

Resultados de una intervención educativa para activar a los pacientes en su seguridad

Rosa María Añel Rodríguez^a y Virginia Díaz Gorriti^b

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Atención Primaria de Durango. Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud.

Máster Universitario en Participación y Desarrollo Comunitario. Universidad del País Vasco.

Miembro del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la semFYC y de la SECA

^b Profesora adjunta del Departamento de Psicología Social. Facultad de Trabajo Social. Euskal Herriko Unibertsitatea. Licenciada en Historia y Ciencias de la Filosofía y Doctora en Filosofía, Ocio, Cultura y Comunicación para el desarrollo humano por la Universidad de Deusto. Licenciada en Historia y Ciencias de la Música por la University of London. Goldsmiths' College. Licenciada en Humanidades y Graduada en Literatura por la Universidad de Burgos.

CORRESPONDENCIA:

Rosa María Añel Rodríguez. Juan de Olazarán 11, 3^o B. 48200 Durango, Bizkaia (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

rosamaria.anelrodriguez@osakidetza.eus

Recibido el 25 de diciembre de 2023.
 Aceptado para su publicación el 3 de junio de 2024



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Objetivo: evaluar los efectos de una intervención educativa en la activación y capacitación de los y las pacientes para participar en su seguridad durante la asistencia.

Método: investigación cualitativa mediante entrevistas personales semiestructuradas a 12 de las y los 17 pacientes que recibieron la intervención educativa al entrar en lista de espera para intervención quirúrgica de traumatología. Seguimiento de las y los pacientes y entrevista al final del proceso asistencial. Grabación y transcripción del contenido de las entrevistas. Análisis cualitativo de las transcripciones, anotaciones de la entrevistadora y cuadernos de notas de los y las pacientes.

Resultados: el grado de activación al inicio del proceso varía según el nivel de estudios y las experiencias previas de cada paciente. Otros factores, como la actitud y respuesta de las y los profesionales, el ámbito asistencial y las circunstancias en las que se produce el encuentro clínico, modulan la participación del paciente en su seguridad. La capacidad del paciente para actuar como barrera de seguridad no es innata: se puede adquirir, de forma natural, con la experiencia, o de forma inducida, mediante actividades educativas. Todas las personas mejoraron su nivel de activación y capacitación, independientemente de su situación de partida.

Conclusiones: los y las pacientes pueden actuar como barrera y muestran mucho interés en hacerlo. La información y la formación son imprescindibles como primer paso para su activación. El empoderamiento no se alcanza en todos los casos y, una vez alcanzado, no se mantiene estable. Conocer y tener en cuenta los factores que modulan la capacidad de las personas en tratamiento para participar nos permitirá ser más eficaces y eficientes en el desarrollo de futuras intervenciones educativas.

Palabras clave: participación del paciente, seguridad del paciente, educación, investigación cualitativa, entrevistas semiestructuradas.

RESULTS OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION TO PROMOTE PATIENTS' INVOLVEMENT IN THEIR OWN SAFETY

ABSTRACT

Aim: to make a social prescribing (SP) diagnosis in the region of Aragon from professionals' narrative to identify benefits and barriers in the implementation of SP in primary care teams.

Methods: study with qualitative methodology based on semi-structured interviews with primary care professionals involved in SP. Intentional sampling was performed, selecting nine professionals with experience in formal SP. They are representative in terms of different professional categories, healthcare sectors and workplace (rural or urban). The analysis was performed iteratively using MaxQDA software. Emerging categories were coded and data were triangulated.

Results: topics related to seven categories emerged: the impact on daily work, use of available resources, programme extension, benefits and negative effects of SP, barriers to implementation and suggestions for improvement. They raised familiarity with the community network as an essential condition before devising any SP programme, to do so in an effective manner. To this end, they positively evaluate the tools provided by the Community Care Strategy in Primary Care, although they require some improvements to facilitate their use and not have an impact on the workload. The need for improved coordination with social work was demonstrated, as well as the unification of protocols that these professionals already use.

Conclusions: SP is beneficial for both professionals and patients, as long as it is performed in a structured way with previous work with the community. The creation of support and training tools, as provided by the strategy, is deemed key.

Keywords: community health services, community resources, health promotion, primary healthcare.

INTRODUCCIÓN

En un ámbito como el sanitario, de creciente complejidad y con recursos siempre insuficientes, cada vez se hace más necesario incorporar a las y los pacientes —así como a las personas de su entorno, familiares y personas cuidadoras— para que participen en el mantenimiento de su salud^{1,2}, en el manejo de sus enfermedades^{3,4} y en la seguridad de la asistencia sanitaria⁵⁻⁷.

Aunque son muchos los estudios e iniciativas dirigidas a promover la participación de las y los pacientes que se han publicado y desarrollado en los últimos años, todavía falta conocimiento sobre cómo involucrarlos para que actúen en pro de su seguridad, cuáles son los factores que facilitan y los que dificultan su participación efectiva durante la asistencia y qué tipo de estrategias son las más exitosas para activarlos como barrera de seguridad^{8,9}. La mayoría de las investigaciones realizadas hasta el momento consisten en explorar las actitudes de profesionales y pacientes respecto a las posibilidades de participación¹⁰⁻¹⁴, pero existen muy pocos estudios empíricos sobre cómo activar y capacitar a las personas para que actúen reforzando su seguridad durante la asistencia sanitaria¹⁵⁻¹⁸.

Participar como barrera de seguridad significa que los y las pacientes, mediante su participación, pueden prevenir algunos de los fallos que se producen durante la asistencia sanitaria y notificar los problemas de seguridad que ha detectado.

Presentamos a continuación los resultados de una intervención educativa dirigida a empoderar a las y los pacientes para que participen como barrera de seguridad. De forma añadida, este estudio aporta conocimiento sobre los factores que influyen en la participación de las personas en su seguridad, facilitándola o dificultándola, en condiciones reales.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

