

Tesis Doctoral

Doctoral Dissertation

Comparación de dos estrategias educativas y sus efectos en el desarrollo de la competencia comunicativa básica en alumnos de enfermería

Comparison of the effects of two educational strategies on the development of competence in basic professional communication amongst nursing students



Universidad de Almería

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina

Doctoranda: Alda Elena Cortés Rodríguez

Director: José Manuel Hernández Padilla

Almería 2020

Agradecimientos

Quería utilizar estas primeras páginas para agradecer a todas aquellas personas que me han acompañado a lo largo de estos cinco años y me han facilitado el desarrollo de todo el trabajo que se presenta a continuación.

Me gustaría agradecer la oportunidad que me dieron inicialmente Cayetano y Pepe para comenzar este camino. Junto a ellos, tengo que agradecer enormemente el tiempo y esfuerzo dedicado por parte del que finalmente se convirtió en mi director de tesis. José Manuel, muchas gracias por permitirme completar el proyecto que planteamos desde el principio y facilitarme todo el proceso, que en algunas ocasiones ha sido bastante complicado.

Tengo que dar las gracias a todos los alumnos de enfermería que han colaborado en este trabajo. Gracias a su tiempo y dedicación se ha podido completar esta tesis y no puedo estar más agradecida porque siempre se mostraron dispuestos a trabajar conmigo. Del mismo modo, tengo que agradecer la colaboración de mis compañeros de departamento, especialmente a Mar y Pablo, que siempre me han aconsejado y me han ayudado cuando faltaba un poco de luz.

También quisiera agradecer a Helena y Leonel la gran acogida que me dieron en Bragança, haciendo que me sintiera como en casa durante esos tres meses que estuve por tierras portuguesas. Muito obrigada!

No puedo terminar este apartado sin dar las gracias a todas aquellas personas cercanas que, casi sin saberlo, me han estado ayudando en todo este camino.

A mis padres, Elena y Pedro, porque siempre me han alentado a trabajar y a luchar y siempre me han apoyado en cada una de las decisiones que he tomado, más allá de los resultados. Gracias por TODO. Y a Thais, porque su mera compañía me ha ayudado a animarme en los momentos más bajos.

A mi familia, abuelos, tíos y primos, y en especial a mi primo Jose. Siempre ha sido como un hermano mayor y ha sido un referente en su seriedad y responsabilidad a la hora de trabajar.

A todos mis amigos, especialmente a Carmen y Miguel. Desde el primer momento se alegraron de que empezara con este proyecto y han estado ahí para acompañarme en los días en que no todo era tan bonito. Por los cafés, las tapas y las charlas y por ser como sois. Gracias indecisos.

A Carlos. Su manera de cuestionar el mundo ha sido una guía para mí y su forma de quitarle hierro a todos los momentos tensos que han aparecido a lo largo de este tiempo, me ha dado aliento cuando más lo necesitaba. Gracias por tu compañía.

Y por último, esta tesis doctoral está dedicada a una persona que, aunque no físicamente, siempre ha estado, está y estará conmigo y que sé que está tremendamente orgullosa de todo lo que soy. Gracias abuela.

Índice

Agradecimientos	ii
Resumen.....	x
Abstract.....	xii
1. Introducción.....	1
2. Antecedentes y estado de la cuestión.....	6
2.1. Comunicación enfermera-paciente.....	6
2.1.1. Modelos aplicados sobre comunicación enfermera-paciente	8
2.1.1.1. SOLER.....	8
2.1.1.2. Procesamiento de la información social.....	10
2.1.1.3. Marco Teórico SEGUE.....	12
2.1.1.4. SAGE&THYME®	14
2.1.1.5. SURETY.....	16
2.2. Comunicación interprofesional	18
2.2.1. Modelos aplicados de comunicación interprofesional	20
2.2.1.1. La técnica SBAR.....	20
2.2.1.2. Variaciones de la técnica SBAR: ISBAR e ISBARR.....	23
2.2.1.3. I pass the baton	24
2.2.1.4. SIBR.....	27
2.2.1.5. Modelo 4S.....	29
2.3. Problemas de comunicación en enfermería	30
2.4. Enseñanza-aprendizaje de comunicación en enfermería.....	35
2.4.1. Competencia	36
2.4.2. Evaluación de la competencia comunicativa.....	39
2.4.3. Estrategias educativas	44
2.4.3.1. Simulación con paciente estandarizado	47
2.4.3.2. Role-play.....	49
3. Marco teórico.....	52
3.1. Comunicación: nociones teóricas fundamentales.....	52

3.1.1.	Modelos explicativos de la comunicación.....	53
3.1.2.	Elementos básicos de la comunicación.....	58
3.1.3.	Elementos no verbales de la comunicación.....	59
3.1.4.	El proceso de comunicación.....	63
3.2.	Comunicación en enfermería.....	66
3.2.1.	Teorías sobre relación de ayuda y comunicación enfermera-paciente.....	67
3.2.1.1.	Teoría de las relaciones interpersonales en enfermería de Peplau.....	67
3.2.1.2.	Terapia centrada en el paciente de Carl Rogers.....	69
3.2.1.3.	Teoría de relación de ayuda de Carkhuff.....	71
3.2.1.4.	Teoría humanística de comunicación enfermera de Battey.....	73
3.2.1.5.	Teoría de la disciplina del proceso de enfermería de Orlando.....	74
3.2.2.	Comunicación interprofesional.....	76
4.	Objetivos.....	79
5.	Metodología.....	80
5.1.	Metodología para el diseño y evaluación psicométrica de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa.....	80
5.1.1.	Diseño.....	80
5.1.2.	Participantes.....	80
5.1.3.	Consideraciones éticas.....	81
5.1.4.	Metodología para el diseño y la evaluación psicométrica del test CHBC.....	81
5.1.4.1.	Procedimiento de creación y desarrollo.....	81
5.1.4.2.	Análisis de los datos.....	82
5.1.4.2.1.	Fase de validación con expertos.....	83
5.1.4.2.2.	Fase de validación con sujetos.....	83
5.1.5.	Metodología para el diseño y evaluación psicométrica de la batería EAHBC.....	85
5.1.5.1.	Procedimiento de creación y desarrollo.....	85
5.1.5.2.	Análisis de los datos.....	86
5.1.5.2.1.	Fase de validación con expertos.....	86
5.1.5.2.2.	Fase de pilotaje con sujetos.....	86

5.1.5.2.3.	Fase de validación final con sujetos	88
5.1.6.	Metodología para el diseño y la evaluación psicométrica del THBC	90
5.1.6.1.	Procedimiento de creación y desarrollo.....	90
5.1.6.2.	Análisis de los datos.....	91
5.1.6.2.1.	Fase de validación con expertos	91
5.1.6.2.2.	Fase de validación con sujetos.....	91
5.2.	Metodología para el estudio de los efectos de dos intervenciones educativas en la competencia comunicativa	93
5.2.1.	Diseño.....	93
5.2.2.	Configuración del estudio y aspectos éticos	93
5.2.2.1.	Consideraciones éticas.....	93
5.2.2.2.	Participantes y tamaño de la muestra	94
5.2.2.3.	Aleatorización e intervención	95
5.2.2.4.	Recogida de datos y resultados medidos	97
5.2.2.5.	Análisis de los datos	97
6.	Resultados.....	99
6.1.	Diseño y evaluación psicométrica de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa	99
6.1.1.	Diseño y evaluación psicométrica del test CHBC.....	99
6.1.1.1.	Fase de validación con expertos	99
6.1.1.1.1.	Características de los expertos	99
6.1.1.1.2.	Validez de contenido.....	99
6.1.1.2.	Fase de validación con sujetos.....	100
6.1.1.2.1.	Características de la muestra	100
6.1.1.2.2.	Análisis de validez.....	101
6.1.2.	Diseño y evaluación psicométrica de la batería EAHBC	103
6.1.2.1.	Fase de validación con expertos	103
6.1.2.1.1.	Características de los expertos	103
6.1.2.1.2.	Validez de contenido.....	104

6.1.2.2.	Fase de pilotaje con sujetos	105
6.1.2.2.1.	Características de la muestra	105
6.1.2.2.2.	Análisis de fiabilidad.....	106
6.1.2.2.3.	Análisis de legibilidad y comprensibilidad	108
6.1.2.3.	Fase de validación final con sujetos.....	108
6.1.2.3.1.	Características de la muestra	108
6.1.2.3.2.	Análisis de legibilidad y comprensibilidad	108
6.1.2.3.3.	Análisis de fiabilidad.....	109
6.1.2.3.4.	Análisis de validez.....	111
6.1.3.	Diseño y validación psicométrica del THBC	113
6.1.3.1.	Fase de validación con expertos	113
6.1.3.1.1.	Características de los expertos	113
6.1.3.1.2.	Validez de contenido.....	113
6.1.3.2.	Fase de validación con sujetos.....	115
6.1.3.2.1.	Características de la muestra	115
6.1.3.2.2.	Análisis de fiabilidad.....	115
6.1.3.2.3.	Análisis de validez.....	117
6.2.	Estudio de los efectos de dos intervenciones educativas en la competencia comunicativa.....	118
6.2.1.	Características de la muestra.....	118
6.2.2.	Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación centrada en el paciente	119
6.2.3.	Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación interprofesional.....	122
7.	Discusión.....	126
7.1.	Diseño y evaluación psicométrica de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa	126
7.1.1.	Diseño y evaluación psicométrica del test CHBC.....	126
7.1.2.	Diseño y evaluación psicométrica de la batería EAHBC	128
7.1.3.	Diseño y evaluación psicométrica del THBC	130

7.1.4.	Limitaciones del diseño y evaluación psicométrica de las herramientas ...	132
7.2.	Estudio de los efectos de dos intervenciones educativas en la competencia comunicativa.....	133
7.2.1.	Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación centrada en el paciente	133
7.2.2.	Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación interprofesional.....	144
7.2.3.	Limitaciones del estudio de las dos intervenciones educativas.....	156
8.	Conclusiones	158
9.	Conclusions.....	160
10.	Anexos.....	162
10.1.	Anexo 1. Documento de aprobación Comisión Ética e Investigación	163
10.2.	Anexo 2. Hoja informativa y consentimiento informado para la validación de las escalas.....	164
10.3.	Anexo 3. Hoja informativa y consentimiento informado para la intervención educativa	166
10.4.	Anexo 4. Material de lectura aportado en la intervención	168
10.5.	Anexo 5. Escenarios para el trabajo en el GPE de la comunicación centrada en el paciente	187
10.6.	Anexo 6. Casos para el trabajo en el GRP de la comunicación centrada en el paciente	191
10.7.	Anexo 7. Escenarios para el trabajo en el GPE de la comunicación interprofesional.....	196
10.8.	Anexo 8. Casos para el trabajo en el GRP de la comunicación interprofesional	205
10.9.	Anexo 9. Preguntas definitivas del CHBC.....	212
	Referencias bibliográficas	217

Resumen

La enfermería se considera parte integral del sistema de atención de salud y se concibe como una profesión que abarca cuidados de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad. Para el desarrollo de esta profesión, los enfermeros han de recibir una formación específica a nivel teórico y clínico que en nuestro país está enmarcada dentro del Espacio Europeo de Educación Superior. Así, en este marco educativo se apuesta por el aprendizaje basado en competencias y dentro de las competencias imprescindibles de enfermería, destaca la competencia comunicativa. La comunicación busca la creación de vínculos significativos con los pacientes, así como el trabajo multidisciplinar para aportar un cuidado seguro y de calidad. Para ello los enfermeros han de contar con conocimientos, habilidades y confianza suficientes. Sin embargo, los estudiantes de enfermería parecen tener problemas en el trabajo de la comunicación, llegando a presentarse dificultades cuando ejercen la profesión. Así, para favorecer el aprendizaje, en los últimos años se está apostando por metodologías que se centran en el estudiante, como el *role-play* y el uso de pacientes estandarizados.

Por tanto, la idea principal de esta tesis doctoral fue comparar la eficacia de estas dos estrategias educativas en la consecución de la competencia comunicativa. Sin embargo, dada la inexistencia de herramientas validadas que permitieran medir esta competencia en todos sus dominios, la tesis tuvo que estructurarse en dos bloques: un bloque de elaboración y validación de herramientas de evaluación y un segundo bloque de aplicación de las intervenciones educativas.

Para la primera parte se planteó un diseño observacional y transversal con una muestra de 365 estudiantes de enfermería de la UAL y 17 expertos universitarios en comunicación. Para la validación de la herramienta de conocimientos se realizó una validación de contenido por expertos y una medición de la validez de los ítems y la validez de constructo por alumnos. Para la herramienta de autoeficacia, se planteó una validación del contenido por expertos; una validación piloto para medir fiabilidad; y una validación final para valorar fiabilidad y validez de contenido, de criterio y de constructo por parte de los alumnos. La tercera herramienta fue validada por expertos a nivel de contenido y por estudiantes a nivel de fiabilidad, validez de contenido y de constructo. Los resultados obtenidos fueron positivos en relación a la fiabilidad y la validez de todas las herramientas, de forma que contaron con excelentes características psicométricas para la valoración de la competencia comunicativa.

En cuanto a la segunda parte, se utilizó un diseño de ensayo clínico aleatorizado con 126 estudiantes divididos aleatoriamente en dos grupos de intervención: *role-play* y paciente estandarizado. Recibieron formación teórica sobre comunicación con el paciente y comunicación interprofesional, y visualizaron interacciones reales realizadas por actores. Tras esto, el grupo *role-play* tuvo que utilizar esta técnica en pequeños grupos para resolver casos prácticos. Mientras que en el grupo paciente estandarizado se desarrollaba una interacción con un actor que hacía de paciente o de médico, para practicar los contenidos trabajados. Para conocer la eficacia de las intervenciones se evaluaron los dominios de conocimiento, habilidad y actitud en tres momentos diferentes. Con estos datos se calculó el número de estudiantes que alcanzaron tasas de éxito y se llevaron a cabo comparaciones entre las mediciones realizadas, así como entre los resultados de los grupos en las tres mediciones. Los resultados mostraron que las tasas de éxito mejoraban de forma significativa tras ambas intervenciones. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de trabajo. Por ello, no es posible determinar cuál de las estrategias utilizadas es la más adecuada para la enseñanza de la competencia comunicativa.

Abstract

Nursing is an important component of health care system and it encompasses health promotion care, disease prevention and disease treatment. In order to get a complete education, nurses have to receive specific theoretical and clinical training. In our country this education is framed within the European Higher Education Area which bet on a competency-based learning. Nursing is based on several essential competences among which communicative competence stands out. Communication seeks to create meaningful relationships with patients, as well as with healthcare professionals in order to provide a safe care. To that end, nurses must have sufficient knowledge, skills and confidence on communication. However, nursing students seem to experience difficulties communicating, and these problems arise when they become professional nurses. Thus, in order to promote a better learning on this competence, in recent years educational programs have applied methodologies that focus on the student, such as role-play and the use of standardized patients.

Therefore, the main idea of this doctoral dissertation was to compare the effectiveness of these two educational strategies in achieving communicative competence. However, a literature review showed that there weren't validated tools to measure this competence in all its domains. Because of that, the dissertation is structured in two sections: a section to present the development and validation of three assessment tools and a second section to present the application of educational interventions.

For the first section, an observational and cross-sectional design was proposed with a sample of 365 nursing students from UAL and 17 university communication experts. For the validation of the knowledge tool, a content validation was carried out by experts and the validity of the items and the structure validity were assessed by students. For the self-efficacy tool, three steps were proposed: an expert content validation; a pilot validation to measure reliability; and a final validation by students to assess reliability and content, criteria and structure validity. The third tool was validated by experts who assessed the content validity and by students who evaluated the reliability, the content validity and the construct validity. The results obtained were positive in terms of reliability and validity for the three tools, so they had excellent psychometric characteristics for the assessment of communicative competence.

For the second section, a randomized clinical trial design was used with 126 students randomly divided into two intervention groups: role-play and standardized patient. They received a theoretical training on communication with patients and other healthcare

providers, and they visualized real interactions carried out by actors. After this, the role-play group had to use this technique in small groups to solve practical cases. While in the standardized patient group, an interaction was developed with an actor who played a role as a patient or a doctor, in order to practice the theoretical training. The domains of knowledge, ability and attitude were evaluated at three different moments to assess the efficacy of both interventions. Thereby, the number of students achieving success rates was calculated and comparisons were made between the measurements, as well as between the results of the groups. The results showed that the success rates improved significantly after both interventions. However, no significant differences were found between the two groups. Therefore, it is not possible to determine which of the strategies used is the most appropriate for teaching the communicative competence.

1. Introducción

La enfermería es una profesión sanitaria que ha adquirido una gran relevancia en la asistencia integral e individual de las personas en nuestra sociedad. Se trata de una profesión que requiere de un gran número de recursos para poder dar respuesta a las necesidades que presentan los pacientes. Estos recursos proceden tanto de una formación asistencial muy definida, como de una disposición personal para ayudar a personas que están sufriendo situaciones de vulnerabilidad. Todo esto hace que la enfermería se erija como una profesión compleja, a veces parcialmente desconocida, y totalmente necesaria en el ámbito sanitario.

A lo largo de los años la profesión enfermera ha ido asentando sus bases y definiendo de forma concreta su ámbito de trabajo y sus características diferenciales. Así, actualmente la enfermería se considera como parte integral del sistema de atención de salud y se concibe como una profesión que abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos (ICN, 2002). Esta profesión incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de aquellas personas que padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales o que cuentan con necesidades diferentes, independientemente del ámbito en que se encuentren (ICN, 2002).

Para el desarrollo de esta profesión, los enfermeros han de recibir una formación específica, actualmente establecida en cuatro años de estudios universitarios, y que incluye formación teórica y formación clínica. En lo que respecta a la formación teórica, se entiende como aquella formación por medio de la cual los estudiantes adquieren los conocimientos, la comprensión y las competencias profesionales necesarios para organizar, prestar y evaluar los cuidados sanitarios generales (Parlamento Europeo & Consejo de la Unión Europea, 2005). Por otro lado, la formación clínica se entiende como aquella formación que aporta al estudiante un aprendizaje dentro de un equipo y en contacto directo con la persona sana o enferma o una comunidad, para organizar, prestar y evaluar los cuidados integrales de enfermería requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos (Parlamento Europeo & Consejo de la Unión Europea, 2005).

En nuestro país, esta formación se encuentra enmarcada dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), el cual ha supuesto una transformación de la estructura de las enseñanzas y, lo más importante, un cambio profundo del modelo formativo (Rodríguez-Izquierdo, 2014). Así, dentro de este espacio se apuesta por el aprendizaje basado en competencias, el trabajo autónomo del estudiante, el refuerzo de las tutorías académicas y

sistemas de evaluación en que el estudiante es el protagonista (Rodríguez-Izquierdo, 2014). La competencia implica un saber hacer complejo resultado de la integración de conocimientos, habilidades y actitudes, los cuales han de ser utilizados eficazmente en diferentes situaciones (Rodríguez-Izquierdo, 2014). Así, en enfermería se han definido competencias genéricas, transversales y específicas de la profesión. La finalidad es que los estudiantes adquieran una formación general para poder aplicarla en el ámbito profesional, pero que también adquieran competencias dirigidas al crecimiento personal y profesional, como la capacidad de resolver problemas, la capacidad de autocrítica o la comunicación.

Dentro de este amplio abanico de competencias que se consideran imprescindibles para el desarrollo de la profesión enfermera, destaca la competencia comunicativa. La comunicación efectiva es uno de los aspectos básicos del trabajo enfermero que busca la creación de vínculos significativos para que los pacientes y los enfermeros puedan intercambiar información y así los propios pacientes puedan participar en su cuidado (Davis, 2014). La comunicación incluye un proceso bidireccional estrictamente necesario para la comprensión y la creación de una relación de ayuda entre enfermero y paciente y por ende, para poder centrar el cuidado en el mismo y dar respuesta a las necesidades con que se encuentra (Davis, 2014). Pero más allá de esto, la competencia comunicativa también incluye el trabajo con otros profesionales, siendo un elemento vital en la seguridad y en la aportación de un cuidado de calidad (Davis, 2014). Así, la comunicación interprofesional se entiende como la cooperación, colaboración y comunicación entre los integrantes del equipo de salud, constituyendo el eje del cuidado continuado y eficaz de los pacientes (Davis, 2014).

De esta forma, el trabajo de la competencia comunicativa es un aspecto fundamental dentro de la formación enfermera y se ha visto enriquecido con el desarrollo del EEES. En este ámbito se apuesta por un aprendizaje constructivista, en el que se requiere un cambio en las metodologías educativas que se han aplicado tradicionalmente, para pasar al uso de metodologías centradas en el estudiante (Rodríguez-Izquierdo, 2014). Así, tanto en la enseñanza como en los sistemas de evaluación, el alumnado se transforma en agente activo y todo se convierte en un proceso que tiene en cuenta el trabajo personal (Rodríguez-Izquierdo, 2014). Si bien, para poder llevar a cabo este tipo de enseñanza, ha sido necesario hacer uso de una mayor diversidad de recursos de carácter innovador, tanto materiales como humanos, que se traducen en estrategias educativas focalizadas en el alumno.

Partiendo de estos planteamientos, se ha hecho uso de diferentes metodologías educativas. Una de las primeras estrategias utilizadas para potenciar el protagonismo del alumnado en el trabajo de la competencia comunicativa ha sido la realización de seminarios en los que se

integran teoría y práctica mediante el planteamiento de situaciones clínicas y el aprendizaje basado en problemas. Si bien es cierto, esta estrategia se planteó al inicio de esta nueva perspectiva educativa, pero pronto dio paso a otras metodologías de mayor interés y que están adquiriendo mayor relevancia en enfermería. Así, una apuesta de mayor envergadura ha sido el uso de una estrategia ampliamente conocida como es el *role-play*, incluyendo su grabación, para simular situaciones de comunicación con pacientes y otros profesionales. Esta estrategia se fundamenta en el establecimiento de grupos pequeños de estudiantes que han de asumir una serie de roles dentro de un escenario dado, con el fin de interactuar entre ellos y aprender y mostrar las habilidades comunicativas. Por otro lado, en los últimos años se ha planteado el uso de lo que se ha conocido como pacientes estandarizados. Esta estrategia se fundamenta en que el alumno en su papel de enfermero ha de trabajar con un actor que ha preparado una determinada situación como si fuera un paciente real. De este modo el estudiante tiene un trabajo activo y el planteamiento de estas situaciones reales ayuda en la integración de los conocimientos adquiridos y las habilidades desarrolladas, teniendo en cuenta en todo momento la actitud del estudiante hacia las personas con las que interactúa.

Todas estas estrategias forman parte de este nuevo planteamiento de enseñanza-aprendizaje, el cual parece mostrar una situación más favorecedora para la adquisición de la competencia comunicativa, dada la complejidad de la misma. Si bien es cierto, los estudiantes de enfermería parecen seguir teniendo dificultades en el trabajo de esta competencia, llegando a presentarse estos problemas cuando ejercen la profesión. Debido a esto, en los últimos años se está trabajando desde diferentes ámbitos para mejorar esta situación. Así, enfermeros y docentes están intentando mejorar los contenidos impartidos acerca de habilidades de comunicación en la formación enfermera, así como las estrategias para enseñar estas habilidades. De hecho, en la propia Universidad de Almería se han realizado trabajos para conocer el nivel de competencia comunicativa de los estudiantes de enfermería y el modo de trabajo de la misma (Hernández-Padilla, 2012). De este modo, la observación de las dificultades referidas por los estudiantes así como la toma de contacto con trabajos que giran en torno a la enseñanza de la competencia comunicativa, han dado lugar al planteamiento de esta tesis doctoral para intentar mejorar la formación enfermera y ayudar en el ejercicio de esta profesión.

Por lo tanto, la idea principal de esta tesis doctoral fue realizar una comparativa entre dos de las metodologías activas que se están utilizando actualmente, *role-play* y paciente estandarizado, y comprobar cuál de ellas es más eficaz para el trabajo de las habilidades de comunicación en nuestro ámbito educativo. Si bien, una vez inmersos en este campo, se hizo

evidente que, además de no estar muy bien definidos los contenidos a trabajar a nivel conceptual, procedimental y actitudinal de la competencia comunicativa, no existían herramientas para evaluar la misma. Es por ello que esta tesis finalmente presenta dos partes bien diferenciadas: la creación de herramientas de evaluación de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería y la aplicación y comparación de estrategias educativas centradas en el estudiante para conocer cuál se adapta mejor a nuestro contexto educativo.

De este modo, tras esta breve introducción que permite situar el eje principal de esta tesis doctoral, se presenta una revisión de la bibliografía publicada en este campo que tiene como finalidad conocer el estado de la cuestión y recoger la investigación más relevante que ha permitido definir la competencia comunicativa en enfermería. Así, se pretende explicar el papel que tiene la comunicación en enfermería que, como se ha hecho evidente, se constituye como un pilar básico de la profesión a nivel de comunicación enfermera-paciente y de comunicación interprofesional. Para ello se han recogido modelos y técnicas aplicadas que se han desarrollado para poder trabajar la comunicación en estos niveles. Junto a estas ideas básicas, se presentan las principales barreras y dificultades que refieren los estudiantes y los profesionales de enfermería a la hora de comunicarse y que permiten entender la evolución del trabajo de esta competencia y la necesidad del estudio del proceso de enseñanza-aprendizaje de la misma. Tras esto, se hace un breve recorrido por este proceso, presentando la definición y características de lo que se entiende como competencia, las herramientas existentes para la evaluación de la competencia comunicativa en concreto y las estrategias educativas que se están utilizando actualmente para trabajar la misma.

Una vez definido el estado de la cuestión, el siguiente apartado recogido hace referencia a los antecedentes dentro de este campo de enfermería por lo que se desarrolla el marco teórico en que se ha fundamentado esta tesis doctoral. Así, en este apartado se pretende explicar de forma clara y sencilla los conceptos básicos de comunicación. Para ello se recogen los principales modelos explicativos que se han planteado a lo largo de los años, para definir de manera concreta todos los elementos que constituyen el proceso comunicativo, tanto verbales como no verbales. Junto a esto, se hace un recorrido por las teorías enfermeras que recogen la comunicación como un factor fundamental de la profesión y que tratan de definir y explicar las habilidades necesarias en la comunicación enfermera-paciente. Además, se realiza una revisión de aquellos elementos teóricos en que se fundamenta la comunicación interprofesional que constituye otro de los pilares fundamentales de la competencia comunicativa en enfermería.

Tras estos apartados que permiten situar el trabajo desarrollado en esta tesis doctoral, se recogen los objetivos de la misma, para pasar seguidamente a la metodología planteada. Como se ha comentado previamente, la tesis está estructurada en dos bloques: un bloque de elaboración y validación de herramientas de evaluación, que cuenta con una metodología muy concreta de validación estadística; y un segundo bloque de aplicación de intervenciones educativas, en el que se pretende conocer la influencia de estas intervenciones en la adquisición de la competencia comunicativa. En este apartado de metodología se recoge la muestra con que se ha trabajado en ambos bloques, los procedimientos seguidos tanto para la elaboración de herramientas como para la aplicación de las intervenciones y las variables, instrumentos y análisis estadísticos realizados en la validación y en la valoración de resultados de la competencia comunicativa. Una vez planteada la metodología, se presentan los resultados obtenidos en ambos bloques. Así, se recoge el trabajo elaborado en la validación de las escalas creadas para la evaluación de la competencia comunicativa, así como los resultados obtenidos tras la intervención con dos estrategias educativas diferentes, evaluadas a partir de las escalas previamente validadas.

Para terminar, se plantea un apartado de discusión que permite contextualizar el trabajo realizado en esta tesis doctoral, conociendo las limitaciones del mismo, las implicaciones prácticas y la relación con otros trabajos que se están realizando en la actualidad en esta área de trabajo enfermero. Además, en este apartado se recogen futuras líneas de investigación que van a permitir seguir mejorando las dificultades existentes y van a favorecer la enseñanza de la profesión enfermera. A todo esto se suman las principales conclusiones recogidas tras la elaboración y análisis de todo este trabajo.

2. Antecedentes y estado de la cuestión

Las habilidades de comunicación se han definido como la base fundamental para el desarrollo del trabajo enfermero (Peplau, 1997). Esto se debe a que la profesión enfermera se fundamenta tanto en el establecimiento de una relación terapéutica con los pacientes (McCabe, 2004), como en una comunicación eficaz dentro de un equipo interdisciplinar que colabora para aportar un cuidado integral (Rosen & Pronovost, 2014). Así, en este apartado se pretende realizar una revisión de la bibliografía existente en torno a estas habilidades, para lo que se han recogido de forma justificada los beneficios asociados a una buena comunicación tanto con los pacientes como con otros profesionales, así como los modelos aplicados que se han desarrollado en los últimos años para el trabajo de las mismas. Tras esto, se ha llevado a cabo un análisis de los principales problemas que presentan los estudiantes y los profesionales de enfermería a la hora de implementar la competencia comunicativa, para pasar a conocer el modo en que se trabaja esta competencia durante el proceso de enseñanza-aprendizaje implantado actualmente. Junto a ello, se ha realizado una revisión de las herramientas de evaluación existentes actualmente para la valoración de esta competencia, así como de las principales estrategias educativas que se están aplicando en la enseñanza universitaria del grado en enfermería.

2.1. Comunicación enfermera-paciente

Las habilidades de comunicación son fundamentales para todos los miembros del equipo de salud, incluyendo a los profesionales de enfermería, por lo que se deben utilizar en cada uno de los encuentros que se establecen con los pacientes (Nishizawa et al., 2006; Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, Akpor & Moleki, 2017; De Góes, Aredes, Hará, Fonseca & Campbell, 2017; Pazar, Demiralp & Erer, 2017; Pereira & Puggina, 2017). El uso de una comunicación adecuada puede tener efectos positivos en estos pacientes, los cuales se encuentran en situaciones de estrés y ansiedad derivadas de su estado de salud (Pazar et al., 2017).

El establecimiento de una comunicación terapéutica tiene como objetivos desarrollar una buena relación con los pacientes y los familiares (McCabe, 2004; Dunne, 2005) así como fomentar un ambiente de comprensión, compasión y empatía (Tay, Ang & Hegney, 2012; MacLean, Kelly, Geddes & Della, 2017). Esto asegura una mayor claridad a la hora de prestar los cuidados pues permite a los pacientes entender sus problemas y el tratamiento que les aportan (Pereira & Puggina, 2017). Más allá, esta relación terapéutica contribuye a una mayor seguridad al paciente al reducir errores médicos (Claramita, Tuah, Riskione, Prabandari & Effendy, 2016; MacLean et al., 2017).

Los cuidados se elaboran a partir de los hechos que comunican y que se observan en los pacientes y sus familias (Van-der Hofstadt, Quiles & Quiles, 2006). Esto permite a los profesionales tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción que han de tener del paciente (Van-der Hofstadt et al., 2006). Así, el profesional busca ante todo ayudar al mismo a que relate los hechos de su vida, a explorar con él las circunstancias que le han llevado a sus problemas de salud y, en la medida de lo posible, a resolver con él sus complicaciones (Van-der Hofstadt et al., 2006).

El establecimiento de una comunicación eficaz es necesario en todos los ámbitos y servicios en que enfermería desempeña su trabajo. Si bien es cierto, adquiere una mayor relevancia en servicios en que las circunstancias propias de los pacientes hacen la comunicación más desafiante o aún más necesaria para favorecer el bienestar de los mismos (Turkelson, Aebersold, Redman & Tschannen, 2017). Así, servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), oncología o pediatría son áreas en que los enfermeros han de contar con un buen nivel de habilidades de comunicación para poder realizar un buen trabajo (Fallowfield, Saul y Gilligan, 2001; Song, Choi & Son, 2017).

Una buena comunicación con los pacientes se ha asociado con una mayor satisfacción derivada principalmente del establecimiento de una buena relación con el profesional de enfermería (Brown et al., 2011; Fisher & Broome, 2011; Hernández-Padilla, 2012; Claramita et al., 2016). Más allá de la propia satisfacción, se ha observado que una comunicación eficaz está relacionada con mejores resultados de salud (Williams & Irurita, 2004; Botti et al., 2006; Sheldon, Barrett & Ellington, 2006; Towers, 2007), mayor adherencia al tratamiento, menos errores en la aplicación del mismo (Yoo & Chae, 2011) y menor riesgo de malas prácticas que puedan terminar en problemas legales (Brown et al., 2010; Claramita et al., 2016).

Además, los pacientes perciben una mayor calidad de sus cuidados (McCabe, 2004; Dunne, 2005; Tay et al., 2012; Karlsen, Kristin & Lise, 2017) y los enfermeros son capaces de explicar adecuadamente las cuestiones relacionadas con su trabajo, así como de establecer confianza con los pacientes y tranquilizarlos ante su situación para poder implementar el tratamiento correcto (Nishizawa et al., 2006; Brown et al., 2010; Ammentorp Kofoed & Laulund, 2011; Baghcheghi, Koohestani & Rezaei, 2011). Todo esto puede derivar en estancias hospitalarias más cortas, con las consecuencias económicas que ello conlleva (Tschannen & Kalish, 2009).

En la UCI se ha observado que una buena comunicación puede afectar a la colaboración de pacientes y familiares en el tratamiento, así como en la recuperación (Song, et al., 2017). En

este servicio la comunicación de los pacientes puede estar seriamente comprometida lo cual les lleva a experimentar sentimientos de ansiedad, ira y pánico, de forma que la interacción con los profesionales de salud puede tornarse muy complicada (Song et al., 2017). De este modo, las habilidades de comunicación de los enfermeros pueden tener un gran impacto en los resultados de salud y pueden disminuir las complicaciones (Song et al., 2017).

Por el contrario, en general, la falta de habilidades de comunicación deriva en problemas con los pacientes y con otros profesionales (Marin & León, 2001). Así, una comunicación ineficaz puede producir insatisfacción en los pacientes o falta de adherencia al tratamiento por parte de los mismos (Marin & León, 2001; Lin, Chen, Chao & Chen, 2013; MacLean, Kelly, Geddes & Della, 2018). Además, la falta de interacción con los profesionales de la salud lleva a una desinformación sobre la enfermedad, lo cual provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento a lo que se suma que no se adoptan medidas y estrategias preventivas por parte del usuario (Marin & León, 2001; Baghcheghi et al., 2011; Nørgaard, Ammentorp, Kyvik, Kristiansen & Kofoed, 2011; Lin et al., 2013). Por último, se ha observado que una pobre comunicación puede llevar a resultados en materia de salud negativos, e incluso la muerte (Brown et al., 2010; Curtis, Tzannes & Rudge, 2011; Lin et al., 2013).

2.1.1. Modelos aplicados sobre comunicación enfermera-paciente

Como se puede observar, la evidencia demuestra la relevancia que tiene el adecuado establecimiento de una comunicación enfermera-paciente. Esto ha dado lugar al desarrollo de diferentes modelos aplicados cuya pretensión es la correcta definición de las habilidades de comunicación básicas en la relación enfermera-paciente y la aportación de recursos para poder aprender y poner en práctica todas estas habilidades. El objetivo de todos estos modelos es la consecución de todos los resultados positivos que se ha demostrado que aporta una buena comunicación y evitar la aparición de problemas tanto en los pacientes como en los propios profesionales de enfermería.

2.1.1.1. SOLER

El modelo SOLER fue desarrollado por Gerard Egan en 1975 como parte de su trabajo acerca de las habilidades fundamentales que ha de poseer una persona que asume un papel de ayuda. Dentro de este trabajo, este autor recoge una serie de habilidades relacionadas con la comunicación no verbal que considera básicas para relacionarse con los pacientes.

SOLER es un acrónimo en el que se resumen estas habilidades con el fin de que el profesional de la salud sintonice adecuadamente con su paciente y sea capaz de mostrar empatía y un buen nivel de escucha (Egan, 2014). De este modo, el acrónimo SOLER hace referencia a:

- *S: 'Face the client Squarely'* (Mirar al paciente directamente). Esta primera habilidad hace referencia a que es preciso adoptar una postura que muestre la implicación del profesional. Así, para que esto se perciba, la persona ha de dirigirse directamente al paciente, para que éste entienda que está disponible para él. Este autor entiende que si giras tu cuerpo para realizar otras acciones mientras que estás hablando con el paciente, el contacto se ve reducido y puede ser percibido de forma negativa. Por tanto, esta habilidad consiste fundamentalmente en orientar el cuerpo hacia el paciente de forma que evidencie que el profesional está comprometido con el mismo. Es importante tener en cuenta que una posición demasiado directa puede ser percibida como amenazante por algunos pacientes, por lo que posicionarse un poco de lado también es aceptado.
- *O: 'Adopt an Open posture'* (Adoptar una postura abierta). Una postura abierta hacia el paciente suele ser indicativo de disponibilidad y de apertura a lo que el paciente quiera expresar. Al hablar de una postura abierta se hace referencia tanto metafóricamente hablando, es decir, haciendo saber que estás ahí, como literalmente, pues una postura de brazos cruzados y piernas cruzadas suele estar asociada a poca disponibilidad por parte del profesional de la salud. De este modo, es importante ser consciente de la postura que se adopta y valorar si está mostrando disponibilidad o, por el contrario, supone un bloqueo en la comunicación con el paciente.
- *L: 'Remember that it is posible at times to Lean toward the other'* (Recordar que a veces es posible inclinarse hacia el paciente). La postura que se establece para con el paciente es un mensaje importante acerca de la disponibilidad del profesional. Así, en nuestra cultura, las personas que quieren mostrar cercanía y disponibilidad tienden a inclinarse ligeramente hacia los pacientes, dejando ver así su compromiso. En cambio, las personas que tienden a inclinarse hacia atrás cuando otra persona se acerca o aquellas que se inclinan excesivamente hacia la persona que tienen delante, mandan un mensaje de poca disponibilidad y falta de empatía y respeto hacia el espacio personal del que tienen delante. Se puede decir que esta flexibilidad corporal que permite la inclinación hacia la otra persona es un ejemplo de flexibilidad mental.
- *E: 'Maintain good Eye contact'* (Mantener buen contacto visual). Otra forma de mostrar disponibilidad e interés hacia la persona es el mantenimiento de contacto visual durante la interacción. De nuevo, en nuestra cultura se entiende como una forma natural de mostrar respeto y empatía hacia la persona con que se está

hablando. Es importante no caer en el error de mantener una mirada constante pues puede incomodar al paciente y puede ser interpretado como un interés poco real. Del mismo modo, retirar la mirada de forma frecuente es un signo de falta de interés y cercanía, lo cual puede perjudicar la relación con el paciente.

- R: *'Try to be relatively Relaxed or natural in these behaviors'* (Tratar de mostrarse tranquilo y con comportamientos naturales). Para realizar de un modo natural y eficaz las habilidades expuestas anteriormente, es importante que el profesional de la salud no se muestre inquieto y/o realice gestos faciales que impliquen incomodidad o distracción. Además, la persona ha de sentirse cómoda y relajada a la hora de hacer uso de su lenguaje corporal y ha de utilizar su cuerpo como vehículo para establecer un buen contacto con el paciente.

Este modelo es importante para la comunicación enfermera-paciente pues establece una serie de habilidades básicas centradas en la comunicación no verbal, la cual suele estar subestimada en otros modelos. Si bien, aunque se explica de manera general el modo en que deben aplicarse, el modelo no establece líneas específicas para el entrenamiento y desarrollo de estas habilidades y algunas directrices resultan estáticas y poco naturales en la relación con el paciente (Stickley, 2011). Además, no hay ningún trabajo publicado en que se haya aplicado este modelo en el trabajo de comunicación con el paciente, por lo que su eficacia y satisfacción en la aplicación no han sido medidas.

2.1.1.2. Procesamiento de la información social

El modelo teórico de procesamiento de la información social de Crick y Dodge fue planteado en 1994 y sienta unas bases claras para poder aplicarlo en la relación enfermera-paciente, es por ello que se incluye en este apartado. Este modelo teórico de procesamiento de la información social surge en el marco de la psicología del desarrollo, pero los constructos básicos del mismo son aplicables al proceso de comunicación entre enfermeros y pacientes (Sheldon & Ellington, 2008). Esto es debido a que los enfermeros deben desarrollar un nuevo rol social cuando realizan su trabajo e interactúan con los pacientes, el cual está definido por una serie de reglas y guiones que permiten el desarrollo eficaz de la comunicación e influye en los resultados de salud de los pacientes (Sheldon & Ellington, 2008).

Este modelo teórico consta de una representación circular de los procesos cognitivos y emocionales que dan lugar a las respuestas sociales (Crick & Dodge, 1994). En el centro de esta representación se encuentran las experiencias sociales en el ámbito personal y profesional, la educación formal en habilidades de comunicación recibida durante los

estudios enfermeros, las expectativas de rol y las reglas básicas de trabajo enfermero (Crick & Dodge, 1994).

Alrededor de este núcleo central, se plantean seis pasos a llevar a cabo en la interacción enfermera-paciente (Crick y Dodge, 1994):

- Codificación de señales internas y externas.
- Interpretación de las señales mediante la realización de atribuciones causales e intencionales así como otro tipo de procesos interpretativos como la evaluación del desempeño en situaciones pasadas y los logros conseguidos.
- Aclaración de objetivos, regulando la motivación.
- Construcción de las respuestas para responder a los objetivos.
- Decisión de las respuestas convenientes, para lo que es preciso hacer una evaluación de las diferentes alternativas, las expectativas de resultados y la autoeficacia de la persona.
- Realización de la respuesta elegida.

La importancia de este modelo teórico en la comunicación enfermera radica en la introducción de la autoeficacia como un componente fundamental en la respuesta del enfermero. Esta autoeficacia, definida por Bandura (1977), hace referencia a la confianza que tiene el enfermero en su capacidad para realizar cualquier tarea. Esto es importante ya que las personas que tienen una alta confianza en sus habilidades suelen tener más éxito en sus actuaciones y no tratan de evitar situaciones complicadas (Bandura, 1977).

Además, en el modelo se incluyen dos momentos de retroalimentación a la hora de interpretar las señales y de construir las respuestas, lo cual es importante ya que permite replantear las interpretaciones realizadas y adaptarse de forma eficaz a las necesidades del paciente (Crick & Dodge, 1994). Por último, se puede incluir un proceso de evaluación por pares de la acción llevada a cabo que permite aportar información relevante para mejorar futuras actuaciones (Crick & Dodge, 1994).

Si bien es cierto, con este modelo se ha pretendido abordar diferentes temáticas para entender el funcionamiento de las mismas. Así, se han publicado trabajos relacionados con relaciones sexuales en citas (Ambrose & Gross, 2016), victimización (Van Reemst, Fischer & Zwirs, 2016) y adolescentes con problemas de neurodesarrollo (Constance, 2017) con el fin de conocer el modo en que las emociones median las respuestas sociales implicadas en estas poblaciones. Más allá, en el ámbito enfermero también se ha realizado algún trabajo para conocer el modo en que estos procesos cognitivos influyen en la comunicación enfermera-paciente, observándose la relevancia del apoyo de otros compañeros a la hora

de desarrollar estas habilidades de comunicación (Sheldon & Ellington, 2008). Sin embargo, estos trabajos en el área enfermera son muy limitados y no se ha recogido ninguna publicación en que se haya aplicado este modelo.

