones de usar el móvil para decirnos nada a ninguno. Mi padre ni por asomo, mi padre ni si quiera se le deja el móvil cuando entra a urgencias”</i></p>
	<p>Cat3.4 Posibilidad de facilitar la información vía telefónica por parte del profesional al familiar.</p>	<p>ROSA CHICLE</p>	<p><i>“El móvil que lo tenga..., el médico, un celador, una enfermera...algo, que informe a la familia”</i></p> <p><i>“Que el teléfono del familiar figurase en los datos igual que aparecen nombre y apellidos...”</i></p> <p><i>“...en primera instancia coger el teléfono y luego por el servicio de megafonía”</i></p> <p><i>“... hoy en día que todo el mundo disponemos de móvil y tal, sería una herramienta utilísima y facilitaría mucho la manera de informarse.”</i></p> <p><i>“Mismamente estas esperando y tienes que ir al baño, o te vas un momento a la cafetería, pues porque están pasando muchas horas y te vas a la cafetería a comer, o a desayunar o yo que se”</i></p> <p><i>“También puede ser un whatsapp, que el whatsapp no es una llamada y ya lo lees”</i></p> <p><i>“un whatsapp hoy en día es fantástico, porque un whatsapp en un momento está bien, le hemos dado, le hemos hecho análisis, estamos a la espera de resultados...pues ya te quedas tranquila</i></p>
	<p>Cat3.5 La sensibilidad, el valor de la información presencial, cara a cara profesional-familiar.</p>	<p>ROJO</p>	<p><i>“a mí se me queda un poco corto el tema de...me resulta frío (refiriéndose a la vía telefónica)”</i></p> <p><i>“Y no sé si sería posible o no, y no sé ni que nombre ponerle porque no sé si sería la figura de algún equipo de mediadores, eso, de manera que... porque al final de esta tratando de personas y de vidas”</i></p> <p><i>“Somos seres humanos, y entonces a mí que me limiten simplemente a que me digan que por un teléfono...”</i></p> <p><i>“pues para mí tiene más valor que me estés mirando o me estés diciendo o me des una mano...”</i></p>
<p>GT4</p> <p>Sobre VACÍOS y AUSENCIA DE INFORMACIÓN</p>	<p>Cat4.1 Propuesta de un profesional específico que salga periódicamente a informar al familiar.</p>	<p>NARANJA</p>	<p><i>“Figura de alguien que, eh, cuando más o menos se estiman esos tiempos...pueda pasar esa información disponible”</i></p> <p><i>“...por lo menos que contara algo”</i></p> <p><i>“...sería muy muy de agradecer”</i></p> <p><i>“...tranquilizante...”</i></p>
	<p>Cat4.2. Necesidad de estar informados sobre el proceso de atención del paciente (no únicamente la información puramente clínica)</p>	<p>VERDE</p>	<p><i>“es que como familiares queremos estar informados de que le han puesto un tranquilizante, pero ahora le vamos a realizar esta prueba, esta otra...”</i></p> <p><i>“hasta ellos no ver si mejoro con el calmante que ellos me ponen no le dan información a mi hijo”</i></p> <p><i>“Aunque no se sepa lo que tiene, de todo el proceso...”</i></p> <p><i>“Aunque tampoco se sepa lo que es en principio, pero decir, mira se va hacer una analítica, se va hacer esto, aunque no se permita acompañar al paciente, pero conocer...”</i></p> <p><i>“el estar ignorante te crea una sensación de mayor inquietud”</i></p>



Accede a este video



Gerencia
Atención
Integrada