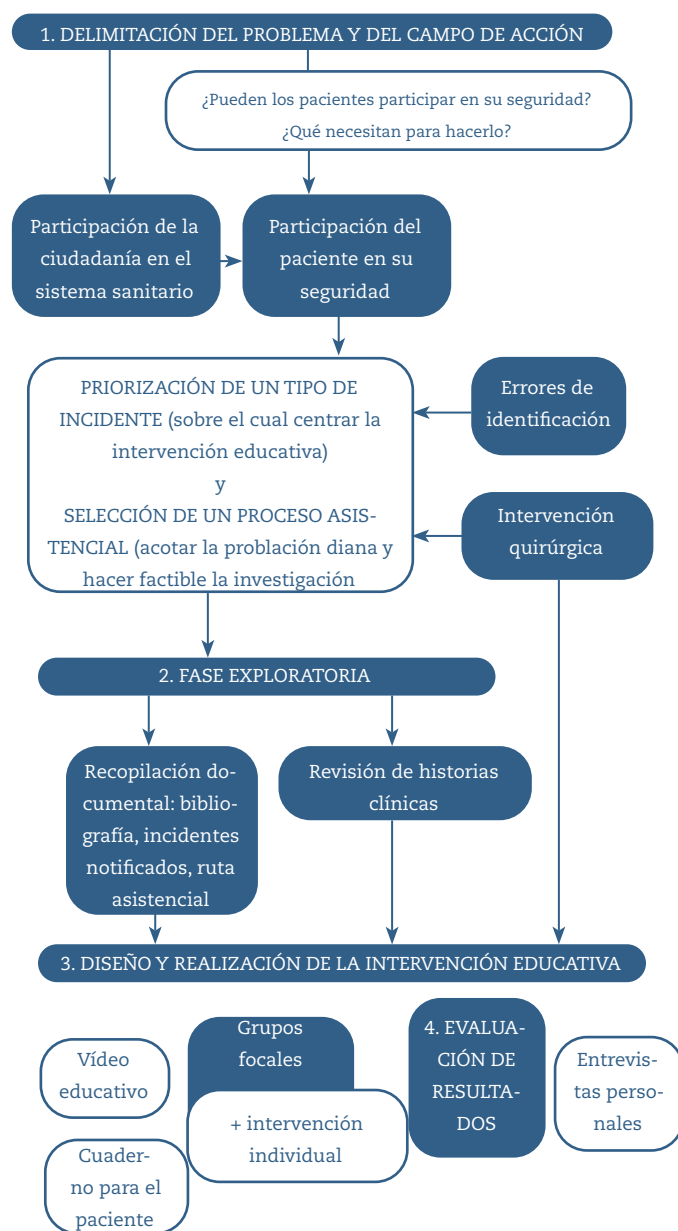
Diseño

Investigación cualitativa mediante el método de la teoría fundamentada utilizando grupos de discusión y entrevistas personales semiestructuradas para recabar la información.

El estudio se ha hecho en el ámbito de Atención Primaria, en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barrualde-Galdakao, de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, a iniciativa de la referente de seguridad del paciente, médica de familia e investigadora principal, siendo previamente evaluado y aprobado por el Comité de Ética Asistencial de la OSI Barrualde-Galdakao.

Tras seleccionar y estudiar el tipo de incidente de seguridad sobre el que implicar a las y los pacientes (errores de identificación del paciente) y el proceso asistencial en el que aplicar la intervención educativa (intervención quirúrgica programada del servicio de traumatología), se diseñó el material para sensibilizar y activar a las personas en tratamiento (figura 1). Los y las pacientes participantes en el estudio recibieron una intervención educativa al inicio del proceso asistencial seleccionado, dirigida a promover su participación a favor de su seguridad durante la asistencia¹⁹. La aplica-

Figura 1. Fases del estudio de investigación



ción de los grupos focales en esta fase de la investigación permitió contrastar la calidad del material formativo diseñado para la intervención y conocer la situación de partida de las y los pacientes, su percepción y sus conocimientos sobre la seguridad de la asistencia al inicio del proceso asistencial²⁰. Al final del proceso se les hizo una entrevista personal semiestructurada, siendo esta la herramienta de análisis de los resultados de la intervención.

Muestra y participantes

El muestreo fue intencional y la captación telefónica, utilizando un guion explicativo de las características y el objetivo del estudio. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y estar en lista de espera para cualquier tipo de intervención quirúrgica programada a cargo del servicio de traumatología. Se reclutaron 22 pacientes y se organizaron dos grupos focales de 11 personas cada uno para

hacer la intervención educativa. Finalmente, acudieron 7 pacientes a cada grupo focal, 4 mujeres y 3 hombres, de edades comprendidas entre los 20 y los 75 años. Otros 3 pacientes solicitaron recibir la intervención educativa de forma individual, en consulta programa de Atención Primaria, por no poder asistir a ninguna de las sesiones grupales. En la educación grupal, la distribución de pacientes se hizo de forma heterogénea por género, edad y nivel de estudios. Tras una breve explicación de la actividad educativa, se procedió a la visualización del vídeo y al debate sobre los contenidos de este. Se exploraron los aspectos de interés utilizando un guion de preguntas semiestructurado. A todas las personas participantes se les entregó, tras la sesión inicial de sensibilización y formación, un cuaderno de campo (para recordar, con imágenes y mensajes claros y concisos, los momentos en que la participación de quien está recibiendo tratamiento médico tiene un mayor impacto como barrera de seguridad) y un lápiz USB con el vídeo educativo (para que pudieran verlo en casa tantas veces como consideraran necesario). El cuaderno de campo, además, las instaba a tomar notas respecto a la seguridad y calidad percibidas durante el proceso asistencial.

Se siguió toda la ruta asistencial de cada persona hasta la primera consulta de revisión médica tras la intervención quirúrgica. En ese momento se volvió a contactar telefónicamente con cada una de las personas participantes para concertar fecha y lugar de realización de la entrevista. A todos los pacientes se les ofreció elegir donde hacer la entrevista, en su domicilio o en el centro de salud. La investigadora principal llevó a cabo las entrevistas y la investigadora secundaria ayudó en las tareas de citación y recepción de participantes y actuó como observadora.

Durante el año y medio que duró la parte operativa del estudio, de junio de 2018 a diciembre de 2019, se produjeron cinco pérdidas por diferentes motivos: un paciente revocó su consentimiento para operarse por mejoría clínica; dos pacientes acudieron al ámbito privado para eludir la larga lista de espera de la sanidad pública, y otras dos pacientes no completaron su paso por el proceso asistencial, una debido a una enfermedad intercurrente grave y otra porque finalmente el traumatólogo desestimó la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Análisis

Se entrevistó a 12 de las 17 personas participantes del estudio, 8 mujeres y 4 hombres, con edades comprendidas entre los 46 y los 72 años (tabla 1). Se utilizó un guion de preguntas con los principales aspectos que explorar, lo que ayudó a conducir las entrevistas y facilitó el posterior análisis de contenido y segmentación temática. Se identificaron cinco categorías de análisis: percepción de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, interés mostrado por la actividad educativa, dificultades para poder participar, utilidad e impacto real en la capacidad de las y los pacientes para participar reforzando su seguridad durante la asistencia, y «otros hallazgos» (tabla 2).

Todas las entrevistas, menos una, se hicieron en la biblioteca del centro de salud y la duración media fue de 45-60 minutos. De las 12 entrevistas, 11 fueron grabadas y transcritas, con la autorización previa de las y los pacientes. Una entrevista tuvo que hacerse de

Tabla 1. Características de los y las pacientes que recibieron la intervención educativa, completaron el proceso asistencial e hicieron la entrevista al final del mismo

NÚMERO DE ENTREVISTA PERSONAL	GÉNERO	EDAD	NIVEL DE ESTUDIOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS
EP 1	Hombre	55	Nivel superior	Sí
EP 2	Hombre	51	Nivel superior	No
EP 3	Hombre	61	Educación primaria	Sí
EP 4	Mujer	75	Sin estudios	Sí
EP 5	Mujer	51	Grado medio	No
EP 6	Hombre	57	Grado medio	Sí
EP 7	Mujer	72	Grado medio	Sí
EP 8	Mujer	46	Educación primaria	No
EP 9	Mujer	56	Educación primaria	Sí
EP 10	Mujer	56	Grado medio	Sí
EP 11	Mujer	56	Grado medio	No
EP 12	Mujer	66	Sin estudios	Sí

EP: entrevista personal

Todas las personas participantes son pacientes del Centro de Salud Landako, en Durango, municipio de Vizcaya de 19.935 habitantes.

forma telefónica, al encontrarse el paciente desplazado en casa de un familiar, y no pudo grabarse, pero se tomaron notas y se incluyó la información para su análisis. Una paciente, la de mayor edad (72 años), acudió acompañada de su hija, tanto a los grupos focales como a la entrevista personal, porque se sentía más cómoda y segura teniéndola a su lado y porque esa hija era quien le daba soporte en todo lo relacionado con la asistencia sanitaria.