2.1.1.3. Marco Teórico SEGUE

Junto al modelo de Crick y Dodge (1994), hace unos años se desarrolló el marco teórico SEGUE. Este modelo consiste en una guía de tareas que se aconseja seguir ante un encuentro con un paciente que cuenta con un problema o al que es preciso implantar o modificar algún tipo de intervención (Makoul, 2001).

Este modelo fue desarrollado con la ayuda de una serie de médicos generalistas de Oxford y médicos rehabilitadores de un hospital de Chicago. Consiste en una lista de 15 ítems agrupados en cinco fases que permiten tanto enseñar como evaluar y asesorar acerca del modo en que un profesional de la salud debe acercarse y establecer una relación de ayuda con el paciente. Así, Makoul (2001) planteó una serie de tareas imprescindibles:

- *Set the stage* (Preparar el encuentro)
 - Saludar al paciente adecuadamente, confirmar su identidad y presentarse ante él. Si ha habido un encuentro anterior, expresarlo.
 - Hacer un esquema de lo que se va a tratar, preguntando al paciente si quiere tratar algo en concreto y negociándolo.
 - Establecer la razón de la visita.
 - Tratar de conocer al paciente personalmente, estableciendo una conexión con él.
 - Mantener la privacidad del paciente en todo momento.
- *Elicit information* (Obtener información)
 - Preguntar al paciente su punto de vista acerca de su situación o su progreso.
 - Explorar signos y síntomas físicos, emocionales y psicosociales
 - Preguntar acerca de los tratamientos e intervenciones previas que ha seguido el paciente.
 - Preguntar acerca del modo en que influye su problema actual en su calidad de vida.
 - Preguntar sobre su estilo de vida y la forma en que previene ciertos problemas.
 - Evitar preguntas directivas que parecen afirmaciones y evitar usar preguntas cerradas.
 - Dar al paciente tiempo para hablar.
 - Escuchar de manera atenta, mirando a la cara al paciente y dando *feedback*.

- Comprobar y clarificar la información aportada por el paciente
- *Give information* (Dar información)
 - Explicar los procedimientos a realizar con el paciente, exponiendo las razones para hacerlos.
 - Explicar toda la información relativa a su situación para que el paciente pueda aprender a conocer su propio cuerpo.
 - Animar al paciente a que haga preguntas y comprobar si está entendiendo la información que se le está aportando.
 - Adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del paciente.
- *Understand the patient's perspective* (Comprender la perspectiva del paciente)
 - Reconocer los progresos del paciente y los desafíos a los que se está enfrentando.
 - Reconocer la posible espera que ha tenido que sufrir el paciente antes de comenzar el encuentro.
 - Expresar empatía y preocupación, haciendo ver que se le entiende.
 - Mantener un tono respetuoso, aunque no se esté de acuerdo con el paciente.
 - Evitar ser condescendiente, protector o maleducado.
- *End the encounter* (Finalizar el encuentro)
 - Preguntar al paciente si quiere decir algo más.
 - Revisar los pasos a seguir con el paciente.

Este marco teórico posee una gran importancia ya que operacionaliza el proceso de comunicación con el paciente, definiendo tareas claramente diferenciadas y que son fundamentales para establecer esa relación enfermera-paciente. Se trata de un marco muy bien estructurado lo cual facilita su aplicación y comprensión. Además, dadas sus características, se puede utilizar tanto para la enseñanza de estas habilidades (Makoul, 2001; Casabianca, Papadimos & Bhatt, 2008), como para la evaluación de profesionales y estudiantes (Schirmer et al., 2005; Lundberg, 2014; Casabianca, Berger, Papadimos & Capwell-Burns, 2015; Braverman, Merrell, Bruce, Makoul & Schillinger, 2016;) y para la investigación en este campo de la salud (Burns, Baylor, Dudgeon, Starks & Yorkston, 2017). De hecho, actualmente está siendo utilizado en diferentes áreas de la salud como pediatría, geriatría, oncología, programas de anestesia, etc.

Destaca el trabajo desarrollado por el propio autor del modelo. Makoul (2001) ha desarrollado un programa de enseñanza de estas habilidades con una duración de 2 años en el que revisan los conceptos básicos de la comunicación interpersonal y se explican los roles que han de asumir tanto enfermeros como pacientes. Junto a esto, trabajan cada una

de las tareas recogidas en el marco teórico para después aplicarlas en el ámbito asistencial, donde el propio marco sirve de herramienta de evaluación y aporta *feedback* a los estudiantes acerca de sus habilidades (Makoul, 2001).

Este modelo ha sido bien aceptado tanto por profesionales como por docentes en diferentes universidades americanas. Actualmente se está intentando aplicar en soporte informatizado (Assis-Hassid, Reyhav, Heart, Pliskin & Reis, 2015; Xiong, Wang, Chen, Wang & Zhang, 2019) para ampliar su aplicabilidad y también se están desarrollando algunas herramientas fundamentadas en este modelo, pero que plantean algunas modificaciones (Casabianca et al., 2015).

2.1.1.4. *SAGE&THYME*®

Otro de los modelos desarrollados y de gran aplicación es el modelo *SAGE&THYME*® de comunicación interpersonal. Este modelo fue desarrollado por trabajadores del University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust y un paciente en 2006. Recoge una estructura secuencial que guía al enfermero para que pueda aplicar un cuidado centrado en el paciente y basado en la escucha activa y en la respuesta a las preocupaciones del mismo (Connolly et al., 2014). Con esta estructura, el enfermero es capaz de escuchar, identificar y clarificar las soluciones del paciente, sin ejercer una actitud directiva (Connolly et al., 2014).

La primera parte, *SAGE*, es una guía para escuchar las preocupaciones del paciente, y la segunda parte, *THYME*, es una guía para responder a las mismas. Cada una de estas fases está a su vez dividida en una serie de pasos (Connolly et al., 2010):

- *S – Setting* (Preparar). Establecer un ambiente adecuado, asegurando la privacidad, sentando al paciente y estableciendo contacto visual con el mismo. Es importante exponer el tiempo con el que se cuenta, intentar minimizar las interrupciones y presentarse al iniciar el contacto, para que el paciente sepa las circunstancias en las que se encuentra.
- *A – Ask* (Preguntar). Realizar preguntas concretas acerca de las preocupaciones del paciente, haciendo uso de la negociación sobre todo con aquellas personas que parecen mostrar reticencia a la hora de hablar sobre ellos mismos.
- *G – Gather* (Recopilar). Identificar todas las preocupaciones del paciente, evitando quedarse únicamente con lo primero que el paciente diga, que no suele ser lo más importante, y ahondar en todas sus inquietudes. No centrarse en aconsejar, sino en recoger todas las preocupaciones, incluso realizando una lista de las mismas, preguntando al paciente si lo que se ha recogido es lo que quería decir y preguntándole en todo momento si quiere añadir algo más a lo ya dicho. Al realizar

todo esto, el paciente observa que el enfermero está interesado en lo que dice y le da tiempo para que pueda expresarse con libertad. No es necesario conocer todas las preocupaciones en profundidad sino recoger todas las existentes

- *E – Empathy* (Empatizar). Dar tiempo al paciente, mostrando tranquilidad y tratando de conocer sus emociones y preocupaciones, lo cual muestra que existe conexión con el estrés que presenta. Dar tiempo para que el paciente pueda pensar, llorar o ambos y para que pueda ver que el enfermero está interesado en lo que expresa.
- *T – Talk* (Hablar). Recordar al paciente que no está solo con sus preocupaciones y que debe acudir a aquellas personas en las que confíe para poder hablar acerca de las mismas. El paciente no tiene que estar solo y el enfermero ha de indicarle que hablar acerca de su estrés es bueno y que no debe centrarse sólo en hablar con los profesionales de la salud. Si bien es cierto, puede haber pacientes que no cuenten con personas cercanas y la labor del enfermero es ofrecerle ayuda para encontrar soluciones.
- *H – Help* (Ayuda). Preguntar al paciente si las personas con las que cuenta le sirven de ayuda para poder conocer el apoyo con el que cuenta.
- *Y – You* (Tú). Preguntar al paciente qué cree que puede ayudarlo y animarlo para que exponga esas ideas y piense acerca de las mismas. Es importante insistir en que el paciente piense y busque soluciones a sus problemas, y tratar de evitar dar soluciones externas. Dar tiempo y espacio para que considere las soluciones posibles a sus problemas
- *M – Me* (Yo). Preguntar al paciente qué es lo que cree que el enfermero puede hacer por él y negociar acerca de lo que se puede hacer. Preguntar si desea conocer el punto de vista del enfermero. Ofrecer sugerencias basadas en las necesidades que el paciente ha ido mostrando anteriormente.
- *E – End* (Finalizar). Realizar un resumen de lo expuesto acerca de sus preocupaciones, de los apoyos con los que cuenta, de las ideas que cree que pueden ayudarlo y de la lista de tareas que el profesional de la salud considera relevantes dada la situación. Terminar haciendo una pregunta de cierre para que el paciente sea consciente de que la interacción termina y pueda realizar el último comentario.

Este modelo se desarrolló para su aplicación en áreas de oncología con el fin de ayudar y acompañar a estos pacientes con dignidad, respeto y compasión (Connolly et al., 2010). Si

bien es cierto, actualmente es utilizado a nivel práctico en diferentes hospitales de Reino Unido y se ha planteado como un marco de enseñanza-aprendizaje de comunicación interpersonal, basado en breves talleres interactivos (Connolly et al., 2014; Griffiths, Wilson, Ewing, Connolly y Grande; 2015; Martin, Costello & Griffiths, 2017; Griffiths, 2017).

Trabajos como el de Griffiths et al. (2015) han hecho uso de este modelo para plantear estrategias educativas y evaluar las actuaciones de los alumnos a la hora de relacionarse con sus pacientes. En 2014, Connolly et al. también aplicaron este modelo y obtuvieron mejoras significativas en las habilidades de comunicación de estudiantes de enfermería. Sin embargo, en otros trabajos desarrollados para valorar la aplicabilidad de este modelo en el ámbito hospitalario (Martin et al., 2017; Griffiths, 2017) los resultados no han sido concluyentes. Si bien en ambos trabajos se habla de un futuro prometedor y de que se trata de una herramienta de gran ayuda en el trabajo enfermero, aunque la aplicación de la misma parece complicada ya que no hay gran disponibilidad por parte de los profesionales.

2.1.1.5. SURETY

Desde el modelo SOLER de Egen, surge otro modelo fundamentado también en la idea de hacer uso de un acrónimo para recoger las habilidades necesarias para que un profesional se relacione de forma satisfactoria con los pacientes (Stickley, 2011). Si bien parte de las ideas fundamentales del modelo SOLER, este modelo permite variaciones culturales y añade un punto clave considerado por su autor, el uso del tacto con el paciente (Stickley, 2011).

De este modo, el acrónimo SURETY hace referencia a (Stickley, 2011):

- *S: 'Sit at angle to the client'* (Sentarse en ángulo con el paciente). Sentarse manteniendo un pequeño ángulo hacia la persona con la que se establece un contacto crea una disposición cómoda que no implica confrontación y favorece el contacto cara a cara. Es importante tener en cuenta que cada persona establece su propia zona de confort y que va a estar determinada por su cultura, su educación y sus preferencias personales. De este modo, es preciso hacer uso de la intuición y ante cualquier signo de incomodidad, hay que responder y establecer un contacto más agradable.
- *U: 'Uncross legs and arms'* (No cruzar piernas y brazos). Tener los brazos y las piernas cruzadas muestran una actitud defensiva y, dependiendo de la posición íntegra del cuerpo, pueden indicar falta de interés o una posición de superioridad. En cambio, si de forma deliberada se presentan los brazos y piernas sin cruzar, la actitud es abierta y receptiva. Es preciso tener cuidado de no acabar con una postura

encorvada o excesivamente abierta que pueda ser incómoda para el paciente y para el propio profesional.

- *R: 'Relax'* (Mostrarse relajado). Se torna fundamental que el profesional de la salud que adopta el papel de escucha activa, aprenda a relajarse. En el encuentro con el paciente, éste puede expresar información que puede resultar incómoda o complicada de entender por parte del profesional, pero el sanitario ha de ser capaz de no mostrarse demasiado preocupado ni tampoco mostrarse demasiado relajado, ya que puede parecer que no le importa lo que el paciente dice. En el modelo SOLER se recomendaba adoptar una postura de inclinación hacia el paciente, si bien, este modelo prescinde de esta postura ya que este autor considera que no es una postura natural y puede forzar la relación con el paciente.
- *E: 'Eye contact'* (Contacto visual). Mantener un contacto visual adecuado es una herramienta muy potente para mostrar respeto e interés. El mantenimiento del contacto visual no implica estar mirando fijamente y de manera constante a la persona, sino que la mirada se puede y debe apartar en ocasiones, pues sino sería intrusiva. Este contacto visual adquiere una mayor relevancia en los contactos en que los pacientes se muestran muy estresados y les cuesta mantener su mirada, pues si deciden mirar al profesional, encontrarse con su mirada favorecerá la confianza entre ellos. Por último, hay que hacer uso de la intuición y valorar si por motivos culturales o educativos, el contacto visual mantenido puede ser fuente de incomodidad y desconfianza.
- *T: 'Touch'* (Tacto). Cuando se hace referencia al uso del tacto, se habla de utilizar el contacto con el paciente de forma delicada, evitando el uso de abrazos y besos. El uso respetuoso del tacto muestra respeto, compasión, empatía y comprensión, pero si hacemos un uso excesivo puede entenderse como abusivo. En el ámbito enfermero, el uso del tacto es parte del trabajo, es por ello que hay que ser muy consciente del uso que se hace para que favorezca la confianza del paciente. De manera general, entrar en contacto con la mano o el antebrazo o posar una mano sobre el hombro, son gestos aceptados y suficientes para mostrar interés. Establecer contacto con cualquier otra parte del cuerpo podría ser inadecuado.
- *Y: 'Your intuition'* (Intuición). Este último punto recogido por este autor hace referencia a la importancia de que los enfermeros confíen en su propia intuición. No existe una guía universal para su uso, pero la experiencia ayuda a ganar confianza y usarla de un modo adecuado. Este punto es el más característico de este modelo y

aboga porque cada relación es única por las circunstancias en que se desarrolla y las personas implicadas, de modo que el enfermero ha de confiar en su intuición para poder hacer uso de los puntos explicados anteriormente. Sólo así la relación será de confianza y de total respeto.

Este modelo es muy similar al planteado por Egan, siendo el uso del tacto y de la intuición los puntos más relevantes y diferenciadores del mismo. Para este autor, lo más importante es crear un espacio terapéutico entre enfermero y paciente y considera que este modelo puede ayudar tanto a estudiantes como a enfermeros activos para desarrollar este espacio y generar una relación fundamentada en la confianza. Si bien es cierto, hasta el momento no existe literatura científica que avale la eficacia y aplicabilidad de este modelo.

2.2. Comunicación interprofesional

Como se ha visto anteriormente, cuando se habla de comunicación en enfermería no se hace referencia únicamente a la que puede establecer el enfermero con el paciente o su familia, sino que también se incluye la comunicación que el enfermero ha de tener con el resto de profesionales de la salud para poder aportar un cuidado integral y de calidad al paciente (Koloroutis, 2004). Así, en su quehacer diario el enfermero interactúa con diferentes profesionales que ejercen su labor en el mismo contexto sociosanitario y cuyas experiencias comunicativas influyen mutuamente en su desempeño.

Los enfermeros suelen pertenecer a equipos interdisciplinarios ya que existen múltiples disciplinas envueltas en el cuidado de los mismos pacientes (Hernández-Padilla, 2012). Estas disciplinas incluyen una amplia diversidad de conocimientos y habilidades requeridos para atender al paciente y cuentan con objetivos comunes (Hernández-Padilla, 2012). Es por ello que para poder trabajar en equipo, los profesionales precisan compartir información, colaborar y coordinar sus servicios a través de eficaces procesos comunicativos que incluyen encuentros cara a cara (Hernández-Padilla, 2012).

Así, la colaboración y la comunicación se constituyen como el núcleo de trabajo y de la toma de decisiones clínicas en los equipos interdisciplinarios (Aston, Shi, Bullôt, Galway & Crisp, 2005). La colaboración en el ámbito sanitario es entendida como la acción en que los profesionales de la salud asumen roles complementarios y trabajan juntos de forma cooperativa, compartiendo la responsabilidad en la resolución de problemas y tomando decisiones para plantear y desarrollar los planes de cuidados de los pacientes (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Se ha evidenciado que esta colaboración entre médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud incrementa la conciencia acerca de todos los componentes del equipo y de los conocimientos y habilidades con los que cuentan cada uno de ellos,

llevando a mejorar de forma considerable el cuidado del paciente (Sheehan, Robertson & Ormon, 2007; Miller et al., 2008; O'Daniel & Rosenstein, 2008; Xyrichis & Lowton, 2008; Wagner, Thofehrn, Amestoy, Porto & Arrieira, 2009; McCaffrey et al., 2012; Pressler & Kenner, 2012).

La investigación muestra que una comunicación efectiva entre los componentes del equipo interdisciplinar resulta un elemento facilitador en la administración de cuidados (Fernandes, Andrade, Luzoa, Zadra & Silva, 2010; Gausvik, Lautar, Miller, Pallerla & Schlaudecker, 2015). Esto se traduce en resultados muy positivos como un mejor flujo de información, pues se hacen diagnósticos más certeros y rápidos (Jakobsen et al., 2018); e intervenciones más efectivas, pues se gestionan mejor las emergencias y se completan mejor las tareas (Jakobsen et al., 2018).

También se ha relacionado una buena comunicación enfermera-médico con mejor evolución clínica (Boyle & Kochinda, 2004; Anderson et al., 2005; Hamric & Blackhall, 2007), estancias hospitalarias más cortas (Brown et al., 2011), menor estrés laboral y mayor satisfacción tanto de los pacientes (Duddle & Boughton, 2007; Fewster-Thuente & Velsor-friedrich, 2008; Sargean, MacLeod & Murray, 2011) como de los profesionales (Duddle & Boughton, 2007; Cummings et al., 2010; Robinson, Gorman, Slimmer & Yudkowsky, 2010; Carter & Tourangeau, 2012; McCaffrey et al., 2012; Gausvik et al., 2015; Claramita et al., 2016; Song et al., 2017; Turkelson, et al., 2017). Esta mayor satisfacción laboral se traduce en una disminución del absentismo laboral y de abandonos de los puestos de trabajo (Boyle & Kochinda, 2004; Anderson et al., 2005; Hamric & Blackhall, 2007; McCaffrey et al., 2012), así como un mayor compromiso laboral (Duddle & Boughton, 2007; Cummings et al., 2010; Carter & Tourangeau, 2012; McCaffrey et al., 2012)

Por otro lado, se ha observado que la comunicación inadecuada en los equipos de salud contribuye directamente en la aparición de eventos críticos y resultados clínicos adversos (Enlow, Shanks, Guhde & Perkins, 2010; Husebø, Rystedt & Friberg, 2011; Booth & McMullen-Fix, 2012). Así, se ha referido que una mala comunicación es una de las principales razones que da lugar a 'eventos centinela' (Parker & Coiera, 2000; Wilson, Ruscoe, Chapman & Miller, 2001; The Joint Commission, 2019). Estos eventos hacen referencia a errores en la coordinación y la entrega de pacientes (Brown et al., 2010; Kornburger, Gibson, Sadowski, Maletta & Klingbeil, 2013; Manias, Geddes, Watson, Jones & Della, 2015; MacLean et al., 2018), un aumento de la mortalidad en servicios especializados como la UCI (Turkelson et al., 2017), y un aumento de muertes perinatales y daños agudos en la edad pediátrica (Judd, 2013; Younis, Mabrouk & Kamal, 2015; Jakobsen et al., 2018). Más allá, según the Joint Commission (2019), los problemas de comunicación son una de las

razones principales de errores de medicación, retrasos en el establecimiento de los tratamientos, realización de cirugías en lugares incorrectos y muerte.

De cara a los propios profesionales, una comunicación deficiente puede perjudicar las relaciones con otros compañeros del equipo lo cual afecta al bienestar y la integridad de la persona y repercute en los resultados del paciente (Curtis et al., 2011; Nørgaard et al., 2011; Manias et al., 2015; Younis et al., 2015). Por otro lado, la falta de destrezas comunicativas se ha relacionado con baja satisfacción laboral (Castañeda, 2005; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty & Nutbeam, 2009; Rubin, Balaji & Barcikowski, 2009; Carter & Tourangeau, 2012), mayor estrés (Mantesso, 2005; Duddle & Boughton, 2007; Rubin et al., 2009) y un aumento del absentismo y abandonos laborales (Gunnarsdóttir et al., 2009; Carter & Tourangeau, 2012). Además, se ha registrado un mayor grado de insatisfacción por parte de los pacientes que ven que la atención es inconsistente entre los miembros del equipo que les cuida (Duddle & Boughton, 2007; Fukui, Ogawa & Yamagishi, 2011; Lin et al., 2013); y junto a ello se produce un aumento de quejas, reclamaciones y problemas legales (Fukui et al., 2011; Lin et al., 2013).

2.2.1. Modelos aplicados de comunicación interprofesional

Al igual que ocurría en la comunicación enfermera-paciente, dada la complejidad de los cuidados y la importancia de comunicarse eficazmente dentro de los equipos de salud, se han ido planteando diferentes modelos de comunicación que favorezcan este proceso.

2.2.1.1. La técnica SBAR

La técnica SBAR es una herramienta desarrollada por un conjunto de médicos de Kaiser Permanente en el año 2002. Esta técnica provee un marco teórico para la comunicación entre los miembros del equipo de cuidados sobre el estado de los pacientes a su cargo (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Es una herramienta fácil de recordar que sirve para enmarcar cualquier conversación, especialmente aquellas referidas a situaciones que requieren decisiones rápidas y que precisan la atención y acción inmediata de otros profesionales de la salud (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Además, permite desarrollar el trabajo en equipo y fomentar una cultura de seguridad para el paciente (Permanente, 2017).

Esta técnica se ha planteado para ser usada cuando un enfermero ha de ponerse en contacto con otro profesional de la salud, principalmente un médico, para poder tomar una decisión acerca del estado de salud de un paciente (Permanente, 2017). Debido a esto, se recomienda usar todas las alternativas posibles para entrar en contacto con el profesional de salud, no demorando los intentos más allá de 5 minutos, con el fin de obtener una respuesta lo antes posible (Permanente, 2017).

Si bien es cierto, antes de tener que acudir a este profesional se recomienda conocer de forma pormenorizada el estado del paciente (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Así, se debe evaluar de manera individual al paciente, hablando con los compañeros que se encuentran cerca, revisando las instrucciones aportadas por el médico acerca del mismo y conociendo adecuadamente el diagnóstico, el seguimiento, así como lo expuesto por los compañeros de los turnos anteriores (Permanente, 2017). Si aun así es preciso entrar en contacto con el profesional de la salud porque no se puede dar respuesta a la necesidad del paciente, es importante tener toda la documentación relacionada con el mismo a mano: gráficos, hoja de medicación, alergias, hoja de tratamiento, pruebas recientes, signos vitales recientes y estado actual (Permanente, 2017).

A la hora de llamar al profesional de la salud es importante seguir los pasos siguientes que conforman la técnica SBAR propiamente dicha (Permanente, 2017):

- *S – Situation* (Estado actual). ¿Cuál es la situación por la que está llamando? Es imprescindible identificarse como enfermero, recogiendo la unidad en la que se encuentra, el paciente y el número de la habitación. Además, hay que explicar brevemente el problema, qué es, cuándo sucedió o comenzó, y cómo de grave se percibe.
- *B – Background* (Antecedentes). El siguiente paso es aportar información referente a aquellos antecedentes del paciente que están relacionados con la situación incluyendo el diagnóstico de ingreso y la fecha de admisión, la lista de medicación actual, alergias, tratamientos intravenosos y las pruebas de laboratorio realizadas. Además, es de gran relevancia aportar los signos vitales más recientes, los resultados de laboratorio previos para establecer una comparación y el estado en que se encuentra el paciente (código).
- *A – Assessment* (Evaluación). ¿Cuál es la evaluación del enfermero sobre la situación? Tras aportar toda la información importante, el enfermero ha de expresar su opinión acerca de lo que cree que puede estar pasando, partiendo de sus conocimientos y su pensamiento crítico.
- *R – Recommendation* (Recomendación). ¿Cuál es la recomendación del enfermero o qué quiere? Por último, el enfermero debe aportar lo que considera que se debería hacer como por ejemplo que el paciente necesita que se le valore, que es preciso cambiar algún tipo de medicación etc. No debe esperar a que se le diga la solución, sino que debe expresar lo que considera oportuno para la situación que está viviendo.

Como es natural, tras llevar a cabo estos pasos y tomar decisiones acerca del paciente, el enfermero debe documentar los cambios realizados, el estado del paciente y el contacto con el profesional de la salud pertinente (Permanente, 2017).

La eficacia del uso de una herramienta estructurada para la comunicación interprofesional como es la técnica SBAR se ha visto probada en diferentes trabajos. Así, uno de los primeros estudios documentados es el de Haig, Sutton & Whittington (2006). En este trabajo se observó que la aplicación de la técnica SBAR supuso un provisión más clara de información, así como un *feedback* más acertado. Debido a esto se redujeron los incidentes relacionados con la pérdida de información en los traslados de pacientes (Haig et al., 2006). Además, los profesionales de la salud se sintieron empoderados y tomaron más y mejores decisiones, lo cual incrementó la satisfacción laboral de los mismos (Haig et al., 2006).

Otro trabajo de gran relevancia es el llevado a cabo por De Meester, Verspuy, Monsieurs & Vang Bogaert (2013) y en el que se observó que el uso de esta técnica redujo significativamente el número de muertes inesperadas. Según se pudo corroborar, el entrenamiento con esta técnica aportó una mayor seguridad a los enfermeros lo cual repercutió directamente en el traspaso adecuado de información acerca de los pacientes (De Meester et al., 2013).

Resultados similares se han recogido en otras investigaciones como la de Blom, Petersson, Hagell & Westergren (2015) y Devereaux (2016). También se ha observado la repercusión del uso de esta técnica en los pacientes. Así en el trabajo de Townsend-Gervis, Cornell & Vardaman (2014) se observó que mejoraban los resultados de salud de los pacientes de forma significativa, aunque no su satisfacción.

El modelo SBAR ha sido aplicado en diferentes ámbitos sanitarios. Así, se ha utilizado en la transferencia de pacientes postquirúrgicos (Randmaa, Swenne, Mårtensson, Högberg & Engström, 2016) y de pacientes psiquiátricos (Abela-Dimech & Vuksic, 2018) obteniendo resultados positivos. También se ha enseñado a residentes de matrona, mejorando su comunicación (Guimond, Foreman & Werb, 2019), en prácticas de enfermería pediátrica (Uhm, Ko & Kim, 2019) suponiendo mayor claridad y confianza, y en estudiantes de enfermería general (Stevens, McNiesh & Goyal, 2019), observándose una mejor autoeficacia y menor ansiedad.

La revisión sistemática llevada a cabo por Stewart & Hand (2017) reflejó que la técnica SBAR permite combinar diferentes estilos de comunicación, aportando a todos los profesionales de salud implicados en la comunicación una mayor conciencia de la situación de los pacientes. Además, elimina la jerarquización, haciendo que los enfermeros contacten antes

con el médico y pierdan el miedo a no ser escuchados por el mismo, lo cual incrementa los traslados a servicios especializados de los pacientes críticos y mejora su asistencia (Stewart & Hand, 2017). Los profesionales confían más en sus habilidades así como en la información que reciben de los compañeros y son capaces de identificar errores u omisiones de información (Stewart & Hand, 2017). Y, por último, este modelo permite que los profesionales se focalicen en sus tareas y no pierdan tiempo, lo cual repercute directamente en la salud del paciente (Stewart & Hand, 2017).

Si bien es cierto, recientemente se han publicado algunos trabajos en los que se ha hecho uso de esta herramienta para llevar a cabo la comunicación dentro del equipo de salud, pero no se han encontrado mejoras significativas (Abate & VanGraafeiland, 2019; Owen & Ashcraft, 2019). Estos resultados parecen responder a la falta de implicación por parte del personal así como a la necesidad de que compartan un mismo modelo de pensamiento que facilite el trabajo en comunicación (Abate & VanGraafeiland, 2019; Owen & Ashcraft, 2019).

De este modo, la técnica SBAR se erige como una herramienta útil en la comunicación interprofesional. Esto se debe, por un lado a su sencillez ya que recoge de una forma clara y sintética la información relevante con la que se ha de trabajar, lo cual facilita ampliamente el desempeño de los profesionales. Y por otro lado, a que da un papel activo al profesional de enfermería pues no se trata de una mera recogida y transmisión de información, sino que el profesional ha de utilizar su pensamiento crítico y plantear soluciones a lo que está ocurriendo, lo cual hace que el profesional enfermero asuma un rol de responsabilidad que le aporta poder y seguridad dentro de las relaciones interprofesionales.

2.2.1.2. Variaciones de la técnica SBAR: ISBAR e ISBARR

La técnica SBAR ha sido ampliamente aplicada y se han obtenido resultados bastante buenos. Si bien es cierto, algunos autores han observado que en su enseñanza y aplicación se sucedían una serie de errores de forma sistemática que hacían que la eficacia de la técnica se viera reducida. Por ello, decidieron hacer pequeñas modificaciones que mejoraron estos pequeños déficits.

Así, Grbach, Vincent & Struth (2008) decidieron introducir dos pasos más al modelo SBAR:

- *I – Identification of the nurse and the client* (Identificación de sí mismo como enfermero y del paciente). Pese a que en el paso S de la técnica se alude a la necesidad de situar al interlocutor comentando quién es la persona que llama y sobre qué paciente quiere hablar, en la práctica se observó que la mayor parte de los estudiantes y profesionales olvidaban esta identificación. Es por ello que este

autor decide extraer un paso previo y bien definido para que así los profesionales no olviden dar esta información tan relevante.

- *R - Readback* (Relectura). Se trata de un paso final que sirve como resumen de lo hablado durante la interacción. Así, con esta fase se intenta repetir los cambios que se han implantado en el plan de cuidados así como cualquier otra nueva instrucción que se haya planteado durante la interacción, para así confirmar que todo se ha entendido bien y llevar a cabo los cambios pertinentes.

La adición de estos dos pasos ha sido confirmada por otros autores como Enlow et al. (2010), los cuales han observado que este nuevo planteamiento limita los riesgos a la hora de comunicarse y, por tanto, reduce los problemas asociados. Esta modificación de la técnica SBAR también ha sido aplicada en varios trabajos. Principalmente se ha hecho uso de ella en la transferencia de pacientes: de quirófano a servicios postquirúrgicos (Kitney et al., 2017; Leonardsen, Moen, Karlsøen, Hovland, 2019), de servicios de emergencias a urgencias (Yegane, Shahrami, Hatamabadi & Hosseini-Zijoud, 2017; Di Delupis, Mancini, Di Nota & Pisanelli, 2015) y dentro de las urgencias pediátricas (Mannix, Parry & Roderick, 2017). En todos estos trabajos, los resultados son positivos, habiendo una mejora de las habilidades de comunicación y de los resultados de los pacientes. Además, esta técnica se ha introducido dentro de protocolos de transferencia de pacientes que abarcan diferentes estrategias y técnicas de trabajo (Mullany, Ziegenfuss, Goleby & Ward, 2016; Coughlan et al., 2017; Marmor, 2017) y se ha implementado en formato electrónico para facilitar su uso (Hou, Lu, Lee & Chang, 2019; Schmidt, Kocher, Mahendran & Denecke, 2019).

Por lo tanto, la aplicación de esta técnica ha adquirido una gran relevancia en el ámbito hospitalario, principalmente en la transferencia de pacientes, disminuyendo los errores de comunicación y facilitando la asistencia rápida de pacientes en estado crítico (Kitney et al., 2017; Leonardsen et al., 2019).

2.2.1.3. *I pass the baton*

En el año 2005 la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica de EEUU desarrolló un programa de trabajo centrado en la enseñanza de estrategias para mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y el traspaso de pacientes. Dentro de este programa de trabajo, recogieron varias herramientas de comunicación entre las que destaca la herramienta '*I pass the baton*', una estrategia que parte de la idea de la técnica SBAR, pero que recoge más información.

Al revisar las herramientas existentes y los elementos críticos necesarios para la transición de la atención al paciente, se desarrolló la herramienta de transferencia '*I pass the baton*'

para cubrir las áreas clave en las transferencias de pacientes tanto críticos como más leves (Department of Defense. Patient Safety Program, 2005). La herramienta está optimizada para la mayoría de las transferencias de atención médica y, una vez que se comprende, ofrece una base para la enseñanza a otros profesionales (Department of Defense. Patient Safety Program, 2005). En un entorno parcialmente controlado y con poco riesgo de interrupciones, esta herramienta es útil para promover una cultura que aliente al personal a aclarar, cuestionar, confirmar y brindar la oportunidad de utilizar los principios establecidos de comunicación en equipo (verificación y apoyo mutuo) (Department of Defense. Patient Safety Program, 2005).

De este modo, esta herramienta aplicada se divide en los siguientes pasos (Department of Defense. Patient Safety Program, 2005):

- *I – Introduction* (Presentación). Se ha de realizar la presentación tanto de la persona que está entregando o dejando al paciente, como del profesional que está recibiendo al mismo. Esto garantiza la continuidad de la atención al paciente y permite realizar preguntas si se necesita más aclaración después de la transferencia. Esto también se realiza para hacer partícipe al paciente de su propio cuidado y que pueda dirigirse a las personas que le atienden.
- *P – Patient* (Paciente). Es importante asegurarse de que se identifique al paciente correcto durante el proceso de transferencia. Durante este proceso, se debe revisar el nombre del paciente, los identificadores (número de registro médico, número de seguridad social, etc.), la edad, el sexo y la ubicación (si corresponde).
- *A – Assessment* (Evaluación). También es importante definir el ‘problema’ del paciente. La queja principal, los signos vitales, los síntomas y el diagnóstico del paciente deben compartirse con el compañero. Dentro de un entorno hospitalario, esta información proporcionará una base para establecer los parámetros normales para la condición y el diagnóstico del paciente.
- *S – Situation* (Estado actual). Es fundamental reportar el estado actual de las circunstancias del paciente, el nivel de certeza, los cambios recientes y la respuesta al tratamiento.
- *S – Safety concerns* (Preocupaciones de seguridad). Todos los valores / informes críticos de laboratorio u otros estudios, factores socioeconómicos, alergias y alertas (caídas, aislamiento, etc.) deben presentarse durante el proceso de transferencia. Esta información mostrará cualquier desencadenante o peligro potencial que pueda comprometer la atención brindada al paciente.

- *THE*
- *B – Background* (Antecedentes). Las comorbilidades del paciente, problemas previos, los medicamentos actuales y los antecedentes familiares deben compartirse. Estos hechos permitirán tener una visión más amplia de las necesidades del paciente y del modo en que se deben abordar.
- *A – Action* (Acción). Han de compartirse acciones previas que se hayan realizado o intervenciones realizadas al paciente con una breve justificación.
- *T – Timing* (Sincronización). El nivel de urgencia y el tiempo explícito de las intervenciones son factores que deben incluirse durante una transferencia formal. Esto permitirá priorizar las acciones para cuidar al paciente.
- *O – Ownership* (Responsabilidad). Durante el proceso de traspaso, se debe revisar y tener presente al equipo médico responsable del paciente, así como a la familia. Esto permite poder contactar fácilmente con el equipo correcto durante una emergencia crítica o por cualquier inquietud que pueda surgir. Además, permite que el médico o la enfermera consulten y notifiquen a los familiares del paciente durante una situación emergente.
- *N – Next* (Siguiendo paso). Por último, es preciso compartir los siguientes pasos a realizar en el plan de atención del paciente y/o cualquier cambio anticipado. De este modo, si un paciente está programado para ser dado de alta del hospital al día siguiente, el profesional que recibe a este paciente podría comenzar a educar al mismo sobre cualquier restricción en su actividad, visitas de seguimiento programadas y medicamentos recetados. Además, los planes de contingencia deben compartirse respondiendo a la pregunta ‘¿y si?’, para poder tener recogidas todas las posibilidades que pueden darse en las circunstancias del paciente.

De este modo, la estrategia mnemotécnica planteada con esta herramienta ‘*I pass the baton*’ puede ser una buena opción para el traspaso de pacientes entre profesionales de la salud. Esto se debe a que (Department of Defense. Patient Safety Program, 2005):

- Es fácil de usar ya que recoge información relevante sin ser un proceso abrumador, pero no es demasiado simplificado
- Recuerda a los profesionales el abordaje de ciertos contenidos que a menudo se olvidan o descuidan durante los traspasos de pacientes.

- Es una herramienta optimizada para la mayoría de las transferencias de asistencia médica. Además, una vez que los profesionales lo entienden, ellos mismos pueden enseñarla e implementarla.
- Favorece y promueve la comunicación interactiva para preguntar, aclarar y confirmar la información y los procesos.

Si bien es cierto, la investigación en torno a su aplicación es prácticamente nula. Se ha publicado un trabajo desarrollado por Gillespie et al. (2019) en el que se plantea su aplicación en quirófano para valorar si las estancias postquirúrgicas disminuyen con el uso de este modelo. Sin embargo, aun no hay resultados al respecto.

2.2.1.4. SIBR

Otro modelo desarrollado en los últimos años para mejorar la comunicación interprofesional es el '*Structured Interdisciplinary Bedside Rounds (SIBR)*'. Este modelo fue recogido por Stein et al. en 2013, constituyéndose en un nuevo modelo de atención que tiene como objetivo mejorar la comunicación y colaboración interprofesional.

Se trata de un enfoque centrado en el paciente y la familia que lleva a los miembros del equipo interdisciplinar a la cabecera del paciente, involucrando a todas las personas relacionadas con él, incluido el mismo (Huynh, Basic, Gonzales & Shanley, 2017). Los participantes en SIBR dan y reciben información de acuerdo con un protocolo de comunicación estructurado que incorpora una lista de verificación de seguridad, después de lo cual se formula y verbaliza un plan de atención (Huynh et al., 2017). De este modo, se alienta al paciente y a la familia a hacer preguntas y corregir la información errónea (Huynh et al., 2017).

La estructura planteada en este modelo es la siguiente (Huynh et al., 2017):

- Introducción. Llevada a cabo por un médico con experiencia o la enfermera supervisora. En este paso se debe saludar al paciente y la familia, así como presentar al equipo.
- Información médica. Presentada por el médico, debe recoger la situación previa y la razón por la que el paciente se encuentra ahora mismo ingresado. Junto con ello, ha de recoger los problemas que están afectando la función física, social o psicológica del paciente, así como la respuesta de éste al tratamiento y la necesidad de cambios o monitorización para el seguimiento de los síntomas. Además, se han de presentar las pruebas, procedimientos y consultas que están pendientes de realizar.

- Información enfermera. Presentada por la enfermera responsable del paciente durante ese turno, ha de exponer eventos importantes acontecidos en las últimas 48 horas, llamadas de emergencia realizadas, estado de la resucitación (si procede), documentos del paciente y signos vitales. Junto con esto, la enfermera debe presentar preocupaciones relacionadas con nutrición e hidratación, con las micciones y las evacuaciones intestinales y con los catéteres venosos y vesicales, en caso de estar presentes. También debe recoger información de seguridad relacionada con comportamientos agresivos y de intento de fuga, caídas y sospechas de problemas por úlceras por presión.
- Información relacionada con otros profesionales como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, logopedas, dietistas y neuropsicólogos.
- Información por parte del paciente y la familia. Se trata de que tanto el paciente como sus familiares aporten información que consideren importante y corrijan información incorrecta. Además, es el momento para que realicen las preguntas que necesiten, aunque durante toda la interacción pueden realizarlas.
- Resumen. Llevado a cabo por el médico, consiste en verbalizar el plan de cuidados a realizar, incluyendo la fecha posible de alta y el traslado al domicilio.

La evidencia respecto a la eficacia de este modelo es limitada. El equipo de Stein et al. en 2013 aplicaron el modelo y observaron que, junto con otras estrategias, la mortalidad en el hospital relacionada con problemas de comunicación se redujo de forma significativa. Otro trabajo desarrollado por Gausvik et al. (2015) vio que la implementación de esta herramienta estaba asociada con mejores valoraciones del trabajo en equipo y la comunicación. Resultados similares obtuvieron Cao et al. (2018), quienes la aplicaron en UCI y observaron mejoría en el manejo de los planes de cuidados, mayor participación del equipo y mayor claridad en la asignación de tareas.

Sin embargo, en el caso de Huynh et al. (2017) observaron que la aplicación de este modelo no tuvo ningún efecto sobre la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes ni sobre las tasas de readmisión en el hospital pasado un mes desde el alta. Y en el trabajo de Chow, Nikolic, Shetty & Lai (2019) se vio que la aplicación mejoraba la satisfacción de los pacientes, pero que el compromiso por parte de los profesionales de salud a la hora de usarla no era suficiente, lo cual hacía que los resultados no fueran tan buenos. De este modo, los datos existentes acerca de este modelo son insuficientes y no se puede afirmar la eficacia del mismo en el trabajo interdisciplinar.

2.2.1.5. Modelo 4S

Los autores Corbally & Timmins en 2016 plantearon un modelo de valoración/evaluación de pacientes que permitía recoger información fundamental e importante que se ha de tratar entre profesionales dentro de un mismo equipo de salud. Estos autores consideran que herramientas como ISBAR no permiten recoger factores como la 'narrativa del paciente' que, según ellos, son esenciales en la evaluación holística (Corbally & Timmins, 2016). Lo mismo ocurre con otras herramientas como el enfoque ABCDE (Thim, Krarup, Grove, Rohde, & Lofgren, 2012).

Según estos autores, es fundamental que los profesionales enfermeros desarrollen un razonamiento clínico para asimilar la información, analizar adecuadamente los datos y tomar decisiones (Corbally & Timmins, 2016). Sin embargo, los modelos utilizados de forma habitual no dan al profesional una visión completa de la gravedad y complejidad de la situación clínica y del diagnóstico del paciente (Corbally & Timmins, 2016).

De este modo, plantean el modelo 4S, que valora cuatro temas básicos (Corbally & Timmins, 2016):

- *Situation* (Estado actual). Se debe evaluar el contexto clínico y el medio ambiente en que se encuentra el paciente para valorar si sus circunstancias se consideran una emergencia. Se puede hacer uso de herramientas como ABCDE para valorar la gravedad del estado del paciente y si se precisa actuación inmediata. También se han de valorar los recursos tanto humanos como de las instalaciones y de apoyo familiar.
- *Story* (Historia). Hay que recoger la historia inmediata del paciente y las principales comorbilidades. Dentro de esta historia hay que recoger los aspectos sociales ya que influyen en el diagnóstico, tratamiento y planificación. También hay que conocer la interpretación que hace tanto el paciente como la familia acerca de su situación, para poder tener un imagen más integral. Por último, la enfermera debe recoger sus propias interpretaciones y ser consciente del modo en que sus vivencias pueden estar afectando la valoración realizada.
- *Symptoms* (Síntomas). Hay que recoger sensaciones y emociones expresadas por el paciente y la familia, haciendo uso de sus propias palabras.
- *Signs* (Signos). Hay que recoger pistas que el enfermero pueda notar e interpretar, haciendo uso de los sentidos. Además, en este apartado se recogen datos objetivos que expliquen la situación real del paciente.

Este modelo sirve para realizar una adecuada evaluación y poder traspasar esa información al equipo sanitario. Los principales beneficios que aporta son entender las complejidades del paciente, interpretar los aspectos más significativos y tomar e informar buenas decisiones. Si bien es cierto, no hay evidencia relacionada con la aplicación de este modelo por lo que no se puede afirmar la eficacia del mismo.

2.3. Problemas de comunicación en enfermería

Como bien se ha podido ver en los apartados anteriores, la comunicación en enfermería es una herramienta básica para el desempeño de la profesión. Dada su relevancia, los enfermeros han contar con una serie de habilidades que les permitan tanto establecer una adecuada relación de ayuda con los pacientes y los familiares, como comunicarse adecuadamente con otros profesionales para poder aportar un cuidado integral. Si bien es cierto, la adquisición y desarrollo de estas habilidades se torna en un trabajo complejo, según exponen estudiantes y profesionales de enfermería.

Son diferentes los trabajos que han tratado de recoger los problemas y barreras que los enfermeros se encuentran a la hora de establecer relaciones con los pacientes. Estos problemas parecen proceder de diferentes ámbitos. Así, se ha visto que hay dificultades a la hora de comunicarse con los pacientes que derivan de las propias características de los mismos. Pero también se ha observado que existen una serie de características de los profesionales de enfermería que parecen incidir directamente en estas relaciones, además del propio ambiente en que éstas tienen lugar.

En cuanto a las características de los pacientes, en el trabajo de Tay et al. (2012) se expone que el establecimiento de la comunicación con el paciente va a depender del momento del proceso de salud-enfermedad en que se encuentre el mismo. De este modo, resulta más complicado comunicarse o establecer una relación cercana con pacientes que se encuentran en una fase terminal de su enfermedad, pues suelen mostrarse más cerrados para con los demás (Tay et al., 2012). Igualmente, aquellos pacientes que acaban de recibir un diagnóstico, pueden mostrar un elevado nivel de tristeza y ansiedad que puede entorpecer la comunicación (Tay et al., 2012).

MacLean et al. (2017) exponen que, a la hora de comunicarse con los pacientes, los estudiantes de enfermería refieren que hay situaciones en que esta comunicación es muy difícil. Principalmente enfrentarse a los pacientes y familiares puede ser desafiante sobre todo cuando se han de exponer tratamientos complejos, tratar aspectos relacionados con enfermedades mentales o discutir sobre cuidados al final de la vida (MacLean et al., 2017).

Más allá de esto, los enfermeros hacen referencia a que en muchas ocasiones los pacientes no son respetuosos con ellos, dirigiéndose de forma autoritaria y no tomando en consideración su opinión ni las instrucciones que les aportan (Tay et al., 2012). En los trabajos de Anselm et al. (2005) y Anoosheh, Zarkhah, Faghihzadeh & Vaismoradi (2009) se recoge esta misma preocupación, pues los enfermeros refieren que se tiene una baja consideración de la profesión por parte de los pacientes. Esto parece ocurrir por la persistencia del estereotipo del enfermero como el ayudante del médico, siendo éste último el que cuenta con un adecuado criterio (Peplau, 1997). Y parece acentuarse aún más cuando se trata de estudiantes de enfermería. Así, en el trabajo de Lin et al. (2017), la sensación de los estudiantes era que debido a su posición, tanto pacientes como familiares no confiaban en su criterio y en su forma de trabajar. Es por ello que se sintieron poco valorados y rechazados, lo cual impedía establecer una relación estrecha con los pacientes (Lin et al., 2017). Esta misma barrera la recoge Wittenberg-Lyles, Goldsmith & Ferrell (2013) en cuyo trabajo los pacientes reflejan que les supone un problema la falta de consistencia en la comunicación entre los diferentes profesionales que tratan con ellos, lo cual les genera desconfianza.

Junto a esto se ha observado la presencia de pacientes que son extremadamente demandantes y poco razonables, de forma que no entienden la carga de trabajo con que cuentan los enfermeros y exigen una atención plena de forma continuada (Tay et al., 2012). Park & Song (2005) y Anoosheh et al. (2009) recogían una idea similar en sus trabajos, pues referían que en algunas ocasiones los pacientes muestran cierta agresividad que hace que los enfermeros se vean incapaces de establecer una relación terapéutica con ellos.

En cuanto a los propios enfermeros, Hernández-Padilla (2012) en su tesis doctoral observó que los estudiantes en primera instancia comentaban que no presentan competencia suficiente para establecer una adecuada relación con los pacientes. Esto coincide con lo observado por Tay et al. (2012), pues en su estudio los enfermeros expresaban miedo por verse incapaces de responder a las preguntas de los pacientes o de dar información que podía ser desfavorable.

De manera general, los diferentes trabajos en torno a esta temática recogen la existencia de estas dificultades en momentos concretos. Así, Hernández-Padilla (2012) observó que los alumnos no sabían qué decir ante pacientes que mostraban una actitud agresiva, pacientes o familiares que se mostraban tristes y llegaban al llanto y pacientes o profesionales que realizaban preguntas percibidas por ellos como demasiado complejas a nivel clínico o relacionadas con información médica y diagnóstica que desconocían si podían compartir (Hernández-Padilla, 2012). Lin et al. (2017) observaron que principalmente los estudiantes

no se veían capaces de iniciar una conversación, mantenerla o afrontar aspectos complicados durante la misma. De forma general, los alumnos no se sentían cómodos y evitaban el contacto con los pacientes. Además, no se veían capaces de discutir con los familiares aspectos del cuidado o del estado del paciente aun teniendo muy claro lo que debían hacer por el bien y la voluntad del mismo (Lin et al., 2017).

Otros trabajos hablan de la incomodidad que sienten tanto enfermeros como estudiantes ante determinadas conversaciones. Así, Tay et al. (2012) observaron que la comunicación era más complicada si abordaba aspectos relacionados con la sexualidad y con la muerte. Del mismo modo, Wittenberg-Lyles et al. (2013) comentaban que, además de estos temas, los enfermeros presentaban un elevado nivel de incomodidad cuando tenían que discutir acerca del pronóstico de la enfermedad o de cuidados avanzados. También había problemas a la hora de dar malas noticias o tratar preocupaciones religiosas y/o espirituales (Wittenberg-Lyles et al., 2013).

En el trabajo de Lin et al. (2017) se observó que, pese a contar con formación básica en habilidades de comunicación, los alumnos no eran capaces de hacer frente a conversaciones profundas y esto resultaba en una desconexión con los pacientes (Lin et al., 2017). Esta desconexión también se vio reflejada en el trabajo de McCabe (2004) en el que se comentaba que los enfermeros no aportaban suficiente información a los pacientes y no eran capaces de individualizar los contactos con los mismos, haciendo asunciones acerca de sus necesidades.

Además, tanto en el trabajo de Nishizawa et al. (2006) como en el de Hernández-Padilla (2012) los estudiantes comentaban que no sólo tenían dificultades para encontrar las palabras adecuadas, sino que les resultaba muy complicado utilizar una comunicación no verbal apropiada. Se sentían incapaces de utilizar el contacto físico, los gestos o el humor de un modo beneficioso (Hernández-Padilla, 2012). Esto les llevaba a evitar determinadas situaciones y les hacía experimentar sentimientos negativos (Hernández-Padilla, 2012).

Por otro lado, se ha podido observar que los estudiantes tienen serios problemas para hacer frente a sus propias emociones, pues no son capaces de identificar las emociones de los pacientes y reconfortarlos, lo cual les hacía sentir culpables (Lin et al., 2017). Wittenberg-Lyles et al. (2013) también observaron que los enfermeros contaban con una serie de miedos que no eran capaces de controlar y que hacían que la eficacia de la comunicación se viera comprometida.

A esto también se suma, según Hernández-Padilla (2012), el hecho de que muchos alumnos comentaban que eran incapaces de apartar sus juicios personales a la hora de comunicarse

con los demás, pese a ser conscientes de que estos juicios perjudicaban claramente las relaciones. Esto coincide con lo que exponía Peplau (1997) acerca de que los enfermeros tienen una serie de preconcepciones sobre los pacientes que les hacen estar continuamente estableciendo comparaciones y que perjudica el establecimiento de una relación terapéutica única.

Un aspecto importante a destacar es el hecho de que los estudiantes contaban con serios problemas para establecer una distancia adecuada en las relaciones que establecían con los pacientes (Hernández-Padilla, 2012). Así, referían involucrarse demasiado en estas relaciones de modo que les era difícil desconectar tras la jornada de prácticas y les hacía sentir mal (Hernández-Padilla, 2012) y sentían miedo a la estima recibida del paciente (Marín & García, 2001).

En cuanto a los sentimientos experimentados por parte de los estudiantes en estas situaciones, principalmente hablaban de sentir angustia o malestar psicológico que se manifestaba a nivel fisiológico con palpitaciones, sensación de ahogo o temblores (Hernández-Padilla, 2012). Esta angustia se presentaba por asumir como suyos los sentimientos experimentados por los pacientes o por tener que enfrentarse a profesionales que no tenían un comportamiento adecuado con ellos (Hernández-Padilla, 2012). Junto con la angustia, los estudiantes también han referido sentir estrés, frustración por el sentimiento de incapacidad, impotencia, desesperación y tristeza (Nishizawa et al., 2006; Hernández-Padilla, 2012; Lin et al., 2017). Es tal la magnitud de estos sentimientos que algunos alumnos llegaban a comentar que se planteaban cambiar de profesión debido a que se sentían incapaces de desempeñarla adecuadamente y por la percepción de carga de trabajo que no permite plantear relaciones saludables tanto con los pacientes como con otros profesionales (Hernández-Padilla, 2012).

Respecto a características propias de la relación enfermera-paciente que se constituyen como barreras para la comunicación, principalmente se habla de las diferencias a nivel cultural. Así, Tay et al. (2012) realizaron su estudio en Singapur y observaron que la atención a pacientes procedentes de otros países suponía serias dificultades ya que entendían la atención y el cuidado de formas diferentes. Esto concuerda con lo recogido por Robinson et al. (2010) en su estudio realizado en Estados Unidos, en el que las barreras culturales eran de gran importancia, principalmente aquellas relacionadas con la lengua. Esto mismo se observó en el trabajo de Lin et al. (2017) llevado a cabo en Taiwán. Así, el no compartir la misma lengua ni las mismas tradiciones dificulta la comunicación, pues no se trata del mismo modo la intimidad ni aquellos aspectos de la salud que implican un mayor conocimiento de sí mismo.

Por último, entre las barreras existentes para la comunicación enfermera-paciente, el ambiente donde se desarrolla el trabajo es un factor clave. Así, en todos los trabajos recogidos (McCabe, 2004; Anoosheh et al., 2009; Hernández-Padilla, 2012; Tay et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2013) se hace referencia a la gran carga de trabajo con que cuentan los enfermeros que les hace contar con un tiempo muy limitado para tratar con los pacientes. En el trabajo de Anoosheh et al. (2009) se recogía que esta alta carga de trabajo caracterizada por tareas rutinarias y turnos largos y continuados hacían que la comunicación fuera muy escasa y dirigida a la tarea a realizar. Wittenberg-Lyles et al. (2013) destacan que los enfermeros se focalizaban en las tareas a realizar dejando de lado las relaciones con el paciente, mientras que Robinson et al. (2010) hablan de que el uso de aparatos electrónicos para el diagnóstico y el tratamiento ha derivado en un trabajo más técnico que olvida parcialmente el trato con el paciente. Más allá de esto, en el trabajo de Anoosheh et al. (2009) los enfermeros hablaban de que recibían salarios bajos que no les motivaban en la realización de su trabajo y que las condiciones laborales no ayudaban, pues durante los largos turnos que debían realizar no contaban con estancias adecuadas para el descanso.

Dentro de este ambiente también entran en juego las relaciones con otros compañeros. Fomentar un entorno de colaboración en equipo puede contar con una serie de barreras como la necesidad de estar más tiempo trabajando, la percepción de pérdida de autonomía, la falta de confianza en las decisiones de los demás, el enfrentamiento de diferentes percepciones, la demarcación del territorio y la falta de conciencia acerca del conocimiento y las habilidades que poseen colegas de otras disciplinas y profesiones (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Sin embargo, la mayoría de estos obstáculos pueden superarse con una actitud abierta y sentimientos de respeto y confianza mutuos.

En el trabajo de Foronda, MacWilliams & McArthur (2016) se hace referencia a que los enfermeros cuentan con una formación en habilidades comunicativas muy diferente a la que pueden recibir los médicos. Así, los enfermeros están entrenados para aportar información detallada, mientras que los médicos están entrenados para ser más breves (Foronda et al., 2016). Esto desencadena en frustración por ambas partes ya que los médicos consideran que los enfermeros aportan información desordenada e irrelevante y no tienen capacidad para responder adecuadamente (Foronda et al., 2016). Mientras tanto, los enfermeros hacen referencia a la falta de atención de los médicos en los turnos nocturnos, la poca disponibilidad para discutir aspectos del cuidado y la falta de aprecio a los pensamientos e ideas de ellos, reduciéndolo todo a un conjunto de signos y síntomas (Foronda et al., 2016). La cultura predominante del mayor estatus del profesional de medicina ha llevado a

plantear estos problemas de relación, ya que se ha aceptado que las órdenes de los médicos han de asumirse sin más discusión (Foronda et al., 2016).

Esto también ocurría en la relación con otros profesionales según el trabajo de Marín & García (2001), pues los enfermeros experimentaban indefensión por carecer de asertividad. Los estudiantes de enfermería también hacían referencia a estas barreras de comunicación con otros profesionales (Hernández-Padilla, 2012). De manera general, se sentían inferiores al resto de profesionales e incapaces de hacer frente a discusiones respecto a los pacientes, dada su posición de estudiante (Hernández-Padilla, 2012). Generalmente, las actitudes adoptadas por los estudiantes ante estas situaciones eran el silencio o el enfrentamiento, el cual desencadenaba en discusión (Hernández-Padilla, 2012).

Evidentemente, la presencia de comportamientos indeseables por parte de algún profesional del equipo de trabajo así como la práctica de acoso laboral o el sentimiento de *burn-out* experimentado por algunos profesionales, se constituyen como barreras para comunicarse adecuadamente tanto con los pacientes como con otros profesionales (Wittenberg-Lyles et al., 2013; Foronda et al., 2016).

Todas estas barreras expresadas por estudiantes y enfermeros acerca de sentirse incapaces e incómodos en el trato con los pacientes parecían relacionarse en última instancia con un factor al que apelaban en todos los trabajos: la insuficiente formación en habilidades de comunicación percibida por ellos. Así, pese a haber contado con este tipo de enseñanzas tanto en formación de grado como en formación postgrado, los enfermeros consideraban que su nivel de competencia comunicativa era inadecuado.

2.4. Enseñanza-aprendizaje de comunicación en enfermería

Los profesionales de enfermería han de establecer una relación terapéutica con los pacientes y familiares, así como relacionarse adecuadamente con los miembros que forman parte del equipo sanitario. Para ello, la formación enfermera ha de recoger contenidos y metodologías que permitan el aprendizaje de estas habilidades de comunicación. Si bien es cierto, tanto los estudiantes de enfermería como los profesionales han referido tener dificultades a la hora de comunicarse y establecer relaciones con los pacientes y los profesionales, como se ha recogido en el apartado anterior. De este modo, se torna imprescindible conocer el modo en que se están trabajando estas habilidades en los estudios de graduado en enfermería. Por tanto, en este apartado se hace una breve presentación del lugar que ocupan las habilidades de comunicación dentro del grado en enfermería, para pasar a conocer el modo en que se evalúan estas habilidades y terminar

conociendo las diferentes metodologías de enseñanza que se están usando actualmente para trabajar las mismas.

2.4.1. Competencia

Dentro del EEES establecido hace unos años en nuestro país, la figura enfermera está ligada a la posesión de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes, tanto generales como específicos, que son adquiridos en forma de competencias a lo largo de la formación de grado. En España, la profesión de enfermero está regulada de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 12.9 del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, requiriendo la posesión del correspondiente título oficial de Grado para ejercer la profesión.

Para ello, desde las universidades españolas, siguiendo la directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, se ha de garantizar que durante la duración del proceso formativo el enfermero cuente con una formación teórica y una formación clínica. En la formación teórica se ha de asegurar la adquisición de los conocimientos, la comprensión y las competencias profesionales necesarios para organizar, prestar y evaluar los cuidados sanitarios generales. En cuanto a la formación clínica, se entiende como la formación en cuidados de enfermería en la que el estudiante aprende a organizar, prestar y evaluar los cuidados integrales de enfermería requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos, enmarcados dentro de un equipo de trabajo y en contacto directo con las personas y la comunidad. Así, la formación de los enfermeros responsables de cuidados generales garantiza que la persona adquiera una serie de conocimientos y competencias relacionados con el conocimiento de las ciencias en que se basa la enfermería general, la ética de la profesión y la participación en formación práctica, con el fin de asegurar el trabajo profesional enfermero.

De forma más concreta, en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, se recogen 18 competencias específicas que todo estudiante de enfermería ha de adquirir. Dentro de estas competencias se hace referencia a la comunicación y la relación de ayuda. Así, según la competencia 11 todo estudiante de enfermería ha de 'establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud'. Además, según se insta en la competencia 15 debe, 'trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personas de las organizaciones asistenciales'. Y por último, en la competencia 17 se hace referencia a que todo enfermero ha de 'realizar cuidados de enfermería basándose en la

atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial'. De este modo, la formación enfermera se fundamenta en el trabajo por competencias y la enseñanza de comunicación en enfermería estaría enmarcada dentro de este modo de trabajo.

Cuando se habla de competencia, se puede hacer referencia a diferentes conceptos. Si bien es cierto, dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje se apela al concepto de competencia recogido en la taxonomía planteada por Bloom. Según este autor, la competencia se compone de tres dominios: el dominio cognitivo, el dominio psicomotor y el dominio afectivo (Anderson, 2013). El dominio cognitivo hace referencia al área intelectual, abarcando el conocimiento de hechos específicos y de formas y medios de tratar con los mismos, los cuales van de lo universal a abstracciones específicas. Junto a estos conocimientos, en este dominio también se recoge la comprensión, la aplicación o interrelación de principios en casos particulares, el análisis para percibir de un todo sus partes y relacionarlo con el conjunto, la síntesis de todos los elementos y la evaluación o adquisición de una actitud crítica ante los hechos (Anderson, 2013). En cuanto al dominio psicomotriz, se habla principalmente de destrezas, es decir, conductas que se realizan con precisión, exactitud, facilidad, economía de tiempo y esfuerzo. Estas destrezas varían en frecuencia o número de veces que se desarrollan, fuerza o potencia que precisa la persona para ejecutarlas y duración (Anderson, 2013). Por último, el dominio afectivo hace referencia a la actitud, valor o apreciación que revela una conducta de un individuo y que dependen de la recepción, respuesta, valorización, organización y caracterización de un valor o complejo de valores (Anderson, 2013). Esta área tiene que ver con sentimientos o emociones y, en este caso, la taxonomía también se organiza desde sentimientos más simples hasta aquellos que son más complejos (Anderson, 2013).

Junto a esta conceptualización de competencia, existe otro concepto que ha adquirido gran relevancia por la influencia que tiene a la hora de adquirir y desarrollar la misma. Se trata del concepto de autoeficacia desarrollado por Bandura. La teoría social cognitiva de Bandura plantea este constructo de autoeficacia (Bandura, 1977). Así, en esta teoría, Bandura expone que tanto el comportamiento humano como la motivación están regulados por el pensamiento, planteando tres tipos de expectativas que se tornan imprescindibles en esta regulación (Bandura, 1977):

- a) Las expectativas de la situación, que suponen que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
- b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia de que una conducta producirá determinados resultados.

- c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

Partiendo de esto, este autor expone que las expectativas de autoeficacia van a determinar el modo en que las personas actúan (Olivari, 2007). Además, estas creencias de eficacia influyen en sus pensamientos, promoviendo la motivación o la desmotivación, así como en sus emociones, modificando el grado de optimismo y pesimismo en torno a la consecución de una tarea (Olivari, 2007). Por último, estas expectativas van a determinar las acciones que llevan a cabo para lograr las metas que se plantean y el compromiso que adquieren con esas metas (Olivari, 2007). Por tanto, los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. De este modo, las personas con alta autoeficacia se plantean tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que comienzan la acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura, 1977).

El concepto de autoeficacia puede entenderse en relación a una tarea específica o también se puede hablar de un sentido general de autoeficacia. Es decir, se puede hacer referencia al nivel de competencia asumido por la persona para afrontar situaciones estresantes de un modo eficaz (Olivari, 2007). De esta manera, la autoeficacia se entiende como la evaluación que haga la persona sobre su propia capacidad y que puede predecir su actuación (Bandura, 1977). Así, según Bandura, un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997). Es por esto que la autoeficacia se considera un indicador fiable para completar la evaluación de la competencia en todos sus dominios, destacando el dominio afectivo (Hernández-Padilla, Granero-Molina, Márquez-Hernández, Shutters & Fernández-Sola, 2016b).

Si bien es cierto, se ha observado que la enseñanza tradicional en el aula tiende a centrarse en el trabajo del dominio cognitivo de la competencia, pero no suele facilitar la motivación de los estudiantes ni influye en su actitud hacia la necesidad de tener una adecuada competencia comunicativa (Lin et al., 2013). Así, diferentes estudios exponen la necesidad de entrenamientos que faciliten tanto la adquisición de conocimientos como la mejora de la autoeficacia, destacando el papel de los métodos de enseñanza 'experienciales' (Berkhof, Van Rijssen, Schellart, Anema & Van der Beek, 2011; Houghton, Casey, Shaw & Murphy, 2012; Shorey et al., 2018).

2.4.2. Evaluación de la competencia comunicativa

Dentro del trabajo de cualquier competencia, adquiere una gran importancia la evaluación de la misma. En la metodología tradicional la evaluación de las competencias se fundamenta en la realización de exámenes escritos acerca de contenidos teóricos, de forma que se fomenta el trabajo memorístico (Hernández-Padilla, 2012). Partiendo del planteamiento de Bloom (Anderson, 2013), las competencias han de evaluarse en cada uno de sus dominios para lo que no sólo hay que realizar exámenes escritos, sino que hay que valorar las destrezas y las actitudes de los estudiantes. Este nuevo planteamiento implica el desarrollo de nuevas formas de evaluación que recojan de un modo concreto y adecuado el trabajo realizado por el estudiante y que permitan aportarle una visión holística del modo en que está aprendiendo.

En el caso de la competencia comunicativa, la evaluación de la misma se ha tornado compleja ya que no parece haber un modo estandarizado para ello. Tras revisar las bases de la comunicación en enfermería y observar la variedad de modelos que se han planteado para la explicación y trabajo de estas habilidades, parece comprensible esta situación.

En el trabajo realizado por Denniston, Molloy, Nestel, Woodward-Kron & Keating (2017) se recogen los principales resultados que se han evaluado en los trabajos que han realizado algún tipo de intervención en habilidades de comunicación en profesiones sanitarias, no solo en enfermería. Así, según estos autores estos resultados se pueden dividir en cuatro temas: conocimiento, contenido, proceso y percepción (Denniston et al., 2017). En el 20% de los trabajos analizados en esta revisión, el conocimiento sobre comunicación era uno de los resultados a evaluar, entendido como la comprensión de las características y modos de comunicación y de cómo las emociones y la relaciones afectan a la misma (Denniston et al., 2017). Por otro lado, lo que denominaron como contenido y proceso, estuvo presente en el 36% de los trabajos, haciendo referencia al 'qué' y el 'cómo' de las habilidades de comunicación (Denniston et al., 2017). Por último, la percepción únicamente estuvo presente en el 9% de los trabajos evaluados (Denniston et al., 2017).

Según se ha podido observar, en la literatura se plantean diferentes modos de evaluar la competencia comunicativa, aunque prácticamente en ningún trabajo se plantea una evaluación completa de los tres dominios de la misma. Generalmente, en las investigaciones en que se ha puesto en práctica algún tipo de intervención para la enseñanza y aprendizaje de la competencia comunicativa, se han planteado herramientas ad hoc con las que poder obtener ciertos resultados que expliquen el trabajo realizado. Y de forma habitual, estas herramientas se han centrado en uno de los dominios de la competencia, el dominio psicomotriz o destreza.

Otro aspecto a destacar a la hora de valorar las herramientas y formas en que se han evaluado las intervenciones centradas en la competencia comunicativa, es que algunos trabajos se han centrado en valorar determinados aspectos que no tienen que ver directamente con la competencia. Así, en algunas investigaciones se han utilizado herramientas de tipo cualitativo, como grupos focales (Kenny, Cargil, Hamilton & Sales, 2014) o de tipo cuantitativo, como encuestas (Aebersold, Tschannen & Sculli, 2013; Blom et al., 2015; Sheldon & Hilaire, 2015), para conocer la satisfacción de los participantes con el trabajo realizado y la percepción de los mismos acerca de la eficacia y pertinencia de la metodología empleada. Este tipo de planteamientos no se considera parte de la evaluación de la competencia, pese a ser de gran relevancia para contar con información acerca del trabajo aplicado y poder plantear mejoras en el mismo.

Por otro lado, en la revisión de la literatura se ha observado que existen herramientas de valoración de comunicación y relaciones interpersonales que no son específicas del ámbito sanitario. Ejemplos de esto son la '*Communicative Competence Scale*' de Wiemann (1977) que valora la capacidad de escoger comportamientos comunicativos correctos; la '*Escala de Competencia en comunicación interpersonal (ECCI)*' de Rubin & Martin (1994) de carácter autoaplicado y que recoge la opinión de las personas acerca de las dimensiones auto-divulgación, empatía, relajación social, asertividad, altercentrismo, manejo de la interacción, expresividad, apoyo, inmediatez y control ambiental; la '*Communication Skills Assessment Scale (CSAS)*' desarrollada por Korkut (2005) con el fin de entender el modo en que las personas evalúan sus propias habilidades de comunicación; y la '*Communication Ability Scale (CAS)*' de Wang & Ying (2015) cuyo contenido hace referencia a cognición, habilidad y barreras de comunicación. También hay escalas o herramientas que evalúan dimensiones individuales dentro de la comunicación. Así, está la herramienta '*Empathic Tendency Scale (ETS)*' desarrollada por Dokmen (1988) o la '*Interpersonal Reactivity Index (IRI)*' desarrollada por Davis (1983) para valorar la empatía.

Si bien es cierto, a lo largo de los años algunos autores han desarrollado herramientas para la evaluación de la comunicación dentro de la profesión enfermera, centrándose en la relación con el paciente y en la relación con el equipo. De este modo, dentro de las herramientas para evaluar la comunicación enfermera-paciente se encuentra la planteada por Steyn, Borchers & Van Der Merwe en 1999. Este equipo desarrolló la '*Clinical communication behavior scale*' constituida por seis dimensiones de comportamientos que se han de valorar en los encuentros enfermera-paciente: establecer buena relación, escucha activa, confirmación del paciente, compartir el control, informar de manera eficaz y

comprobar las percepciones del paciente. El uso de esta escala no se ha recogido en literatura reciente.

Otra escala más conocida es la '*Liverpool Communication Skills Assessment Scale*' creada por Humphris & Kaney en 2001. Esta escala valora cinco dimensiones fundamentales en la comunicación con el paciente: presentación, comportamientos no verbales, respeto, empatía, elaboración de preguntas y aportación de información. Con esta escala se valoran una serie de comportamientos mediante la observación de los participantes, siendo bastante completa. Si bien es cierto, esta herramienta fue desarrollada para la comunicación médico-paciente, por lo que su aplicación en enfermería debe hacerse con precaución.

De forma más reciente, en el trabajo desarrollado por Xie, Ding, Wang & Liu (2013) se crearon dos escalas para valorar la comunicación con el paciente: una de ellas para valorar varios comportamientos comunicativos como escucha activa, transferencia de información, participación, establecimiento de relaciones, finalización de conversación, entre otros; y la otra escala valoraba la comunicación interpersonal. Ambas escalas se crearon para la intervención y no fueron validadas más allá de la muestra del trabajo.

Shafakhah, Zarshenas, Sharif & Sarvestani (2015) llevaron a cabo una investigación en la que se hizo uso de una escala sin un nombre definido que trataba de recoger comportamientos relacionados con la habilidad de comunicación: escucha activa, transferencia de información, participación, preparación para la comunicación, entre otros. Esta escala fue creada ad hoc y no se ha aplicado en ningún otro trabajo.

En 2016, Yang & Hwang crearon una herramienta para valorar la comunicación con pacientes en simulación. El trabajo está redactado en coreano, por lo que su aplicación está limitada. De manera general, se trata de una escala de observación de comportamientos, los cuales se dividen principalmente en: construcción de la relación, empoderamiento, empatía y educación (Yang & Hwang, 2016). Se trata de una escala bastante completa en que se recogen comportamientos tanto verbales como no verbales relacionados con el trato tanto con el paciente como con la familia. Si bien, su validación no está realizada fuera de Corea y se centra únicamente en las destrezas.

Cabe destacar que también se ha desarrollado alguna herramienta para valorar la comunicación enfermera-paciente en escenarios concretos. Este es el caso de '*Schmidt Nursing Home Quality of Nurse-Physician Communication Scale*' (Renz, Boltz, Wagner, Capezuti & Lawrence 2013). Otra herramienta de este tipo es la '*Communication, collaboration and critical thinking quality patient outcomes survey tool (CCCT)*' desarrollada por Vazirani, Hays, Shapiro & Cowan (2005) y que se centra en las percepciones por ambas

partes de las interacciones realizadas. Estas escalas han sido creadas ad hoc y su aplicación ha estado bastante limitada.

Como se puede observar, casi todos estos trabajos se centran en la evaluación de la parte psicomotriz de la competencia comunicativa, a excepción de la CCCT que se centra en percepciones (Vazirani et al., 2005). Los otros dominios de la competencia comunicativa, cognitivo y actitudinal, apenas se han tenido en cuenta en la evaluación comunicativa en enfermería. Cabría destacar el trabajo realizado por Ferreira, Tavares y Duarte (2006) en que plantearon la *'Escala de competencias relacionales de ayuda'* en enfermería. Esta escala es de gran importancia ya que trata de recoger los tres dominios de la competencia. Así, estos autores hablan de competencias genéricas para referirse a los conocimientos que han de tener acerca del paciente y de otros profesionales (Ferreira et al, 2006). También recogen competencias de contacto y de comunicación, para referirse a las habilidades de interacción como ver, escuchar, tocar o mantener la distancia (Ferreira et al, 2006). Y, por último, hablan de la competencia empática para referirse a las actitudes en la interacción como la comprensión empática, el respeto, la autenticidad y la especificidad (Ferreira et al, 2006). Si bien es cierto, este instrumento de evaluación se trata de un cuestionario autoaplicado, con una escala Likert de 1 a 7 puntos. De este modo, su aplicación sirve para la valoración subjetiva por parte del propio estudiante o enfermero, pero puede no ser suficiente para la evaluación de la competencia a nivel educativo.

Junto a esta escala, en la revisión realizada únicamente se ha recogido un trabajo en que se planteó una herramienta de evaluación del dominio cognitivo de la competencia comunicativa, el trabajo de Imran (2013). Este autor creó un cuestionario ad hoc para valorar los conocimientos de los estudiantes acerca de habilidades básicas de comunicación que fue validado en India. Lo mismo ocurre con la competencia actitudinal. Aunque algunas herramientas se plantean como cuestionarios autoaplicados para que los enfermeros aporten su percepción acerca del modo en que realizan algunos comportamientos (Vazinari et al, 2005; Ferreira et al, 2006), sólo en el trabajo de Doyle, Copeland, Bush, Stein & Thompson (2011) se elaboró un cuestionario ad hoc centrado en la autoeficacia percibida a la hora de comunicarse con los pacientes, aunque no está desarrollado ni validado en el trabajo publicado.

Por otro lado, también se han desarrollado algunas herramientas para valorar la comunicación interprofesional. Una de ellas es la herramienta *'Communication and Teamwork Skills (CATS)'* de Frankel, Gardner, Maynard & Kelly (2007). Se trata de una lista de observación que recoge una serie de comportamientos divididos en cuatro categorías: coordinación, situación, cooperación y comunicación (Frankel et al., 2007). En la dimensión

de comunicación se hace referencia al uso de la herramienta SBAR junto con algunos elementos básicos como el uso de los nombres, uso de un tono de voz apropiado y comunicación con el paciente (Frankel et al., 2007).

Otra herramienta planteada para la valoración de la comunicación interprofesional es la *'Performance Assessment of Interprofessional Communication and Teamwork'* creada por Chiu (2014) en su tesis doctoral, como recurso para valorar el trabajo en equipo en el ámbito sanitario. Esta escala recoge información acerca de la estructura del equipo, el liderazgo, la monitorización el paciente y familia, el apoyo dentro del equipo y la comunicación general (Chiu, 2014). Se trata, como la mayor parte de herramientas existentes, de una lista de ítems a observar durante una interacción o en la grabación realizada, verificando si se han realizado o no (Chiu, 2014). En su trabajo, Chiu (2014) realizó la validación de la herramienta, aunque no hay más trabajos que recojan su aplicación.

En el trabajo de Kostoff, Burkhardt, Winter & Shrader (2016) se hizo uso de otra escala diferente, la *'Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS)'*, que evalúa la propia percepción del estudiante acerca de su competencia. Y en otro trabajo (Lin, Mayer & Lee, 2019) se desarrolló la herramienta *'Teamwork Evaluation of Non-technical skills (TENTS)'*, en la que se recogen elementos referidos a comunicación, liderazgo y monitorización. Además, en algunos trabajos se ha hecho uso de los modelos de comunicación que se han ido planteando anteriormente. Así, en el trabajo de Griffiths (2017) se hace uso del modelo SAGE&THYME para crear una lista de observación y evaluar la actuación de los profesionales de enfermería. También se ha utilizado el marco SEGUE en la valoración de intervenciones enfermera-paciente (Imran, 2013). Ocurre lo mismo con la técnica SBAR, que ha sido usada en varios trabajos (Townsend-Gervis et al., 2014; Wilson, Kochar, Whyte-Lewis, Whyte & Lee, 2017; Guimond et al., 2019; Uhm et al., 2019), la técnica ISBARR (Enlow et al., 2010; Guhde, 2014; Foronda, Gattarmorta, Snowden & Bauman, 2014; Di Delupis et al., 2015; Yegane et al., 2017; Foronda, Walsh, Budhathoki & Bauman, 2019) y el modelo SIBR (Cao et al., 2018).

Como se puede observar, en el caso de la comunicación interprofesional también se tiende a valorar el dominio psicomotriz de la competencia, planteando una serie de comportamientos a observar. Si bien es cierto que en el trabajo de Kostoff et al. (2016) se plantea una valoración de carácter actitudinal, el dominio cognitivo no es recogido en ninguna de estas herramientas, habiendo un importante vacío en este campo.

Por tanto, la revisión de la literatura ha arrojado un importante déficit en cuanto a herramientas de evaluación de la competencia comunicativa en todas sus dimensiones. Si

bien existen algunas aproximaciones para valorar esta competencia a nivel de comunicación enfermera-paciente e interprofesional. Además, el modo en que se han valorado estos tipos de comunicación, ha sido bastante parcial, centrándose en ciertas destrezas y dejando de lado conocimientos y actitudes. Esta situación fue la que llevó a plantear la creación de una herramienta de evaluación de la competencia comunicativa en todas sus dimensiones. Esta creación conforma la primera parte de esta tesis doctoral.

2.4.3. Estrategias educativas

La enseñanza de las habilidades de comunicación ha sufrido una serie de cambios en las últimas décadas. Estos cambios se deben en parte a las modificaciones realizadas en la oferta formativa derivadas de la implantación del marco EEES, y en parte por los datos encontrados en diferentes trabajos acerca de los problemas que tanto los estudiantes como los profesionales de enfermería refieren tener en cuanto a estas habilidades. Según recoge Hernández-Padilla (2012), la formación en comunicación y relación de ayuda en enfermería se ha centrado en contenidos fundamentalmente teóricos que se imparten en forma de clases magistrales y que se evalúan únicamente mediante exámenes escritos. Además, los contenidos tratados en estas clases se fundamentan únicamente en habilidades básicas para establecer la relación enfermera-usuario, obviando en gran medida la comunicación con otros profesionales (Hernández-Padilla, 2012).

La enseñanza tradicional promueve el conocimiento superficial haciendo uso de la memorización de forma que los alumnos no se comprometen con los objetivos de aprendizaje y, por tanto, encuentran poca satisfacción en el proceso educativo ya que la recompensa es una calificación numérica (Jackson, 2012). Junto a esto, se ha observado que la figura del docente se configura como un experto, situado en un nivel superior al estudiante, lo cual no facilita el aprendizaje sino que, en muchas ocasiones, favorece el desarrollo de miedos e inseguridades por parte del mismo (Heim, 2012; Jackson, 2012). Además, el traspaso del conocimiento teórico al contexto clínico o práctico se torna muy complicado con el uso de esta metodología memorística, no obteniendo un aprendizaje profundo y aplicado que favorezca el desarrollo de todas las competencias del estudiante (Heim, 2012; Jackson, 2012).

Debido a esto, en los últimos años se están intentando plantear otro tipo de metodologías cuya característica común es que el estudiante es el protagonista de su aprendizaje. Así, en el grado en enfermería se están desarrollando e implantando estrategias educativas innovadoras centradas en los alumnos. Si bien es cierto, este planteamiento no es novedoso sino que fue descrito en 1975 por Knowles. Según este autor, la educación centrada en el estudiante parte de la idea de que el alumno ha de participar en su propio proceso de

aprendizaje. Para ello, el propio estudiante es el encargado de tomar la iniciativa para aprender, de reconocer sus propias necesidades, de fijar sus propios objetivos, de identificar los recursos disponibles para su consecución, de elegir métodos de aprendizaje que se adapten a sus necesidades y de poner a prueba el nivel de competencia adquirido siguiendo sus propios métodos de evaluación (Knowles, 1975). Trabajos posteriores han reflejado que el uso de metodologías de este tipo es muy positivo, pues los alumnos refieren que procesan y retienen mejor la información y son capaces de aplicarla, adquiriendo destrezas específicas (Cadorin et al., 2012; Chen, 2010).

Así, los nuevos planteamientos educativos en torno a las habilidades de comunicación en enfermería se fundamentan en dos principios expuestos por Mikulec & Miller (2012): el rol del docente es el de facilitador del aprendizaje y el rol del estudiante es el de protagonista reflexivo. Los docentes han de ser capaces de incluir el contenido específico de comunicación como parte de la necesidad del estudiante de enfermería, de forma que éste entienda que es fundamental en su labor como enfermero (Mikulec & Miller, 2012). Para ello, el docente no debe dirigir a los estudiantes sino que debe dirigir el proceso educativo, facilitando el diálogo para el fomento de las competencias. Por otro lado, el estudiante ha de ser capaz de desarrollar una actitud reflexiva que le lleve a entender lo que se le muestra y a incluirlo como parte de su proceso autónomo de trabajo (Mikulec & Miller, 2012).

Por tanto, dadas las dificultades presentadas por los estudiantes de enfermería en el desarrollo de la competencia comunicativa, en los últimos años se han planteado diferentes aproximaciones metodológicas para intentar trabajar esta competencia de un modo centrado en el estudiante (Ross, 2012; Lord, Clark-Carter & Grove, 2015; Anstey, Powell, Coles, Hale & Gould, 2016; Moore et al., 2018). La máxima planteada en estas estrategias es que cuanto más aplicado al contexto sea el aprendizaje, más fácil es que se adquiera esta competencia (Pazar et al., 2017).

Según varias revisiones realizadas en torno a metodologías educativas en comunicación (Berkhof et al., 2011; Eggenberger, Heimerl & Bennet, 2012; Ross, 2012) las principales estrategias que se están utilizando en la enseñanza de habilidades de comunicación son:

- Presentaciones orales. Estas presentaciones pueden aplicarse como único método, no habiendo información acerca de su efectividad, o combinadas con otras estrategias más aplicadas, donde la efectividad parece ser mayor.
- Modelado o aprendizaje por observación e imitación. Esta estrategia se puede plantear como la visualización de un vídeo o la observación de una interacción real.

Si bien, su efectividad como estrategia única no ha sido valorada y en combinación con otras estrategias parece tener buenos resultados.

- *Role-play*. Esta estrategia se fundamenta en la práctica de habilidades de comunicación con otros estudiantes, asumiendo roles diferentes y aportando *feedback* al compañero para saber lo que puede mejorar. Los trabajos en torno a esta estrategia parecen obtener resultados positivos acerca de su efectividad.
- Simulación. Esta estrategia se fundamenta en la práctica de habilidades de comunicación con actores o pacientes estandarizados y muñecos de alta fidelidad o simuladores, que interpretan a pacientes, a lo que se suma un trabajo de reflexión posterior donde se aporta *feedback* acerca de lo que se puede mejorar. Esta estrategia también parece ser bastante efectiva.

Existen otras estrategias o metodologías empleadas en la enseñanza de la competencia comunicativa como, por ejemplo, el aprendizaje basado en problemas o casos, que permite al estudiante acercarse a casos reales y buscar de forma activa soluciones ante los problemas que se plantean (Yoo & Park, 2015; Itatani, Nagata, Yanagihara & Tabuchi, 2017).

Otra estrategia utilizada parte del uso del mundo virtual mediante la creación de pacientes virtuales. Se fundamenta en el desarrollo de casos y personajes virtuales con los que los alumnos interactúan y tratan de resolver sus problemas (Guise, Chambers & Välimäki, 2012; Foronda et al., 2014). En algún trabajo se ha utilizado el teatro para ayudar a los estudiantes a experimentar de un modo más cercano las situaciones planteadas (Neilson & Reeves, 2019) y en otros estudios se ha hecho uso de grabaciones de interacciones previamente practicadas por los estudiantes para aportar *feedback* y mejorar aquellos aspectos que no se realizaran correctamente (Choi, Song & Oh, 2015; Sowko, Fennimore & Drahnak, 2019).

Como se puede ver, la implicación del estudiante en todas las estrategias presentadas es variable. Según la revisión realizada por Rodrigues, Martins, Creste & Braga (2019) las estrategias mejor aceptadas por parte de los estudiantes son aquellas que son activas y les involucran en el aprendizaje. De este modo, se ha visto que tanto la simulación con pacientes estandarizados como el uso del *role-play*, ambas combinadas con grupos de discusión y reflexión, se constituyen como las estrategias más utilizadas y con más probabilidades de éxito. Es por ello que en esta tesis doctoral se ha planteado el uso de estas dos estrategias para valorar el aprendizaje de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería.