La información transcrita de las entrevistas y las notas registradas por la entrevistadora y la observadora al final de cada una de ellas, junto con las anotaciones del cuaderno de campo entregado a las personas participantes, han conformado el conjunto de datos primarios, de cuyo análisis e interpretación derivan los resultados que presentamos a continuación.

La variedad de perfiles de quienes han participado en este estudio (características sociodemográficas y antecedentes médico-quirúrgicos) ha aportado información relevante y suficiente para permitir la comprensión teórica del objeto de estudio. Además de la información incluida en el guion de preguntas de las entrevistas semiestructuradas, se ha obtenido información complementaria o «emergente», que ha resultado ser muy relevante, relacionada con

Tabla 2. Categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	CAMPOS TEMÁTICOS INVESTIGADOS	SUBCATEGORÍAS IDENTIFICADAS
Situación de base, conocimientos previos de las y los pacientes	¿Qué saben las y los pacientes sobre los riesgos asociados a la asistencia sanitaria (seguridad del paciente)?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos adquiridos por experiencia propia y/o por experiencias ajenas • Situaciones de riesgo identificadas por los y las pacientes
Interés mostrado por la intervención educativa	¿Cómo reciben las y los pacientes la información sobre los riesgos asistenciales? ¿Cuál es su actitud hacia la intervención educativa dirigida a activarles para que participen en su seguridad?	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la intervención educativa • Utilización y aprovechamiento del material educativo • Seguimiento de las recomendaciones
Dificultades para participar	¿Qué factores dificultan la participación de las y los pacientes durante el proceso asistencial?	<ul style="list-style-type: none"> • Factores intrínsecos: características propias del paciente o la paciente • Factores extrínsecos: • Características de los y las profesionales • Características del contexto donde se desarrolla el acto asistencial
Impacto de la intervención educativa	¿Qué efectos tiene la intervención educativa en el nivel de conocimientos y de activación?	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto bola de nieve • Visión integral de la seguridad del paciente o la paciente (las personas en tratamiento no solo se activan en la prevención de errores de identificación)
Hallazgos emergentes (no esperados)	Información relevante obtenida durante la realización del estudio (información que no se buscaba y, por tanto, no se esperaba encontrar)	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia delegada (la agencia del paciente o la paciente la ejerce un familiar o persona cuidadora) • Zonas opacas (momentos o aspectos del proceso asistencial en los que el o la paciente no puede participar)

la capacidad de participación de los y las pacientes en su seguridad y con los factores que la modulan. Los resultados del análisis global de la información recabada reflejan que se ha saturado la información.

RESULTADOS

Interés mostrado por la actividad educativa

El interés mostrado por la actividad educativa ha sido alto. El proceso de captación de pacientes fue muy ágil, nadie solicitó retirarse una vez iniciada su participación, y todas las personas que finalizaron su paso por el proceso asistencial accedieron a ser entrevistadas. De las y los 17 pacientes participantes, 11 volvieron a ver el vídeo educativo en casa, 3 de ellos incluso varias veces. El uso del cuaderno de campo fue desigual, variando notablemente según el nivel de estudios: a mayor nivel de estudios, mayor utilización y mejor aprovechamiento.

En cuanto al seguimiento de las recomendaciones, todas las personas participantes recordaron los dos mensajes clave «identifícate» y «comprueba que los datos de identificación que figuran en la pulsera y en la documentación son los tuyos» y aseguraron que siguieron las recomendaciones en este sentido, excepto una paciente (entrevista 12) que reconoció no haber hecho las comprobaciones «por exceso de confianza».

Percepción y conocimiento de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria: situación de base

El estudio confirma que los y las pacientes son conscientes de que el ámbito sanitario no está exento de riesgos. Sin embargo, cuando perciben que algo ha ido mal, la valoración que hacen del incidente

es muy diferente en función de las consecuencias que haya tenido. Así, cuando se trata de incidentes sin consecuencias negativas, muestran una actitud más comprensiva:

«Vino la enfermera con los dos sobres y nos dio uno a cada uno. Y yo no sé si es que nosotros mismos los pusimos en la mesita y luego nos confundimos al cogerlos, y uno cogió el del otro o qué. Ahí sí que no podríamos echarle la culpa a ella ni culpa a nosotros, alguno nos confundimos. Todos somos humanos» (entrevista 6).

Sin embargo, cuando el resultado del proceso asistencial no es el deseado, la valoración es muy diferente, y se muestra desconfianza e incluso rechazo hacia la actitud de las y los profesionales:

«¿Por qué no me puso el dedo bien desde el principio? Yo no lo sé, porque no soy médico, pero me fastidia porque me podía haber dicho “no ha salido bien” desde el principio. Pero no me dijo nada. Si me tiene que volver a operar el mismo, que me opere, pero se lo pienso decir, que se ha equivocado. Yo no le echo la culpa solo a él, habrá sido el sistema o pensaría que mi dedo se iba a colocar solo, no le quiero echar la culpa..., pero a mí esto no me ha quedado bien» (entrevista 7).

En sus contactos como pacientes han ido adquiriendo conocimiento sobre diferentes situaciones de riesgo, no solo por sus propias experiencias, sino también a través de experiencias ajenas, bien como testigos (al haber presenciado situaciones de riesgo que han afectado a otros pacientes) o bien a través de la información obtenida de gente de su círculo social o de los medios de comunicación:

«Hay que asegurarse de todo para que no pasen cosas, que dicen que no pasan, pero sí pasan, ¡claro que pasan! Porque hay confusiones. A mí ya me han pasado cosas, no te creas. Los despistes existen

y existirán, porque todos somos humanos» (entrevista 3).

«De lo de los errores de identificación, una vez estando en la frutería, sí que había oído: “que fui a hacerme un análisis y que había otra mujer que tenía el mismo apellido y nos confundieron”. Y total, que lo que le habían dicho a ella era un disparate, pues yo no sé, es que ya no me acuerdo si era un cáncer o una cosa así un poco fuerte... ¡Y se pegó un susto! Y luego la llamaron como que había habido un error y que no. Pero, claro, ¡menudo mal rato que te pasas!» (entrevista 5).

«La primera vez que me operaron, me dieron los papeles y menos mal que me dio por mirarlos y vi que no coincidía nada de lo que ponía con lo que me habían hecho. Y, claro, lo volví a leer todo y vi que no coincidía ni el nombre ni nada. Llamé a la enfermera y ya me dijo que se habían confundido, que a mí me habían dado los del otro (de la otra cama) y al otro le habrían dado los míos o igual otros» (entrevista 6).