2.4.3.1. Simulación con paciente estandarizado

La simulación con pacientes estandarizados proporciona un enfoque innovador que permite enfatizar el papel de las habilidades de comunicación, y favorece que los estudiantes adquieran un repertorio de técnicas efectivas (MacLean et al., 2017). Se puede describir como una estrategia de enseñanza que replica experiencias de la vida real (MacLean et al., 2017). Así, el uso de pacientes estandarizados ofrece la oportunidad de utilizar casos realistas en un entorno protegido y controlado en el que los pacientes son personas entrenadas para actuar y que aportan información valiosa a los estudiantes tras interactuar con ellos (MacLean et al., 2017). En este contexto, los estudiantes pueden aprender de sus errores sin poner en riesgo la seguridad del paciente, pueden observar conductas que realizan adecuadamente y pueden discutir, tanto con el paciente estandarizado como con otros compañeros, los aspectos que debe mejorar para comunicarse adecuadamente (MacLean et al., 2017).

Se trata de un método eficaz para el trabajo de los tres dominios de la competencia comunicativa, pues requiere tanto el uso de conocimientos, como la puesta en práctica de destrezas y el trabajo de actitudes y emociones (Hernández-Padilla, Granero-Molina, Márquez-Hernández, Cortés-Rodríguez & Fernández-Sola, 2016a; Gabrielsen, Wallander, Flach & Stubberud, 2017). Sin embargo, su aplicación requiere de muchos recursos relacionados con el uso de actores y de instalaciones específicas (MacLean et al., 2017). Esto implica una mayor inversión económica así como un alto grado de organización, necesitando utilizar grupos pequeños de alumnos para su aplicación (Bosse et al., 2015; Gillette, Stanston, Rockich-Winston, Rudolph & Anderson, 2017). Todas estas características pueden suponer una limitación para el uso de la simulación con pacientes estandarizados en facultades con presupuestos ajustados. También es importante destacar que esta metodología consume bastante tiempo para la selección y entrenamiento de los actores y para la organización de todo el proceso (Lane & Rollnick, 2007). Además, por muy bien que se entrene a los actores y se les guíe en los casos, siempre puede haber variaciones a la hora de afrontar los mismos, lo cual puede hacer que no se trabajen las habilidades del modo buscado (Lane & Rollnick, 2007).

Pese a esto, en los últimos años se ha planteado el uso de la simulación con pacientes estandarizados para trabajar la relación enfermera-paciente en bastantes investigaciones (Bays et al., 2014; Erickson, Blackhall, Brashers & Varhegyi, 2014; Kenny et al., 2014; Lippe & Becker, 2015; Brown et al., 2016; Defenbaugh & Chikotas, 2016; Dungey & Neser, 2016; Martin & Chanda, 2016; Pehrson et al., 2016; Quail, Brundage, Spitalnick, Allen & Beilby, 2016; Terzioglu et al., 2016; Beaird, Nye & Thacker, 2017; Brezis et al., 2017; Gorniewicz et

al., 2017; Goés et al., 2017; Karlsen et al., 2017; Smith, 2017; Lanz & Wood, 2018; Lobchuk et al., 2018; MacLean et al., 2018; Shao et al., 2018), así como para trabajar la comunicación interprofesional (Smithburger, Kane-Gill, Kloet, Lohr & Seybert, 2013; Hagemeyer, Hess, Hagen & Sorah, 2014; Liaw, Zhou, Lau, Siau & Chan, 2014; Miller, Rambeck & Snyder, 2014; Arentsen et al., 2016; Nikendei et al., 2016; Buhse & Della-Ratta, 2017; Ko & Kim, 2017; Reeves et al., 2017; Reising, Carr, Tieman, Feather & Ozdogan, 2017; Yu & Kang, 2017; Griffiths, 2018).

Como bien exponen MacLean et al. (2017), el uso de este tipo de simulación en la enseñanza de habilidades clínicas es una estrategia ampliamente aplicada y estudiada en el campo de la medicina. Sin embargo, en enfermería, pese a que su uso se está viendo incrementado en los últimos años, no se han llevado a cabo estudios controlados para poder valorar la eficacia y aplicabilidad de esta metodología en el desarrollo de habilidades enfermeras tan relevantes como la habilidad comunicativa.

En enfermería, de manera general, la forma en que se aplica esta metodología consiste en realizar previamente una explicación sobre la simulación con paciente estandarizado para pasar a plantear un caso clínico y proceder a la interacción del estudiante con el paciente o familiar. Tras esto, se plantea un grupo de discusión o reflexión en el que pueden intervenir únicamente los participantes o también pueden formar parte tanto los formadores como los propios pacientes estandarizados. En algunas ocasiones se hace uso de la grabación de las interacciones, pudiendo ser de gran ayuda pues favorece el análisis de las conductas de los estudiantes y ayuda a los mismos a auto-valorarse (Becker, Rose, Berg, Park & Shatzer, 2006; Hsu, Chanf & Hsieh, 2015). La duración de todo el proceso de entrenamiento es variable según los estudios, pudiendo abarcar desde una única sesión de dos horas hasta ocho sesiones. Y la metodología se ha utilizado en ámbitos clínicos dispares: cuidados paliativos (Curtis et al., 2013; Brown et al., 2016), cuidados intensivos (Zavertnik, Huff & Munro, 2010), pacientes que habían sufrido un ictus (Hsu et al., 2015), pacientes con dolor crónico (Schlegel, Woermann, Shaha, Rethans & Van der Vleuten, 2012) y pacientes de salud mental (Becker et al., 2006).

En cuanto a los resultados observados tras la implantación de esta metodología, se ha recogido que, aunque las habilidades comunicativas se ven incrementadas, no hay diferencias significativas con el uso de maniqués en lugar de pacientes estandarizados (Becker et al., 2006; Zavertnik et al. 2010; Schlegel et al., 2012; Curtis et al., 2013; Hsu et al., 2015; Hall, 2017; MacLean et al., 2017). Tampoco hay diferencias significativas respecto al nivel de conocimientos básicos en comunicación (Becker et al., 2006; Schlegel et al., 2012; Hsu et al., 2015; Hall, 2017; Bortolato-Major et al., 2018). En algunos trabajos se ha valorado

el modo en que influye el uso de esta metodología en la autoeficacia de los estudiantes (Becker et al., 2006; Schlegel et al., 2012; Hagemeyer, et al., 2014; Liaw et al., 2014; Hsu et al., 2015), observándose que esta variable se veía incrementada con el entrenamiento. Si bien no todos los trabajos encontraban diferencias significativas respecto a otras estrategias. Al igual ocurre con la satisfacción ante el uso de la estrategia.

Por tanto, los datos respecto al uso de la metodología con paciente estandarizado en un campo tan concreto como la comunicación en enfermería no son demasiado claros. Existe mucha heterogeneidad en los resultados mostrados por los trabajos, tanto por la intervención realizada como por las variables analizadas. Si bien, se percibe que el uso de la simulación con paciente estandarizado favorece las habilidades comunicativas y la satisfacción en los estudiantes de enfermería. Sin embargo, es importante reforzar la necesidad de una estandarización para evaluar esta metodología.

2.4.3.2. *Role-play*

El *role-play* es una estrategia ampliamente utilizada en el trabajo de habilidades tanto técnicas como no técnicas en diferentes profesiones sanitarias. Así, esta estrategia consiste en el trabajo en pequeños equipos con el fin de resolver un problema planteado que necesita una intervención relacionada con lo estudiado previamente (Judd, 2013). Generalmente se utiliza una combinación de casos prácticos y *role-play*, de forma que los estudiantes leen un caso clínico y buscan en conjunto una solución a la problemática planteada. Tras esto, resuelven el caso con las ideas que han desarrollado, pero de forma práctica, es decir, los estudiantes que forman parte del grupo asumen un rol concreto (enfermero, médico, paciente, familiar, etc.) y ponen en práctica los conocimientos, las destrezas y las actitudes aprendidas y planteadas en la resolución del caso (Judd, 2013).

El uso del *role-play* supone una oportunidad para practicar habilidades de comunicación pero con la ventaja de que implica un menor tiempo de organización, menor coste y favorece el aprendizaje del alumno al experimentar el rol del paciente y poner en práctica lo aprendido previamente en un entorno más teórico (MacLean et al., 2016). Sin embargo, muchos estudiantes suelen mostrar resistencia a esta metodología porque consideran las situaciones artificiales y sienten vergüenza al ser observados por otros compañeros (Lane & Rollnick, 2007; Liebrecht & Montenery, 2016). Aun así, el uso de *role-play* puede ser una buena estrategia para el trabajo de los tres dominios de la competencia comunicativa, sin necesitar una inversión de recursos tan elevada (Hernández-Padilla et al., 2016a)

De hecho, en los últimos años se han planteado diferentes trabajos dentro del estudio de las habilidades de comunicación que han hecho uso del *role-play* para trabajar la relación con

el paciente (Canivet et al., 2014; Coyle et al., 2015; Hendricks-Ferguson et al., 2015; Milic et al., 2015; Younis et al., 2015; Annonio, Hoffman, Zedreck, Robertson & Tuite, 2016; Claramita et al., 2016; Dithole et al., 2017; Hashimoto, 2017; Furnes, Kvaal & Høye, 2018; Shorey et al., 2018) y para el trabajo de las comunicaciones dentro del equipo interprofesional (Aebersold et al., 2013; Chaharsoughi, Ahrari & Alikhah, 2014; Doherty, Landry, Pate & Reid, 2016; Yu & Kang, 2017)

Al igual que ocurría con la simulación con paciente estandarizado, el uso de *role-play* en la enseñanza de habilidades clínicas es una estrategia ampliamente aplicada y estudiada en el campo de la medicina que ha adquirido popularidad en otras profesiones sanitarias (Lane & Rollnick, 2007). Así, en enfermería, su uso se ha visto incrementado en los últimos años, aunque se han llevado a cabo pocos estudios controlados para poder valorar la eficacia y aplicabilidad de esta metodología en el desarrollo de habilidades de comunicación.

En enfermería, de manera general, la forma en que se aplica esta metodología consiste en realizar previamente una explicación sobre el contenido a practicar para pasar a plantear un caso clínico y proceder a la discusión en grupos pequeños para resolverlo. Tras esto, dentro de cada grupo se asignan roles para poner en práctica la solución planteada y desarrollar las destrezas estudiadas de una forma real. En algunas ocasiones se hace uso de la grabación de las interacciones, pudiendo ser de gran ayuda pues favorece el análisis de las conductas de los estudiantes y ayuda a los mismos a auto-valorarse (Becker et al., 2006; Hsu et al., 2015).

La duración de todo el proceso de entrenamiento es variable según los estudios. Además, la metodología se ha utilizado en ámbitos clínicos dispares: cuidados paliativos (Canivet et al. 2014), atención primaria (Claramita et al., 2016), cirugía, medicina interna, pediatría y emergencias (Yu & Kang, 2016) y transferencia de pacientes en general, sin servicio asignado (Chaharsoughi et al., 2014; Lee, Mast, Humbert, Bagnardi & Richards, 2016).

En cuanto a los resultados observados tras la implantación de esta metodología, se ha recogido que los estudiantes abordaban los aspectos emocionales a nivel comunicativo mucho mejor (Canivet et al., 2014). También se observó en el trabajo de Chaharsoughi et al. (2014) que se mejoraba la comunicación con otros profesionales a partir de técnicas como SBAR y en el trabajo de Claramita et al. (2016) se observó que las habilidades de comunicación básicas relacionadas con la relación enfermera-paciente mejoraban significativamente en comparación con las lecciones magistrales y los grupos de discusión. En algunos trabajos se ha valorado el modo en que influye el uso de esta metodología en la autoeficacia de los estudiantes (Lee et al., 2016; Yu & Kang, 2016), sin observarse cambios significativos respecto a otras estrategias. En cambio la satisfacción ante el uso de la

estrategia sí se ha visto incrementada respecto a metodologías tradicionales (Yu & Kang, 2016).

Por tanto, al igual que ocurría con el uso de pacientes estandarizados, los datos respecto al uso del *role-play* en un campo tan concreto como la comunicación en enfermería no son demasiado claros. Existen escasos trabajos controlados y datos bastante heterogéneos, tanto por la intervención realizada como por las variables analizadas. Si bien, parece que el uso de esta estrategia puede mejorar las habilidades comunicativas y la satisfacción en los estudiantes de enfermería, aunque es necesario realizar investigaciones más controladas.

3. Marco teórico

En este apartado se exponen de manera estructurada todos los conceptos que conforman las bases teóricas de este trabajo. De manera inicial se recogen los modelos y teorías que han planteado los elementos básicos que forman parte de toda comunicación, así como el proceso de la misma. Tras esto, se hace imprescindible conocer el modo en que los autores han tratado este elemento básico en el campo de la enfermería, haciendo así un breve repaso de aquellas teorías enfermeras que han trabajado la comunicación enfermera-paciente. Para acabar el apartado se recogen todos los elementos teóricos que definen la comunicación interprofesional.

3.1. Comunicación: nociones teóricas fundamentales.

La comunicación es un proceso complejo que determina las interacciones y/o relaciones que establecemos con otros individuos. Entendida de este modo, se asume que la comunicación está presente en todas las especies animales permitiendo que los sujetos hagan uso de diferentes sistemas de señales para guiar su supervivencia.

Si bien es cierto, cuando se hace referencia a la comunicación humana, la descripción y la comprensión de la misma se torna más difícil. Tal y como recoge Martínez (2012): “definir un concepto como ‘comunicación’ no es una tarea fácil, ya que la amplitud del mismo, ha dado lugar a conceptualizaciones muy diferentes. Tal vez, esta diversidad evidencia la dificultad de desligar la comunicación del propio hecho de existir y relacionarnos con los demás”. De este modo, según esta autora, la comunicación es una de las funciones psicológicas más evidente del ser humano mediante la que se muestran ideas, intenciones, deseos, afectos, actitudes e instrucciones; produciéndose incluso antes de desarrollar lo que se entiende como un instrumento básico de la especie humana, el lenguaje (Martínez, 2012). Así, la noción de comunicación se confunde prácticamente con la de interacción entre organismos vivos, definiéndose tanto como un proceso de intercambio, como un proceso constitutivo de la propia existencia (Martínez, 2012).

En esta misma línea trabajan diferentes autores del área de enfermería. Así, Cibanal, Arce y Carballal (2014) entienden la comunicación como un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano. Para ellos, el hecho de hablar sobre lo que nos acontece, muestra lo que somos y permite a los demás tener información para poder comprendernos y evaluar la percepción que han de tener de nosotros (Cibanal et al., 2014). Estas conceptualizaciones dejan en evidencia que la comunicación se constituye como un elemento básico de nuestra existencia. Si bien, como se puede observar, establecer una definición concreta y objetiva de la misma se torna en un ejercicio complejo.

Actualmente el diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española (RAE) (2014) define comunicar como:

- a) Hacer a una persona partícipe de lo que se tiene.
- b) Descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo.
- c) Conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito.
- d) Transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor.
- e) Consultar con otros un asunto, tomando su parecer.

Autores como Van-der Hofstadt (2005) definen el acto de comunicar desde un punto de vista más técnico y asumen que se trata de un “proceso más o menos complejo en el que dos o más personas se relacionan y, a través de un intercambio de mensajes con códigos similares, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando un canal que actúa de soporte en la transmisión de la información”.

En esta misma dirección, Cibanal et al. (2014) consideran que la comunicación se puede definir como un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. Por una parte, se concibe como una manifestación de cómo un emisor expresa a un receptor su forma de captar, sentir y vivir una determinada realidad y lo que espera ese emisor al contar esos hechos (Cibanal et al., 2014). Y por otra parte el receptor refleja lo que ha captado de lo que el emisor le cuenta, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que ha comprendido con el lenguaje no verbal (Cibanal et al., 2014).

Por lo tanto, la esencia de una comunicación eficaz es la respuesta comprensiva a toda una serie de variables y no se trata de una mera transferencia de información de un individuo a otro (Cibanal et al., 2014).

3.1.1. Modelos explicativos de la comunicación

La literatura deja en evidencia que no existe un consenso a la hora de definir y entender la comunicación. En cambio, todas las definiciones que se han ido planteando en este campo hacen uso de un conjunto de elementos que interactúan entre sí y que influyen directamente en los sujetos que forman parte de la comunicación. Así, estas conceptualizaciones derivan de una serie de modelos que se han ido desarrollando a lo largo de los años y que han aportado diferentes matices, ayudando a la comprensión y operacionalización de la comunicación.

Como señala Martínez (2012), el primer antecedente histórico que se puede recoger en relación a la comunicación se situaría en la filosofía griega y, más concretamente, en la retórica Aristotélica. Aristóteles ya proponía un modelo lineal de comunicación con tres componentes: emisor, discurso y audiencia (Martínez, 2012). Ya en este modelo se reflejaba el papel activo del emisor pues la disposición de los elementos y los resultados de la comunicación dependen directamente del mismo (Islas, 2013). Además, se encarga de la elaboración de un discurso para una determinada audiencia, lo cual refleja la linealidad de la comunicación (Martínez, 2012).

Si bien es cierto, para hablar de modelos y referencias dentro de este campo de investigación, es preciso dar un salto a finales del siglo pasado. Pese a que este tema ha sido relevante de cara a la comprensión de las relaciones humanas, su difícil aproximación ha hecho que no se haya investigado en torno a él hasta bien entrado el siglo XX. Así, la teoría de la comunicación se ha ido construyendo desde perspectivas muy diferentes. Se han desarrollado teorías de tipo físico-matemática, como la de Shannon y Weaver; teorías de corte más psicológico con base en la percepción; y teorías sociales con base en la lengua o en la interacción, como el trabajo de la escuela de Palo Alto (Rizo, 2004). También han destacado las aportaciones en el campo de los efectos de la comunicación de masas, aunque estas teorías no son objeto de este trabajo.

De entre todas estas teorías y modelos, el primer modelo que ha presentado una importante influencia en los elementos comunicativos con los que se trabaja hoy en día fue el modelo de Harold Laswell. En la década de 1920, este autor proponía una cadena de cinco preguntas que estaban presentes en todo acto comunicativo: “¿quién – dice qué – por cuál canal – a quién – con qué efecto?” (Galeano, 1997). Según algunos autores, la importancia de este modelo radica no sólo en que recoge los elementos básicos de comunicación, sino que da un papel importante al efecto o resultados de la misma (Islas, 2013).

Otro de los modelos de comunicación más conocidos y que han tenido mayor impacto es el trabajo de Shannon y Weaver. En 1949 lanzaron una teoría matemática de la comunicación fundamentada en la cibernética. Este trabajo pretendía formular un modelo de la transmisión de información a través de señales mediante la formalización matemática de los supuestos teóricos de la termodinámica (Martínez, 2012). Estos autores incorporaron una serie de conceptos que se encuentran presentes en las concepciones de comunicación que se tiene actualmente. En la Figura 1 se recogen estos elementos.

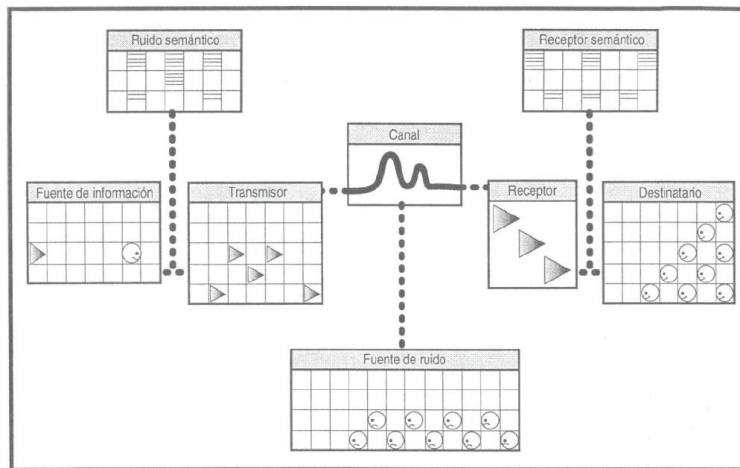


Figura 1 Modelo de Shannon y Weaver (Galeano, 1997)

Se trata de un modelo mecanicista que no tiene en cuenta el significado y que no contempla la retroalimentación. Si bien, pese a esas limitaciones, este modelo es la base de los posteriores modelos de comunicación que aparecieron con el paso de los años y su importancia radica principalmente en la propuesta de disminuir los ruidos en la transmisión de la información (Galeano, 1997; Islas, 2013).

Junto con el modelo de Shannon y Weaver, en 1954 Osgood y Schramm, dentro de la escuela estructural-funcionalista, plantearon otro modelo de comunicación de gran relevancia. Estos autores postularon la idea de la circularidad, pues consideraron que no se puede entender la comunicación como si comenzara en un lugar y terminara en otro diferente (Sánchez, 2006). De este modo, estos autores se alejan de la linealidad que caracterizaba a los modelos desarrollados hasta el momento, y centran su atención en la conducta de los actores, aunque no diferencian sus funciones (Sánchez, 2006). La importancia de este modelo radica en el paso que se hace de una comunicación acción a una comunicación interacción.

En esta misma década, el autor Gregory Bateson también trabajaba en el área de comunicación dentro de la escuela de Palo Alto. Así, claramente influenciado por la cibernética e inmerso en el interaccionismo, planteó cuatro niveles de comunicación: intrapersonal, interpersonal, grupal y cultural. Este autor considera que el concepto de comunicación incluye todo el proceso a través del cual la gente se influye mutuamente, presentándose un doble vínculo en la acción comunicativa (Castro & Moreno, 2006). De ahí que se empiece a tener en cuenta las características personales de los comunicantes como factores influyentes en la comunicación (Castro & Moreno, 2006).

En esta misma escuela, Watzlawick, Beavin & Jackson (2008) desarrollaron una teoría de la comunicación humana en la que consideran la comunicación como un proceso de

interacción o intercambio de mensajes entre dos personas (en la base está el interaccionismo simbólico de Herbert Blumer) (Cibanal et al., 2014). Para estos autores la comunicación y el comportamiento son prácticamente sinónimos, pues todo comportamiento es comunicación y toda comunicación afecta al comportamiento (Cibanal et al., 2014). Como precursores de la posteriormente denominada teoría sistémica, no tienen en cuenta solamente el efecto del comportamiento del emisor sobre el receptor, sino también el efecto que produce en el emisor la reacción del receptor (Cibanal et al., 2014). Así, entre emisor y receptor hay un intercambio de información que define la relación que les une.

Partiendo de estas nociones generales, estos autores plantearon una serie de axiomas que definen esta teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al., 2008):

- Primer axioma: *'No podemos no comunicarnos'*

En una secuencia de mensajes intercambiados entre los individuos todo comportamiento tiene el valor de un mensaje que se trata de una unidad de comunicación. De aquí la consecuencia de que no podemos no comunicarnos. Toda comunicación afecta al comportamiento de los otros que no pueden dejar de reaccionar a nuestra comunicación y por este hecho ellos también comunican. Así, la imposibilidad de no comunicar hace que toda situación que implique a dos o más personas sea una situación interpersonal, y, por tanto, una situación de comunicación.

- Segundo axioma: *'Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y, por consiguiente, se convierte en una metacomunicación'*

Una comunicación no se centra sólo en transmitir una información, sino que ésta sirve también para definir la relación del emisor con el receptor. Es decir, no sólo es relevante la información que aporta el emisor, sino que también lo es la forma, el comportamiento, etc. con que se transmite esa información, es decir, la relación. En muchas ocasiones esta relación es más importante que la misma información, ya que a veces la forma en que se dicen las palabras adquiere mayor relevancia que las propias palabras. Con la información se da una primera comunicación, con la relación que se tiene al transmitir la información se da otra segunda comunicación, de ahí que se llame metacomunicación, comunicación sobre la comunicación.

- Tercer axioma: *'Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según esté fundamentado en la igualdad o la diferencia'*

Una interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y la minimización de las diferencias, mientras que una interacción complementaria se funda sobre la maximización de las diferencias. En una relación simétrica sana, los dos sujetos son capaces de aceptarse tal como son, lo que conduce al respeto mutuo y a la confianza en el respeto del otro. Esto equivale a una confirmación positiva y recíproca del yo. En las relaciones complementarias, uno busca complementar en el otro lo que a él le falta. Simetría y complementariedad pueden dar lugar a una confirmación recíproca sana y positiva, o, por el contrario, a situaciones patológicas.

- Cuarto axioma: *'La naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de comunicación entre los dos interlocutores'*.

En una interacción, los interlocutores puntúan siempre unas comunicaciones más que otras, en función de su convicción y partiendo del principio de que cada uno cree que 'no existe más que una sola realidad, el mundo tal cual yo lo veo o percibo'. La puntuación sirve para estructurar la manera de comportarme. Las puntuaciones continuas y repetitivas van a estructurar y definir un rol, el cual será admitido por ambos. Esto quiere decir que los interlocutores establecen entre ellos modelos de intercambio, y estos modelos serán a su vez como las reglas implícitas que regirán el intercambio de roles.

En esa misma década, David K. Berlo (1960) planteó un modelo fundamentado en el trabajo de Shannon y Weaver, que daba particular énfasis a los sentidos en el desarrollo de las acciones comunicativas. Según este autor: su modelo denominado 'S-M-C-R' (source-message-channel-receiver) distingue la acción del emisor y su estrategia e intención, de la del receptor (Berlo, 1960). Este último puede aparecer como destinatario 'intencional', esto es, objetivo directo del mensaje del emisor, o como 'no intencional', que es todo aquel al que llega el mensaje, aun cuando no figuren como objetivo de la comunicación (Berlo, 1960).

Los planteamientos de todos esos modelos y teorías son la base de lo que hoy se conoce como comunicación. Es importante destacar que se han desarrollado multitud de modelos en torno a la comunicación desde un planteamiento de la persuasión en el ámbito de la comunicación de masas, hasta la psicología de la comunicación como un área de trabajo dentro de la psicología. Si bien, dado el planteamiento de esta tesis doctoral, los modelos recogidos se han considerado como los más influyentes de cara a la comunicación en el ámbito de la salud.

3.1.2. Elementos básicos de la comunicación

Como se ha comentado anteriormente, Bateson definió diferentes niveles de comunicación considerando que la comunicación incluye todo el proceso a través del cual la gente se influye mutuamente (Castro & Moreno, 2006). Así, en la actualidad esta comunicación entendida como proceso dinámico y continuo puede situarse al menos a tres niveles diferentes (Cibanal et al., 2014):

- Intrapersonal, se trata del tipo de comunicación en que el individuo se envía un mensaje a sí mismo. Este proceso de comunicación precede los otros dos niveles e implica la percepción de sí y de los otros, elementos esenciales de toda comunicación.
- Interpersonal, se trata del tipo de comunicación que incluye todo lo que se va a decir sobre la comunicación de dos personas. De este modo, en este tipo de comunicación se incluyen la comunicación enfermera-paciente o enfermera-familia, así como la comunicación entre profesionales de la salud.
- Pública, se trata del tipo de comunicación que tiene lugar entre una persona y varias otras. La mayor parte del tiempo toma la forma de un discurso público. Es la comunicación que más se realiza comúnmente.

Independientemente del nivel de comunicación, y partiendo de los diferentes modelos que se han ido planteando con el paso de los años, se puede hablar de una serie de elementos básicos que constituyen el esquema de comunicación (Cibanal et al., 2014):

- El emisor, es la persona que pretende comunicar algo al receptor y que confecciona, mediante un proceso interno, una serie de ideas y pensamientos codificados que tienen como objetivo elaborar un estímulo comunicativo (mensaje). Las características propias de esa persona van a condicionar la forma de establecer la comunicación. Sus peculiaridades culturales, el sistema social en el que se encuentra, su nivel de instrucción y sus actitudes en general, influirán de manera decisiva en su forma de comunicarse.
- El receptor, es la persona a quien va dirigido el estímulo comunicativo (mensaje) enviado por el emisor y en quien se produce un proceso interno de decodificación, para lo cual es preciso que posea capacidad de escucha y atención. Al igual que ocurría en el emisor, la recepción del mensaje también depende de las características psicosociales del individuo receptor, como su personalidad, su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación.

- El mensaje es el estímulo comunicativo consistente en una agrupación de conceptos, experiencias y sentimientos.
- El canal es la vía a través de la cual se traslada el mensaje desde la persona que lo emite hasta aquella que lo recibe. Los dos canales principales son el acústico y el visual. Pueden utilizarse varios canales simultáneamente.
- La retroalimentación o el feed-back es la acción de devolver, por parte de la persona que lo recibe, aquello que ha entendido del mensaje enviado por el emisor.
- El código es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etc., que sirven para transmitir la información o las ideas que constituye el mensaje.
- El contexto es la situación en que se desarrolla la comunicación y constituye el entorno donde se desarrolla la actividad comunicativa. Del contexto depende en gran parte la interpretación que el receptor haga del mensaje, así como la forma de ejercer los roles por parte de emisor y receptor.
- El ruido es cualquier alteración que tiene lugar durante el proceso comunicativo y, aunque en muchas ocasiones se trata de un fenómeno físico, se considera como tal a cualquier elemento que dificulta la transmisión y la recepción del mensaje.
- Los filtros hacen referencia a las barreras mentales, que surgen de los valores, experiencias, conocimientos, expectativas, prejuicios, etc., de emisor y receptor. Son muy importantes pues actúan incluso antes de que se produzca el encuentro entre emisor y receptor.

3.1.3. Elementos no verbales de la comunicación

La información aportada por parte del emisor a través de lo que se ha definido como mensaje puede tomar características diferentes. Así, cuando se piensa en mensaje, se apela al uso de un lenguaje verbal común entre emisor y receptor. Si bien es cierto, este lenguaje no es el único que se utiliza y, más importante aún, no es el que más peso tiene dentro de la comunicación. Junto al lenguaje verbal, las personas hacen uso de una serie de componentes o elementos no verbales y paraverbales que complementan el proceso comunicativo.

Los componentes no verbales son aquellos elementos de la comunicación en que no interviene la palabra (Van-der Hofstadt, 2005). El uso de estos elementos puede reemplazar las palabras, repetir lo que estamos diciendo o contradecir el mensaje verbal (Van-der Hofstadt, 2005).

Los principales elementos no verbales que se pueden presentar en la comunicación son (Van-der Hofstadt et al., 2006):

- La expresión facial. Los sentimientos y emociones humanas suelen reflejarse en la cara y pueden traducirse en expresiones específicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco, así como en una combinación de las mismas. Esto se produce mediante la combinación de gestos de tres regiones de la cara: frente/cejas, ojos/párpados y la boca. Si bien es cierto, en muchas ocasiones sólo pequeños movimientos de esas regiones durante un tiempo breve son suficientes para expresar una emoción.
- La mirada. Constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Entre sus funciones se encuentran: regula el flujo de la comunicación, proporciona *feedback* acerca de cómo los demás reaccionan al mensaje emitido y se constituye como uno de los elementos principales de la escucha. La cantidad y el tipo de mirada comunican actitudes. Así, el contacto directo indica buena disposición, aunque un contacto demasiado intenso puede resultar amenazador e intimidatorio. Por otra parte, la evitación del contacto visual indica evitación, informalidad o falta de atención.
- La sonrisa. Es un elemento fundamental de importancia similar a la mirada. Constituye un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas. Además, transmite aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que se sonríe.
- La orientación. Hace referencia a la posición relativa de la persona con relación a sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. Para facilitar la comunicación y transmitir interés hacia el paciente es importante adoptar una orientación enfrentada.
- La postura. La posición del cuerpo y las extremidades refleja actitudes sobre la persona y su relación con los demás. Principalmente se habla de dos dimensiones: acercamiento-retirada y expansión-contracción. Por un lado, el acercamiento se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada se interpreta como rechazo o repulsión. Por otro lado, la expansión se interpreta como una postura engreída o arrogante, mientras que la contracción se entiende como una postura depresiva o abatida.
- La apariencia personal. Hace referencia al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma: aseo personal, ropas y

adornos. A través de ello, los demás se generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto. Cambiar una primera impresión negativa se torna muy complicado, de ahí la importancia de la apariencia.

- Los gestos. Hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.
- El contacto físico. El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el nivel de acercamiento a la persona. La proximidad se establece por el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma. Así, una cercanía excesiva puede incomodar a la persona, mientras que una distancia demasiado amplia puede dar sensación de frialdad. Lo importante es que la distancia y el tipo de contacto sean admitidos por ambas partes. Dentro del contacto físico hay que hacer referencia al tacto como tal. Suele ser aceptado de forma amigable, suponiendo fundamentalmente el contacto que se produce durante el saludo y la despedida, aunque también puede haber contacto mano a mano como señal de confianza, apoyo, etc.
- Las automanipulaciones. Hacen referencia a gestos que implican tocarse el cuerpo, tales como tocarnos el pelo, rascarnos la cara o el brazo, tocarnos la nariz, etc. En muchas ocasiones, se producen movimientos con las manos o las piernas y/o pies, cuya principal característica es que son repetitivos, rítmicos y normalmente involuntarios (tipo tic). Ambos tipos de movimientos suelen ser interpretados como señales de incomodidad y ansiedad.

La comunicación no verbal es particularmente importante en el ámbito de la salud, más aún cuanto mayor es la tecnificación y la sofisticación de los instrumentos al servicio del personal sanitario (Cibanal et al., 2014). Supone la captación de las señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y a menudo proporcionan mensajes y expresan sentimientos que no están sujetos al análisis directo consciente de quienes interactúan (Cibanal et al., 2014).

Junto con los elementos no verbales expuestos, se encuentra un conjunto de componentes paraverbales que también adquieren una gran relevancia en la comunicación. Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado. Es decir, hacen referencia al modo en que se dicen las cosas, en lugar de al contenido (Van-der

Hofstadt, 2005). La importancia de estos elementos radica en que pueden afectar totalmente al significado de los mensajes y, como el resto de componentes, ayudan a la formación de juicios sobre las personas (Van-der Hofstadt, 2005).

Los principales elementos paraverbales de la comunicación son (Van-der Hofstadt et al., 2006):

- El volumen de la voz: la función primordial del volumen es hacer que los mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que van dirigidos. Es importante, que en aquellos elementos en que se quiera enfatizar y captar la atención de la otra persona se utilice un volumen de voz más alto. Por otra parte, cuanto más alto habla una persona más nerviosa se considera que está. Por tanto, es importante encontrar un volumen de voz adecuado y dar un mayor énfasis a lo que se considere más importante. Además, el volumen ayuda a transmitir emociones y señalar los destinatarios de los mensajes.
- El tono. El tono refleja la calidad de la voz estando influido directamente por las características físicas de las cavidades orales. Cuando se habla de entonación se hace referencia a las diferencias en la subidas y bajadas de volumen y la musicalidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo. Las personas con poca confianza en sí mismas utilizan un tono monótono, con pocas variaciones y un volumen de voz bajo.
- El timbre. Se considera como el modo propio y característico de sonar la voz de las personas y depende directamente de las características físicas de las cavidades orales. Un timbre especialmente agudo puede resultar desagradable y dificultar la comunicación.
- La velocidad. Hace referencia al número de palabras emitidas por unidad de tiempo. La velocidad elevada del habla hace que se corra el riesgo de que la otra persona no entienda el mensaje, aunque suele mostrar alegría o sorpresa. Si por el contrario es muy lenta se corre el riesgo de aburrir a los interlocutores y suele ser indicativo de tristeza o aburrimiento.
- La fluidez. Se refiere a la forma de pronunciación y emisión de las palabras, siendo lo correcto hacerlo sin repeticiones, vacilaciones, balbuceos o amontonamientos. La presencia de perturbaciones pueden causar impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.

- La claridad. Hace referencia a la expresión de palabras sin que se entrecorten, haciendo uso de un acento poco marcado. La presencia de entrecortes, o de un acento excesivamente marcado, puede ser objeto de interpretación al atribuirse por ello un determinado estado emocional (normalmente ira o impaciencia).
- El tiempo de habla. Hace referencia a la duración de las intervenciones de los interlocutores durante una conversación. El uso correcto del mismo supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma, y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice.
- Las pausas y silencios. Hace referencia al tiempo invertido en comenzar a hablar cuando ha terminado el interlocutor o en remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso. Las pausas y silencios pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción. Por su complejidad y riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo, evitándolo o desviando el tema de la conversación.

3.1.4. El proceso de comunicación

Los componentes descritos con anterioridad forman parte de lo que se conoce como proceso de comunicación. Este proceso supone la intervención activa, de forma dinámica, de todos estos elementos, creando una secuencia organizada en la que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia (Van-der Hofstadt, 2005).

Es importante tener en cuenta que este proceso de comunicación está enmarcado en un contexto, elemento fundamental y que engloba a todo el proceso. Este elemento va a determinar tanto el modo de codificar y transmitir el mensaje por parte del emisor como la forma en que el receptor decodifica y entiende el mismo (Cibanal et al., 2014). Los elementos que forman parte del contexto van a dar un sentido concreto a la comunicación y van a influir en cada uno de los elementos que forman parte del proceso, añadiendo filtros y ruidos que pueden favorecer o perjudicar la comunicación (Cibanal et al., 2014).

Así, dentro de un contexto determinado, el proceso de comunicación comienza con el emisor. El emisor ha de expresarse en términos concretos y claros para que el interlocutor pueda comprenderle. Es por ello que para que se produzca de forma exitosa este proceso, el emisor debe expresar (Cibanal et al., 2014):

- Claramente un contenido. El emisor debe ser claro, concreto y específico en el contenido que quiere expresar, es decir, debe codificar adecuadamente el mensaje en unos signos capaces de ser reconocidos por el receptor.
- Claramente un sentimiento. Es necesario comunicar lo que se siente respecto a lo que se está diciendo. El sentimiento manifiesta al receptor la importancia, el peso y la gravedad del problema o lo que le está comunicando.
- Claramente una demanda. Cuando se comunica algo, de manera implícita o explícita, siempre hay una demanda que debe ser expresada para que el receptor no tenga que interpretar o adivinar lo que necesita el emisor.
- La relación. El emisor debe tener en cuenta la forma en que expresa los contenidos, los sentimientos y las demandas para favorecer un buen entendimiento con el receptor.

A la hora de iniciar esta comunicación, es importante tener en cuenta el hecho de que los filtros por parte del emisor se activan cuando va a codificar el mensaje o incluso antes, cuando se han planteado los objetivos de la comunicación (Van-der Hofstadt, 2005). De este modo, una vez que el emisor tiene claro qué es lo que quiere decir, lo codifica y lo transmite, utilizando un canal concreto (Van-der Hofstadt, 2005). Este canal ha de ser adecuado para que, utilizando un código común con el receptor, facilite que la comunicación sea correcta (Van-der Hofstadt, 2005).

Una vez que el mensaje es transmitido por el emisor van a entrar en escena los ruidos y los filtros, es decir, barreras mentales del emisor y el receptor así como prejuicios e ideas preconcebidas (Van-der Hofstadt, 2005). Estos elementos dificultan que el mensaje llegue al receptor en las mejores condiciones de calidad para su recepción adecuada (Van-der Hofstadt, 2005). Es por ello que es tan importante que el emisor defina con claridad el mensaje, teniendo en cuenta contenido, sentimiento, demanda y relación (Cibanal et al., 2014).

Tras la recepción, lo siguiente sería la decodificación en la cual el receptor, a través de un proceso interno, y sobre la base de sus experiencias y conocimientos, interpreta el mensaje (Cibanal et al., 2014). El receptor ha de intentar captar la visión subjetiva y limitada de la realidad del emisor, teniendo en cuenta que el propio receptor también tiene su visión subjetiva, limitada y parcial de la realidad (Cibanal et al., 2014). Se trata de una tarea muy específica que presenta cierta dificultad dado que es preciso tener en cuenta todos los signos emitidos por la otra persona, así como todos los ruidos que pueden perturbar el mensaje (Cibanal et al., 2014). Independientemente de que los órganos de los sentidos

funcionen correctamente, a la hora de captar el mensaje, el saber escuchar constituye un gran paso para realizar una correcta interpretación (decodificación) de ese mensaje (Vander Hofstadt, 2005).

De este modo, dado que no es fácil comprender el mensaje del emisor, el receptor ha de presentar ciertas actitudes y clarificaciones que le permitan captar lo que dice. Entre estas actitudes Cibanal et al. (2014) destacan:

- Escucha activa. Se trata de un tipo de respuesta verbal que recoge contenido real que refleja el mensaje de la persona. En la forma activa de escuchar el receptor trata de entender lo que siente el emisor o lo que significa su mensaje. Posteriormente expone con palabras lo que ha comprendido y le retroinforma/le da *feedback* para que el emisor lo verifique. Para desarrollar una adecuada escucha activa es preciso utilizar comportamientos no verbales, manteniendo una distancia adecuada respecto al receptor y adoptando una postura relajada. Además, es importante gestionar los silencios como muestra de disponibilidad y acogida, así como hacer un buen uso del paralenguaje mostrando atención a la otra persona.
- *Feedback* o retroalimentación. Se trata de la actitud de devolver a la otra persona lo que ésta acaba de decir, tanto el contenido como el sentimiento y la demanda. El *feedback* permite a la persona saber si ha sido verdaderamente escuchada por el receptor, así como ser consciente de la influencia que tiene su comportamiento o lo que acaba de decir sobre el otro.
- Empatía. Se entiende como la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta el interlocutor, comunicándole esta comprensión y utilizando un lenguaje acomodado a sus sentimientos y entendimiento. La actitud empática supone entender lo que hay detrás de las palabras y los gestos del emisor, entrando en sus percepciones y mostrando cómo las interpretamos y comprendemos desde una posición de tolerancia. Para comunicar desde una actitud empática es preciso que la persona tenga un conocimiento profundo de sí misma para así poder comprender mejor al otro (Dal Santo, Saiani & Battistelli, 2014).
- Respeto. Una persona se deja conocer cuando percibe que el interlocutor tiene interés y muestra respeto hacia ella de manera que es capaz de revelarse completamente al otro y así aprende a aumentar su contacto consigo mismo y entenderse mejor.
- Autenticidad. Es la capacidad de ser verdadero y honesto con el otro e implica que, si la otra persona ve autenticidad en el emisor, hay mayor posibilidad de que sea

más auténtico y que confíe más fácilmente en el mismo. Ante una situación de crisis, la congruencia del receptor favorece la comunicación y ayuda a que la persona cambie y se permita ser ella misma. Además, la autenticidad es la base del resto de actitudes que ha de tener un buen receptor.

- Inmediatez. Es la capacidad del receptor de puntualizar los sentimientos, las reacciones y las palabras que la persona expresa. Permite transcribir de manera clara las palabras dirigidas al interlocutor.

Teniendo en cuenta estas actitudes, en el momento en que el receptor recibe el mensaje por parte del emisor se va a poner en marcha lo que se denomina 'intención', que fundamentalmente se refiere a la pregunta que se hace el receptor de '¿qué me ha querido decir?' (Van-der Hofstadt, 2005). Se produce a partir de la utilización de todos los elementos y componentes que intervienen en este proceso de comunicación. La intención se ajusta a la interpretación que hace el receptor sobre los objetivos del emisor, y si el proceso de comunicación se ha desarrollado adecuadamente la intención coincidiría con los objetivos (Cibanal et al., 2014). Si bien es cierto, en la mayoría de las interacciones los objetivos de comunicación planteados por el emisor no coinciden con la 'intención' que atribuye el receptor al emisor (Van-der Hofstadt, 2005). Esto se debe a que la interpretación del mensaje es totalmente subjetiva y, por tanto, entraña parcialidad (Cibanal et al., 2014). Además, a lo largo del proceso se produce una pérdida de información debida a los ruidos, los filtros, etc. (Van-der Hofstadt, 2005).

De este modo, una vez que el receptor ha recibido el mensaje, lo ha decodificado y le ha atribuido la intencionalidad, entra en juego el *feedback*. Este elemento está presente en el proceso de comunicación desde el inicio, pues supone la atención a los signos que van percibiendo el uno del otro, que aportará evidencia con el fin de evaluar la calidad de la información recibida, así como el significado aparentemente percibido (Van-der Hofstadt, 2005). Este *feedback* se puede realizar de nuevo a través de diferentes canales (Van-der Hofstadt, 2005) y cierra el círculo de la comunicación que en este momento pasaría a comenzar siguiendo los pasos explicados, pero esta vez el receptor se convierte en emisor.

3.2. Comunicación en enfermería

Como se ha podido ver en el apartado anterior, todo acto comunicativo consta de una serie de elementos que se organizan en un proceso concreto y que dan sentido a las relaciones establecidas entre las personas. En el caso de enfermería, estos actos adquieren las mismas características y se tornan parte fundamental del desarrollo profesional. Si bien es cierto, la información aportada en el apartado anterior hace referencia al proceso comunicativo

básico, por lo que se torna necesario analizar y recoger la presencia de las habilidades de comunicación en el desarrollo teórico de la profesión enfermera. Así, a continuación se presentan las principales teorías enfermeras que han considerado la comunicación como un elemento importante en la relación con el paciente, para después pasar a recoger los trabajos teóricos que se han realizado en torno a la comunicación interprofesional.

3.2.1. Teorías sobre relación de ayuda y comunicación enfermera-paciente

En el área de enfermería, el establecimiento de una buena comunicación va de la mano con el desarrollo de una adecuada relación terapéutica entre enfermera y paciente. Esta relación es conocida como relación de ayuda, la cual es entendida como un intercambio humano y personal entre dos seres humanos (Cibanal et al., 2014). En este intercambio, el profesional de la salud capta las necesidades del usuario o paciente con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (Cibanal et al., 2014). La persona se concibe como un todo integral y un ser pluridimensional que necesita ayuda para llegar a alcanzar una vida más plena y para lo que precisa de los profesionales de la salud (Cibanal et al., 2014).

Diferentes autores dentro del campo de la salud han tratado de definir adecuadamente la relación enfermera-paciente y de establecer los conocimientos, habilidades y actitudes con las que han de contar los profesionales de enfermería para desarrollar su trabajo y comunicarse con los demás. Así, autores como Peplau, Rogers, Carkhuff, Battey y Orlando han planteado teorías en que se han definido las fases para el establecimiento de estas relaciones y las características que ha de tener la comunicación para favorecer este proceso.

3.2.1.1. *Teoría de las relaciones interpersonales en enfermería de Peplau.*

Uno de los autores que se interesó en la definición del modo en que se establece la relación entre enfermera y paciente fue H. Peplau. Esta autora se centró en el concepto de relación y escribió sobre la importancia que las relaciones interpersonales tenían en enfermería y fuera de ella (Hernández-Padilla, 2012). Así, consideraba que la enfermera debe tener conciencia plena y asumir la importancia de las implicaciones que las interrelaciones entre individuos poseen para el proceso de cuidar al otro (Hernández-Padilla, 2012).

Para ella, el modo en que la enfermera reacciona comunicativamente a las conductas relacionadas con la salud influye de manera determinante sobre el resultado global del proceso de recuperación de los pacientes (Hernández-Padilla, 2012). Es por ello que interpreta que la enfermería se entiende como la capacidad de los enfermeros para reconocer las dificultades que plantean las relaciones y de su habilidad para resolver sus dificultades (Peplau, 1997). De este modo, el profesional de enfermería ayuda al paciente a

evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración y el desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas. (Peplau, 1997)

Esta autora destaca que para establecer una adecuada relación de ayuda, el enfermero ha de poner en práctica la observación participante que se centra en el propio enfermero, el paciente y la conexión establecida entre ellos (Peplau, 1997). Para ello el enfermero debe llevar a cabo un examen riguroso sobre sí mismo así como contar con total honestidad para evaluar sus interacciones con los pacientes (Peplau, 1997). Esto implica que debe hacerse más consciente de sí mismo para poder hacer frente a las necesidades del paciente y que ha de usar un lenguaje verbal y no verbal coherente (Peplau, 1997). Junto a esto, es preciso establecer uniones empáticas donde tanto enfermero como paciente sean capaces de interpretar lo que está sintiendo el otro y transformarlo en una comunicación verbal clara y de ayuda (Peplau, 1997).

Más allá de esto, para esta autora es muy importante el dominio de las relaciones, no sólo con los pacientes sino con el resto del equipo sanitario y con el propio self. Así, describe y analiza cuatro fases en la relación enfermera-paciente (tres fases en trabajos posteriores) (Peplau, 1997):

- *Fase de Orientación.* Se trata de la primera fase en cualquier relación entre enfermera y paciente. Para que el encuentro tenga lugar, el paciente presenta alguna necesidad descubierta que le lleva a pensar que existe un problema de salud. Así, el paciente busca ayuda como consecuencia de su enfermedad. Esto lleva a que la enfermera adopte un 'rol de persona-recurso' y trata de ayudar al paciente a reconocer y comprender su problema. En la interacción con la enfermera, puede encontrar alternativas para la adaptación. De este modo, en esta primera fase, el enfermero se identifica y establece el objetivo del encuentro, dejando claro el tiempo con que cuenta para el mismo. Se busca información básica mediante la entrevista y la evaluación global del paciente, por lo que el enfermero ha de hacer uso de la escucha activa y de preguntas abiertas para obtener toda esa información.
- *Fase de Identificación.* Esta fase ha sido fusionada en trabajos posteriores con la Fase de Explotación, denominándose Fase de Trabajo. El paciente cree conocer lo que le ofrece la situación y responde selectivamente a quienes le brindan ayuda. Se identifica y alía con la enfermera que lo acepta tal y como se muestra, apareciendo una especie de simbiosis relacional.
- *Fase de Explotación* (también denominada Fase de Trabajo). El paciente intenta de diversas formas sacar partido a la relación y explotar los bienes y servicios

existentes a su disposición. Para ello enfermera y paciente han de identificarse para poder comprender sus relaciones interpersonales y ver el modo en que influyen en su estado. En estas fases la enfermera adopta diferentes roles ya que tienen que aportar cuidados físicos, enseñar acerca de salud y guiar y aconsejar acerca de los recursos que han de utilizar y los objetivos a conseguir. Se trata de un trabajo muy individualizado en que se llega a un conocimiento amplio del paciente y para lo que se necesita escucha empática y estar constantemente aprendiendo y actualizándose para poder dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

- *Fase de Resolución.* El paciente consigue que sus antiguas necesidades se satisfagan y adapta sus aspiraciones a nuevas metas que se gestan como resultado de la explotación de los recursos que tenía a su alcance. Se trata de una fase de resumen y de cierre de la relación para lo que los enfermeros han de contar con asertividad y habilidad para recoger los aspectos fundamentales de la relación para que el paciente los tenga presentes una vez ésta haya terminado.

Peplau considera que lo importante es que la enfermera ayude al paciente a observar su comportamiento, analizarlo, modificarlo y aprender a usar esas nuevas conductas en situaciones de la vida cotidiana (Hernández-Padilla, 2012).

3.2.1.2. Terapia centrada en el paciente de Carl Rogers

Carl Rogers dentro del humanismo psicológico planteó la terapia centrada en el cliente entre los años 1940 y 1950. Bajo esta perspectiva, se asume la bondad del ser humano, así como la tendencia innata del mismo hacia el crecimiento personal (Rogers, 1980). Así, las personas a lo largo de su vida van creando un autoconcepto que define el modo en que se perciben a sí mismas y este autoconcepto se relaciona directamente con las experiencias que van viviendo (Rogers, 1980). En algunas ocasiones surgen incongruencias entre las conductas y las emociones experimentadas y la idea de sí mismo que puede tener la persona, lo cual da lugar a psicopatologías (Rogers, 1980).

Partiendo de esta idea, surge la terapia centrada en el cliente planteada por Rogers. Pese a que este planteamiento se enmarca dentro de la psicología y se habla de terapia, se trata de una perspectiva en la relación del profesional de la salud con el cliente o paciente que asienta unas bases importantes que pueden ser perfectamente aplicables en el ámbito enfermero. Según este autor, este tipo de terapia tiene como finalidad alcanzar la congruencia entre experiencia y autoconcepto, entre conductas y emociones y la idea de sí mismo que tiene el cliente (Rogers, 1980). Principalmente, el transcurso de esta terapia implica enfrentarse a la organización y el funcionamiento de lo que se conoce como self o yo interno (Rogers, 1980). Y para conseguir esto, el cliente ha de pasar por una serie de fases

que van a ayudarlo a hacer frente al self, siempre y cuando el terapeuta sea capaz de dirigir este camino, contando para ello con una serie de actitudes que se entienden como básicas.

De este modo, las fases de la terapia centrada en el cliente planteadas por Rogers (1980) son:

- *Catarsis*. Se trata de la primera fase de la terapia. En ella el cliente ha de explorar sus propias emociones y su situación vital. La finalidad es centrar la problemática que presente para poder resolverla en fases posteriores. De este modo, el terapeuta pretende que en esta fase la persona se conozca en mayor profundidad para promover su desarrollo personal y así pueda entender mejor lo que le ocurre y pueda buscar alternativas para resolver sus problemas.
- *Insight*. Se trata de la segunda fase en la que se lleva a cabo la reinterpretación de la situación por parte de cliente y terapeuta de forma conjunta. Esto lleva a crear una percepción diferente de la realidad y a asumir una narrativa específica. Así, en esta etapa el cliente marca metas personales y establece un compromiso con esos objetivos que plantea una nueva perspectiva vital.
- *Acción*. Se trata de la última etapa de la terapia en la que el cliente actúa para lograr los nuevos objetivos que se había planteado en la fase anterior. Para ello, se preparan y se utilizan una serie de estrategias para solucionar los problemas identificados y eliminar el bloqueo existente en el desarrollo personal.

En cuanto a las actitudes necesarias por parte del terapeuta o profesional para poder desarrollar estas fases y fomentar el cambio en el cliente, Rogers destaca las siguientes (Rogers, 1980):

- Autenticidad o congruencia. Es fundamental que el terapeuta se encuentre en contacto con sus sentimientos y los comunique al cliente de forma abierta. Esta actitud permite crear una relación sincera y puede implicar autorrevelaciones respecto a la propia vida del terapeuta.
- Aceptación incondicional. El terapeuta debe relacionarse con el cliente sin juzgar sus actos o pensamientos. Debe presentar respeto absoluto e interesarse sinceramente por él. Esta actitud permite que el paciente perciba sus experiencias sin la distorsión propia de las relaciones cotidianas y así permite reinterpretar su realidad.
- Comprensión empática. Según Rogers, el terapeuta debe ser capaz de introducirse en la perspectiva del paciente y percibir el mundo desde esa visión. Además, ha de

experimentar sus sentimientos. Todo esto facilita que el paciente se acepte a sí mismo y a sus experiencias. De este modo, se siente aceptado y valorado, lo cual desemboca en que tiende a cuidarse más y a encontrar más congruencia entre su self y sus experiencias. A fin de cuentas, consigue ser más genuino y crecer personalmente.

3.2.1.3. *Teoría de relación de ayuda de Carkhuff*

Otro autor relevante que ha permitido conocer mejor las cualidades básicas que han de tener los enfermeros para establecer una buena relación con el paciente es Carkhuff. Discípulo de Carl Rogers, consideraba la relación de ayuda como el acto de promover en una persona un cambio constructivo en el comportamiento (Hernández-Padilla, 2012). Esta perspectiva plantea que la relación enfermera-paciente permite que las personas que cuentan con problemas para satisfacer sus necesidades vitales de manera independiente comprendan que hay diferentes modos de enfrentarse a una misma situación (Hernández-Padilla, 2012). Pero, además, considera que también sirve para potenciar actitudes que ayuden a los usuarios a movilizar sus recursos y desarrollar un funcionamiento óptimo (Cánovas, 2008).

Según este autor, para establecer una adecuada relación enfermera-paciente, el enfermero ha de hacer uso de una serie de destrezas comunicativas más allá de las habilidades básicas que se han de utilizar en toda comunicación (la escucha activa, el *feedback*, la empatía, el respeto, la autenticidad y la inmediatez). Así, Carkhuff entiende que el profesional del cuidado debe presentar también (Cánovas, 2008; Carkhuff, 2008):

- **Concreción.** Se trata de la cualidad que permite centrar el proceso de comunicación de su interlocutor sin permitir que éste último pueda ocultarse tras manifestaciones abstractas. Busca que el paciente tome contacto con las vivencias personales de un modo claro, concreto y específico. Para Carkhuff es la destreza más importante.
- **Confrontación.** Busca hacer que el paciente tome conciencia de los elementos que obstaculizan la relación con los demás y el conocimiento de sí mismo. Se trata de una iniciativa tomada por el profesional de enfermería para hacer ver al paciente las contradicciones presentes en su modo de pensar, sentir o actuar.
- **Autorrevelación.** Entendida como la libertad con la que cuenta el terapeuta para comunicar aspectos personales de su propia existencia, siempre que lo considere oportuno. Es considerada como una expresión de la autenticidad mediante la que la enfermera se muestra como tal, dejando al descubierto su naturaleza con el fin de ayudar al paciente.

- Atención. Consiste en prestar atención y estimular en el paciente un interés para iniciar un camino de recuperación y su participación en el proceso. Es preciso atender lo físico, observar a la persona y escuchar, asimilando y recordando lo más fielmente posible lo que el otro está diciendo.
- Respuesta. La intervención de respuesta promueve en el cliente la exploración de sí mismo y clarifica en qué punto se encuentra. Hay que responder al contenido y al sentimiento recogiendo el estado de ánimo y ayudando a descubrir la relación entre la situación externa (lo que se dice) y la reacción emocional que causa (lo que se siente).
- Personalización. Ayuda a profundizar en el conocimiento de sí mismo y a comprender la distancia entre la situación en la que se encuentra en ese momento y el nivel al que quiere llegar

Partiendo de estos componentes y destrezas fundamentales en la relación de ayuda, Carkhuff plantea un modelo de tres fases que cuenta con una fase de pre-ayuda (Cánovas, 2008; Carkhuff, 2008):

- *Pre-ayuda*. Se trata de una fase previa al proceso de interrelación como tal. En esta fase, el enfermero presta atención a los pacientes para implicarlos en el proceso y, para ello, focaliza sus habilidades de atención física, observación y escucha en el comportamiento verbal y no verbal de ellos.
- *Auto-Exploración*. Fase inicial que pretende conseguir una buena relación enfermera-paciente. En esta fase, los enfermeros responden a los comportamientos de los pacientes dándoles *feedback* acerca del significado, el sentimiento y el contenido de lo que dicen. Precisa comprensión empática, respeto, concreción y autenticidad.
- *Auto-Comprensión*. El profesional promueve en el paciente un conocimiento cada vez más profundo de sí mismo y hace que tome responsabilidad de sus propias experiencias, pudiendo así transformar sus problemas en objetivos. Para ello, los enfermeros han de formular y comunicar una descripción personalizada de los problemas de los pacientes para poder establecer objetivos individualizados. Se desarrollan otras destrezas como confrontación, inmediatez y autorrevelación.
- *Acción*. Última fase en que se inicia al paciente hacia la acción o hacia el compromiso concreto para resolver el problema. Así, en esta fase se desarrolla un programa de acción en que se recogen las tareas y los pasos a seguir, así como el cronograma y

momentos para comprobar cómo avanza el paciente y aportar *feedback* al mismo. Se recurre más frecuentemente a la confrontación y a la inmediatez.

3.2.1.4. *Teoría humanística de comunicación enfermera de Battey*

Se trata de una teoría que trata de introducir las disciplinas de comunicación y relaciones humanas en el campo de la enfermería. Battey entiende la enfermería como el arte y la ciencia consistente en una intervención positiva y humanista en el proceso cambiante de salud-enfermedad de los seres humanos, los cuales están en constante interacción con su entorno (Sheldon & Ellington, 2008). Los elementos básicos para el desarrollo de esta disciplina son la comunicación, el cuidado y la orientación (Sheldon & Ellington, 2008).

En el caso de la comunicación, en esta teoría es entendida como un proceso dinámico e interpersonal que implica una adaptación y regulación continua entre los implicados en el mismo, planteando interacciones cara a cara en que cada persona tiene presente al otro de forma continuada (Duldt, 1996). De este modo, la comunicación es un proceso caracterizado por ser de naturaleza existencial y que implica un intercambio de significado sobre hechos y sentimientos, así como la aplicación del diálogo (Duldt, 1996). Para ello la persona ha de contar con una actitud humanizadora que le haga consciente de las características únicas de cada persona, y ha de entender que existen una serie de patrones y/o habilidades que se pueden aplicar en el proceso de comunicación (Duldt, 1996):

- Diálogo. Se considera la base de la comunicación humanista y se fundamenta en escuchar. La escucha se entiende como un esfuerzo consciente para atender lo que otra persona está diciendo, particularmente atendiendo a la expresión de sentimientos, significados e implicaciones. Para ello es necesario desarrollar confianza entre las personas implicadas en la comunicación, hacer uso de la autorrevelación para mostrar el aquí y el ahora de la persona y utilizar la retroalimentación para permitir la evaluación y expresión de los sentimientos.
- Asertividad. Implica la expresión de las necesidades, pensamientos, sentimientos o creencias de una manera directa, honesta y segura, respetando los pensamientos, sentimientos y creencias de los demás. Implica autenticidad.
- Confrontación. Se fundamenta en proporcionar comentarios sobre otra persona y solicitar un cambio en su comportamiento.
- Conflicto. Implica tomar una decisión sobre un tema en el que existe el riesgo de pérdida, así como una posible ganancia. Para ello se pueden seleccionar dos o más alternativas y entran en juego los valores personales.

- Separación. Hace referencia al momento de la relación en que se ha de poner un fin debido al desarrollo de cambios, la elección de determinadas alternativas o la presión de compromisos externos.

En las relaciones interpersonales, las personas pueden adoptar uno de los patrones expuestos o pasar por varios de ellos, en función de la persona con la que establezcan la relación (Duldt, 1996). Así, en el trabajo enfermero, es fundamental hacer uso de una comunicación humanizadora, la cual favorece que el paciente se sienta reconocido y aceptado como ser humano (Duldt, 1996).

En una situación crítica de salud, la aplicación de los patrones humanizadores por parte de la enfermera harán que el paciente se mueva en una dirección positiva de cambio que ayudará en su salud (Duldt, 1996). Para ello, han de hacerse presente el patrón de diálogo, caracterizado por la confianza, la autorrevelación y la retroalimentación (Duldt, 1996). De no ser así, se puede caer en una comunicación deshumanizante en la que predomina el monólogo y que hace que no se desarrolle la confianza necesaria, pasando así a presentarse patrones de comunicación deshumanizadores (Duldt, 1996). Ante esto, tanto el enfermero como el paciente pueden recurrir al patrón de asertividad, para intentar recuperar el diálogo y el equilibrio (Duldt, 1996). De lo contrario, se pasaría al conflicto como patrón de interacción el cual podría terminar desencadenando en la separación dado que no se cumplirían los objetivos de salud necesarios (Duldt, 1996).

Así, es fundamental que el enfermero sea consciente de sus patrones de interacción, para poder plantear y desarrollar habilidades y hábitos de comunicación que le lleven a tener resultados positivos en el establecimiento de relaciones interpersonales (Duldt, 1996).

3.2.1.5. Teoría de la disciplina del proceso de enfermería de Orlando

La teoría de Orlando trata de definir el proceso de relación entre enfermera y paciente, estableciendo una serie de pasos básicos que tienen lugar en el mismo. Así, Orlando presenta un enfoque centrado en el proceso dinámico y constructivo del fenómeno enfermera-paciente. Para ello, recoge tres conceptos clave: la conducta del paciente, la reacción de la enfermera y la acción enfermera (Orlando, 1961).

La conducta del paciente se constituye como el primer paso que da lugar a que se inicie la interacción enfermera-paciente. Esta conducta hace referencia tanto a la conducta verbal, es decir, el lenguaje, como a la no verbal, donde se incluyen síntomas fisiológicos, actividad motora y comunicación no verbal y paraverbal (Orlando, 1961). Sean del tipo que sean, estas conductas han de ser consideradas como una expresión de demanda de ayuda y es necesario evaluarlas y dar respuesta a las mismas (Orlando, 1961). Esto es muy importante

ya que si la enfermera no evalúa adecuadamente estas conductas, pueden desarrollarse problemas mayores que dificulten la aplicación del cuidado y lleven al fracaso de la relación entre enfermera y paciente (Orlando, 1961). De este modo, para que esto no ocurra y se evalúen adecuadamente las necesidades de los pacientes, la enfermera ha de comunicarse adecuadamente con los mismos, logrando así su colaboración en el trabajo para la recuperación de la salud (Orlando, 1961).

La reacción enfermera implica el inicio de la relación entre enfermera y paciente. Para ello, la enfermera debe llevar a cabo una serie de pasos que le permitan evaluar adecuadamente las conductas de los pacientes: percepción de la conducta; la percepción lleva a un pensamiento automático; el pensamiento produce un sentimiento automático; este pensamiento y este sentimiento son compartidos con el paciente para corroborar si son correctos o hay un error en la percepción; y, finalmente, la enfermera delibera de forma consciente acerca de las reacciones y la información aportada por el paciente para poder pasar a plantear un plan de acción fundamentado en una evaluación concienzuda (Orlando, 1961).

La acción de la enfermera implica el paso a la aplicación práctica de lo evaluado. Esta acción podrá ser automática o deliberada, aunque la deliberación debería ser el camino a seguir para poder aportar un cuidado que dé una respuesta correcta a las necesidades planteadas por el paciente (Orlando, 1961). Aún así, hay determinadas acciones que son automáticas y que generalmente se llevan a cabo como respuesta ante una orden o instrucción establecida por otros profesionales o por la propia política de trabajo (Orlando, 1961). En cambio, las acciones deliberadas han de predominar en el trabajo enfermero ya que son el resultado de la correcta identificación de las necesidades del paciente, las cuales han sido validadas previamente por la enfermera a partir del tratamiento de sus reacciones (Orlando, 1961). Además, estas acciones implican la discusión con el paciente acerca de la importancia de sus necesidades, conllevan una evaluación inmediata de la eficacia de las mismas y aseguran que su trabajo esté plenamente centrado en el paciente (Orlando, 1961).

De este modo, la teoría planteada por Orlando focaliza el trabajo enfermero en la percepción de las necesidades del paciente y la respuesta individualizada y deliberada a las mismas por parte de enfermería. Para ello es preciso establecer una relación recíproca en la que la enfermera ha de ser consciente de sus pensamientos y sentimientos y ha de ser capaz de transmitirlos al paciente para poder plantear un plan de trabajo eficaz y que implique resultados positivos en salud.

3.2.2. Comunicación interprofesional

Dado que se ha observado que una buena comunicación entre los profesionales de la salud tiene importantes repercusiones sobre la calidad del cuidado y la salud de los pacientes, en la literatura se han considerado una serie de requisitos o cualidades con los que deben contar estos profesionales.

De este modo, para conseguir una comunicación efectiva en los entornos de salud, es importante llevar a cabo esfuerzos a tres niveles: individual, equipo y organización (Victorian Quality Council, 2010).

- A nivel individual. Se ha observado que los enfermeros deben hacer uso de las destrezas comunicativas que se consideran fundamentales a la hora de establecer una relación interpersonal como la escucha activa, la empatía, el respeto, la autenticidad, la concreción, la confrontación y la inmediatez, pero que además han de ser capaces de incorporar a la comunicación con otros profesionales las habilidades de asertividad y negociación (Victorian Quality Council, 2010).
- A nivel de equipo. Se ha observado que los profesionales que conforman los equipos de salud suelen contar con diferentes estilos de comunicación, así como con diferente formación específica en este campo, por lo que la comunicación puede verse comprometida. Es por ello que, dentro de un equipo, los procesos comunicativos han de ir orientados a garantizar, además de la colaboración, la credibilidad, la compasión y la coordinación (Victorian Quality Council, 2010). En cuanto a la credibilidad, los profesionales que forman parte del equipo han de ser concretos en su lenguaje y evitar ambigüedades a la hora de comunicarse (Victorian Quality Council, 2010). Además, han de ser capaces de adaptar su jerga comunicativa al contexto donde se encuentran, teniendo en cuenta las características de los profesionales involucrados (Victorian Quality Council, 2010). Haciendo uso de estas habilidades junto con la asertividad, la credibilidad de sus relaciones está garantizada (Victorian Quality Council, 2010). Por otro lado, los enfermeros han de mostrar consideración en los encuentros con otros profesionales, haciéndoles ver que sus preocupaciones son las mismas, para así favorecer un clima laboral distendido y abierto (Victorian Quality Council, 2010). Además, es importante que sepan apoyar a los compañeros que lo necesiten y sean capaces de defender los derechos del equipo de un modo asertivo (Victorian Quality Council, 2010). Mostrar esta actitud compasiva ayuda de manera determinante a construir un equipo más sólido y unido. Por último, se hablaría de coordinación como la cualidad de la enfermera para funcionar como eje comunicativo del equipo

al que pertenece (Victorian Quality Council, 2010). Para ello es preciso que sea capaz de liderar comunicativamente y que cuente con las habilidades y destrezas expuestas anteriormente (Victorian Quality Council, 2010).

- A nivel organizacional. Se ha observado que la cultura organizacional juega un papel importante para facilitar y apoyar la comunicación efectiva entre los profesionales por lo que es interesante que se establezcan canales abiertos para la comunicación, la transparencia y la confianza y que se fomente la contratación de líderes cualificados. Para ello, la organización debe implementar políticas y procedimientos de identificación de líderes clínicos para impulsar mejoras en la comunicación y la seguridad del paciente. Además, para apoyar esta comunicación efectiva es importante que se evalúe la cultura organizacional, se identifiquen áreas de mejora, se fomente y promueva la cooperación y el trabajo en equipo, se cree un ambiente de seguridad en el que puedan participar todos los profesionales y se proporcionen recursos y estrategias de comunicación apropiadas para garantizar un intercambio eficaz de información (Victorian Quality Council, 2010).

4. Objetivos

Este trabajo de investigación se plantea a partir de la revisión de la literatura realizada acerca de la importancia de la competencia comunicativa en la profesión enfermera, así como por el hecho de que hoy en día, tanto estudiantes de enfermería como profesionales, están refiriendo dificultades a la hora de desarrollar y hacer uso de la misma para con los pacientes y otros profesionales. El modo en que se enseña esta competencia parece un factor crucial a la hora de favorecer la adquisición, retención y aplicación de la comunicación en la labor enfermera. Es por ello que se ha considerado necesario investigar acerca de estrategias de enseñanza-aprendizaje que ayuden a los enfermeros a sentirse mejor y a poder aplicar esta competencia. Si bien es cierto, dadas las dificultades para encontrar herramientas que permitieran evaluar esta competencia en todos los dominios de la misma, este trabajo de investigación también se ha centrado en la creación de instrumentos que ayuden en el desarrollo del planteamiento inicial de la tesis. Por estas razones, esta tesis doctoral se ha dividido en dos partes bien diferenciadas que se han visto guiadas por los siguientes objetivos.

Objetivo general

Comparar la eficacia de dos estrategias educativas en el desarrollo de la competencia comunicativa en alumnos de enfermería.

Objetivos específicos

1. Desarrollar y validar herramientas que permitan evaluar los tres dominios de la competencia comunicativa: conceptual (conocimiento), actitudinal (auto-eficacia) y procedimental (habilidad).
2. Diseñar, aplicar y evaluar los efectos de la simulación con paciente estandarizado y la metodología *role-play* en la adquisición y retención de la competencia comunicativa por parte de los alumnos de enfermería.

5. Metodología

En este apartado se presenta de forma detallada los aspectos metodológicos que se han planteado en el desarrollo de esta tesis doctoral. Para ello se ha considerado oportuno dividir el contenido en dos subapartados bien diferenciados. El primero de estos subapartados hace referencia a la primera parte de este trabajo de investigación que ha consistido en el diseño y validación de un conjunto de escalas que permitan evaluar la competencia de comunicación en enfermería. El segundo de estos subapartados presenta la metodología seguida en la segunda parte de la tesis que ha consistido en la aplicación de dos metodologías educativas para el trabajo de la competencia comunicativa y su posterior comparativa.

5.1. Metodología para el diseño y evaluación psicométrica de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa

La primera parte de esta tesis doctoral ha consistido en el diseño y validación de un conjunto de escalas para la evaluación de la competencia comunicativa en sus tres dominios. El planteamiento de esta primera parte del trabajo de investigación surge tras una ardua revisión bibliográfica acerca de instrumentos utilizados y validados para la valoración de esta competencia. Tras esta revisión, se constató que no existía una herramienta validada que permitiera evaluar la competencia comunicativa en estudiantes de enfermería teniendo en cuenta los tres dominios de la misma y permitiendo obtener una valoración objetiva de cada uno de ellos. Así, se planteó iniciar el trabajo con la creación de tres herramientas: un test de conocimientos sobre habilidades básicas de comunicación (CHBC) para la evaluación del dominio cognitivo, una batería de autoeficacia en habilidades de comunicación (EAHBC) para la evaluación del dominio afectivo y un test de habilidades básicas de comunicación (THBC) para la valoración del dominio psicomotor.

5.1.1. Diseño

El diseño utilizado en esta primera parte del trabajo fue un diseño observacional, transversal con el objetivo de desarrollar y evaluar psicométricamente tres herramientas de evaluación de la competencia comunicativa.

5.1.2. Participantes

Los participantes de este estudio fueron estudiantes del grado en enfermería. Para la selección de la muestra de estudio se hizo uso de un muestreo por conveniencia. La recolección de los datos se llevó a cabo entre abril de 2016 y febrero de 2017 en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería (UAL).

Los criterios de inclusión establecidos para la participación en el estudio fueron:

- Tener una edad igual o superior a los 18 años.
- Estar matriculado en el grado en enfermería en el curso académico 2016/2017.

480 participantes cumplían estos criterios, pero finalmente 365 aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio. Los datos sociodemográficos que se recogieron fueron: edad, sexo, nivel de formación completado y curso del grado en que estaban matriculados. Además, para poder establecer comparativas entre grupos, se recogió el tiempo que había transcurrido desde que habían participado en alguna sesión de entrenamiento de la competencia comunicativa, si se había producido.

5.1.3. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la UAL (EFM-10/15) (Anexo 1). Los participantes que cumplían los criterios de inclusión fueron invitados a participar y se les aportó un documento escrito con la información relativa al objetivo del proyecto de investigación, los derechos con que contaban, así como el proceso de recolección de los datos. Aquellos estudiantes que decidieron voluntariamente participar en el estudio, firmaron un documento de consentimiento informado antes de participar, de forma que confirmaban haber recibido toda la información acerca del estudio y su derecho de poder abandonar el estudio en el momento en que lo desearan (Anexo 2).

Todos los datos recogidos durante el estudio fueron tratados de acuerdo a la Legislación Europea de protección de datos, regida por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016. Así, se aseguró tanto el anonimato como la confidencialidad de todos los datos recogidos.

5.1.4. Metodología para el diseño y la evaluación psicométrica del test CHBC

5.1.4.1. *Procedimiento de creación y desarrollo*

La versión inicial del test CHBC fue desarrollada en español e incluía 22 preguntas tipo test divididas en: generalidades de comunicación; comunicación centrada en el paciente; y comunicación interprofesional para comunicar información básica sobre un paciente a otros profesionales.

Para el desarrollo de las preguntas que comprendieron esta herramienta, se hizo uso de diferentes modelos y teorías. Así, se crearon 10 preguntas sobre generalidades de comunicación fundamentadas en los trabajos de la escuela de Palo Alto (Watzlawick et al., 2008); 8 preguntas sobre comunicación interpersonal basadas en los principios básicos de comunicación interpersonal centrada en el paciente planteados en el modelo SAGE&THYME (Griffiths et al., 2015) y en el marco teórico SEGUE (Makoul, 2001); y, por último, 4

preguntas sobre comunicación interprofesional basadas en la técnica SBAR (Haig et al., 2006). Todos estos modelos están previamente expuestos en el apartado de Antecedentes.

Para la creación de las preguntas se hizo uso del método de Haladyna, Downing & Whittington (2002) para poder crear un test con orientación pedagógica. Siguiendo este método, cada ítem tiene una estructura nuclear (pregunta) que promueve el inicio de los procesos de pensamiento en los alumnos. Así, para cada ítem había 5 respuestas, cuatro afirmaciones y una opción de 'no sé la respuesta', que permite eliminar el factor de adivinanza.

El primer paso de la validación del test CHBC, consistió en enviar las preguntas a un grupo de expertos en comunicación en enfermería, docentes en diferentes universidades nacionales. El grupo estuvo compuesto por 10 expertos procedentes de instituciones universitarias diferentes. Todos ellos analizaron el grado de representatividad individualizada de cada ítem y aportaron comentarios cualitativos sobre la redacción y estructura.

Los expertos tuvieron que cumplir los siguientes criterios:

- Ser doctor en enfermería o medicina, o al menos tener un nivel de estudios equivalente a máster.
- Haber impartido docencia relacionada con habilidades de comunicación a profesionales de la salud durante al menos 5 años.
- Tener experiencia en el desarrollo de instrumentos psicométricos.

Tras obtener la respuesta de los expertos y analizados los comentarios y valoraciones realizadas por los mismos, se elaboró la versión definitiva de la herramienta que pasaría a ser validada con los alumnos. Así, el CHBC quedó finalmente compuesto por 20 ítems.

Según el método de Streiner & Kottner (2014) para la fase de validación con los alumnos, el tamaño muestral queda definido por 10 sujetos por cada ítem que compone la escala. Así, la validación consistió en entregar la herramienta a un grupo de 252 alumnos de enfermería para que la completaran en dos ocasiones, separadas por 12 semanas de diferencia. Con estos datos se procedió a la realización de análisis para determinar aspectos fundamentales como la validez de los ítems y la validez de constructo.

5.1.4.2. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se hizo uso del programa informático IBM SPSS Statistics v.25.

5.1.4.2.1. Fase de validación con expertos

En esta primera fase de validación se contactó con un conjunto de expertos de diferentes centros universitarios nacionales. Para conocer las principales características de estos expertos se recogieron de forma suplementaria las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios, experiencia profesional y área de conocimiento en que trabajaban. Para el análisis descriptivo de las variables edad y años de experiencia se procedió al cálculo de la media, mínimo, máximo y desviación típica. Por otro lado, para el análisis de las variables sexo, nivel de estudios y área de conocimiento se procedió a un análisis de frecuencias y porcentajes.

Junto a estos datos, el análisis de datos planteado en la primera fase de validación con expertos consistió en el cálculo del Índice de Validación de Contenido (IVC) (Polit & Beck, 2006) para los ítems de la herramienta CHBC. La validez de contenido se define como un atributo de medida en sí mismo que aporta información acerca de la construcción de la herramienta. Este atributo indica la eficacia con la que se pueden extraer inferencias de una puntuación a un dominio mayor de contenidos similares (Polit & Beck, 2006).

En el caso del IVC, los expertos valoraron individualmente cada uno de los ítems como 1='nada relevante', 2='algo relevante', 3='bastante relevante' o 4='muy relevante'. Así, para cada ítem se calculó el IVC (IVC-I) sumando las puntuaciones de cada uno de los expertos y dividiendo esta suma entre el número de expertos que componían el panel (Polit & Beck, 2006). Un IVC-I superior a 0,78 es considerado suficiente para aceptar un ítem como evidencia de un alto grado de consenso sobre la relevancia para medir el constructo deseado (Polit & Beck, 2006). De este modo, todos los ítems que contaron con un $IVC-I \geq 0,78$ se conservaron en la herramienta valorada.

5.1.4.2.2. Fase de validación con sujetos

La herramienta CHBC fue evaluada psicométricamente con una muestra de 252 estudiantes, siguiendo los procedimientos y recomendaciones de diferentes autores (Tabachnick y Fidell, 2013; Manderlier, Van Damme, Vanderwee, Verhaeghe, Van Hecke & Beeckman, 2017).

En primera instancia, se recogieron de forma suplementaria las principales características demográficas que permitían definir a la muestra: edad, sexo y nivel de estudios previo. Tras la aplicación de las herramientas, se evaluó la validez del instrumento calculando la validez de los ítems del test y la validez de constructo.

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, se procedió al cálculo de la media, mínimo, máximo y desviación típica para la variable edad. Por otro lado, para el

análisis de las variables sexo, curso matriculado y nivel de estudios se procedió a un análisis de frecuencias y porcentajes.

La validez de la herramienta CHBC se valoró explorando tanto la validez de los ítems como la validez de constructo. Se entiende como validez la medida en que una prueba mide lo que dice que está midiendo, así como la medida en que es posible hacer inferencias apropiadas a partir de las puntuaciones de la herramienta valorada (Coaley, 2014).

Para el cálculo de la validez de los ítems se hizo uso de tres tipos de análisis: la medición de la dificultad de los ítems, el índice de discriminación de los ítems y la valoración de la calidad de las respuestas (Manderlier et al., 2017):

- La medición de la dificultad de los ítems se lleva a cabo mediante el cálculo de P-value. Este valor se calcula dividiendo el número de respuestas correctas entre el número total de respuestas. Un valor de 0,7 es óptimo.
- El Índice de discriminación de los ítems denominado D-value se calcula a partir de la división de la muestra en dos extremos. Por una lado, el 25% de los sujetos con mayor puntuación y por otro, el 25% con menor puntuación. Cada ítem debe haber sido respondido correctamente por la mayoría del grupo con mejor nota e incorrectamente por el grupo con peor nota. Así, la D-value sería igual al porcentaje de aciertos del grupo con mejor nota menos el porcentaje de aciertos del grupo con peor nota. Una diferencia por encima de 0,2 (20%) se considera moderada y una diferencia por encima de 0,3 (30%) se considera buena.
- La valoración de la calidad de las respuestas se calcula mediante el A-value y mide el porcentaje de sujetos que eligen cada respuesta. El A-value de cada respuesta debería ser menor que el P-value de la pregunta. Es decir, el porcentaje de personas que eligen cada respuesta debería ser menor que el porcentaje de aciertos en la pregunta.

En cuanto a la validez de constructo se llevó a cabo una medición test-retest y un análisis de grupos conocidos (AGC) (Manderlier et al., 2017).

- Medición test-retest. Hace referencia a la concordancia obtenida entre los resultados de la herramienta al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos momentos distintos. Como se ha comentado, el test CHBC se aplicó en dos momentos diferentes con una diferencia de 12 semanas. Así, para la medición test-retest se calculó el coeficiente de correlación intraclase entre los resultados obtenidos en ambas recogidas de datos (test-retest). En el intervalo de 12 semanas

entre las recogidas de datos, los estudiantes no recibieron ningún tipo de formación relacionada con habilidades de comunicación. Se consideró una medición adecuada si $ICC > 0,41$ con una $p < 0,05$ (Hernández-Padilla et al., 2016b)

- Análisis de grupos conocidos (AGC). En cuanto al AGC, la muestra principal ($N = 252$) se dividió en grupos según la formación recibida. Sobre la base de esta categorización, se procedió a determinar la bondad de ajuste de la muestra haciendo uso del Test Kolmogorov-Smirnov, entendiéndose que una $p > 0,05$ indica que la muestra se ajusta a la distribución estimada. A partir de esta valoración, se procedió a evaluar las diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos, haciendo uso de la Prueba Mann-Whitney. Se considera que la herramienta tiene una buena validez de constructo cuando la diferencia entre las puntuación de ambos grupos es significativa ($p < 0,05$) (Tabachnick y Fidell, 2013).

5.1.5. Metodología para el diseño y evaluación psicométrica de la batería EAHBC

5.1.5.1. Procedimiento de creación y desarrollo

La versión inicial de la batería EAHBC fue desarrollada en español e incluía 23 ítems divididos en dos herramientas: comunicación centrada en el paciente; y comunicación interprofesional para comunicar información básica sobre un paciente a otros profesionales.

Para el desarrollo de los ítems que comprendieron esta batería, se hizo uso de diferentes modelos y teorías. Así, la herramienta de comunicación interpersonal estuvo compuesta por 17 ítems fundamentados en los principios básicos de comunicación interpersonal centrada en el paciente planteados en el modelo SAGE&THYME (Griffiths et al., 2015) y en el marco teórico SEGUE (Makoul, 2001). Y la herramienta de comunicación interprofesional estuvo compuesta por 6 ítems basados en la técnica SBAR (Haig et al., 2006).

Todos los ítems de la batería EAHBC medían la confianza de los estudiantes en términos 'puedo hacer' haciendo uso de una escala Likert con opciones de respuesta que oscilaban entre 0 y 100 puntos. Además, para evitar un efecto techo en las puntuaciones de los participantes, se agregó un cierto nivel de dificultad a todos los ítems. Esto se logró planteando afirmaciones muy específicas con elementos que hicieran a los participantes preguntarse si eran capaces de realizar cada tarea en la situación planteada.

Antes de pilotar la batería EAHBC, las preguntas se enviaron a un grupo de expertos en comunicación en enfermería, docentes en diferentes universidades nacionales. El grupo estuvo compuesto por 17 expertos procedentes de 13 instituciones universitarias

diferentes. Todos ellos analizaron el grado de representatividad individualizada de cada ítem. Los criterios de inclusión de los expertos fueron los mismos que los planteados en la validación del test CHBC. Tras obtener la respuesta de los expertos y analizados los comentarios y valoraciones realizadas por los mismos, se conservaron los 23 ítems propuestos que pasarían a la fase de pilotaje.

Según el método de Streiner & Kottner (2014) para la fase de pilotaje de la validación de esta batería se precisa una muestra de 50 sujetos, mientras que para la fase de validación final, el tamaño muestral queda definido por 10 sujetos por cada ítem que compone la escala.