«Una vez sí que me pasó, que me llamaron a mí y se presentó también otra señora en la sala de espera, que se debía de llamar igual que yo, el nombre y el primer apellido, pero claro el segundo apellido ya no era el mismo. Y desde entonces yo siempre cuando me dicen el primer apellido, yo digo el segundo para asegurarme de que soy yo. Esa pequeña incidencia sí que me pasó una vez. Y luego también, como he cuidado de mis padres, que han vivido conmigo, pues siempre tienes la experiencia de estar pendiente de todo. A mi padre, por ejemplo, que se llamaba Rosario, la primera vez que le ingresaron le llevaron a una habitación de mujeres» (entrevista 11).

Entre los factores que las y los pacientes identifican con mayor claridad, que contribuyen a aumentar el riesgo de que algo salga mal, destacan la ausencia de su profesional de referencia, la información insuficiente o contradictoria, el lenguaje técnico, la incertidumbre y la falta de personal suficiente para hacer el trabajo con calidad y seguridad (tabla 3).

Dificultades para participar

Los y las pacientes desconocen aspectos importantes del proceso asistencial. Este no es un asunto baladí porque condiciona las posibilidades de participación. Si no disponen de información suficiente sobre el proceso, difícilmente podrán participar de forma efectiva. Los aspectos del proceso asistencial en los que las y los pacientes han detectado carencias de información, e incluso a veces información contradictoria, son los siguientes:

1. Información sobre el procedimiento: en qué consiste la operación, qué tipo de anestesia se va a utilizar, qué ventajas e inconvenientes tiene el tipo de procedimiento quirúrgico y anestésico seleccionados frente a otras opciones terapéuticas, etc. Información que, además de explicarla verbalmente y verificar que la y el paciente la ha entendido, debe ser entregada por escrito (consentimiento informado).
2. Información sobre el postoperatorio: cómo se espera que sea la recuperación tras la operación, a qué cosas hay que prestar atención en el posoperatorio, cuáles son las complicaciones

más frecuentes que pueden aparecer y, en caso de aparecer alguna complicación, cómo actuar.

3. Indicaciones sobre qué hacer y qué no hacer, tanto antes como después de la operación, en relación con los autocuidados y medidas que ha de adoptar la persona intervenida.
4. Indicaciones de tratamiento al alta, tanto en relación con el tratamiento farmacológico como con los ejercicios de recuperación indicados y el tipo de actividad física que hay que hacer o que hay que evitar hacer.

Estos aspectos, detallada y específicamente desarrollados en la tabla 3, señalan las lagunas de información y las fuentes de dudas que tienen las y los pacientes en relación con el proceso asistencial, que deberían ser abordados por parte del personal médico sanitario tanto para mejorar la calidad de la asistencia como para promover la participación de las y los pacientes.

En la tabla 4 se muestran, además, las barreras para la participación percibidas y reconocidas por los propios pacientes. Como puede observarse, junto a las dificultades para conseguir información necesaria para aclarar las dudas, la actitud del personal médico y la percepción del contexto o clima asistencial como hostil, son los elementos que más condicionan o comprometen la participación efectiva de las y los pacientes como barrera de seguridad.

Impacto de la intervención educativa en el nivel de activación de los y las pacientes

Aunque la intervención educativa ha tenido un impacto positivo en el nivel de activación de todas las personas participantes —incluso de las que ya estaban más sensibilizadas—, el grado de mejora conseguido es diferente según la situación de partida de cada paciente (tabla 5). Así, quienes desconocían que los errores de identificación del paciente pueden darse, y que el propio paciente puede contribuir tanto a su prevención como a su detección temprana, han pasado de no comprobar sus datos de identificación a hacer dichas comprobaciones, y para quienes ya lo hacían, el hecho de participar en esta actividad educativa ha supuesto un refuerzo para seguir haciéndolo, además de adquirir nuevos conocimientos, sobre este y otros aspectos relativos a su seguridad. Además, se ha producido un efecto bola de nieve por el cual, pacientes que antes no habían reparado en la importancia de participar reforzando su seguridad, tras la intervención educativa, comienzan a comportarse como agentes transmisores de esta información a la gente de su entorno familiar y social.

Todas las personas participantes han manifestado su intención de cambio en futuros contactos con el sistema sanitario, y creen que la intervención educativa ha mejorado su disposición y capacidad para actuar reforzando su seguridad. Entre los elementos que señalan como más relevantes destacan la importancia de estar más al tanto de los aspectos y detalles de su proceso asistencial, preguntar las dudas y solicitar la información necesaria para conseguir aclararlas, así como adoptar una actitud más activa y participativa en general.

Tabla 3. Categorías y subcategorías

AUSENCIA DEL PROFESIONAL HABITUAL
«[...] y vine aquí (al centro de salud) y había una médica sustituta que me dio una inyección de voltaren, y al llegar a casa me puse todo rojo. Yo tampoco le pregunté y, claro, ella no lo había mirado en el ordenador y, como no me conocía, no sabía. Mi doctora ya lo sabe, no necesita ni mirarlo en el ordenador» (entrevista 3)
«[...] y, claro, cada vez le ve un médico diferente y dice: “¿Y este quién era?”. No sé. Es lo que yo digo, que no ven la evolución del paciente, [...] y cada uno te dice una cosa. Uno te dice “Esto está fatal, habría que operar ya, pero vuelve en 6 meses”, y el siguiente te dice “Bueno, pues igual no está tan mal”, que tú dices “¿Cómo estará entonces?”» (entrevista 4)
«Lo malo es cuando te cambian de médicos. Estás con uno y porque aquel ese día no está, o se ha marchado, está de vacaciones o de baja, [...] ¡Hala! ¡Vuélvele a explicar todo a otro! Es como volver a empezar. Y para el enfermo es una pesadez, pero para el médico seguro que también. Y que no es lo mismo que sepáis ya por dónde va la cosa, a que sea nuevo y no saber» (entrevista 12)
INFORMACIÓN INSUFICIENTE
«Tampoco te dan las explicaciones. No, no dan todas las explicaciones. Te mandan unos parches de morfina y no sabes por qué, [...] si tienes que seguir con ellos y hasta cuándo, qué tienes que hacer» (entrevista 4)
«Este [el traumatólogo] desde luego no me dijo lo que tengo que hacer, o qué cuidados tengo que tener después de la operación, [...] que tenía que usar muletas después de la operación, eso sí, pero lo demás muy escueto. Tampoco sé si nos tienen que dar más explicaciones, y yo tampoco le pregunté “¿Cómo voy a quedar?”. Porque dí por hecho que quedaría bien» (entrevista 7)
INFORMACIÓN CONTRADICTORIA
«Entiendo que a veces igual si es mejor tener distintas opiniones, pero ¡no tan diferentes!» (entrevista 4)
«Bueno, total, que no era la férula adecuada. Y le dije “A ver, si de verdad me dices que con la otra es con lo que tengo que andar, pues voy a hacérmela a medida y, aunque tenga que pagar, si me dices que es lo que me tengo que poner, voy a Bilbao, pago, me la pongo y punto”. Y me dijo “No, no, sigue con eso”. Y yo, la verdad, es que ahí tuve dudas, porque primero dijo una cosa y luego otra. No sé, es que me pareció todo...» (entrevista 5)
UTILIZACIÓN DE LENGUAJE TÉCNICO
«Explicar no te explican mucho, y de lo que te explican no entiendes ni la mitad, porque, claro, si nos lo explicaran sin usar esas palabras técnicas, [...] pues igual entenderíamos mejor. Así que la verdad, cuando leí el papel en casa me dio hasta miedo, [...] por las cosas que ponía. Yo creo que se podría hacer mejor y, si no, para que te den la información así, sería mejor que nos dijeran “Esto es para cubrirnos nosotros las espaldas” que, al final, es lo que yo pienso» (entrevista 6)
«Igual él [el médico traumatólogo] habló de una manera que yo no lo entendí..., o que no lo llegué a captar bien, ¿me entiendes?, pero vamos que no, no me dio una explicación contundente y yo iba con más miedo que otra cosa [a la consulta después de la operación]. Entonces él me miró la pierna y me dijo: “Esto se te ha complicado”, y me explicó con unas palabras que yo no sabía lo que quería decir» (entrevista 10)
INCERTIDUMBRE
«Yo al principio tenía mucho miedo. Y cuando vi el vídeo explicativo también me entró miedo. Pero, sin embargo, cuando llegué allí, como ya sabía más o menos a lo que iba y lo que me iban a hacer, no sé cómo decirte, estaba mucho más tranquila. Cuando no sabes cómo va a ser la cosa, vas supernerviosa, y no sabes qué debes hacer ni cómo ni cuándo puedes participar» (entrevista 8)
«Y todo eso a mí..., a ver..., de alguna manera es como que te cargan a ti con la responsabilidad, porque te dicen: “¿Y ya has hecho lo que te dije?”. Y yo sí, yo he hecho todo lo que me dijeron, iba a rehabilitación y cogía mi bici, y también iba a andar. Se supone que con todo eso ya era suficiente. Y luego todos los ejercicios esos de mover así y así, [...] pero mira, ves, esta pierna está algo atrofiada. Yo lo que creo es que me tuvieron mucho tiempo escayolada y con una bota, que él mismo luego me dijo que esa bota no me había ido bien» (entrevista 10)
PERSONAL INSUFICIENTE
«Es normal que pasen cosas, porque yo también meto la pata muchas veces en mi trabajo, [...] Entonces, donde pasa tanta gente, tanta gente, y yo creo que los profesionales no dan abasto. Pero, claro, si te toca a ti, pues... Y yo ya entiendo también, que como en todas las facetas de la vida y en todos los trabajos, pues que hay errores, y me imagino que por mucho esfuerzo que hagas y por mucho que intentes, pues alguno habrá» (entrevista 5)
«Yo creo que en general te atienden bien, pero que a veces lo que pasa también es que igual no te pueden atender bien porque hay mucha gente, poco personal, o las dos cosas» (entrevista 11)