La fase de pilotaje consistió en entregar la batería a un grupo de 60 alumnos de enfermería para que la completaran en dos ocasiones, separadas por 6 semanas de diferencia. Con estos datos se procedió a la realización de análisis para determinar aspectos fundamentales como la validez, fiabilidad y legibilidad de la misma. En base a los resultados obtenidos y los comentarios expuestos por los alumnos, se procedió a reajustar los diferentes elementos de las dos herramientas que se vieron oportunos, configurando la batería definitiva. Esta batería fue entregada a 305 alumnos de enfermería, los cuales la completaron en dos ocasiones con 4 semanas de diferencia. Con estos datos se procedió al análisis psicométrico final de la batería para determinar su fiabilidad y validez.

5.1.5.2. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se hizo uso del programa informático IBM SPSS Statistics v.25.

5.1.5.2.1. Fase de validación con expertos

El análisis de datos llevado a cabo en esta fase cumple con las mismas características descritas en el apartado 5.1.4.2.1.

5.1.5.2.2. Fase de pilotaje con sujetos

Una vez realizada la primera valoración con expertos, se pasó al pilotaje de la batería EAHBC con una muestra de 60 estudiantes de enfermería. Dentro de la batería se recogieron de forma suplementaria las principales características demográficas que permitían definir a la muestra: edad, sexo, curso en que estaba matriculado y nivel de estudios previo. Además, en este pilotaje se realizó un análisis de fiabilidad recogiendo datos en dos ocasiones con una diferencia de 6 semanas. También se llevó a cabo una valoración de la legibilidad y comprensibilidad de la misma.

Para el análisis descriptivo de la variable edad se procedió al cálculo de la media, mínimo, máximo y desviación típica. Por otro lado, para el análisis de las variables sexo, curso matriculado y nivel de estudios se procedió a un análisis de frecuencias y porcentajes.

El primer análisis psicométrico realizado fue de fiabilidad. La fiabilidad es el grado en que un instrumento mide con precisión y sin error. Por tanto, un instrumento es fiable si es capaz de ofrecer en su empleo repetido, resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición (Coaley, 2014). De este modo, el análisis de la fiabilidad de esta batería se valoró a través de la consistencia interna y la estabilidad temporal (Coaley, 2014).

- **Consistencia interna.** Se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. Esta homogeneidad entre los ítems indica el grado de acuerdo entre los mismos y determina la posibilidad de que estos elementos se puedan acumular y dar una puntuación global. La consistencia se puede comprobar a través de diferentes métodos estadísticos. En el presente estudio se utilizaron tres test estadísticos diferentes: 1) la correlación ítem-total corregida (C-ITC); 2) el coeficiente alfa de Cronbach (α) de cada ítem de la escala y para cada uno de los niveles establecidos en la batería (comunicación interpersonal e interprofesional); y 3) el coeficiente alfa de Cronbach (α) si se elimina un ítem concreto de la escala (Coaley, 2014; Furr, 2014).

Se conservaron aquellos ítems que contaron con (1) C-ITC > 0,3 y (2) no había un incremento significativo ($p < 0,05$) en el Alfa de Cronbach si el ítem se eliminaba. Para considerar una adecuada fiabilidad de cada uno de los ítems y de los niveles evaluados, el coeficiente de Alfa de Cronbach debía ser superior a 0,70 (Coaley, 2014; Furr, 2014).

- **Estabilidad temporal.** Hace referencia a la concordancia obtenida entre los resultados de las herramientas al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos momentos distintos (también llamada fiabilidad test-retest). Como se ha comentado, la batería EAHBC se aplicó en dos momentos diferentes con una diferencia de 6 semanas. Para el cálculo de la estabilidad temporal de las herramientas, primero se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de las variables y tras esto se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) o de Spearman entre los resultados obtenidos en ambas recogidas de datos (test-retest). En el intervalo de 6 semanas entre las recogidas de datos, los estudiantes no recibieron ningún tipo de formación relacionada con habilidades de comunicación. En el caso de la estabilidad temporal, se consideró adecuada si $r > 0,5$ con una $p < 0,05$ (Hernández-Padilla et al., 2016b)

Por último, para la evaluación de la legibilidad y comprensibilidad de la batería, los alumnos pudieron expresar por escrito su opinión acerca de la redacción de las preguntas, así como los problemas de entendimiento que le surgieron.

5.1.5.2.3. Fase de validación final con sujetos

La batería EAHBC fue finalmente evaluada psicométricamente con una muestra de 305 estudiantes, siguiendo los procedimientos y recomendaciones de diferentes autores (Polit & Beck, 2006; Coaley, 2014; Furr, 2014; Hernández-Padilla et al., 2016b).

En primera instancia, se recogieron de forma suplementaria las principales características demográficas que permitían definir a la muestra: edad, sexo, curso en que estaba matriculado y nivel de estudios previo. Tras la aplicación de las herramientas, se evaluó la legibilidad y comprensibilidad de la batería final, la fiabilidad en cada uno de sus niveles, así como su validez a nivel de contenido, de criterio y de constructo.

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, se procedió al cálculo de la media, mínimo, máximo y desviación típica para la variable edad. Por otro lado, para el análisis de las variables sexo, curso matriculado y nivel de estudios se procedió a un análisis de frecuencias y porcentajes.

Para determinar la legibilidad de la batería EAHBC se hizo uso de la herramienta Flesch-Kincaid en Microsoft Word® para Mac 2016. De este modo, se preguntó a nueve hispanohablantes expertos en la materia y a seis hispanohablantes que no eran expertos acerca de las dificultades que encontraron al leer y completar la batería EAHBC. Esto permitió evaluar la comprensibilidad de la misma (Hernández-Padilla et al., 2014). Además, se registró la cantidad de tiempo necesaria para completarla.

Para el cálculo de la fiabilidad en esta fase final se realizaron los mismos cálculos descritos en la fase de pilotaje (Ver 5.1.4.2.2)

Por último, la validez de la batería EAHBC se valoró explorando tanto la validez de contenido como la validez de criterio y la validez de constructo. Se entiende como validez la medida en que una prueba mide lo que dice que está midiendo, así como la medida en que es posible hacer inferencias apropiadas a partir de las puntuaciones de la herramienta valorada (Coaley, 2014).

En el caso de la validez de contenido, se calculó el IVC promedio total (IVC-t) de las dos herramientas que constituyen la EAHBC, dado que los ítems no se vieron modificados en la fase de pilotaje, no siendo necesario calcular el IVC para cada uno de ellos. Este IVC-t se define como la proporción de ítems calificados como 'bastante relevante' o 'muy relevante' por los evaluadores involucrados, en relación con el total de ítems (Polit & Beck, 2006). Según estos autores, se precisa un IVC-t superior a 0,90 para calificar el contenido de la herramienta como excelente.

En cuanto a la validez de criterio, esta medida hace referencia a la capacidad de una herramienta para hacer predicciones y/o decisiones sobre lo que mide. Cuando se habla de validez de criterio se habla de la correlación entre las puntuaciones de la herramienta y otro criterio o recurso (Coaley, 2014). Para evaluar esta validez, se hace una estimación de la validez concurrente que viene determinada por el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable de estudio que sirva de referencia (Coaley, 2014). De este modo, se llevó a cabo una comparación entre los resultados obtenidos por los participantes en la batería aplicada y otra herramienta previamente validada y que medía constructos similares. Para ello se utilizaron dos escalas diferentes: '*The self-efficacy questionnaire SE-12*' desarrollada por Axboe et al (2016) para medir las habilidades de comunicación en profesionales de enfermería para el nivel de comunicación interpersonal; y la '*New General Self-Efficacy Scale (NGSES)*' desarrollada por Cheng et al (2011) para la comparación con la comunicación interprofesional, dada la inexistencia de escalas validadas que trataran este nivel de comunicación de forma concreta. Para calcular la validez de criterio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los resultados obtenidos en las herramientas de la EAHBC y las escalas expuestas anteriormente.

Por último, la validez de constructo hace referencia a la evaluación del grado en que la herramienta refleja la teoría del concepto que mide (Coaley, 2014). Para ello, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE), utilizando un análisis de componentes principales y un AGC.

- AFE. El análisis factorial es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores. Antes de proceder con dicho análisis, se estudió la pertinencia de su aplicación mediante la Prueba de esfericidad de Bartlett de forma que un nivel de significación menor de 0,05 implica que es adecuada su aplicación. Además, se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin que indica el grado de intercorrelación de las variables e informa sobre la factibilidad y pertinencia del análisis de componentes principales. Un valor superior a 0,7 en este índice indica la pertinencia de un análisis de componentes principales (Tabachnick y Fidell, 2013). Tras esto, se procedió a la realización del AFE con rotación Varimax. Los factores se consideraron una parte estructural de cada uno de los niveles definidos en las escalas si tenían un valor propio de cada componente ≥ 1 , si había una clara representación gráfica de los componentes, y si todos los elementos cargados en el factor lo hicieron con un valor de carga factorial ≥ 0.45 (Tabachnick y Fidell, 2013).

- AGC. En cuanto al AGC, la muestra principal (N = 305) se dividió en grupos según el tiempo pasado desde que el participante asistió por última vez a una sesión de entrenamiento en habilidades de comunicación. Sobre la base de esta categorización, se esperaban diferencias entre grupos en las puntuaciones individuales para las dos herramientas y se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) para analizar estos datos. Además, para evaluar las diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos, también se realizaron las pruebas post hoc de Tukey (Tabachnick y Fidell, 2013).

5.1.6. Metodología para el diseño y la evaluación psicométrica del THBC

5.1.6.1. *Procedimiento de creación y desarrollo*

La versión inicial del THBC fue desarrollada en español e incluía 23 ítems divididos en: comunicación centrada en el paciente y comunicación interprofesional para comunicar información básica sobre un paciente a otros profesionales.

Para el desarrollo de los ítems que comprendieron esta herramienta, se hizo uso de diferentes modelos y teorías. Así, se crearon 17 preguntas sobre comunicación interpersonal basadas en los principios básicos de comunicación interpersonal centrada en el paciente recogidos en diferentes publicaciones (Makoul, 2001; Griffiths et al., 2015; Hernández-Padilla, Cortés-Rodríguez, Granero-Molina, Fernández-Sola, Correa-Casado, Fernández-Medina & López-Rodríguez, 2019); y 6 preguntas sobre comunicación interprofesional basadas en la técnica SBAR (Haig et al., 2006; Hernández-Padilla et al., 2019). Todos los ítems del THBC medían el nivel de consecución de diferentes habilidades haciendo uso de una escala Likert con opciones de respuesta que oscilaban entre 0 y 5 puntos. Además, para evitar un efecto techo en las puntuaciones de los participantes, se agregó un cierto nivel de dificultad a todos los ítems. Esto se logró planteando afirmaciones muy específicas para definir cada una de las tareas que debían completar en la situación planteada.

El primer paso dentro de la validación del THBC consistió en enviar las preguntas a un grupo de expertos en comunicación en enfermería, docentes en diferentes universidades nacionales. El grupo estuvo compuesto por 10 expertos procedentes de instituciones universitarias diferentes. Todos ellos analizaron el grado de representatividad individualizada de cada ítem y aportaron comentarios cualitativos sobre la redacción y estructura. Los criterios de inclusión de los expertos fueron los mismos que los planteados en la validación de la EAHBC. Tras obtener la respuesta de los expertos y analizados los comentarios y valoraciones realizadas por los mismos, se conservaron los 23 ítems propuestos que pasarían a la fase de validación por parte de los alumnos.

Según el método de Streiner & Kottner (2014) para la fase de validación con alumnos, el tamaño muestral queda definido por 10 sujetos por cada ítem que compone la escala. Así, la validación consistió en entregar la herramienta a un grupo de 126 alumnos de enfermería para que la completaran en dos ocasiones, separadas por 12 semanas de diferencia. Con estos datos se procedió a la realización de análisis para determinar aspectos fundamentales como la fiabilidad y la validez.

5.1.6.2. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se hizo uso del programa informático IBM SPSS Statistics v.25.

5.1.6.2.1. Fase de validación con expertos

El análisis de datos llevado a cabo en esta fase cumple con las mismas características descritas en el apartado 5.1.4.2.1.

5.1.6.2.2. Fase de validación con sujetos

Una vez realizada la primera valoración con expertos, se pasó a la validación del THBC con una muestra de 126 estudiantes de enfermería. Dentro de la herramienta se recogieron de forma suplementaria las principales características demográficas que permitían definir a la muestra: edad, sexo, curso en que estaba matriculado y nivel de estudios previo. Además, se realizó un análisis de fiabilidad recogiendo datos en dos ocasiones con una diferencia de 12 semanas. Para el análisis descriptivo de la variable edad se procedió al cálculo de la media, mínimo, máximo y desviación típica. Por otro lado, para el análisis de las variables sexo, curso matriculado y nivel de estudios se procedió a un análisis de frecuencias y porcentajes.

El primer análisis psicométrico realizado fue de fiabilidad. La fiabilidad es el grado en que un instrumento mide con precisión y sin error. Por tanto, un instrumento es fiable si es capaz de ofrecer en su empleo repetido, resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición (Coaley, 2014). De este modo, para el análisis de la fiabilidad de este instrumento de medida se hizo uso de los cálculos de consistencia interna, estabilidad temporal y fiabilidad interobservadores (Coaley, 2014):

- Consistencia interna. Se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. Esta homogeneidad entre los ítems indica el grado de acuerdo entre los mismos y determina la posibilidad de que estos elementos se puedan acumular y dar una puntuación global. La consistencia se puede comprobar a través de diferentes métodos estadísticos. En el presente estudio se utilizaron tres test estadísticos diferentes: 1) la correlación ítem-total corregida (C-ITC); 2) el coeficiente alfa de Cronbach (α) de cada ítem de la escala y para cada uno de los niveles establecidos en las herramientas (comunicación

interpersonal, interprofesional e intrapersonal); y 3) el coeficiente alfa de Cronbach (α) si se elimina un ítem concreto de la escala (Coaley, 2014; Furr, 2014).

Se conservaron aquellos ítems que contaron con (1) C-ITC > 0,3 y (2) no había un incremento significativo ($p < 0,05$) en el Alfa de Cronbach si el ítem se eliminaba. Para considerar una adecuada fiabilidad de cada uno de los ítems y de los niveles evaluados, el coeficiente de Alfa de Cronbach debía ser superior a 0,70 (Coaley, 2014; Furr, 2014).

- Estabilidad temporal. Hace referencia a la concordancia obtenida entre los resultados de las herramientas al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos momentos distintos (también llamada fiabilidad test-retest). Como se ha comentado, el THBC se aplicó en dos momentos diferentes, con una diferencia de 12 semanas. Para el cálculo de la estabilidad temporal de las herramientas, primero se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de las variables y tras esto se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) o de Spearman entre los resultados obtenidos en ambas recogidas de datos (test-retest). En el intervalo de 12 semanas entre las recogidas de datos, los estudiantes no recibieron ningún tipo de formación relacionada con habilidades de comunicación. En el caso de la estabilidad temporal, se consideró adecuada si $r > 0,5$ con una $p < 0,05$ (Hernández-Padilla et al., 2016b).
- Fiabilidad interobservador. Hace referencia a la relación entre las puntuaciones otorgadas por dos observadores, que en esta caso eran evaluadores. Para ello se calcula el coeficiente de correlación intraclase de las puntuaciones de los dos observadores en cada una de las preguntas valoradas. Según diferentes autores (Coaley, 2014; Tabachnick y Fidell, 2013) un valor de 0,5 con $p < 0,001$ se entiende como aceptable, mientras que un valor de 0,7 con $p < 0,001$ se acepta como óptimo.

La validez de la herramienta THBC se valoró explorando tanto la validez de contenido como la validez de constructo. Se entiende como validez la medida en que una prueba mide lo que dice que está midiendo, así como la medida en que es posible hacer inferencias apropiadas a partir de las puntuaciones de la herramienta valorada (Coaley, 2014).

En el caso de la validez de contenido, se calculó el IVC promedio total (IVC-t) del THBC, dado que los ítems no se vieron modificados en la fase de expertos, no siendo necesario calcular el IVC para cada uno de ellos. Este IVC-t se define como la proporción de ítems calificados como 'bastante relevante' o 'muy relevante' por los evaluadores involucrados, en relación

con el total de ítems (Polit & Beck, 2006). Según estos autores, se precisa un IVC-t superior a 0,90 para calificar el contenido de la herramienta como excelente.

En cuanto a la validez de constructo, ésta hace referencia a la evaluación del grado en que la herramienta refleja la teoría del concepto que mide (Coaley, 2014). Para ello, se llevó a cabo un AGC con la muestra principal (N = 126) dividida en grupos según la formación recibida. Sobre la base de esta categorización, se procedió a determinar la bondad de ajuste de la muestra haciendo uso del Test Kolmogorov-Smirnov, entendiendo que una $p > 0,05$ indica que la muestra se ajusta a la distribución estimada. A partir de esta valoración, se procedió a evaluar las diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos haciendo uso de la Prueba Mann-Whitney. Se considera que la herramienta tiene una buena validez de constructo cuando la diferencia entre las puntuación de ambos grupos es significativa ($p < 0,05$) (Tabachnick y Fidell, 2013).

5.2. Metodología para el estudio de los efectos de dos intervenciones educativas en la competencia comunicativa

Tras la creación y validación de las herramientas para la evaluación de los tres niveles de la competencia comunicativa, se procedió al diseño e implementación de dos intervenciones educativa alternativas a la utilizada de forma tradicional. La finalidad era utilizar dos metodologías educativas participativas y adaptadas a los estudiantes y compararlas entre sí para conocer su eficacia en el trabajo de la competencia comunicativa.

5.2.1. Diseño

El diseño utilizado en esta segunda parte de la tesis fue un ensayo controlado aleatorizado. Los estudiantes fueron aleatorizados en dos grupos de entrenamiento: grupo de simulación con pacientes estandarizados (GPE) o grupo de *role-play* (GRP) (Figura 2). La evaluación de estos grupos se llevó a cabo antes (pretest) e inmediatamente después de la intervención (posttest). Además, se evaluó la retención de los tres dominios de la competencia comunicativa 6 semanas después de la intervención.

5.2.2. Configuración del estudio y aspectos éticos

Los participantes de esta segunda parte del estudio fueron estudiantes del grado en enfermería de la UAL. La recolección de los datos se llevó a cabo entre septiembre de 2017 y febrero de 2018 en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAL.

5.2.2.1. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la UAL (EFM-10/15) (Anexo 1).

Los participantes que cumplieran los criterios de inclusión fueron invitados a participar y se les aportó un documento escrito con la información relativa al objetivo del proyecto de investigación, los derechos con que contaban, así como el proceso de recolección de los datos que incluía la grabación de sus actuaciones para su posterior valoración. Aquellos estudiantes que decidieron voluntariamente participar en el estudio, firmaron un documento de consentimiento informado antes de participar, de forma que confirmaban haber recibido toda la información acerca del estudio y su derecho de poder abandonar el estudio en el momento en que lo desearan (Anexo 3).

Todos los datos recogidos durante el estudio fueron tratados de acuerdo a la Legislación Europea de protección de datos, regida por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016. Así, se aseguró tanto el anonimato como la confidencialidad de todos los datos recogidos.

5.2.2.2. Participantes y tamaño de la muestra

El criterio de selección de los grupos de intervención incluyó grupos de trabajo previamente definidos en el grado en enfermería. Dentro de estos grupos, los criterios de inclusión utilizados para la selección de los participantes fueron:

- Estar matriculados en la asignatura de enfermería del envejecimiento en el grado en enfermería.
- No haber recibido formación especializada en habilidades de comunicación.

Para el cálculo del tamaño muestral se seleccionó una muestra aleatoria de 25 alumnos de cada grupo de intervención para conocer el porcentaje de alumnos que alcanzaron la competencia en cada uno de ellos. Tras esto, se hizo uso de una herramienta electrónica (Select Statistical Services, 2020) para realizar el cálculo.

Así, para comparar dos proporciones con un intervalo de confianza del 95% y un poder estadístico del 80%, sabiendo que la proporción de alumnos del estudio piloto que alcanzaron la competencia en el GRP fue del 64% y en el GPE del 44%, se observó que era necesaria una muestra de 94 sujetos. Dada la posibilidad de poder perder sujetos, se añadió un 25% extra a este cálculo. De este modo, el tamaño muestral quedaba configurado en 118 alumnos.

Si bien es cierto, en el estudio un total de 126 estudiantes participaron voluntariamente. Procedían de 8 grupos reducidos del tercer curso del grado de enfermería de la UAL. Los datos demográficos recogidos fueron: edad, sexo, nivel educativo y entrenamiento previo en comunicación.

5.2.2.3. Aleatorización e intervención

En primera instancia, por parte de la facultad de enfermería los alumnos son distribuidos de manera aleatoria por la primera letra de su apellido en grupos reducidos. Partiendo de estos grupos, se llevó a cabo la aleatorización a nivel de estos grupos. Así, se asignó a cada grupo un código numérico (1-8) de forma ciega y fueron asignados de forma aleatoria al GPE o al GRP.

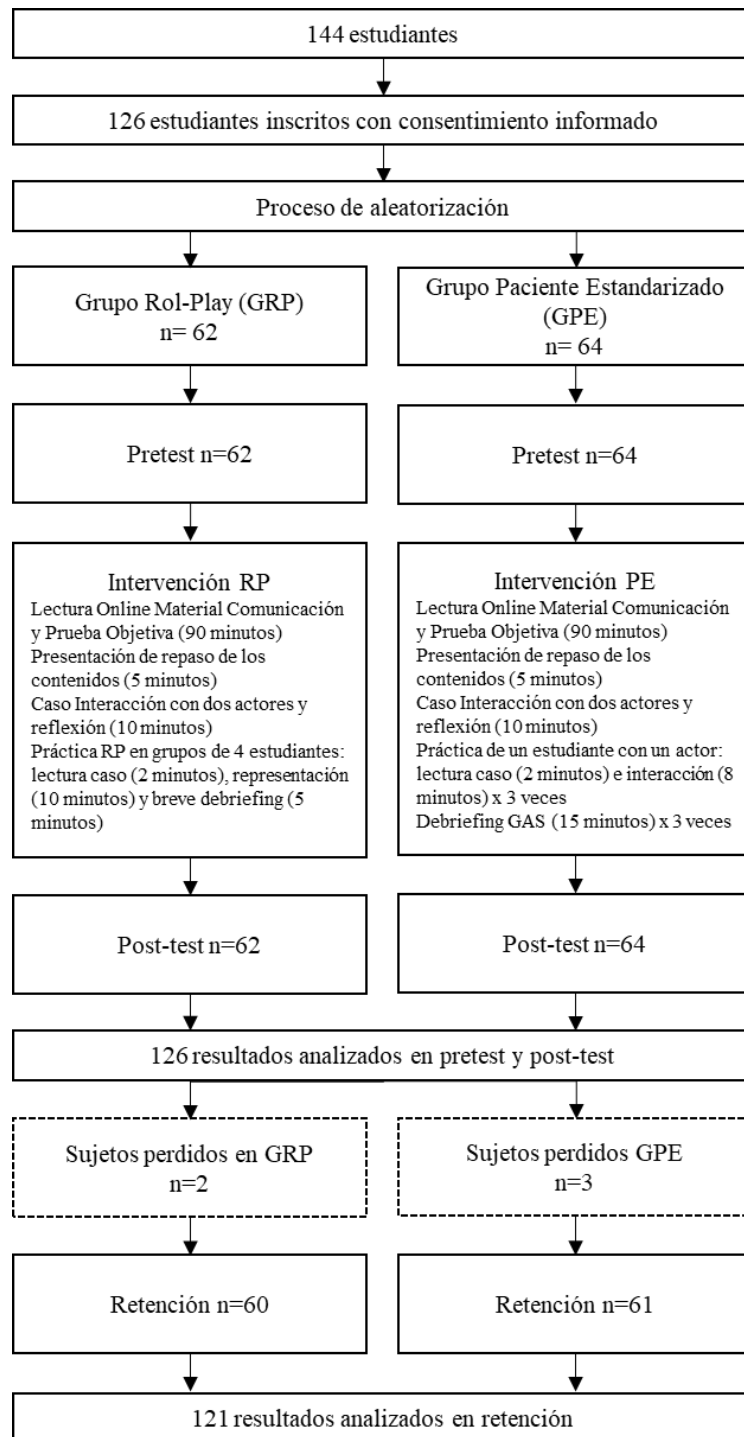


Figura 2 Diagrama de Flujo del Diseño del Estudio

La metodología educativa utilizada fue *Flipped Classroom* o clase invertida. Los dos grupos en que se dividieron los participantes, GPE y GRP, recibieron un entrenamiento de 3 horas presenciales precedido de un trabajo individual de otras 3 horas consistente en la lectura online de material sobre comunicación y la realización de un test objetivo (Anexo 4). Las sesiones de entrenamiento fueron diferentes en función del grupo y el protocolo seguido se puede ver en la Figura 2. El material de lectura fue elaborado a partir de la revisión bibliográfica realizada al inicio de la investigación y se diseñó para ser trabajado online.

Los grupos recibieron dos sesiones de entrenamiento de 1,5 horas que siguieron un esquema similar. De manera inicial, en la primera sesión de entrenamiento ambos grupos trabajaron el material que se había elaborado y expuesto de forma online. Este material se basaba en un breve documento teórico donde se recogían conceptos básicos de la comunicación enfermera-paciente, junto con una serie de vídeos de interacciones en que se resaltaban aspectos positivos y aspectos negativos en el transcurso de las interacciones. Tras esto, observaron y analizaron una interacción enfermera-paciente llevada a cabo por dos actores. Finalmente, en el GPE el trabajo de la competencia de comunicación interpersonal se llevó a cabo con un actor que interpretaba a un paciente en 3 escenarios diferentes. En cada uno de los 3 escenarios, y de forma voluntaria, un alumno llevaba a cabo la interacción con este actor mientras el resto de compañeros observaban, para después pasar a realizar un grupo de discusión (Anexo 5). En cambio, en el GRP los alumnos fueron divididos en grupos de 4 personas y trabajaron 4 casos prácticos en los que ellos representaban el rol de enfermera y/o paciente mientras que los otros dos componentes observaban la interacción y realizaban un breve *feedback* al finalizar la misma. Los papeles se intercambiaban en cada uno de los casos (Anexo 6).

En la segunda sesión de entrenamiento se siguió la misma estructura. Así, ambos grupos trabajaron el material que se había elaborado y expuesto de forma online. Este material se basaba en un breve documento teórico donde se recogían conceptos básicos de la comunicación interprofesional, junto con una serie de vídeos de interacciones en que se resaltaban aspectos positivos y aspectos negativos en el transcurso de las interacciones. Tras esto, en esta ocasión pasaron a observar y analizar una interacción enfermera-médico llevada a cabo por dos actores. Finalmente, la forma de trabajo en cada grupo fue la misma. En el GPE el trabajo de la competencia de comunicación interprofesional se llevó a cabo con un actor que interpretaba a un médico en 3 escenarios diferentes. En cada uno de los 3 escenarios, y de forma voluntaria, un alumno llevaba a cabo la interacción con este actor mientras el resto de compañeros observaban, para después pasar a realizar un grupo de discusión. (Anexo 7) Mientras tanto, en el GRP los alumnos fueron divididos en grupos de 4

personas y trabajaron 4 casos prácticos en los que ellos representaban el rol de enfermera y/o médico mientras que los otros dos componentes observaban la interacción y aportaba una breve retroalimentación al finalizar la misma. Los papeles se intercambiaban en cada uno de los casos (Anexo 8).

5.2.2.4. Recogida de datos y resultados medidos

El dominio cognitivo o conocimientos básicos, el dominio psicomotor o habilidades y el dominio actitudinal o autoeficacia, fueron evaluados en cada uno de los participantes de forma individual antes (pretest), inmediatamente después de participar en los talleres (posttest) y 6 semanas después de la intervención (retención).

La evaluación del nivel de conocimientos fue llevada a cabo con el CHBC constituido por 20 preguntas tipo test. Se determinó que era necesario alcanzar una puntuación igual o superior al 70% en el CHBC para afirmar que el estudiante contaba con unos conocimientos suficientes sobre comunicación enfermería.

En cuanto a las habilidades psicomotoras, se plantearon dos escenarios basados en simulación con paciente estandarizado en el que el estudiante tenía que interactuar durante 10 minutos con un actor previamente formado en los casos. Las actuaciones de los estudiantes fueron grabadas y evaluadas por parte de dos investigadores de manera individual haciendo uso del THBC elaborado para esta investigación. Cada uno de los comportamientos recogidos en la lista de verificación fueron valorados según la escala Likert: 1=no es competente; 2=poco competente; 3=competente; 4=muy competente; 5=totalmente competente. Se consideró que alcanzaban el nivel de competencia adecuado cuando obtenía una puntuación media de 3 puntos o más (competente en adelante).

Por último, el nivel de autoeficacia de los participantes fue evaluado con la batería EAHBC, elaborada y validada previamente. Se consideró un adecuado nivel de autoeficacia cuando la puntuación era igual o superior al 70% (Domuracki, Wong, Olivieri & Grierson, 2015; Hernández-Padilla et al., 2016b).

5.2.2.5. Análisis de los datos

El análisis de los datos obtenidos se llevó a cabo con el programa IBM SPSS v.25 para Windows y se consultó a un estadístico de forma complementaria.

La intervención educativa fue llevada a cabo con una muestra de 126 estudiantes. En primera instancia, se recogieron de forma suplementaria las principales características demográficas que permitían definir a la muestra: edad, sexo, nivel de estudios previo, formación recibida en habilidades de comunicación y sesiones de repaso previas a la intervención educativa.

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, se procedió al cálculo de la media, mínimo, máximo y desviación típica para la variable edad. Por otro lado, para el análisis de las variables sexo, nivel de estudios, formación en habilidades de comunicación y sesión de repaso previa se procedió a un análisis de frecuencias y porcentajes.

Para indicar si los estudiantes conseguían la competencia en cada uno de sus dominios, se establecieron valores dicotómicos. Estos análisis se llevaron a cabo en dos niveles de comunicación: comunicación centrada en el paciente y comunicación interprofesional.

Con el fin de conocer el efecto de las metodologías educativas utilizadas, se calculó la frecuencia y el porcentaje de estudiantes que alcanzaron el nivel de competencia cognitiva, psicomotora y actitudinal en ambos grupos, tanto en el pretest como en el posttest y en la retención. También se hizo una estimación de la consecución de la competencia comunicativa de forma global, considerando a aquellos estudiantes que habían alcanzado los niveles expresados en cada uno de los dominios.

Además de esto, se exploraron las diferencias entre los grupos medidas en un determinado momento haciendo uso de la prueba Chi Cuadrado, mientras que las diferencias dentro de los grupos medidas en dos momentos diferentes fueron analizadas a través de la prueba de McNemar. En estos cálculos, un valor $p < 0,05$ fue considerado como significativo.

Junto a esto, se hizo uso del análisis de la ecuación de estimación generalizada (EEG) que permite ampliar el modelo lineal para el análisis de mediciones repetidas y otras observaciones correlacionadas. Así, esta ecuación junto con la función de enlace logit se usaron para comparar las diferencias en los recuentos y las proporciones de los estudiantes que alcanzaron la competencia dentro de cada grupo de intervención, tanto en el pretest, en el posttest como en la retención. En este caso, se aplicó la corrección de Bonferroni y se consideraron como significativos valores $p < 0,025$.

6. Resultados

6.1. Diseño y evaluación psicométrica de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa

6.1.1. Diseño y evaluación psicométrica del test CHBC

6.1.1.1. Fase de validación con expertos

6.1.1.1.1. Características de los expertos

La muestra de expertos estuvo constituida por 10 profesores universitarios procedentes de varias instituciones universitarias nacionales. Como se puede observar en la Tabla 1, el 60% (n=6) de estos expertos eran mujeres, contando con una edad comprendida entre los 30 y los 60 años, siendo la media de edad 46,10 años. Además, el 80% (n=8) de estos expertos pertenecían al área de enfermería y este mismo porcentaje contaba con estudios de doctorado (ver Tabla 2). Por último, la media de experiencia profesional era de 22,40 años, oscilando desde los 9 hasta los 36 años.

Tabla 1 Análisis descriptivo variables edad y experiencia profesional del grupo de expertos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Edad	10	30	60	46,10	10,03
Experiencia Profesional	10	9	36	22,40	8,71

Tabla 2 Análisis descriptivo variables sexo, área de conocimiento y nivel de estudios del grupo de expertos

		Fi	%
Sexo	Mujer	6	60
	Hombre	4	40
Área de Conocimiento	Enfermería	8	80
	Psicología	2	20
Nivel de Estudios	Doctorado	8	80
	Máster	2	20

6.1.1.1.2. Validez de contenido

El Índice de Validez de Contenido (IVC) de las 22 preguntas que constituían el test CHBC osciló entre 0,6 y 1. Para aceptar un ítem como válido, la puntuación ha de estar por encima de 0,78. De este modo, como se puede observar en la Tabla 3, las preguntas 5, 14, 19, 21 y 22 obtuvieron puntuaciones entre 0,6 y 0,7. Si bien, se eliminaron las preguntas 14 y 22 del CHBC, mientras que las restantes se mantuvieron porque desde un punto de vista teórico

no se justificaba su eliminación. Así el test CHBC quedó conformada por 22 preguntas (Anexo 9).

Tabla 3 Análisis de la validez de contenido y la validez de los ítems del CHBC

Número de Pregunta	IVC-i	P-Value	D-Value
1	0,8	0,74	0,46
2	1	0,85	0,32
3	0,9	0,70	0,71
4	0,9	0,70	0,49
5	0,6	0,77	0,26
6	0,9	0,71	0,72
7	1	0,70	0,66
8	0,8	0,71	0,43
9	0,9	0,87	0,14
10	0,8	0,77	0,40
11	1	0,71	0,66
12	1	0,72	0,37
13	0,8	0,77	0,29
14	0,6	Eliminada por expertos	
15	0,9	0,75	0,32
16	1	0,70	0,34
17	1	0,89	0,29
18	0,9	0,83	0,17
19	0,6	0,71	0,60
20	0,9	0,78	0,54
21	0,7	0,70	0,23
22	0,7	Eliminada por expertos	

6.1.1.2. Fase de validación con sujetos

6.1.1.2.1. Características de la muestra

En esta segunda parte de la validación, la muestra estaba compuesta por 305 estudiantes. En la Tabla 4 se pueden observar las principales variables analizadas en la muestra total, así como los grupos conocidos que se utilizaron para el análisis posterior de la validez de constructo.

La edad media de la muestra fue de 21,5 años (DT=6,1), siendo un 80,6% (n=203) mujeres. Además, el 62,7% (n=158) habían completado estudios de bachillerato antes de acceder al grado en enfermería.

Tabla 4 Características sociodemográficas de la muestra para la validación del CHBC

Característica	Muestra Total (N=252)	Con formación (n=126)	Sin formación (n=126)
	Media ± DT	Media ± DT	Media ± DT
Edad	21,5 ± 6,1	22,5 ± 6,4	20,4 ± 5,7
	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo			
Mujer	203 (80,6)	97 (77)	106 (84,1)
Hombre	49 (19,4)	29 (23)	20 (15,9)
Nivel Educativo			
Bachillerato	158 (62,7)	75 (59,5)	83 (65,9)
Formación Profesional	75 (29,8)	35 (27,8)	40 (31,7)
Grado	8 (3,2)	7 (5,6)	1 (0,8)
Prueba Acceso	3 (1,2)	2 (1,6)	1 (0,8)
No aportaron datos	8 (3,2)	7 (5,6)	1 (0,8)

6.1.1.2.2. Análisis de validez

Para conocer la validez del test CHBC se hicieron dos análisis: la validez de los ítems del test y la validez de constructo.

Respecto a la validez de los ítems, se calcularon tres parámetros diferentes. El primero de ellos fue el P-value o medición de la dificultad del ítem. Los valores de P-value oscilaron entre 0,70 y 0,89 por lo que todos los ítems presentaron un respuesta óptima (Ver Tabla 3).

El segundo de los parámetros calculados fue el D-value o índice de discriminación de los ítems. Los valores de D-value oscilaron entre 0,14 y 0,72. El valor aceptable debe estar por encima de 0,2, sin embargo hubo dos ítems (9 y 19) que obtuvieron un valor ligeramente menor. Aún así, se mantuvieron en el test CHBC dado que el resto de análisis arrojaron datos satisfactorios (ver Tabla 3).

Por último, en la Tabla 5 se recoge el tercer análisis realizado para conocer la validez de los ítems: el A-value o valoración de la calidad de las respuestas. Así, se puede observar que en todos los ítems los porcentajes de respuesta de cada alternativa eran iguales o menores al porcentaje de aciertos de la pregunta, a excepción de las preguntas 3, 6, 7, 8 y 9.

En referencia a la validez de constructo, para la medición test-retest se calculó el coeficiente de correlación intraclassa asumiendo un modelo mixto en el que los sujetos son muestras aleatorias de la población, mientras que el instrumento de medición se mantiene fijo. Así, como se puede ver en la Tabla 6, el valor de este coeficiente para los valores individuales de los sujetos fue 0,35 con $p=0,000$, mostrando una concordancia baja-moderada. Por otro

lado, el valor para las puntuaciones promedio fue de 0,52 con $p=0,000$, reflejando una concordancia buena.

Tabla 5 Análisis de validez de los ítems: A-value del CHBC

Pregunta	Respuesta A	Respuesta B	Respuesta C	Respuesta D	Respuesta 'no sé'
1	0,70	0,01	0,07	0,1	0,12
2	0,01	0,84	0,02	0,13	0
3	0,71	0,02	0,01	0,17	0,08
4	0,15	0,69	0,09	0,06	0
5	0,08	0,02	0,77	0,12	0
6	0,06	0,72	0,07	0,09	0,05
7	0,73	0,06	0,12	0,04	0,04
8	0,72	0,06	0,01	0,02	0,18
9	0,02	0,02	0,90	0,06	0,01
10	0,05	0,12	0,77	0	0,06
11	0,02	0,71	0,05	0,02	0,20
12	0,02	0,06	0,72	0,05	0,14
13	0,01	0,16	0,77	0	0,05
14	0,06	0,02	0,75	0,14	0,03
15	0,70	0,16	0,12	0	0,02
16	0,09	0,88	0,02	0	0,01
17	0,01	0,06	0,09	0,83	0,02
18	0,05	0,14	0,07	0,71	0,02
19	0,02	0,18	0,78	0,02	0
20	0,70	0,1	0,06	0,1	0,05

Tabla 6 Coeficiente de correlación intraclase para las puntuaciones del CHBC

	Correlación Intraclase	95% Intervalo de Confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite Inferior	Límite Superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas Individuales	0,353	0,192	0,495	2,116	125	125	0,000
Medidas Promedio	0,521	0,323	0,662	2,116	125	125	0,000

Modelo de efectos mixtos bidireccionales donde los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

En cuanto al AGC, primero se aplicó el test Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la muestra. Así, se observó un valor del estadístico de 0,07 y una $p=0,003$, lo cual confirmó que la muestra no seguía una distribución normal.

Tras esto, se aplicó la Prueba Mann-Whitney para ver la diferencia en las puntuaciones del test de conocimiento entre el grupo que había recibido formación y el que no había recibido formación. Como se puede observar en la Tabla 7, $p=0,000$ lo que indica que la puntuación en el CHBC difiere entre ambos grupos.

Tabla 7 Prueba Mann-Whitney para las puntuaciones del CHBC

	Puntuación CHBC
Mann-Whitney U	3080,000
Wilcoxon W	11081,000
Z	-8,418
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000

6.1.2. Diseño y evaluación psicométrica de la batería EAHBC

6.1.2.1. Fase de validación con expertos

6.1.2.1.1. Características de los expertos

La muestra de expertos estuvo constituida por 17 profesores universitarios procedentes de varias instituciones universitarias nacionales. Como se puede observar en la Tabla 8, el 65% ($n=11$) de estos expertos eran mujeres, contando con una edad comprendida entre los 26 y los 60 años, siendo la media de edad 46,10 años. Además, el 76% ($n=13$) de estos expertos pertenecían al área de enfermería mientras que un 71% ($n=12$) contaba con estudios de doctorado. Por último, la media de experiencia profesional era de 21,60 años, oscilando desde los 5 hasta los 40 años. Estos datos se pueden observar en la Tabla 9.

Tabla 8 Análisis descriptivo variables edad y experiencia profesional del grupo de expertos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Edad	17	26	60	46,1	11,6
Experiencia Profesional	17	5	40	21,6	10,3

Tabla 9 Análisis Descriptivo variables sexo, área de conocimiento y nivel de estudios del grupo de expertos

		Fi	%
Sexo	Mujer	11	65
	Hombre	6	35
Área de Conocimiento	Enfermería	13	76
	Psicología	4	24
Nivel de Estudios	Doctorado	12	71
	Máster	5	29

6.1.2.1.2. Validez de contenido

El Índice de Validez de Contenido (IVC) de las 23 preguntas que constituían la batería EAHBC osciló entre 0,88 y 1. Para aceptar un ítem como válido, la puntuación ha de estar por encima de 0,78. De este modo, como se puede observar en la Tabla 10 todas las preguntas fueron aceptadas como válidas.

Tabla 10 Análisis de la validez de contenido y consistencia interna de la EAHBC

Nº	Pregunta	IVC-i	C-ITC	α Cronbach si se elimina un ítem
1	Crear un clima y/o entorno que facilite la efectividad del encuentro comunicativo	0,94	0,66	0,90
2	Presentarme y saludar a otros de manera apropiada, teniendo en cuenta la situación, el entorno y las peculiaridades de cada encuentro	0,94	0,57	0,90
3	Clarificar de manera adecuada el motivo del encuentro y cuál es mi disponibilidad para el mismo	0,88	0,73	0,90
4	Formular correctamente las preguntas pertinentes para iniciar una conversación delicada dependiendo de cada situación	1	0,52	0,91
5	Adoptar y demostrar una actitud empática independientemente de cuales sean las preocupaciones de mi interlocutor	0,94	0,52	0,91
6	Reunir toda la información necesaria sobre todas las preocupaciones de la persona con la que establezco el contacto	0,88	0,61	0,90
7	Manejar de manera eficaz las pausas y los silencios durante cualquier encuentro interpersonal	1	0,69	0,90
8	Dar a la otra persona el tiempo y la oportunidad para expresarse en la medida que considere oportuna	0,94	0,60	0,90
9	Utilizar la técnica de feedback o retroalimentación en aras de garantizar la escucha activa y la clarificación	1	0,40	0,91
10	Animar y guiar a mi interlocutor para que identifique cuales son las redes de apoyo de las que dispone	0,94	0,71	0,90
11	Facilitar y promover que mi interlocutor plantee una solución o establezca un plan para hacer frente a su situación	1	0,71	0,90

12	Ofrecerme como elemento de apoyo o ayuda sin dar consejos o resultar paternalista y clarificando mis límites	0,94	0,49	0,91
13	Resumir y clarificar los puntos clave del intercambio incluyendo los sentimientos y las preocupaciones del interlocutor; así como las posibles soluciones y el plan de acción acordados	1	0,74	0,90
14	Hacer un uso apropiado de los elementos no verbales de la comunicación durante cualquier tipo de interacción	1	0,68	0,90
15	Enviar mensajes completos a nivel de contenido, sentimiento y demanda, adaptándolos a las necesidades de mi interlocutor	0,94	0,67	0,90
16	Ser respetuoso con mi interlocutor independientemente de cuál sea su actitud y sus preocupaciones	1	0,43	0,91
17	Aceptar, sin juzgar, las opiniones, valores, creencias, preocupaciones e individualidades de mi interlocutor	1	0,23	0,91
18	Plantear claramente cuál es la situación por la cual se establece un contacto interprofesional acerca de un paciente concreto	1	0,63	0,80
19	Comunicar detalladamente los antecedentes del paciente por el cual se establece el contacto interprofesional	1	0,78	0,77
20	Transmitir a otros profesionales la información recogida durante la valoración completa del paciente de manera organizada y siguiendo las recomendaciones internacionales	1	0,67	0,79
21	Proponer a otros profesionales recomendaciones congruentes y eficaces para abordar el problema del paciente	0,88	0,61	0,81
22	Defender asertiva y respetuosamente mi punto de vista ante las opiniones de otros profesionales	1	0,58	0,81
23	Escuchar y tener en cuenta las opiniones de otros profesionales para tratar de encontrar una solución conjunta al problema del paciente	1	0,38	0,85

6.1.2.2. Fase de pilotaje con sujetos

6.1.2.2.1. Características de la muestra

En la fase de pilotaje, la muestra estuvo constituida por 60 estudiantes de enfermería. Como se puede observar en la Tabla 11, el 73,3% (n=44) de la muestra estaba constituida por mujeres, teniendo una edad media de 21,4 años. En cuanto al curso en que se encontraban matriculados, el 43,3% (n=26) de la muestra estaba en primer curso. Por último, el nivel de estudios completado previamente fue variado, destacando que el 63,3% (n=38) de la muestra había completado estudios de bachillerato.

Tabla 11 Características sociodemográficas de la muestra piloto

		Fi	%	
Sexo	Mujer	44	73,3	
	Hombre	16	26,7	
Curso en que está matriculado	Primero	26	43,3	
	Tercero	18	30	
	Cuarto	16	26,7	
Nivel de estudios completado	Bachillerato	38	63,3	
	Formación Profesional	19	31,7	
	Titulación Universitaria	1	1,7	
Edad	Mínimo	Máximo	Media	DT
	17	43	21,4	4,6

6.1.2.2.2. Análisis de fiabilidad

Para conocer la fiabilidad de la EAHBC en la fase de pilotaje se hicieron dos análisis: consistencia interna y estabilidad temporal.

Partiendo de los resultados obtenidos en la primera aplicación, la consistencia interna para la herramienta de comunicación centrada en el paciente fue una puntuación alfa de Cronbach de 0,91; mientras que para la herramienta de comunicación interprofesional fue de 0,84.

Además, en la Tabla 10 se recoge tanto el C-ITC para cada ítem como el alfa de Cronbach si se elimina el ítem. Los datos oscilaron entre 0,23 y 0,78 para el C-ITC y entre 0,77 y 0,91 para el alfa de Cronbach en todos los ítems. Dado que el C-ITC era superior a 0,30 y el coeficiente alfa de Cronbach no se incrementaba significativamente con la eliminación de ninguno de los ítems, se conservaron todas las preguntas. Cabe destacar que el ítem 17 contaba con un C-ITC<30, pero se decidió mantenerlo porque teóricamente es un ítem importante y el alfa de Cronbach total de la escala no aumentaba significativamente.

En referencia a la estabilidad temporal, la puntuación media de los participantes en la herramienta de comunicación centrada en el paciente en la medición test fue de 78,66 con una desviación típica de 9,56, mientras que la puntuación de la medición retest, 6 semanas después, presentó una media de 80,64 y una desviación típica de 11,25. Tras llevar a cabo la Prueba Kolmogorov-Smirnov se comprobó que las variables seguían una distribución normal (test: 0,09, p=0,20; retest: 0,07, p=0,20) por lo que, como se puede ver en la Tabla

12, se calculó el coeficiente de la correlación de Pearson entre ambas medidas. Así, se obtuvo un resultado de $r=0,37$ y $p=0,006$, lo cual confirma la estabilidad temporal.

Tabla 12 Análisis de la estabilidad temporal de la herramienta de comunicación centrada en el paciente de la EAHBC en la fase de pilotaje con sujetos

		Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta
Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Pearson		0,37**
	Sig. (bilateral)		0,006
	N	60	55
Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Pearson	0,37**	
	Sig. (bilateral)	0,006	
	N	55	55

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la herramienta de comunicación interprofesional, la puntuación media de los participantes en la medición test fue de 80,60 con una desviación típica de 10,70, mientras que la puntuación de la medición retest 6 semanas después presentó una media de 82,51 y una desviación típica de 10,51. En esta ocasión también se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov y se comprobó que las variables seguían una distribución normal (test: 0,09, $p=0,20$; retest: 0,09, $p=0,20$) por lo que, como aparece en la Tabla 13, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas medidas. El resultado fue de $r=0,40$ y $p=0,03$, lo cual confirma la estabilidad temporal.

Tabla 13 Análisis de la estabilidad temporal de la herramienta de comunicación interprofesional de la EAHBC en la fase de pilotaje con sujetos

		Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta
Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Pearson		0,42**
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	60	55
Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Pearson	0,42**	
	Sig. (bilateral)	0,001	
	N	55	55

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

6.1.2.2.3. Análisis de legibilidad y comprensibilidad

Después de analizar los comentarios expuestos por el grupo de expertos y por los estudiantes, no fue preciso realizar ningún tipo de cambio en los 23 ítems de la batería.

6.1.2.3. Fase de validación final con sujetos

6.1.2.3.1. Características de la muestra

En la fase de validación final, la muestra estaba compuesta por 305 estudiantes. En la Tabla 14 se pueden observar las principales variables analizadas en la muestra total, así como los grupos conocidos que se utilizaron para el análisis posterior de la validez de constructo.

La edad media de la muestra fue de 22,28 años (DT=5,68), siendo un 80,33% (n=245) mujeres. Además, el 63,90% (n=195) habían completado estudios de bachillerato antes de acceder al grado en enfermería. En cuanto al curso del grado en que estaban matriculados, el 33,77% (n=103) eran estudiantes de primer curso, el 26,56% (n=81) eran estudiantes de tercer cursos y el restante 39,67% (n=121) pertenecían al último curso del grado.

Tabla 14 Análisis descriptivo de la muestra de la validación final de la EAHBC

Característica	Muestra Total (N=305)	Entrenamiento básico antes de la evaluación (n=103)	Entrenamiento básico 1 año antes de la evaluación (n=81)	Entrenamiento avanzado 3 meses antes de la evaluación (n=121)
	<i>Media ± DT</i>	<i>Media ± DT</i>	<i>Media ± DT</i>	<i>Media ± DT</i>
Edad	22,28 ± 5,68	20,18 ± 5,76	21,17 ± 4,62	24,14 ± 5,65
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Mujer	245 (80,33)	86 (83,49)	69 (85,19)	90 (74,38)
Hombre	60 (19,67)	17 (16,51)	12 (14,81)	31 (25,62)
Nivel Educativo				
Bachillerato	195 (63,9)	65 (63,1)	55 (67,9)	75 (62)
Formación Profesional	89 (29,2)	33 (32)	21 (25,9)	35 (28,9)
Grado	9 (3)	1 (1)	1 (1,2)	7 (5,8)
Prueba Acceso	3 (1)	1 (1)	0 (0)	2 (1,7)

6.1.2.3.2. Análisis de legibilidad y comprensibilidad

El nivel de lectura de las dos herramientas que componen la batería AEHBC corresponde a noveno grado. Ni los estudiantes, ni las personas hispanohablantes a las que se les administró la escala informaron de ninguna dificultad para comprender los ítems de la batería. Además, los participantes tardaron entre 2 y 5 minutos para completar la herramienta de comunicación centrada en el paciente y de 1 a 3 minutos para la herramienta de comunicación con otros profesionales.

6.1.2.3.3. Análisis de fiabilidad

Para conocer la fiabilidad de la batería AEHBC en la fase final se hicieron los mismos análisis que se hicieron en la fase de pilotaje: consistencia interna y estabilidad temporal.

La consistencia interna de la AEHBC partiendo de los resultados obtenidos en la primera aplicación de la herramienta de comunicación centrada en el paciente, fue de una puntuación alfa de Cronbach de 0,93; mientras que para la herramienta de comunicación interprofesional fue de 0,87.

Además, en la Tabla 15 se recoge tanto el C-ITC para cada ítem y el alfa de Cronbach si se elimina el ítem. Para la herramienta de comunicación centrada en el paciente el C-ITC osciló entre 0,48 y 0,75; mientras que para la herramienta de comunicación interprofesional osciló entre 0,57 y 0,75. Ningún valor de alfa de Cronbach habría mejorado si se hubiese eliminado alguno de los ítems.

Tabla 15 Análisis de la consistencia interna de la batería EAHBC

Nº	Pregunta	C-ITC	α Cronbach si se elimina un ítem
1	Crear un clima y/o entorno que facilite la efectividad del encuentro comunicativo	0,62	0,92
2	Presentarme y saludar a otros de manera apropiada, teniendo en cuenta la situación, el entorno y las peculiaridades de cada encuentro	0,52	0,93
3	Clarificar de manera adecuada el motivo del encuentro y cuál es mi disponibilidad para el mismo	0,65	0,92
4	Formular correctamente las preguntas pertinentes para iniciar una conversación delicada dependiendo de cada situación	0,63	0,92
5	Adoptar y demostrar una actitud empática independientemente de cuales sean las preocupaciones de mi interlocutor	0,65	0,92
6	Reunir toda la información necesaria sobre todas las preocupaciones de la persona con la que establezco el contacto	0,64	0,92
7	Manejar de manera eficaz las pausas y los silencios durante cualquier encuentro interpersonal	0,69	0,92
8	Dar a la otra persona el tiempo y la oportunidad para expresarse en la medida que considere oportuna	0,66	0,92
9	Utilizar la técnica de feedback o retroalimentación en aras de garantizar la escucha activa y la clarificación	0,57	0,92
10	Animar y guiar a mi interlocutor para que identifique cuales son las redes de apoyo de las que dispone	0,67	0,92
11	Facilitar y promover que mi interlocutor plantee una solución o establezca un plan para hacer frente a su situación	0,72	0,92
12	Ofrecerme como elemento de apoyo o ayuda sin dar consejos o resultar paternalista y clarificando mis límites	0,58	0,92
13	Resumir y clarificar los puntos clave del intercambio incluyendo los sentimientos y las preocupaciones del interlocutor; así como las posibles soluciones y el plan de acción acordados	0,75	0,92
14	Hacer un uso apropiado de los elementos no verbales de la comunicación durante cualquier tipo de interacción	0,71	0,92
15	Enviar mensajes completos a nivel de contenido, sentimiento y demanda, adaptándolos a las necesidades de mi interlocutor	0,70	0,92

16	Ser respetuoso con mi interlocutor independientemente de cuál sea su actitud y sus preocupaciones	0,52	0,92
17	Aceptar, sin juzgar, las opiniones, valores, creencias, preocupaciones e individualidades de mi interlocutor	0,48	0,93
18	Plantear claramente cuál es la situación por la cual se establece un contacto interprofesional acerca de un paciente concreto	0,67	0,84
19	Comunicar detalladamente los antecedentes del paciente por el cual se establece el contacto interprofesional	0,75	0,83
20	Transmitir a otros profesionales la información recogida durante la valoración completa del paciente de manera organizada y siguiendo las recomendaciones internacionales	0,67	0,84
21	Proponer a otros profesionales recomendaciones congruentes y eficaces para abordar el problema del paciente	0,71	0,84
22	Defender asertiva y respetuosamente mi punto de vista ante las opiniones de otros profesionales	0,60	0,85
23	Escuchar y tener en cuenta las opiniones de otros profesionales para tratar de encontrar una solución conjunta al problema del paciente	0,57	0,86

En referencia a la estabilidad temporal de la herramienta de comunicación centrada en el paciente, la puntuación media de los participantes en la medición test fue de 77,11 con una desviación típica de 10,99, mientras que la puntuación de la medición retest, 4 semanas después, presentó una media de 79,84 y una desviación típica de 11,08. En este caso, tras aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que las variables no seguían la distribución normal (test: 0,05, $p=0,04$; retest: 0,07, $p=0,02$) por lo que, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre ambas medidas. Así, el resultado fue de 0,63, $p<0,001$, lo cual confirma la estabilidad temporal (Ver Tabla 16).

Tabla 16 Análisis de la estabilidad temporal de la herramienta de comunicación centrada en el paciente de la EAHBC en la fase de validación final con sujetos

		Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta
Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Spearman	1	0,63**
	Sig. (bilateral)		0,00
	N	305	284
Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Spearman	0,63**	1
	Sig. (bilateral)	0,00	
	N	284	284

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la herramienta de comunicación interprofesional, la puntuación media de los participantes en la medición test fue de 78,24 con una desviación típica de 12,63, mientras que la puntuación de la medición retest 4 semanas después presentó una media de 81,06 y una desviación típica de 11,95. En este caso, los datos de la Prueba Kolmogorov-Smirnov también mostraron que las variables no seguía una distribución normal (test: 0,07, $p=0,001$; retest: 0,08, $p=0,000$) por lo que, de nuevo se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre ambas medidas. Así, el resultado fue de $r=0,61$ y $p<0,001$, lo cual confirma

una buena estabilidad temporal (Ver Tabla 17).

Tabla 17 Análisis de la estabilidad temporal de la herramienta de comunicación interprofesional de la EAHBC en la fase de validación final con sujetos

		Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta
Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Spearman	1	0,61**
	Sig. (bilateral)		0,00
	N	305	284
Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Spearman	0,61**	1
	Sig. (bilateral)	0,00	
	N	284	284

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

6.1.2.3.4. Análisis de validez

En la fase final de validación de la batería EAHBC se evaluaron diferentes tipos de validez: la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo.

En cuanto a la validez de contenido, el IVC para todos los ítems fue calculado en la fase de validación con expertos (consultar Tabla 10) obteniendo buenos resultados. Debido a esto, en esta fase se calculó el IVC-t para cada una de las herramientas de la batería AEHBC. Para la herramienta de comunicación centrada en el paciente, el IVC-t fue de 0,97 mientras que para la herramienta de comunicación interprofesional fue de 0,98.

En cuanto a la validez de criterio, la batería AEHBC se correlacionó con dos herramientas diferentes. Por un lado, para valorar la validez de criterio en la herramienta de comunicación centrada en el paciente se hizo uso del cuestionario de Axboe et al (2016). Así, se observó una correlación de Pearson de $r=0,66$ y $p<0,001$. Por otro lado, la herramienta de comunicación interprofesional se comparó con una herramienta de autoeficacia general (Cheng et al, 2011). Así, se observó una correlación de Pearson de $r=0,65$ y $p<0,001$.

Para la valoración de la validez de constructo se aplicaron inicialmente dos tipos de pruebas para ver la pertinencia de la realización del análisis factorial. La primera de ellas fue el test de esfericidad de Bartlett en cada uno de las herramientas. Los resultados mostraron que era pertinente la realización de un análisis de componentes principales. Así, para la herramienta de comunicación centrada en el paciente los resultados fueron $X^2=2851,67$ y $p<0,001$; y para la herramienta de comunicación interprofesional fueron $X^2=875,83$ y $p<0,001$. La segunda prueba fue el índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO), la cual también

demonstró esta pertinencia en las dos herramientas. En comunicación centrada en el paciente el valor fue KMO= 0,92; y en comunicación interprofesional fue KMO= 0,82.

Una vez comprobada la pertinencia, se procedió al análisis factorial. Se observó que en la herramienta de comunicación centrada en el paciente se presentaban tres factores con un valor propio ≥ 1 y una clara representación gráfica de los mismos; mientras que en la herramienta de comunicación interprofesional se observó un único factor.

Tabla 18 Carga factorial y varianza total explicada para el nivel de comunicación interpersonal de la EAHBC

Factor		1	2	3
Iniciar la conversación				
1	Crear un clima y/o entorno que facilite la efectividad del encuentro comunicativo	0,77		
2	Presentarme y saludar a otros de manera apropiada, teniendo en cuenta la situación, el entorno y las peculiaridades de cada encuentro	0,75		
3	Clarificar de manera adecuada el motivo del encuentro y cuál es mi disponibilidad para el mismo	0,66		
4	Formular correctamente las preguntas pertinentes para iniciar una conversación delicada dependiendo de cada situación	0,57		
Habilidades de comunicación eficaces centradas en la persona				
6	Reunir toda la información necesaria sobre todas las preocupaciones de la persona con la que establezco el contacto		0,50	
7	Manejar de manera eficaz las pausas y los silencios durante cualquier encuentro interpersonal		0,60	
9	Utilizar la técnica de feedback o retroalimentación en aras de garantizar la escucha activa y la clarificación		0,71	
10	Animar y guiar a mi interlocutor para que identifique cuales son las redes de apoyo de las que dispone		0,78	
11	Facilitar y promover que mi interlocutor plantee una solución o establezca un plan para hacer frente a su situación		0,74	
12	Ofrecerme como elemento de apoyo o ayuda sin dar consejos o resultar paternalista y clarificando mis límites		0,61	
13	Resumir y clarificar los puntos clave del intercambio incluyendo los sentimientos y las preocupaciones del interlocutor; así como las posibles soluciones y el plan de acción acordados		0,76	
14	Hacer un uso apropiado de los elementos no verbales de la comunicación durante cualquier tipo de interacción		0,70	
15	Enviar mensajes completos a nivel de contenido, sentimiento y demanda, adaptándolos a las necesidades de mi interlocutor		0,70	
Empatía y respeto				
5	Adoptar y demostrar una actitud empática independientemente de cuales sean las preocupaciones de mi interlocutor			0,53
8	Dar a la otra persona el tiempo y la oportunidad para expresarse en la medida que considere oportuna			0,45
16	Ser respetuoso con mi interlocutor independientemente de cuál sea su actitud y sus preocupaciones			0,80
17	Aceptar, sin juzgar, las opiniones, valores, creencias, preocupaciones e individualidades de mi interlocutor			0,84
	% de varianza	18,43	29,50	13,77
	% acumulado de varianza	18,43	47,93	61,70

En la Tabla 18 se pueden observar los resultados. Todos los ítems que componían la escala contaron con una carga factorial ≥ 0.45 en alguno de los factores. Los tres factores que

conforman la herramienta de comunicación centrada en el paciente representan el 61,70% de la varianza total encontrada y recogen diferentes aspectos centrales de este tipo de comunicación interpersonal: [1] 'iniciar la conversación', [2] 'habilidades de comunicación eficaces centradas en la persona', y [3] 'empatía y respeto'. Sin embargo, el único factor en la herramienta de comunicación interprofesional representa el 60,19% de la varianza total encontrada y demuestra que esta herramienta tiene una estructura de un solo factor.

También se llevó a cabo un AGC. El análisis de ANOVA mostró diferencias significativas en las puntuaciones medias entre los tres grupos establecidos según el entrenamiento previo. Así, para la la herramienta de comunicación centrada en el paciente los resultados fueron $F(2,302) = 8.55$; $p < 0.001$; mientras que para la herramienta de comunicación interprofesional fueron $F(2,302) = 6.04$ y $p = 0.003$. La Tabla 19 presenta los resultados de los grupos conocidos y del test HSD (Honestly-significant-difference) de Tukey.

Tabla 19 Análisis de Grupos Conocidos y test HSD de Tukey

Grupos Conocidos	Entrenamiento básico antes de la evaluación (n=103)	Entrenamiento básico 1 año antes de la evaluación (n=81)	Entrenamiento avanzado 3 meses antes de la evaluación (n=121)
Nivel de comunicación	<i>Media ± DT</i>	<i>Media ± DT</i>	<i>Media ± DT</i>
Grupos Conocidos	Significación	Significación	Significación
Comunicación centrada en el paciente	<i>76,47 ± 11,84</i>	<i>73,68 ± 10,64</i>	<i>79,95 ± 9,74</i>
Entrenamiento básicos antes de la evaluación	-	0,19	0,04
Entrenamiento básico 1 año antes de la evaluación	0,19	-	0,00
Entrenamiento avanzado 3 meses antes de la evaluación	0,04	0,00	-
Comunicación Interprofesional	<i>77,78 ± 14,90</i>	<i>74,79 ± 11,56</i>	<i>80,94 ± 10,53</i>
Entrenamiento básicos antes de la evaluación	-	0,24	0,14
Entrenamiento básico 1 año antes de la evaluación	0,24	-	0,00
Entrenamiento avanzado 3 meses antes de la evaluación	0,14	0,00	-

6.1.3. Diseño y validación psicométrica del THBC

6.1.3.1. Fase de validación con expertos

6.1.3.1.1. Características de los expertos

En la fase de validación por expertos, la muestra estuvo constituida por los mismos 10 expertos que formaron parte de la validación de la CHBC. (Ver Tabla 1)

6.1.3.1.2. Validez de contenido

El Índice de Validez de Contenido (IVC) de las 23 preguntas que constituían el THBC osciló

entre 0,8 y 1. Para aceptar un ítem como válido, la puntuación ha de estar por encima de 0,78. De este modo, como se puede observar en la Tabla 20 todas las preguntas fueron aceptadas como válidas.

Tabla 20 Análisis de la Validez de Contenido y Consistencia Interna del THBC

Nº	Pregunta	IVC-i	C-ITC	α Cronbach si se elimina un ítem
1	El alumno crea un clima que facilita la efectividad del encuentro comunicativo	0,90	0,69	0,94
2	El alumno se presenta y saluda de manera apropiada	0,90	0,70	0,94
3	El alumno clarifica el motivo del encuentro y su disponibilidad	0,80	0,59	0,94
4	El alumno formula correctamente las preguntas pertinentes	0,90	0,75	0,94
5	El alumno muestra una actitud empática	0,90	0,70	0,94
6	El alumno reúne toda la información necesaria sobre las preocupaciones del interlocutor	1	0,76	0,94
7	El alumno maneja de manera eficaz las pausas y los silencios	0,90	0,67	0,94
8	El alumno da tiempo al interlocutor para expresarse	1	0,62	0,94
9	El alumno utiliza la retroalimentación	0,90	0,66	0,94
10	El alumno anima al interlocutor a identificar los recursos de apoyo con los que cuenta	0,90	0,74	0,94
11	El alumno promueve que el interlocutor plantee una solución a su situación	1	0,79	0,94
12	El alumno se ofrece como recurso de apoyo	1	0,74	0,94
13	El alumno resume los elementos claves del encuentro	1	0,71	0,94
14	El alumno hace un uso apropiado de los elementos no verbales de la comunicación durante la interacción	1	0,71	0,94
15	El alumno envía mensajes completos a nivel de contenido, sentimiento y demanda	1	0,74	0,94
16	El alumno es respetuoso con el interlocutor	0,90	0,59	0,94
17	El alumno acepta, sin juzgar, las opiniones, valores, creencias, preocupaciones e individualidades del interlocutor	1	0,52	0,94
18	El alumno plantea claramente cuál es la situación por la cual se establece un contacto interprofesional acerca del paciente	1	0,76	0,90
19	El alumno comunica detalladamente los antecedentes del paciente	1	0,80	0,89
20	El alumno transmite a otro profesional la información recogida durante la valoración completa del paciente de manera organizada	1	0,75	0,90
21	El alumno propone al profesional recomendaciones congruentes y eficaces para abordar el problema del paciente	0,90	0,77	0,89
22	El alumno defiende asertiva y respetuosamente su punto de vista	1	0,76	0,90
23	El alumno escucha y tiene en cuenta las opiniones de otros profesionales para tratar de encontrar una solución conjunta al problema del paciente	0,90	0,69	0,90

6.1.3.2. Fase de validación con sujetos

6.1.3.2.1. Características de la muestra

En esta segunda parte de la validación, la muestra estuvo constituida por 126 estudiantes de enfermería. Como se puede observar en la Tabla 21, el 77% (n=97) de la muestra estaba constituida por mujeres, teniendo una edad media de 22,54 años. En cuanto al curso en que se encontraban matriculados, el 99,2% (n=125) de la muestra estaba en tercer curso. Por último, el nivel de estudios completado previamente fue variado, destacando que el 72,2% (n=91) de la muestra había completado estudios de bachillerato.

Tabla 21 Características sociodemográficas de la muestra para la validación del THBC

		Fi	%	
Sexo	Mujer	97	77,0	
	Hombre	29	23,0	
Curso en que está matriculado	Segundo	1	0,8	
	Tercero	125	99,2	
Nivel de estudios completado	Bachillerato	91	72,2	
	Formación Profesional	22	17,5	
	Titulación Universitaria	3	2,4	
	Prueba Acceso Mayores 25 años	2	1,6	
Edad	Mínimo	Máximo	Media	DT
	19	53	22,54	6,38

6.1.3.2.2. Análisis de fiabilidad

Para conocer la fiabilidad del THBC en la fase de validación se hicieron tres análisis: consistencia interna, estabilidad temporal y fiabilidad interobservador.

En el análisis de la consistencia interna del THBC se observó una puntuación alfa de Cronbach de 0,96 para toda la escala. En el nivel de comunicación centrada en el paciente, la puntuación alfa de Cronbach fue 0,95; y en el nivel de comunicación interprofesional fue de 0,91. Además, en la Tabla 20 se recoge tanto el C-ITC para cada ítem como el alfa de Cronbach si se elimina el ítem. Los datos oscilaron entre 0,52 y 0,80 para el C-ITC y entre 0,89 y 0,94 para el alfa de Cronbach en todos los ítems. Dado que el C-ITC era superior a 0,30 y el coeficiente alfa de Cronbach no se incrementaba significativamente con la eliminación de ninguno de los ítems, se conservaron todas las preguntas.

En referencia a la estabilidad temporal, la puntuación media de los participantes en la medición test fue de 3,98 con una desviación típica de 0,57, mientras que la puntuación de la medición retest, 6 semanas después, presentó una media de 4,02 y una desviación típica de 0,64. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que las variables no seguían la distribución normal (test: 0,09, $p=0,03$; retest: 0,11, $p=0,001$) por lo que se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre ambas medidas. Así el resultado fue de $r=0,27$ y $p=0,003$, lo cual parece confirmar una estabilidad temporal reducida. Los resultados se pueden ver en la Tabla 22.

Tabla 22 Análisis de la estabilidad temporal del THBC en la fase V; validación con sujetos

		Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta
Primera Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Spearman	1,00	0,27**
	Sig. (bilateral)	.	0,003
	N	124	122
Segunda Aplicación: Número de preguntas contestadas de forma correcta	Correlación de Spearman	0,27**	1,00
	Sig. (bilateral)	0,003	.
	N	122	124

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En el nivel de comunicación centrada en el paciente, la puntuación media de los participantes en la medición test fue de 3,87 con una desviación típica de 0,62, mientras que la puntuación de la medición retest 6 semanas después presentó una media de 4,28 y una desviación típica de 0,61. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que una de las variables no seguía la distribución normal (test: 0,07, $p=0,20$; retest: 0,11, $p=0,001$) por lo que se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre ambas medidas. Así el resultado fue de $r=0,31$ y $p=0,002$, lo cual parece confirmar una buena estabilidad temporal.

En el nivel de comunicación interprofesional, la puntuación media de los participantes en la medición test fue de 3,95 con una desviación típica de 0,68, mientras que la puntuación de la medición retest 6 semanas después presentó una media de 4,22 y una desviación típica de 0,67. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que las variables no seguían la distribución normal (test: 0,14, $p=0,000$; retest: 0,13, $p=0,000$) por lo que se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre ambas medidas. Así el resultado fue de $r=0,2$ y $p=0,02$, que indica una estabilidad temporal reducida.

Por último, para la medición de la fiabilidad interobservadores se calculó el ICC asumiendo un modelo mixto en el que los sujetos son muestras aleatorias de la población, mientras que el instrumento de medición se mantiene fijo. Así, como se puede ver en la Tabla 23, para la escala completa el valor de este coeficiente para los valores individuales de los sujetos fue 0,27 con $p=0,001$, mostrando una concordancia baja. Por otro lado, el valor para las puntuaciones promedio fue de 0,43 con $p=0,001$, reflejando una concordancia buena.

Tabla 23 Coeficiente de correlación intraclase para las puntuaciones totales del THBC y por niveles de comunicación

Escala Completa							
	Correlación Intraclase	95% Intervalo de Confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite Inferior	Límite Superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas Individuales	0,27	0,10	0,43	1,75	121	121	0,001
Medidas Promedio	0,43	0,18	0,60	1,75	121	121	0,001
Nivel de Comunicación Interpersonal							
	Correlación Intraclase	95% Intervalo de Confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite Inferior	Límite Superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas Individuales	0,31	0,14	0,46	1,89	121	121	0,000
Medidas Promedio	0,47	0,24	0,63	1,89	121	121	0,000
Nivel de Comunicación Interprofesional							
	Correlación Intraclase	95% Intervalo de Confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite Inferior	Límite Superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas Individuales	0,25	0,08	0,41	1,66	121	121	0,003
Medidas Promedio	0,40	0,14	0,58	1,66	121	121	0,003
Modelo de efectos mixtos bidireccionales donde los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.							

En el caso del nivel de comunicación centrada en el paciente el valor del ICC para los valores individuales de los sujetos fue 0,78 con $p=0,000$, mostrando una concordancia alta. Por otro lado, el valor para las puntuaciones promedio fue de 0,88 con $p=0,000$, reflejando una concordancia alta (Ver Tabla 23).

En el caso del nivel de comunicación interprofesional el valor del ICC para los valores individuales de los sujetos fue 0,80 con $p=0,000$, mostrando una concordancia alta. Por otro lado, el valor para las puntuaciones promedio fue de 0,89 con $p=0,000$, reflejando una concordancia alta (Ver Tabla 23).

6.1.3.2.3. Análisis de validez

En esta fase de validación se evaluaron diferentes tipos de validez: la validez de contenido y la validez de constructo.

En cuanto a la validez de contenido, el IVC para todos los ítems fue calculado en la fase de validación con expertos (consultar Tabla 20) obteniendo buenos resultados. Debido a esto, en esta fase se calculó el IVC para todo el test, así como para cada uno de los niveles en que estaba dividido. El IVC-t para toda la escala fue 0,95. Para el nivel de comunicación centrada en el paciente, el IVC-t fue de 0,94; y para el nivel de comunicación interprofesional fue de 0,97.

En relación a la validez de constructo, se llevó a cabo un AGC con la muestra dividida en función del grado de formación recibido. Para ello, primero se aplicó el test Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la muestra. Así, se observó un valor del estadístico de 0,079 y una $p=0,000$, lo cual confirmó que la muestra no seguía una distribución normal. Tras esto, se aplicó la Prueba Mann-Whitney para ver la diferencia en las puntuaciones del test de habilidades entre el grupo que había recibido formación y el que no había recibido formación. Como se puede observar en la Tabla 24, $p=0,000$ lo que indica que la puntuación en THBC difiere entre ambos grupos.

Tabla 24 Prueba Mann-Whitney para las puntuaciones del THBC

	Puntuación CHBC
Mann-Whitney U	1001,00
Wilcoxon W	8876,00
Z	-11,88
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000

6.2. Estudio de los efectos de dos intervenciones educativas en la competencia comunicativa

6.2.1. Características de la muestra

En la segunda parte de esta tesis, la muestra estaba compuesta por 126 estudiantes. En la Tabla 25 se pueden observar las principales variables analizadas en la muestra total, así como los grupos conocidos en que se dividió para llevar a cabo la intervención.

La edad media de la muestra fue de 22,53 años (DT=6,36), siendo un 77% (n=97) mujeres. Además, el 97,6% (n=123) habían completado estudios de bachillerato antes de acceder al grado en enfermería. En cuanto al entrenamiento previo en habilidades de comunicación, el 64,3% (n=81) lo habían recibido, mientras que sólo el 34,9% (n=44) habían recibido una sesión de repaso previa a la intervención.

Tabla 25 Características sociodemográficas de la muestra

	GPE (N=64)	GRP (N=62)	Muestra Total (N=126)
	M ± DT	M ± DT	M ± DT
Edad	22,77 ± 6,70	22,29 ± 6,03	22,53 ± 6,36
	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo			
Mujer	51 (79,7)	46 (74,2)	97 (77,0)
Hombre	13 (20,3)	16 (25,8)	29 (23,0)
Nivel Educativo			
Bachillerato	62 (96,9)	61 (98,4)	123 (97,6)
Grado Universitario	2 (3,1)	1 (1,6)	3 (2,4)
Entrenamiento en HHCC	36 (56,2)	45 (72,6)	81 (64,3)
Sesión de repaso antes de la intervención	22 (34,3)	22 (35,5)	44 (34,9)

6.2.2. Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación centrada en el paciente

En la Tabla 26 se resume el número de participantes que alcanzaron el nivel de competencia de comunicación centrada en el paciente en cada uno de los dominios (cognitivo, psicomotor y actitudinal), así como de forma global, tanto en el GPE como en el GRP en el pretest, el posttest y la retención. Además, también se presentan los valores p basados en el análisis EEG, observándose que las diferencias en la consecución de la competencia en relación con el tiempo transcurrido no fueron significativas.

Tabla 26 Resumen de los participantes que alcanzaron la competencia en cada grupo a lo largo del tiempo y resultados del análisis EEG

	GPE			GRP			Tiempo vs intervención
	Pretest (n=64)	Posttest (n=64)	Retención (n=63)	Pretest (n=62)	Posttest (n=62)	Retención (n=61)	p ¹
Conocimientos							
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	7(11%)	45(70%)	38(59%)	10(16%)	38(61%)	37(61%)	0,31
Autoeficacia							
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	35(55%)	54(84%)	46(73%)	34(55%)	53(85%)	52(85%)	0,21
Habilidades de Comunicación							
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	21(33%)	60(94%)	59(64%)	17(27%)	54(87%)	54(88%)	0,87

Competencia Comunicativa Interpersonal							
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal ²	1(2%)	35(55%)	27(43%)	2(3%)	33(53%)	32(52%)	0,23

¹Análisis EEG: valor de p en la relación tiempo vs grupo de intervención. La significación se alcanza a 0,025, según la corrección de Bonferroni=0,05/2).

² Competencia comunicativa: $\geq 70\%$ de las preguntas del CHBC contestadas correctamente; $\geq 70\%$ de las afirmaciones de la EAHBC conseguidas; y ≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC.

Con el objetivo de explorar más estas diferencias, se realizaron todas las posibles comparaciones por pares. Como se puede ver en la Tabla 27, se comparó la mejora del aprendizaje del pretest al posttest para ambas metodologías haciendo uso de la prueba McNemar y chi-cuadrado. Todas las variables mostraron una mejoría significativa después de la intervención, independientemente de la estrategia utilizada. Sin embargo, cuando las tasas de éxito de ambas estrategias se compararon entre sí, no se observaron diferencias significativas ni en el pretest ni en el posttest, en ningún dominio de la competencia ni en la competencia general.

Tabla 27 Recuento de parámetros dicotómicos de la competencia de comunicación interpersonal por grupo para el pretest y posttest y comparaciones entre grupos

	GPE			GRP			GPE vs GRP pretest	GPE vs GRP posttest
	Pretest (n=64)	Posttest (n=64)	p ¹	Pretest (n=62)	Posttest (n=62)	p ¹	p ²	p ²
Conocimientos								
$\geq 70\%$ de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	7(11%)	45(70%)	<0,001	10(16%)	38(61%)	<0,001	0,39	0,29
Autoeficacia								
$\geq 70\%$ de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	35(55%)	54(84%)	<0,001	34(55%)	53(85%)	<0,001	0,99	0,86
Habilidades de Comunicación								
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	21(33%)	60(94%)	<0,001	17(27%)	54(87%)	<0,001	0,51	0,20
Competencia Comunicativa Interpersonal								
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal	1(2%)	35(55%)	<0,001	2(3%)	33(53%)	<0,001	0,54	0,87

¹Prueba McNemar; ²Prueba Chi-Cuadrado

En el GPE se observó una disminución de la tasa de éxitos posttest y retención de la competencia en el dominio cognitivo y el dominio actitudinal así como en la competencia general, si bien, las diferencias no eran significativas. En cambio, en el GRP sólo se observó una disminución de esta tasa de éxitos a nivel del dominio cognitivo y en la competencia general, aunque de nuevo las diferencias no fueron significativas (Tabla 28). Además, las diferencias entre las tasas de éxito de los grupos en la retención también se evaluaron y demostraron no ser significativamente diferentes para todas las variables medidas.

Tabla 28 Recuento de parámetros dicotómicos de la competencia de comunicación interpersonal por grupo para el posttest y la retención y comparación entre grupos

	GPE			GRP			GPE vs GRP
	Posttest (n=63)	Retención (n=63)	p ¹	Posttest (n=62)	Retención (n=61)	p ¹	p ²
Conocimientos							
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	45(70%)	38(59%)	0,14	38(61%)	37(60%)	1	0,97
Autoeficacia							
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	53(84%)	46(73%)	0,09	52(85%)	53(85%)	1	0,09
Habilidades de Comunicación							
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	59(94%)	59(94%)	1	53(87%)	54(89%)	1	0,32
Competencia Comunicativa Interpersonal							
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal	35(55%)	27(42%)	0,12	33(53%)	32(52%)	1	0,29

¹Prueba McNemar; ²Prueba Chi-Cuadrado

Por último, la Tabla 29 muestra las diferencias en las tasas de éxito entre el pretest y la retención para ambos grupos. Para el GPE, la diferencia en el recuento de participantes que alcanzaron la competencia en la prueba de retención en comparación con los que la obtuvieron en el pretest fue significativamente mejor en todos los dominios de la competencia y en la competencia general. En el caso del GRP, la mejora en la tasa de éxito entre el pretest y la prueba de retención también fue significativa en todas las variables.

Tabla 29 Recuento de parámetros dicotómicos de la competencia de comunicación interpersonal por grupo para el pretest y la retención y comparación entre grupos

	GPE			GRP		
	Pretest (n=63)	Retención (n=63)	p ¹	Pretest (n=62)	Retención (n=61)	p ¹
Conocimientos						
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	7(11%)	38(59%)	<0,001	10(16%)	37(60%)	<0,001
Autoeficacia						
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	34(54%)	46(73%)	0,004	34(56%)	53(85%)	<0,001
Habilidades de Comunicación						
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	21(33%)	59(94%)	<0,001	17(28%)	54(89%)	<0,001
Competencia Comunicativa Interpersonal						
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal	1(2%)	27(42%)	<0,001	2(3%)	32(52%)	<0,001

¹Prueba McNemar

6.2.3. Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación interprofesional

En la Tabla 30 se resume el número de participantes que alcanzaron el nivel de competencia de comunicación interprofesional en cada uno de los dominios (cognitivo, psicomotor y actitudinal), así como de forma global, tanto en el GPE como en el GRP en el pretest, el posttest y la retención. Además, también se presentan los valores p basados en el análisis EEG, observándose que las diferencias en la consecución de la competencia en relación con el tiempo transcurrido no fueron significativos.

Tabla 30 Resumen de los participantes que alcanzaron la competencia en cada grupo a lo largo del tiempo y resultados del análisis EEG

	GPE			GRP			Tiempo vs intervención
	Pretest (n=64)	Posttest (n=63)	Retención (n=63)	Pretest (n=62)	Posttest (n=61)	Retención (n=61)	p ¹
Conocimientos							
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	4(6%)	46(72%)	40(62%)	7(11%)	41(66%)	46(74%)	0,54

Autoeficacia							
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	29(45%)	47(76%)	48(77%)	30(48%)	52(85%)	50(82%)	0,56
Habilidades de Comunicación							
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	27(42%)	62(98%)	60(97%)	31(50%)	59(97%)	57(93%)	0,99
Competencia Comunicativa Interpersonal							
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal ²	1(2%)	36(56%)	35(55%)	2(3%)	59(63%)	42(68%)	0,48

¹Análisis EEG: valor de p en la relación tiempo vs grupo de intervención. La significación se alcanza a 0,025, según la corrección de Bonferroni=0,05/2).

² Competencia comunicativa: ≥70% de las preguntas del CHBC contestadas correctamente; ≥70% de las afirmaciones de la AEHBC conseguidas; y ≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC

Con el objetivo de explorar más estas diferencias, se realizaron todas las posibles comparaciones por pares. Como se puede ver en la Tabla 31, se comparó la mejora del aprendizaje del pretest al posttest para ambas metodologías haciendo uso de la prueba McNemar y chi-cuadrado. Todas las variables mostraron una mejoría significativa después de la intervención, independientemente de la estrategia utilizada. Sin embargo, cuando las tasas de éxito de ambas estrategias se compararon entre sí, no se observaron diferencias significativas ni en el pretest ni en el posttest, en ningún dominio de la competencia ni en la competencia general.

Tabla 31 Recuento de parámetros dicotómicos de la competencia de comunicación interpersonal por grupo para el pretest y posttest y comparaciones entre grupos

	GPE			GRP			GPE vs GRP pretest	GPE vs GRP posttest
	Pretest (n=64)	Posttest (n=64)	p ¹	Pretest (n=62)	Posttest (n=62)	p ¹	p ²	p ²
Conocimientos								
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	4(6%)	46(72%)	<0,001	7(11%)	41(66%)	<0,001	0,48	0,49
Autoeficacia								
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	29(45%)	47(76%)	<0,001	30(48%)	52(85%)	<0,001	0,53	0,20

Habilidades de Comunicación								
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	27(42%)	62(98%)	<0,001	31(50%)	59(97%)	<0,001	0,42	0,54
Competencia Comunicativa Interpersonal								
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal	1(2%)	36(56%)	<0,001	2(3%)	59(63%)	<0,001	0,29	0,45

¹Prueba McNemar; ²Prueba Chi-Cuadrado

En el GPE se observó una disminución de la tasa de éxitos posttest y retención de la competencia en los dominios cognitivo y psicomotriz así como en la competencia general, si bien, las diferencias no eran significativas. En el GRP también se observó una disminución de esta tasa de éxitos en los dominios psicomotriz, actitudinal y en la competencia general, aunque de nuevo las diferencias no fueron significativas (Tabla 32). Además, las diferencias entre las tasas de éxito de los grupos en la retención también se evaluaron y demostraron no ser significativamente diferentes para todas las variables medidas.

Tabla 32 Recuento de parámetros dicotómicos de la competencia de comunicación interpersonal por grupo para el posttest y la retención y comparación entre grupos

	GPE			GRP			GPE vs GRP retención
	Posttest (n=63)	Retención (n=63)	p ¹	Posttest (n=62)	Retención (n=61)	p ¹	p ²
Conocimientos							
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	46(72%)	40(62%)	0,24	41(66%)	46(74%)	0,30	0,16
Autoeficacia							
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	47(76%)	48(77%)	1	52(85%)	50(82%)	1	0,56
Habilidades de Comunicación							
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	62(98%)	60(97%)	1	59(97%)	57(93%)	0,69	0,38
Competencia Comunicativa Interpersonal							
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal	36(56%)	35(55%)	1	59(63%)	42(68%)	0,61	0,13

¹Prueba McNemar; ²Prueba Chi-Cuadrado

Por último, la Tabla 33 muestra las diferencias en las tasas de éxito entre el pretest y la retención para ambos grupos. Para el GPE, la diferencia en el recuento de participantes que alcanzaron la competencia en la prueba de retención en comparación con los que la obtuvieron en el pretest fue significativamente mejor en todos los dominios de la competencia y en la competencia general. En el caso del GRP, la mejora en la tasa de éxito entre el pretest y la prueba de retención también fue significativa en todas las variables.