DISCUSIÓN

Este estudio muestra los resultados de una intervención educativa diseñada y dirigida a activar y capacitar a las y los pacientes para que participen reforzando su seguridad durante la asistencia sanitaria, en condiciones reales.

Aunque existen diferencias, entre pacientes, en cuanto al conocimiento de los riesgos asistenciales y en cuanto a la actitud y la

capacidad para reforzar su seguridad, todos los pacientes son conscientes de que el sistema sanitario es un ámbito de riesgo, en el que se producen fallos o errores. Las personas con menos experiencia previa como pacientes se muestran más confiadas y menos predisuestas a participar de forma activa para mejorar su seguridad, mientras que quienes previamente han presenciado o sufrido las consecuencias de incidentes de seguridad están más activados, aunque solo sea en ese aspecto en concreto (por ejemplo, errores relacionados con la medicación o con el registro de alergias) y no

Tabla 4. Barreras para la participación, percibidas y reconocidas por los y las pacientes

MIEDO A PREGUNTAR
«Yo creo que en general la gente no pregunta por dos razones. No pregunta primero porque se fía de su médico o médica, y segundo porque yo creo que tenemos mucho miedo a quedar como tontos» (entrevista 2)
«A veces no te atreves a preguntar y te conformas con la información que ellos te dan. Pero sí que creo que es bueno saber estas cosas para estar más atenta y más preparada. Sabiendo que aclarar las dudas es muy importante para tu propia seguridad, se pueden romper esos miedos, [...] creo yo» (entrevista 9)
«Pienso que estoy haciendo el ridículo preguntando, que igual es una chorrada lo que pregunto, qué se yo, [...] Así que a veces luego voy a casa y busco información en internet. Y yo creo que la gente en general tiene miedo de preguntar y muchas veces luego no sabe lo que tiene que hacer» (entrevista 12)
EXCESO DE CONFIANZA EN LOS Y LAS PROFESIONALES
«Yo tampoco miré. Igual si hubiera mirado, [...] pero como me dio un papel y me dijo “Vete donde la enfermera y que te ponga esto”. Pues yo me fie y no realicé ninguna comprobación» (entrevista 3)
«Te fías de lo que te dicen, ¿no? Pues se supone que ellos son los que saben de esto. Y a mí sí me dicen que esto es lo mismo, pues yo me lo creo. Y luego resultó que no, que no era lo mismo» (entrevista 5)
«Antes me callaba porque normalmente quienes estudiáis sois vosotros, los profesionales. Pero ahora ya sí, ahora pregunto porque me doy cuenta de que pueden pasar cosas y a veces, simplemente preguntando, los pacientes podemos contribuir a evitar fallos» (entrevista 6)
ACTITUD DE LAS Y LOS PROFESIONALES
«Reconozco que a veces no pregunto, [...] según, depende de la cara que tengas delante, de la situación, no sé. Y también depende mucho de dónde estés, no es lo mismo en el hospital que en atención primaria. Son mucho más cercanos los médicos de cabecera» (entrevista 4)
«Lo que pasa es que muchas veces, [...] no voy a decir en general ni mucho menos, pero sí que hay veces que según con que gente, [...] es como más cortante preguntar [...] Yo si tengo que preguntar algo, pregunto, pero hay veces que la persona que está delante tampoco te da pie. Yo creo que en general se ponen muchas barreras, [...] yo a veces sí que tengo esa sensación» (entrevista 5)
«Nada más verle la cara al médico ya sabes si te da confianza o no. Ya se nota, [...] porque si te dice “¡Siéntate!”, pues ya como que no, [...]» (entrevista 7)
«Según cómo sea la persona con la que tratas, el profesional, porque él también tiene que saber estar a la altura del paciente, [...] no sé cómo decirte [...] Pues eso, que es muy diferente si llega y se presenta, por ejemplo, como una persona cercana a ti, no poniendo una barrera. La otra vez yo noté eso, ¿no? Muy buen profesional en su trabajo, pero yo noté que le faltaba eso, la cercanía. Y, claro, ¿qué pasa?, pues que entonces tú ya como que no pides más explicaciones» (entrevista 10)
ROTACIÓN DE PROFESIONALES
«Cuando vaya a la siguiente consulta, sí que preguntaré, pero no sé si el de la consulta será el mismo que me ha operado» (entrevista 3)
«[...] porque además tú dices “Si yo a este no le he visto en mi vida”, y no le preguntas. [...] Nosotras todo luego lo preguntamos al médico de cabecera, pobrecito. Cuando tenemos alguna duda, vamos a nuestro médico de cabecera, al de siempre, que vas y te contesta todo lo que puede y lo mejor que puede» (entrevista 4)
PERCEPCIÓN DE CONTEXTO POCO PROPICIO
«A veces sí que nos quedamos con preguntas sin hacer. Aparte de cómo te hablan, así, tan rápido, y que ya ves que no tienen tiempo, y sales y dices “¡Ostras!, que no he preguntado esto”. No te sientes cómoda para preguntar» (entrevista 4)
«La verdad es que allí [traumatología] está siempre saturado, andan super estresados, deprisa..., un lío siempre. [...] El día aquel, además, iban con hora y media de retraso, que se dice pronto, ¡eh!, y luego notas la tensión que hay allí, y los ves a ellos que también están agobiados» (entrevista 5)
«En el igualatorio, desde luego era todo mejor, no es por pagar o no pagar, es que los médicos te dan más explicaciones. Ya sé que tienen menos gente y más tiempo, pero...» (entrevista 7)

en otros (por ejemplo, errores de identificación). Cada paciente, en función de sus conocimientos y experiencias previas, presta más atención a unos aspectos que a otros. Partiendo de un nivel diferente de conocimientos y de sensibilización, en conjunto han mejorado su nivel de activación y capacitación. Incluso quienes estaban previamente más activados se han beneficiado de la intervención educativa porque han adquirido nuevos conocimientos.

La capacidad del paciente para actuar como barrera no es innata: se aprende. Este aprendizaje puede producirse de forma natural (por la experiencia adquirida durante sus contactos con el ámbito sanitario) o mediante intervenciones educativas. Algunas personas —pacientes, familiares o personas cuidadoras— han aprendido a

ejercer de barrera en base a experiencias previas. Ese aprendizaje les ha empoderado para participar de forma efectiva, tomando sus propias medidas de seguridad para protegerse frente a determinados fallos y errores durante la asistencia sanitaria. Nuestro estudio aporta conocimiento sobre metodología para involucrar a las y los pacientes en su seguridad en condiciones reales, y muestra que la información y la formación son elementos esenciales para su activación e imprescindibles para que puedan participar de forma efectiva en su seguridad. Otro hallazgo destacable es que el nivel de estudios se relaciona estrechamente con el nivel de activación, tanto basal (preintervención) como final (postintervención), y tiene un importantísimo impacto en la capacidad del paciente para participar.

Tabla 5. Efectos de la intervención educativa

EFFECTOS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, APRENDIZAJE SOBRE ERRORES DE IDENTIFICACIÓN Y OTROS INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA PACIENTE/EL PACIENTE
«Sí, sí, te vuelvo a decir que el hecho de haber participado en esta actividad educativa a mí me ha supuesto mucho cambio. Por dos motivos. Primero porque yo antes iba con mucho miedo y ni hablaba, y ahora ya he aprendido que el más interesado en que todo salga bien soy yo, y tengo que estar ahí, con una actitud más activa, y preguntar. Y segundo, porque tampoco era consciente de lo importante que puede llegar a ser el aclarar las dudas» (entrevista 3)
«Yo creo que haber estado en esta actividad es muy bueno porque vas sabiendo cosas que antes ni se te pasaban por la cabeza, como, por ejemplo, que pueden producirse errores de identificación del paciente. Y que el paciente puede y debe realizar las comprobaciones. Yo creo que voy a ser más participativa, sí» (entrevista 4)
«Me pareció muy curioso (el vídeo educativo) porque muchas veces, pues eso, son cosas que ni te planteas que pueden pasar, ¿no? Que yo tampoco es que he ido muchas veces, pero que me han puesto la pulsera y ni he mirado, y ahora llevo dos meses de hospitales entre mi tío, mi padre y yo... Y ya como con un poco de obsesión, les miraba yo la pulsera a ver si los datos estaban bien. Y en mi operación fue lo primero que hice (comprobar los datos de la pulsera). Esto ya se me ha quedado para siempre, para todo, y también lo he hablado con mis amigas» (entrevista 5)
«Es una ventaja clarísima porque ahora sé más cosas, y si vienen y no me miran la pulsera, les puedo decir “¿Has mirado la pulsera?”. Porque yo antes todas estas cosas no las sabía» (entrevista 6)
«A mí, ver el vídeo me dio confianza y sobre todo me ayudó a saber en qué cosas me tenía que fijar. Sobre todo me acuerdo de lo de la pulsera. Yo creo que estoy más preparada ahora, me noto mejor, más suelta» (entrevista 8)
«La verdad es que, a pesar de haber andado con estas cosas, ya sabes, primero con mis hijos y ahora con mis padres, [...] yo creo que nunca había pensado que este tipo de error pudiera ocurrir en el ámbito sanitario» (entrevista 9)
«Pues si no hubiese venido a participar en esta actividad, pues igual no hubiera tenido en cuenta todo, lo de la pulserita, lo importante que es fijarte en los papeles que te dan, asegurarte de que son los tuyos [...] Y ahora pues sí, lo tengo en cuenta, por supuesto, y lo comento también con otras personas de mi entorno. Vas compartiendo tu conocimiento con gente que te dice que se va a operar, y les dices “Ten en cuenta que los papeles sean los tuyos, fíjate en la pulserita...”» (entrevista 11)
«Yo me veo más capacitada. Creo que ahora me atrevería más. Me veo más capaz para preguntar y para todo. Al final, la experiencia y el que te enseñen estas cosas... Pues yo creo que todo hace» (entrevista 12)
EFFECTOS SOBRE LA ACTITUD E INTENCIÓN DE CAMBIO HACIA UNA ACTITUD MÁS ACTIVA
«Ahora voy a preguntar más. De hecho, ya he empezado a preguntar más» (entrevista 2)
«Pues ahora, cuando vaya al traumatólogo, todas las dudas que tengo las voy a preguntar, o sea, por mucha prisa que tenga...» (entrevista 5)
«¿Me preguntas qué voy a hacer en futuras ocasiones? Hombre, pues me voy a enterar más, estar más al tanto, que normalmente yo soy de las que no firmo un papel sin mirar, ¡eh!, siempre siempre lo leo todo y me aseguro. Pero esta vez, no sé por qué, no sé si es que estaba nerviosa, el caso es que no lo hice» (entrevista 7)
«Yo creo que, de ahora en adelante, pues [...] estar un poco más pendiente de cada paso del proceso, leer bien todos los informes, fijarme en los datos, comprobar si están correctos [...]. Estar alerta también de cómo te explican ellos las cosas, o sea, no quedarte así, como “Bueno, pues ya está, como es el médico el que decide...”, sino estar tú también atenta. Y luego, pues el poder preguntar las dudas y aclararlas. Yo antes me hubiera quedado así, impasible, sin decir nada, pero ahora, cuando vaya a la consulta, le voy a ir preguntando, a ver qué solución hay, a ver cómo se puede resolver esto [...], que no me quede yo con esa inquietud de no saber si se puede hacer algo, ¿no? Pues antes era así, te quedabas sin preguntar» (entrevista 10)

Con el objetivo de disponer del tiempo suficiente y necesario para poder hacer la intervención educativa, se reclutó a las y los pacientes lo más pronto posible a su entrada en el proceso asistencial seleccionado, lo que también contribuyó a aprovechar el mayor número posible de sus contactos con el sistema sanitario. Cada uno de esos contactos es una oportunidad para que la personas pueda poner en práctica sus conocimientos y fortalecer sus habilidades para participar activamente reforzando su seguridad.

Si bien el objetivo de la investigación ha sido evaluar el impacto de la intervención educativa en la capacidad de participación de las y los pacientes, hemos obtenido información relevante sobre los factores que modulan su participación en su seguridad: factores intrínsecos, relacionados con el propio paciente, y factores extrínsecos, relacionados con el personal médico sanitario y con el contexto en que se desarrolla el proceso asistencial (tabla 6). Conocerlos y tenerlos en cuenta nos permitirá ser más eficaces y eficientes en el futuro, en el desarrollo de este tipo de intervenciones educativas.

El nivel de activación no solo difiere entre pacientes, por sus diferentes características sociodemográficas, conocimientos y experiencias previas, sino que una misma persona puede mostrar diferente grado de participación según factores propios y ajenos. Esto significa que, aunque un o una paciente reúna todos los factores intrínsecos favorables para participar como barrera de seguridad, la influencia de factores extrínsecos desfavorables puede limitar o bloquear su capacidad de participación. Lo mismo sucede con su contexto personal: las situaciones vitales estresantes afectan negativamente a su capacidad para desarrollar su agencia. Por lo tanto, el nivel de activación y la capacidad y disposición para participar no son una cuota fija o estanca, sino que varía en función de las dificultades propias y ajenas con las que la o el paciente tiene que lidiar en cada momento (figura 2).

Nuestro estudio avala la eficacia de las estrategias educativas para involucrar al paciente en la seguridad de la asistencia sanitaria. Los resultados son compatibles con los hallazgos de otras investigaciones, en las que se señala que las intervenciones más exitosas para

Tabla 6. Factores moduladores de la participación de los y las pacientes en su seguridad

1. FACTORES RELACIONADOS CON EL O LA PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> Factores sociodemográficos: edad, género y nivel de estudios Antecedentes médico-quirúrgicos Enfermedad actual: características, pronóstico, etc. Situación y contexto vital actual: procesos intercurrentes propios o familiares Experiencia y conocimientos previos sobre incidentes de seguridad del paciente
2. FACTORES RELACIONADOS CON EL O LA PROFESIONAL
<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento previo entre paciente y profesional Capacidad de empatía, actitud y trato Formación previa en cuestiones de calidad, seguridad y ética Atención a la opinión y preferencias del paciente Tipo de respuesta a la participación del paciente Circunstancias personales y profesionales: contexto vital, situación laboral, etc. Experiencias previas sobre incidentes de seguridad del paciente
3. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE LA ASISTENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Ámbito asistencial: Atención Primaria, atención hospitalaria, urgencias Condiciones específicas en las que se desarrolla el encuentro clínico: contexto más o menos propicio para la participación, nivel de presión asistencial, etc.

involucrar a los pacientes en su seguridad son aquellas que: 1) promueven un cambio de comportamiento y se implementan en entornos clínicos⁸, 2) se enfocan a ayudar a los y las pacientes a identificar problemas de seguridad y a tomar medidas específicas sobre aspectos que tienen que ver con su seguridad durante su proceso asistencial^{11,14}, 3) se dirigen a aspectos que no suponen para la o el paciente un comportamiento que pueda ser considerado por el personal médico sanitario como «conflictivo»^{14,21,22} y 4) permiten a las y los pacientes aportar información retrospectiva sobre temas de calidad y seguridad (cuestionarios, encuestas, entrevistas, notificación de problemas, sugerencias de mejora)²³⁻²⁵.

Como ya se ha demostrado en investigaciones anteriores, el uso de materiales audiovisuales mejora la capacidad de participación de las y los pacientes en diferentes aspectos de la seguridad asistencial como la identificación inequívoca, la higiene de manos, el uso seguro de medicamentos, la prevención de caídas y de úlceras por presión, y la notificación de eventos adversos^{19,26-28}. Aunque en los últimos años se tiende al uso de nuevas tecnologías y recursos multimedia como estrategia educativa^{14,29-31}, las herramientas tradicionales tales como folletos, trípticos, recomendaciones verbales y planes de actuación consensuados con el paciente siguen siendo válidas³²⁻³⁴ y deben utilizarse de forma complementaria³⁵.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar las siguientes:

Las diferencias de género relacionadas con la participación. En nuestro estudio han sido hallazgos inesperados, que no podemos confirmar ni refutar porque la metodología no estaba enfocada a tal fin. Resulta cuando menos paradójico que, a pesar de tener una

actitud más participativa, las mujeres encuentren más barreras que los hombres para obtener la información necesaria para resolver sus dudas y que, por tanto, su participación termine siendo menos efectiva. Futuras investigaciones podrían arrojar luz sobre:

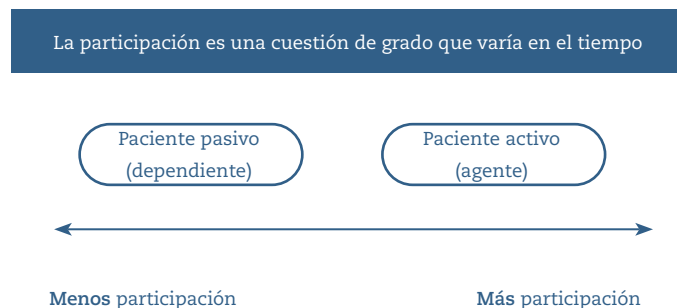
La diferente forma de participar, como pacientes, de las mujeres y de los hombres.

La diferente forma de incorporar la participación del paciente o la paciente por parte del personal médico y de enfermería, según el género del paciente y también según el género del profesional.

El estudio no ahonda en cada uno de los factores moduladores de la participación de las y los pacientes. El conocimiento preciso de los factores que facilitan y que dificultan la actuación del paciente como barrera de seguridad nos permitiría ser más eficaces y eficientes en el desarrollo de intervenciones dirigidas a potenciar su participación, adaptando las características de las intervenciones a las necesidades de los diferentes perfiles de pacientes o segmentos específicos de población.

No se ha evaluado si el nivel de empoderamiento alcanzado por cada una de las personas participantes se ha mantenido en el tiempo, después del año y medio que ha durado el estudio. Consideramos que este es un aspecto clave que deberíamos incorporar en futuras investigaciones.

Figura 2. Gradiente de activación y participación del paciente o la paciente



Fuente: elaboración propia a partir de: Blas A, Ibarra P. La participación: estado de la cuestión. Cuadernos de Trabajo de Hegoa. 2006;39.

AGRADECIMIENTOS

A las y los pacientes y profesionales que han colaborado, de un modo u otro, en la realización de este estudio, por su disponibilidad y participación

FINANCIACIÓN

Este estudio de investigación ha sido parcialmente financiado por la Comisión de Investigación de la OSI Barrualde-Galdakao.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

5. Gracia-Pérez ML, Gil-Lacruz M. Participación y salud: nuevas iniciativas. AIS [Internet]. 2018 [citado 22 de diciembre de 2023]; 1(39). Disponible en: <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/3234>
6. Navarro IM, Guilbert M, Carrillo I, Nebot C, Mira JJ. ¿Cómo perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado? An Sist Sani Navar. 2016;39(1).
7. Navarro MD. Pacientes implicados: participación del paciente en la toma de decisiones. Papeles Econ Esp. 2014;142:85-91.
8. González A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clín. 2014;24(1):67-73.
9. Heavey E, Waring J, De Brún A, Dawson P, Scott J. Patients' conceptualizations of responsibility for healthcare: a typology for understanding differing attributions in the context of patient safety. J Health Soc Behav. [Internet]. 2019 [citado 22 de diciembre de 2023];60(2):188-203. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0022146519849027>
10. Chegini Z, Janati A, Bababie J, Pouraghaei M. The role of patients in the delivery of safe care in hospital: Study protocol. J Adv Nurs. [Internet]. 2019 [citado 22 de diciembre de 2023];75(9):2015-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.14045>
11. Lindblad M, Flink M, Ekstedt M. Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: an interview study with multidisciplinary teams and clinical managers. BMJ Open. [Internet]. 2018 [citado 22 de diciembre de 2023]; 8:e024068. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024068>
12. Schwappach D. Engaging patients as vigilant partners in safety: A systematic review. Med Care Res Rev. [Internet]. 2010 [citado 22 de diciembre de 2023];67:119-48. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558709342254>
13. Patient Engagement in Patient Safety: A Framework for the NHS. [Internet]. Yorkshire Quality and Safety Research Group; 2016 [citado 22 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2016/05/pe-ps-framwrk-apr-16.pdf>
14. Berglund E, Källman U. Healthcare staff's views on the patients' prerequisites to be co-creator in preventing healthcare-associated infections. Scand J Caring Sci. [Internet]. 2020 [citado 22 de diciembre de 2023];34(2):314-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12730>
15. Holmqvist M, Thor J, Ros A, Johansson L. Older persons' experiences regarding evaluation of their medication treatment—An interview study in Sweden. Health Expect. [Internet]. 2019 [citado 22 de diciembre de 2023];22(6):1.294-303. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hex.12967>
16. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. Soc Sci Med. [Internet]. 2012 [citado 22 de diciembre de 2023]; 75(2):257-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.056>
17. Davis RE, Sevdalis N, Pinto A, Darzi A, Vincent CA. Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions: results of two exploratory studies. Health Expect. [Internet]. 2013; [citado 23 de diciembre de 2023]; 16(4):e164-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060686/>
18. Davis RE, Pinto A, Sevdalis N, Vincent C, Massey R, Darzi A. Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety video. J Eval Clin Pract. [Internet]. 2012 [citado 23 de diciembre de 2023]; 18(4):e848-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01688.x>
19. Chegini Z, Janati A, Bahaie J, Pouraghaei M. Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals: A qualitative study. Nurs Open [Internet]. 2020 [citado 23 de diciembre de 2023];7: 457-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6917972/>
20. Añel RM. La participación del paciente en su seguridad: propuesta metodológica para promover la agencia del paciente. El caso de la OSI Berrualde-Galdakao. [Internet]. Trabajo final de máster. Universidad del País Vasco. 2018 [citado 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/28969>
21. The Health Foundation. Evidence scan: Involving patients in improving safety. Londres; 2013 [citado 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf>
22. Giap TT, Park M. Implementing patient and family involvement interventions for promoting patient safety: a systematic review and meta-analysis. J Patient Saf. [Internet]. 2021 [citado 23 de diciembre de 2023]; 17(2):131-40. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000714>
23. Añel-Rodríguez RM. Desarrollo de una intervención educativa para activar a los pacientes en su seguridad. J Healthc Qual Res. [Internet]. 2019 [citado 23 de diciembre de 2023]; 34(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.10.009>
24. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. International Institute for Qualitative Methodology. 2001;34:1-43.
25. Davis R, Sevdalis N, Vincent C. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? BMJ Qual Saf. 2011;20:108-14.
26. Tzeng HM, Marcus Pierson J. Measuring patient engagement: which healthcare engagement behaviours are important to patients? J Adv Nurs [Internet]. 2017 [citado 26 de diciembre de 2023];73(7):1.604-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13257>
27. Añel-Rodríguez RM, Cambero-Serrano MI, Irurzun-Zuazabal E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. Rev Calid Asist. [Internet]. 2015 [citado 26 de diciembre de 2023];30(5):220-5. Disponible en: [10.1016/j.cali.2015.04.007](https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.007)
28. Coulter A. Patient engagement: what works? J Ambul Care Manage [Internet]. 2012 [citado 26 de diciembre de 2023];35(2):80-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e318249e0fd>
29. Christiaans-Dingelhoff I, Smits M, Zwaan L, Lubberding S, van der Wal G, Wagner C. To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? BMC Health Serv Res. [Internet]. 2011 [citado 26 de diciembre de 2023]; 11: 49. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-49>
30. Groia RCS, Costa JM, Paulo LDR, Viúdes MAA, Martins MAP, Reis AMM. Estimulo ao uso racional da varfarina: vídeo educativo como ferramenta de aprendizado. Rev APS. [Internet]. 2019 [citado 29 de diciembre de 2023]; 22(1):76-88. Disponible en: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16528/20744>
31. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Educational strategies to improve adherence to patient identification. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [citado 29 de diciembre de 2023]; 36(4):43-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>
32. Salvador PTCO, Costa TD, Gomes ATL, Assis YMS, Santos VEP. Patient safety: characterization of YouTube videos. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [citado 29 de diciembre de 2023]; 38(1):e61713. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.61713>
33. Huang H, Hwang GJ. Facilitating inpatients' family members to learn: a learning engagement promoting model to develop interactive e-book systems for patient education. J Educ Techno Soc. [Internet]. 2019 [citado 29 de diciembre de 2023]; 22(3):74-87. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/pdf/26896711.pdf>
34. Cho S, Lee E. Effects of self-education on patient safety via smartphone application for self-efficacy and safety behaviors of inpatients in Korea. Health Inform Res. [Internet]. 2021 [citado 29 de diciembre de 2023]; 27(1):48-56. Disponible en: <https://doi.org/10.4258/hir.2021.27.1.48>
35. Vieira AS, Martins MR. Importância dos recursos tecnológicos para a aprendizagem. Rev ALL. [Internet]. 2020 [citado 29 de diciembre de 2023]; 1(7):51-8. Disponible en: <https://www.allrevista.com.br/index.php/allrevista/article/view/154>
36. Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, Armitage G, Cocks K, Buckley H, et al. Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE) intervention. BMJ Qual Saf. [Internet]. 2017 [citado 29 de diciembre de 2023]; 26(8):622-31. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005570>
37. Schwappach DLB, Frank O, Buschmann U, Babst R. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. J Eval Clin Pract. [Internet]. 2013 [citado 29 de diciembre de 2023]; 19(2):285-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01820.x>
38. Radecki B, Keen A, Miller J, McClure JK, Kara A. Innovating fall safety: engaging patients as expert. J Nurs Care Qual. [Internet]. 2020 [citado 29 de diciembre de 2023]; 35(3):220-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000447>
39. Bianca Luiz R, Oliveira Estevam L, Guimarães Raponi MB, Marques dos Santos Felix M, Helena Barbosa M. Eficacia de las estrategias educativas en la participación del paciente para la seguridad en la atención: una revisión sistemática. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2022 [citado 29 de diciembre de 2023]; 43(ESP). Disponible en: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngen/article/view/127052>