Tabla 33 Recuento de parámetros dicotómicos de la competencia de comunicación interpersonal por grupo para el pretest y la retención y comparación entre grupos

	GPE			GRP		
	Pretest (n=63)	Retención (n=63)	p ¹	Pretest (n=62)	Retención (n=61)	p ¹
Conocimientos						
≥70% de las preguntas de comunicación interpersonal del CHBC contestadas correctamente	4(6%)	40(62%)	<0,001	7(11%)	46(74%)	<0,001
Autoeficacia						
≥70% de las afirmaciones de comunicación interpersonal de la AEHBC conseguidas	29(45%)	48(77%)	0,004	30(48%)	50(82%)	<0,001
Habilidades de Comunicación						
≥ 3 puntos (competente) de media en la THBC	27(42%)	60(97%)	<0,001	31(50%)	57(93%)	<0,001
Competencia Comunicativa Interpersonal						
Consecución de la competencia comunicativa interpersonal	1(2%)	35(55%)	<0,001	2(3%)	42(68%)	<0,001

¹Prueba McNemar

7. Discusión

El objetivo de esta tesis doctoral fue la comparación de la eficacia de dos estrategias educativas en el desarrollo de la competencia comunicativa en alumnos de enfermería. Para poder conseguir este cometido, se plantearon dos objetivos específicos bien diferenciados y que han estructurado todo el trabajo presentado. Así, esta discusión también se divide en dos apartados que intentan dar respuesta cada uno de estos objetivos.

7.1. Diseño y evaluación psicométrica de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa

7.1.1. Diseño y evaluación psicométrica del test CHBC

Tras la realización de una revisión de la literatura existente en torno a esta línea de trabajo, se observó la inexistencia de herramientas de evaluación que tuvieran en cuenta los tres dominios constitutivos de la competencia comunicativa. Debido a esto, el primer objetivo específico que se planteó en el trabajo de esta tesis fue desarrollar y validar un conjunto de herramientas que permitieran evaluar estos tres dominios.

En la práctica clínica los estudiantes de enfermería experimentan dificultades al comunicarse con los pacientes, con los familiares de los pacientes y con otros compañeros del equipo interdisciplinar (McCabe, 2004; Hernández-Padilla, 2012; Wittenberg, et al., 2013; Xie et al., 2013; Lin et al., 2017). Es por ello que se torna importante el trabajo de la competencia comunicativa en cada uno de sus dominios, antes de que los estudiantes tengan que hacer frente al contacto con estas personas en el ámbito clínico (Lin et al., 2017).

De este modo, la formación en estas habilidades de comunicación se ha instaurado como una parte importante del currículum enfermero (Davis, 2014) y la evaluación es un trabajo necesario para valorar la adquisición de las mismas (Denniston et al., 2017). Si bien es cierto, las herramientas existentes para este cometido son insuficientes, pues valoran parcialmente esta competencia comunicativa dado que se suelen centrar en un único dominio de la misma (Denniston et al., 2017) y apenas existen trabajos que se centren en el trabajo de todos los dominios de la competencia.

Así, el primer paso que se llevó a cabo fue el desarrollo y evaluación psicométrica de una herramienta que permitiera medir el dominio cognitivo de la competencia comunicativa en estudiantes de enfermería.

Para la evaluación del dominio cognitivo de la competencia comunicativa se diseñó un cuestionario tipo test con 22 preguntas (CHBC) y se evaluaron de forma rigurosa sus propiedades psicométricas en términos de validez y aplicabilidad (Tabachnick y Fidell,

2013; Hernández-Padilla et al., 2016b; Manderlier et al., 2017). De este modo, la validez del test CHBC se valoró mediante la evaluación de la validez de contenido, la validez de los ítems y la validez de constructo en los niveles de comunicación centrada en el paciente y de comunicación interprofesional (Tabachnick & Fidell, 2013; Hernández-Padilla et al., 2016b; Manderlier et al., 2017).

Con respecto a la validez de contenido, un panel de 10 expertos decidió que de las 22 preguntas que constituían el cuestionario, 20 medían adecuadamente el nivel de conocimientos de los estudiantes. De este modo, el test CHBC quedó conformado por 8 preguntas sobre comunicación general, 8 preguntas sobre comunicación centrada en el paciente y 4 preguntas sobre comunicación interprofesional.

Tras esto, se procedió al análisis de la validez de estos 20 ítems. Para ello se valoró la dificultad (P-value), el índice de discriminación (D-Value) y la calidad de las respuestas (A-value) para cada uno de ellos. Así, se observó que todos los ítems contaban con una dificultad suficiente pues el porcentaje de sujetos que elegían la respuesta correcta en cada uno de los ítems era superior al 70%, lo cual es adecuado para preguntas con 5 alternativas de respuesta (Manderlier et al., 2017). En cuanto a la discriminación de las preguntas, tras la obtención de dos grupos extremos de la muestra (el 25% que obtuvo las mejores puntuaciones y el 25% que obtuvo las peores respuestas), se observó que en prácticamente todos los ítems la mayor parte del grupo que obtuvo los mejores resultados contestó correctamente las preguntas, mientras que en el grupo con peores resultados sólo una minoría dio las respuestas correctas para cada uno de los ítems. Por último, la calidad de las respuestas de cada pregunta fue buena en prácticamente todos los ítems, pues los porcentajes de respuesta de cada alternativa estaban por debajo del porcentaje de aciertos de cada una de las preguntas.

En términos de validez de constructo, la medición test-retest mostró un nivel de correlación buena entre las puntuaciones del test CHBC. Por otro lado, el AGC reveló que la herramienta era capaz de detectar diferencias entre estudiantes con diferentes niveles de formación, por lo que se confirmaba una buena validez de constructo.

Por lo tanto, todos los análisis relacionados con la valoración de la validez de esta herramienta para evaluar los conocimientos de los estudiantes de enfermería en torno a la comunicación, parecen arrojar buenos resultados. Así, la evidencia presentada en torno a la validez de la CHBC demuestra que este instrumento mide con precisión el dominio cognitivo de la competencia comunicativa de estudiantes de enfermería (Tabachnick & Fidell, 2013; Hernández-Padilla et al., 2016b; Manderlier et al., 2017). Además junto a la validez del test

CHBC, la evaluación psicométrica también ha demostrado que se trata de una herramienta fácil de completar y comprender según las referencias de expertos y estudiantes. Esto podría facilitar su uso como parte de la evaluación de la competencia de los estudiantes de enfermería en comunicación clínica (Hernández-Padilla et al., 2016b; Hernández-Padilla, Granero-Molina, Márquez-Hernández, Suthers, López-Entrambasaguas & Fernández Sola, 2017).

7.1.2. Diseño y evaluación psicométrica de la batería EAHBC

Como toda competencia, la competencia comunicativa cuenta con un dominio actitudinal que también es preciso trabajar con el fin de que los estudiantes de enfermería desarrollen confianza en su capacidad para relacionarse con los pacientes, los familiares y los propios compañeros de trabajo (Berkhof et al., 2011; Houghton et al., 2012; Shorey et al., 2018). La importancia de la formación en este dominio de la competencia radica en que las personas con una alta confianza en sus habilidades, suelen tener un mayor nivel de éxito en su trabajo (Bandura, 1977). Es por esto, que es importante que los docentes de enfermería fomenten la adquisición de este dominio antes de que los alumnos se enfrenten a interacciones humanas reales durante sus prácticas clínicas (Lin et al., 2017). Y junto a esta formación, se torna necesario contar con medidas estándar y válidas que permitan evaluar exhaustivamente este dominio (Denniston et al., 2017).

Por tanto, el segundo paso llevado a cabo dentro del primer objetivo que guía esta primera parte de la tesis, fue el diseño y evaluación psicométrica de una batería que permitiera medir el dominio actitudinal de la competencia comunicativa en estudiantes de enfermería, tanto a nivel de comunicación centrada en el paciente como a nivel de comunicación interprofesional.

En el desarrollo de esta batería se llevó a cabo el análisis psicométrico en términos de fiabilidad, validez y aplicabilidad (Coaley, 2014). Dadas las características de la batería, esta valoración psicométrica se hizo en varias fases que favorecieron hacer un análisis profundo y útil de las dos herramientas que la constituyen (Coaley, 2014). Así, se planteó una primera fase de validación con expertos donde se evaluó principalmente la validez de contenido, para pasar a una fase de pilotaje en que se evaluó la fiabilidad y aplicabilidad de las herramientas y, partiendo de esos datos, se planteó una fase de validación final con una muestra mayor de sujetos, para determinar las cualidades psicométricas finales de las herramientas en términos de fiabilidad y validez.

De este modo, en esa primera fase de validación con expertos se planteó la valoración de la validez de contenido de las dos herramientas desarrolladas. El panel de 17 expertos decidió

que las dos herramientas que componen la AEHBC se diseñaron adecuadamente para medir la autoeficacia de los estudiantes de enfermería para llevar a cabo conversaciones centradas en la persona y para comunicar la información clínica de los pacientes utilizando la técnica SBAR (Polit & Beck, 2016). Es por ello que se conservaron los 23 ítems planteados inicialmente.

Tras obtener estos resultados, se pasó a la fase de pilotaje en que se valoró la fiabilidad y la aplicabilidad de las dos herramientas. Con respecto a la fiabilidad, las dos herramientas que constituían la AEHBC, comunicación centrada en el paciente y comunicación interprofesional, han demostrado tener una excelente consistencia interna, según los datos arrojados por el coeficiente alfa de Cronbach y del C-ITC, y una estabilidad temporal moderada, comprobada tras la aplicación de las herramientas en dos ocasiones con 6 semanas de diferencia. De este modo, estos datos pueden considerarse una prueba suficiente de la capacidad de la AEHBC para medir con precisión esta competencia en los dos niveles de comunicación planteados (Coaley, 2014; Furr, 2014). Además, las opiniones recogidas por parte de los estudiantes dejaron en evidencia que las preguntas que constituyen la batería son fáciles de entender y responder, por lo que su aplicabilidad quedó demostrada (Hernández-Padilla et al., 2016b; Hernández-Padilla et al., 2017).

En la tercera y última fase del proceso de validación, se planteó la evaluación de la fiabilidad, así como de la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo de las dos herramientas planteadas (Coaley, 2014; Furr, 2014; Hernández-Padilla et al., 2016b).

En relación a la fiabilidad de la batería final, los análisis realizados siguieron la misma estructura que en la fase de pilotaje. Así, las dos herramientas que constituyen la AEHBC demostraron tener una excelente consistencia interna, pues los datos arrojados por el coeficiente alfa de Cronbach fueron incluso mejores que en la fase de pilotaje, y una estabilidad temporal moderada-alta, pues los datos de la correlación entre las dos medidas también fueron mejores que en el pilotaje. En esta ocasión las dos mediciones se realizaron con 4 semanas de diferencia, lo cual puede ser un factor influyente en estos resultados (Coaley, 2014).

En relación a la validez de contenido, en esta fase únicamente se planteó la evaluación del contenido a nivel de herramienta y los datos resultantes fueron excelentes demostrando que las dos herramientas medían adecuadamente la autoeficacia en ambos niveles. En cuanto a la validez de criterio, ambas herramientas han demostrado una fuerte correlación con los criterios de referencia con los que se compararon. Esto demuestra que esta batería se puede utilizar para medir la autoeficacia de los estudiantes de enfermería en

comunicación clínica (Coaley, 2014; Furr, 2014). Y, por último, en términos de validez de constructo, el análisis factorial exploratorio ha revelado que las dimensiones estructurales subyacentes de las dos herramientas que comprenden la batería están en línea con los fundamentos teóricos sobre los que se desarrollaron. Por un lado, la herramienta de comunicación interprofesional solo tenía una dimensión que coincidía con la técnica SBAR (Haig et al., 2006) y por otro lado, la herramienta de comunicación centrada en el paciente presentaba tres dimensiones ('iniciar una conversación', 'habilidades efectivas de comunicación centrada en la persona' y 'empatía y respeto') que están claramente en línea con los modelos SAGE & THYME® y el marco teórico SEGUE (Makoul, 2001; Griffiths et al., 2015). Dentro de la validez de constructo de la EAHBC, el AGC mostró que ambas herramientas son capaces de detectar diferencias entre estudiantes que cuentan con diferentes niveles de formación en competencia comunicativa.

De este modo, todos los análisis realizados en torno a la fiabilidad y a la validez de las dos herramientas para medir el dominio actitudinal dentro de la competencia comunicativa, arrojaron datos positivos. Así, toda la evidencia obtenida en la valoración de la EAHBC demostró que este conjunto de herramientas mide con precisión el concepto de autoeficacia en la comunicación clínica entre los estudiantes de enfermería (Coaley, 2014; Furr, 2014; Tabachnick & Fidell, 2013). Además junto a estos análisis, la evaluación psicométrica también ha demostrado que las herramientas son fáciles de completar y comprender, lo cual facilita su uso para la valoración de este dominio de la competencia comunicativa (Hernández-Padilla et al., 2016b; Hernández-Padilla et al., 2017).

7.1.3. Diseño y evaluación psicométrica del THBC

El tercer dominio de la competencia comunicativa, es el dominio psicomotriz o procedimental. Como en cualquier competencia, más allá de contar con conocimientos y con la confianza suficiente para llevar a cabo la comunicación, es fundamental que los estudiantes adquieran las habilidades propias de la misma (Anderson, 2014). Los alumnos de enfermería han de adquirir el 'saber hacer', asumiendo una serie de acciones que han de poner en práctica en situaciones clínicas en que entran en contacto con pacientes, familiares y compañeros profesionales de la salud (Lin et al., 2017).

Al igual que con los otros dominios de la competencia comunicativa, la evaluación del dominio psicomotriz es fundamental y esto se ha visto reflejado en la literatura pues se trata de la parte de la competencia comunicativa más evaluada (Denniston et al., 2017). Así, diferentes trabajos han elaborado herramientas para valorar este dominio (Steyn et al., 1999; Humphris & Kaney, 2001; Xie et al., 2013; Shafakhah et al., 2015; Yang & Hwang,

2016), aunque los contenidos de estas herramientas no se han centrado en todos los niveles de comunicación ni se han desarrollado estudios de validación de las mismas al ser creadas únicamente para el desarrollo de estudios de investigación puntuales.

Por tanto, el tercer paso planteado dentro del primer objetivo que guía esta primera parte de la tesis fue el diseño y evaluación psicométrica de una batería que permitiera medir el dominio psicomotriz o procedimental de la competencia comunicativa en estudiantes de enfermería, tanto a nivel de comunicación centrada en el paciente como a nivel de comunicación interprofesional.

Para la evaluación del dominio psicomotriz de la competencia comunicativa se diseñó una lista de verificación con 23 afirmaciones relacionadas con habilidades y acciones básicas en la comunicación con el paciente/familia y en la comunicación interprofesional. Estas 23 afirmaciones fueron evaluadas de forma rigurosa para conocer sus propiedades psicométricas en términos de validez, fiabilidad y aplicabilidad (Tabachnick & Fidell, 2013; Hernández-Padilla et al., 2016b; Manderlier et al., 2017).

La valoración de la validez del THBC se llevó a cabo mediante la evaluación de la validez de contenido y la validez de constructo en los niveles de comunicación centrada en el paciente y de comunicación interprofesional (Tabachnick & Fidell, 2013; Hernández-Padilla et al., 2016b; Manderlier et al., 2017).

Con respecto a la validez de contenido, un panel de 10 expertos decidió que las 23 afirmaciones que constituían la lista de verificación medían adecuadamente el nivel procedimental de los estudiantes, quedando así conformada por 17 preguntas sobre comunicación centrada en el paciente fundamentadas en el modelo SAGE&THYME y el marco teórico SEGUE (Griffiths et al., 2015; Makoul, 2001) y 6 preguntas sobre comunicación interprofesional, basadas en la técnica SBAR (Haig et al., 2006). En términos de validez de constructo, el AGC mostró que la herramienta es capaz de detectar diferencias entre estudiantes con diferentes niveles de formación, lo cual permite valorar a sujetos que hayan sido formados según diferentes metodologías y demuestra que la herramienta es lo suficientemente sensible y específica para encontrar estas diferencias (Schlegel et al, 2012; Hernández-Padilla et al., 2016b; Hernández-Padilla et al., 2017). En resumen, toda la evidencia relacionada con la validez del THBC demostró que este instrumento mide con precisión el dominio psicomotriz de la competencia comunicativa de estudiantes de enfermería (Tabachnick & Fidell, 2013; Hernández-Padilla et al., 2016b; Manderlier et al., 2017).

Con respecto a la fiabilidad, el THBC ha demostrado tener una excelente consistencia interna a nivel general, a nivel de comunicación centrada en el paciente y de comunicación interprofesional, según los datos aportados por el coeficiente alfa de Cronbach y el C-ITC. También se valoró la estabilidad temporal de la herramienta mediante la comparación de dos medidas tomadas con 6 semanas de diferencia, obteniéndose una correlación aceptable, pero reducida a nivel general y de comunicación centrada en el paciente, y una correlación baja en comunicación interprofesional. Estos datos pueden responder a la influencia de factores difíciles de controlar como los sentimientos de ansiedad y nerviosismo al sentirse observados durante el desarrollo de las habilidades (Judd, 2013; MacLean et al., 2017) o al tiempo transcurrido entre mediciones, pues este valor tiende a disminuir con intervalos de tiempo más largos (Coaley, 2014). Para aportar mayor consistencia a este análisis de fiabilidad y al tratarse de una lista de verificación, se valoró también la fiabilidad interobservadores. Estos análisis demostraron la existencia de un alto grado de concordancia a nivel de comunicación centrada en el paciente y a nivel de comunicación interprofesional, así como a nivel global de la herramienta. Por lo tanto, el análisis conjunto de la fiabilidad llevado a cabo con el THBC puede considerarse una prueba suficiente de la capacidad de esta herramienta para medir con precisión las habilidades propias de la competencia comunicativa (Coaley, 2014; Furr, 2014).

7.1.4. Limitaciones del diseño y evaluación psicométrica de las herramientas

Aunque las tres herramientas desarrolladas para la evaluación de la competencia comunicativa en sus tres dominios han demostrado buenas propiedades psicométricas, se han encontrado una serie de limitaciones en el desarrollo de esta primera parte de la tesis doctoral. En primer lugar, los participantes fueron reclutados mediante un método de muestreo por conveniencia, lo que significa que los resultados del estudio solo pueden generalizarse a poblaciones con características muy similares. Otros estudios deberían centrarse en probar estas herramientas en otras poblaciones y en diferentes entornos. En segundo lugar, debido a limitaciones organizativas y temporales, la estabilidad temporal no fue evaluada en el test CHBC lo cual hace que no se pueda conocer el nivel de cambio que se produce en los sujetos fruto del azar (Coaley, 2014). De este modo, se recomienda que otros estudios recopilen datos en dos puntos diferentes en el tiempo y calculen el coeficiente de correlación intraclase de esta herramienta. En tercer lugar, por cuestiones organizativas, en la validación del THBC se hizo uso de una muestra menor a la recomendada según los cálculos de tamaño muestral obtenidos tras la aplicación del método de Streiner (Streiner & Kottner, 2014). Aun así, se llevó a cabo un AGP con el que se obtuvieron resultados positivos respecto a la validez de constructo. Debido a esto, tal y como recogen algunos autores (Goodwin & Leech, 2003; Andrew & Halcomb, 2009), al ser una muestra más

pequeña y obteniendo resultados consistentes en el AGP, no se consideró oportuno ni necesario la realización de un análisis factorial. Si bien es cierto, sería de gran interés plantear un futuro trabajo con una muestra suficiente con la que llevar a cabo estos análisis y confirmar la validez de constructo medida en esta tesis. En cuarto lugar, los resultados del estudio se basan en datos autoinformados y podrían haber sido influenciados por el sesgo de respuesta de la deseabilidad social (Polit & Beck, 2008).

7.2. Estudio de los efectos de dos intervenciones educativas en la competencia comunicativa

Una vez que se elaboraron y se validaron psicométricamente las diferentes herramientas de evaluación de la competencia comunicativa, se pasó a desarrollar la segunda parte de esta tesis doctoral. Este segundo planteamiento estuvo guiado por el segundo objetivo específico que fue diseñar, aplicar y evaluar los efectos de la simulación con paciente estandarizado y la metodología *role-play* en la adquisición y retención de la competencia comunicativa por parte de los alumnos de enfermería. Para ello se trabajó tanto la comunicación centrada en el paciente como la comunicación interprofesional. Es por ello que esta parte de la discusión se encuentra dividida en dos apartados referidos a estos niveles de comunicación.

7.2.1. Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación centrada en el paciente

Dado que los enfermeros suelen ser los profesionales de la salud que más tiempo pasan con los pacientes y sus familias, es absolutamente necesario que cuenten con habilidades básicas de comunicación para poder establecer una adecuada relación con los mismos (Mullan & Kothe, 2010; Dal Santo, 2014). Debido a esto, desde las facultades de enfermería se están invirtiendo recursos educativos y económicos para trabajar estas habilidades. Por ello, se han planteado diferentes investigaciones para conocer los efectos de distintas estrategias educativas entre las que destacan principalmente el *role-play* (Lane & Rollnick, 2007; Lane et al., 2008; Doyle et al., 2011; Schlegel et al., 2012; Canivet et al., 2014; Younis et al., 2015; Annonio et al., 2016; Claramita et al., 2016; Hashimoto et al., 2017; Shorey et al., 2018) y la simulación con paciente estandarizado (Becker et al., 2006; Zavertnik et al., 2010; Schlegel et al., 2012; Curtis et al., 2013; Hsu et al., 2015; Brown et al., 2016; Beard et al., 2017; Hall, 2017; MacLean et al., 2017; Bortolato-Major et al., 2018; Lanz & Wood, 2018).

Partiendo de esta situación, se planteó una intervención educativa en que se hizo uso de estas dos estrategias con el fin de compararlas y conocer la eficacia de las mismas. La simulación con pacientes estandarizados es una estrategia de enseñanza que replica experiencias de la vida real y permite trabajar directamente con personas entrenadas

previamente, proporcionando un ambiente en que el alumno puede aprender de sus errores sin poner en riesgo la seguridad del paciente (MacLean et al., 2017). Sin embargo, su aplicación requiere un mayor número de recursos relacionados con el uso de actores y de instalaciones específicas (MacLean et al., 2017), así como de una mayor inversión económica y un alto grado de organización (Bosse et al., 2015; Gillette et al., 2017). De este modo, en facultades con presupuestos más ajustados, como es el caso de la facultad en que se ha llevado a cabo este estudio, el uso de este tipo de metodología puede verse más limitado. Si bien es cierto, existen otras alternativas para el trabajo de esta competencia, como es el uso del *role-play*. Esta estrategia consiste en el trabajo de casos prácticos de manera que los estudiantes asumen un rol concreto (enfermero, médico, paciente, familiar, etc.) y ponen en práctica los conocimientos, las destrezas y las actitudes aprendidas para poder resolver el caso en cuestión (Judd, 2013). Implica un menor tiempo de organización, menor coste (Bosse et al., 2015; Gillette et al., 2017) y favorece el aprendizaje del alumno al experimentar el rol del paciente y poner en práctica lo aprendido previamente en un entorno más teórico (MacLean et al., 2016). Por todo ello, se consideró oportuno hacer uso de ambas estrategias para conocer su efecto sobre la enseñanza de la competencia comunicativa centrada en el paciente.

La competencia comunicativa cuenta con tres dimensiones y requiere que los estudiantes de enfermería adquieran tanto conocimientos cognitivos como habilidades psicomotoras, así como que alcancen cierto nivel de autoeficacia en las tareas involucradas (Anderson et al., 2013; Davis, 2014). Si bien es cierto, según la revisión de la literatura realizada, la comparativa entre estrategias educativas planteada en esta tesis es el primer trabajo que mide los tres dominios de la competencia comunicativa centrada en el paciente entre estudiantes de enfermería, habiendo un trabajo previo con estudiantes de logopedia (Quail et al., 2016) que tenían en cuenta estos tres dominios de la comunicación a este nivel.

De forma resumida, los alumnos que participaron en este trabajo recibieron una formación de 1,5 horas presenciales, independientemente de la estrategia educativa recibida. Los resultados obtenidos mostraron que un 70% de los estudiantes del GPE alcanzaron un nivel suficiente de conocimientos frente al 61% del GRP. En el caso de la autoeficacia, los datos fueron más positivos observándose que el 84% del GPE alcanzó un nivel adecuado frente al 86% del GRP. En cuanto al dominio psicomotriz los resultados a este nivel fueron también muy positivos llegando hasta un 94% en el GPE y el 87% en el GRP. Por último, la competencia general fue adquirida por un 55% de los alumnos del GPE frente al 53% del GRP. Si bien es cierto, no se encontraron diferencias significativas entre ambas estrategias en estas mediciones posttest.

Como se puede observar, en ambos grupos, en torno al 40% de los estudiantes no alcanzaron el nivel preestablecido de competencia comunicativa considerado suficiente para establecer una relación enfermera-paciente adecuada. Estos datos en un principio pueden mostrar que estas intervenciones educativas no resultan en tasas de éxito elevadas. Sin embargo, estos resultados pueden interpretarse como adecuados en la medida en que demuestran que ambos talleres ayudaron a que más del 50% de los estudiantes lograran un nivel de competencia más que suficiente, pero también permitieron hacer una buena diferenciación con aquellos alumnos que no eran capaces de plantear una buena comunicación con los pacientes. Cabe destacar que ambas intervenciones tuvieron una duración reducida lo cual puede ser un factor influyente en el desarrollo y retención de las variables medidas (Doyle et al., 2011; Quail et al., 2016; Lee et al., 2016; Shorey et al., 2018;). De todos modos, estos datos llevan a pensar en la necesidad de investigar acerca del modo en que se puede ayudar a estos estudiantes, así como la forma en que se pueden mejorar las dos intervenciones educativas utilizadas en este trabajo.

De acuerdo con estudios realizados previamente, el dominio cognitivo o nivel de conocimientos sobre habilidades básicas de comunicación se veía incrementado en aquellos estudiantes de enfermería que recibían una intervención fundamentada en el *role-play*. Así, en el trabajo de Younis et al. (2015), un único grupo de 132 enfermeras pediátricas fueron sometidas a una intervención de 12 sesiones en que se combinaba lecturas, visualización de vídeos, *role-play* y grupos de discusión, obteniendo un aumento en el nivel de conocimientos acerca de comunicación terapéutica, medidos con un cuestionario elaborado para el estudio. Del mismo modo Annonio et al. (2016) plantearon un trabajo con un grupo intervención de 19 enfermeras y un grupo control de 31 enfermeras siguiendo una herramienta denominada SET. En el grupo intervención la aplicación de esta herramienta consistió en el uso de presentaciones y *role-play* para trabajar la comunicación con los pacientes durante una sesión. Así, haciendo uso de un cuestionario de preguntas verdadero/falso, cuyas características psicométricas no se presentaban, observaron que el nivel de conocimientos fue mayor tras la intervención, aunque no llevaron a cabo análisis comparativos con el grupo control. Por otro lado, la evaluación de este dominio con intervenciones centradas en paciente estandarizado, sólo se ha visto recogida en una revisión de la literatura (Hall, 2017) en la que se observaba que en general los conocimientos se veían incrementados en relación con esta metodología, pero sólo había sido estudiado en el ámbito de salud mental. Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en este trabajo. Así, los estudiantes tuvieron una mejora significativa en el dominio cognitivo tanto en el GRP como en el GPE, entre la medición pretest y posttest. En cambio, la medición de este dominio en la retención arrojó

datos absolutos más bajos, aunque las diferencias respecto al posttest no fueron significativas.

La mejora en la proporción de estudiantes que alcanzó el nivel de conocimientos suficiente para el dominio cognitivo de la comunicación centrada en el paciente podría deberse al procedimiento inicial seguido en ambas intervenciones. El planteamiento fue combinar un repaso de contenidos mediante diapositivas y diálogo entre profesor y alumnos, junto con ejemplos del modo en que se debía y no se debía llevar a cabo la comunicación, es decir, un aprendizaje por modelado (Bandura & Jeffrey, 1973). Esto pudo ayudar a asentar los conocimientos necesarios para llevar a cabo la interacción en una situación real (Becker et al., 2006; Aebbersold et al., 2013; Quail et al., 2016). Además, el trabajo en grupo y la retroalimentación individual pudo facilitar la consolidación de estos conocimientos, a partir de la reflexión individual, la discusión grupal y la autoevaluación de dicho conocimiento (Khan, Ali, Vazir, Barolia & Rehan, 2012; Claramita et al., 2016; Shorey et al., 2018). Si bien es cierto, los estudiantes obtuvieron puntuaciones totales más bajas en la fase de retención, aunque la diferencia no fuera significativa. El hecho de tratarse del dominio más conceptual y teórico puede hacer pensar que la curva del olvido del aprendizaje pueda estar influyendo, como se ha visto en otros trabajos llevados a cabo en el campo de la enfermería (Triviño & Stiepovich, 2007; Martínez-Miguel, 2016). Así, el mero paso del tiempo puede haber sido un factor causal de estos resultados respecto a los conocimientos. Otro factor que puede haber influido es el tipo de contenidos que se evaluaban en este dominio dado que se pedían algunos conceptos teóricos que se trabajaron de una forma más indirecta en la intervención propiamente dicha, tanto en el GPE como en el GRP.

Respecto a la comparativa de los resultados obtenidos en el dominio cognitivo en función de la metodología utilizada, los resultados arrojaron la inexistencia de diferencias significativas entre ambas estrategias educativas. Si bien es cierto, el único estudio encontrado que valorara este dominio y realizara esta comparativa entre estrategias fue el trabajo de Quail et al. (2016), el cual no se realizó con enfermeros. En este trabajo, durante una sesión, 62 estudiantes de logopedia recibieron información teórica acerca de la comunicación con el paciente y fueron aleatorizados en tres grupos diferenciados por el tipo de paciente con que interactuaban: un paciente real, un actor que hacía de paciente estandarizado y un paciente virtual. Así, la propia interacción planteada se usó como intervención educativa y evaluación, recibiendo *feedback* de los instructores durante y después de la misma. Estos autores observaron una mejora significativa en el nivel de conocimientos sobre comunicación terapéutica en los tres grupos, medido con un cuestionario creado para el estudio. Más allá de esto, al comparar entre los tres grupos,

observaron diferencias significativas entre el uso de paciente estandarizado respecto a las otras dos condiciones, lo cual contrasta con los resultados de esta tesis.

De este modo, los resultados que arroja esta tesis doctoral acerca de la eficacia de ambas estrategias a nivel conceptual se ven respaldados por la idea de que la mera intervención relacionada con la competencia comunicativa, hace que ésta mejore dado que se centra la atención en el trabajo de la misma (Becker et al., 2006; Quail et al., 2016). Además, ambas estrategias favorecen la toma de conciencia acerca de los conceptos relacionados con la comunicación centrada en el paciente, haciendo que los alumnos reparen en su importancia (Younis et al., 2015)

En cuanto al dominio actitudinal, definido por la autoeficacia, bien es sabido que se trata de una parte de la competencia de gran importancia pues está directamente relacionado con la calidad del trabajo desarrollado (Bandura, 1977). El nivel de autoeficacia óptimo para el desempeño de la competencia comunicativa no se encuentra definido, aunque se entiende que cuanto mayor es el nivel, mejor se realizan los procedimientos (Olivari, 2007). Así, en este trabajo un nivel de autoeficacia por encima del 70% era considerado un nivel óptimo.

Se observó que tanto en el GRP como en el GPE el número de estudiantes que alcanzaban este nivel de autoeficacia se veía incrementado del pretest al posttest de forma significativa, mientras que del posttest a la retención las puntuaciones eran más bajas únicamente en el GPE, no siendo significativo. Esto concuerda con diferentes trabajos que han medido la autoeficacia haciendo uso de pacientes estandarizados y han observado mejoras significativas. Así, Brown et al. (2016) plantearon un estudio en que médicos residentes, enfermeras y estudiantes de enfermería fueron aleatorizados a un grupo que recibió enseñanza tradicional, no explicada en el artículo, y un grupo intervención que recibió cuatro sesiones fundamentadas en explicaciones demostrativas para modelar las habilidades y en el trabajo de habilidades con pacientes estandarizados. Estos autores observaron que aquellos sujetos que se sometieron a la intervención obtuvieron mejores puntuaciones en autoeficacia en comparación con su confianza previa. Otro trabajo de este tipo fue el llevado a cabo por Becker et al., 2006 en el que una muestra de 147 estudiantes de enfermería fueron aleatorizados a un grupo control que recibió una clase teórica sobre comunicación enfermera-paciente y se les pidió resolver un caso clínico, y a un grupo intervención que recibió la clase teórica y llevaron a cabo una interacción con un paciente estandarizado. Así, estos autores encontraron que la confianza presentada por los estudiantes, medida a través de un instrumento desarrollado para el trabajo, fue mayor en ambos grupos, no encontrando diferencias significativas entre los mismos. Por último, en el trabajo de Hsu et al. (2015) 116 estudiantes de enfermería también fueron aleatorizados en

dos grupos: un grupo control que recibió una formación basada en presentaciones y grupos de discusión acerca de casos prácticos centrados en la comunicación enfermera-paciente; y un grupo intervención que recibió una formación fundamentada en presentaciones, interacciones con un paciente estandarizado y un grupo de discusión posterior, desarrollada durante ocho sesiones. Así, haciendo uso de un instrumento creado y validado en el propio trabajo, observaron que las puntuaciones en autoeficacia se vieron incrementadas en ambos grupos, habiendo una mejora mayor en el grupo intervención.

También hay varios estudios que han hecho uso del *role-play* para el trabajo del dominio actitudinal y también han encontrado mejoras. Así, en el trabajo de Hashimoto et al. (2017) un grupo de 13 enfermeras de pediatría recibieron una intervención de una sesión basada en lecturas y uso de *role-play* para trabajar habilidades de comunicación con las familias de los pacientes pediátricos. En esta ocasión, el estudio era de corte cualitativo por lo que se observó que las enfermeras referían sentirse más confiadas para relacionarse con los familiares tras recibir la intervención planteada. Por otro lado, en el estudio de Shorey et al. (2018) un grupo de 74 estudiantes de enfermería durante 13 semanas recibió una intervención basada en la lectura y trabajo de material sobre comunicación de forma online para después llevar a cabo interacciones mediante *role-play*. Así, la autoeficacia medida con un instrumento validado previamente se vio incrementada del pretest al posttest. Por último, Doyle et al. (2011) plantearon un trabajo con 33 enfermeras que se dividían en un grupo control que no recibía ningún tipo de entrenamiento y un grupo intervención que recibió un curso de seis módulos divididos en dos sesiones en las que se hizo uso de presentaciones teóricas, modelado de habilidades e interacciones entre los participantes que fueron grabadas y analizadas. Así, haciendo uso de un cuestionario de autoeficacia validado en el propio estudio, observaron que las enfermeras que habían recibido el entrenamiento valoraban su confianza de forma más alta que las enfermeras que no lo recibieron, habiendo diferencias significativas entre ambos grupos en el posttest.

De este modo, los resultados encontrados en esta tesis pueden verse influenciados por la implementación de ejemplos de modelado y el trabajo en grupo, actividades que pudieron haber ayudado al aumento en la proporción de estudiantes que informaron de un alto nivel de autoeficacia en la comunicación con el paciente en ambos grupos (Brydges et al., 2012). Más allá de esto, tal y como se ha recogido en algunos estudios similares (Smithburger et al., 2013; Quail et al., 2016) la escasa experiencia previa que tenían los alumnos en cuanto al establecimiento de una comunicación con un paciente, pudo haber hecho que tuvieran una confianza bastante alta en sus habilidades, favoreciendo así estas mediciones. También cabe destacar que los alumnos se encontraban a pocas semanas de comenzar su primer periodo

de prácticas clínicas en ese curso académico, lo cual pudo ser una fuerte motivación para el aprendizaje y se puede haber traducido en puntuaciones más elevadas (Annonio et al., 2016; Shorey et al., 2018). Así, este aumento en la autoeficacia de los participantes podría haber contribuido a la adquisición final de la competencia en la medida en que podría haber aumentado su motivación para aprender y podría influir positivamente en su perseverancia y disposición para trabajar (Bandura, 1977; Orgun & Karaoz, 2014).

En cuanto a las diferencias existentes en el dominio actitudinal en función de la intervención educativa utilizada, no se observaron diferencias significativas en ninguno de los momentos en que se midió la tasa de éxito. Esto concuerda con el trabajo de Schlegel et al. (2012), donde una muestra de 54 estudiantes de enfermería fue aleatorizada en dos grupos, un grupo que recibió una única sesión de una hora consistente en una clase teórica seguida de un encuentro con un paciente estandarizado, y otro grupo que recibió también una sola sesión de una hora basada en la misma clase seguida de un *role-play* con sus compañeros. Los resultados recogidos fueron únicamente posttest, observándose que a nivel de autoeficacia no se observaban diferencias significativas entre ambos grupos.

Otros trabajos han establecido comparaciones entre una de las dos intervenciones utilizadas en esta tesis y lo que han denominado como 'enseñanza tradicional', no encontrando tampoco diferencias significativas. Así, como se ha expuesto anteriormente, en el trabajo de Becker et al., 2006 una muestra de 147 estudiantes de enfermería fueron aleatorizados a un grupo control que recibió una sesión basada en una clase teórica sobre comunicación enfermera-paciente y se les pidió resolver un caso clínico, y a un grupo intervención que recibió una sesión consistente en la clase teórica y una interacción con un paciente estandarizado. Las mediciones mostraron que ambos grupos obtuvieron mejores puntuaciones en su autoeficacia, pero no encontraron diferencias significativas entre los mismos. Por otro lado, en el trabajo de Hsu et al. (2015) 116 estudiantes de enfermería que fueron aleatorizados en dos grupos que recibieron intervenciones similares a las utilizadas en el trabajo de Becker et al. (2006), aunque desarrolladas en ocho sesiones, obtuvieron mejores puntuaciones en autoeficacia, habiendo una mejora mayor en el grupo intervención, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En este contexto, se puede llegar a pensar que el hecho de que las intervenciones utilizadas aportaran un entorno seguro donde cometer errores no implicaba consecuencias graves para los estudiantes, supuso que estos contaran con menor miedo a la hora de interactuar con los pacientes y, por tanto, que su confianza se viera incrementada. Esto concuerda con la idea de que aquellas estrategias educativas que dan un papel central al estudiante y se basan en situaciones reales, favorecen el desempeño y la confianza en ellos mismos

(Knowles, 1975; Chen, 2010; Cadorin et al., 2012). Junto a esto, el hecho de que no se observaran diferencias entre ambas intervenciones también podría estar respaldado por la duración de la intervención realizada. En ambos grupos la intervención se limitó a una sesión de 1'5 horas, a lo que se sumaba el trabajo previo realizado online. Según se expone en algunos trabajos (Doyle et al., 2011; Lee et al., 2016; Shorey et al., 2018) la repetición es una parte importante del aprendizaje y para ello se precisa de intervenciones más duraderas que puedan tener una mayor influencia en el desarrollo de las habilidades y en la mejora en la confianza en uno mismo. Si bien es cierto, en el trabajo de Becker et al. (2006), la duración fue bastante mayor que en la intervención de esta tesis, pero igualmente no se encontraron diferencias entre los grupos. De este modo, sería interesante plantear intervenciones con un número mayor de sesiones para poder corroborar este efecto.

Más allá de esto, como se ha expuesto anteriormente, diferentes trabajos refieren que el mero hecho de plantear una intervención para el trabajo de la competencia hace que los estudiantes centren su atención en la misma y, por tanto, sus resultados se ven mejorados (Becker et al., 2006; Quail et al., 2016; Beaird et al., 2017). Así, independientemente de la intervención recibida, las puntuaciones de ambos grupos pudieron verse mejoradas por el mero hecho de realizar la intervención, no habiendo así diferencias entre ellos. También es importante destacar que la realización de ambas intervenciones dio lugar a una toma de conciencia del nivel de confianza que tenían y de la importancia de la competencia que estaban trabajando, lo cual pudo influir en sus puntuaciones. Esta idea la recogen varios trabajos (Rask et al., 2009; Aebersold et al., 2013; Hagemeyer et al., 2014; Lee et al., 2016; Hashimoto et al., 2017) en los que observaron que los estudiantes referían haberse percatado del modo en que llevaban a cabo sus interacciones cuando recibieron la intervención. Por último, en ambos grupos los estudiantes recibían *feedback* acerca del modo en que estaban poniendo en práctica la competencia, lo cual ayuda en la resolución de dudas y la adquisición de mayor seguridad (Shorey et al., 2018).

En relación con el dominio psicomotriz, los trabajos en torno a la comunicación son más numerosos. Así, diferentes estudios que han hecho uso de la simulación con paciente estandarizado observaron que las habilidades básicas de comunicación se vieron incrementadas. En el trabajo de Beaird et al. (2017) 94 estudiantes de enfermería recibieron una intervención basada en 4 sesiones en que interactuaban con diferentes tipos de paciente estandarizado, siendo divididos en un grupo al que se grababa y otro que no, recibiendo ambos *feedback* tras la interacción. Así, observaron que todos los estudiantes tenían un mayor nivel de habilidades tras la intervención, medido con una lista de verificación, aunque los estudiantes que eran grabados obtenían puntuaciones mayores. En

el trabajo de Becker et al. (2006), expuesto previamente, también se midieron las habilidades de comunicación mediante una lista de verificación creada para el estudio, y se vio que ambos grupos obtenían mejores puntuaciones en este dominio. Lo mismo ocurría con el estudio de Hsu et al. (2015) en el que tanto el grupo control con enseñanza tradicional y el grupo intervención, basado en la interacción con paciente estandarizado, obtenían mejores resultados medidos con una herramienta de evaluación objetiva elaborada para la ocasión. Otro de los trabajos desarrollados en este dominio fue el de Curtis et al. (2013) en el que 391 médicos y 81 enfermeras fueron divididos en un grupo control y un grupo intervención que recibía ocho sesiones basadas en explicaciones didácticas mediante demostraciones prácticas, interacciones con pacientes estandarizados y grupos de discusión. Los resultados fueron medidos a partir de una lista de verificación completada por instructores y pacientes, observándose que hubo una mejora sustancial en la calidad de la comunicación en ambos grupos. Por último, Zavertnik et al. (2010) plantearon un trabajo con 41 estudiantes de enfermería que fueron divididos en un grupo control que recibió dos clases teóricas sobre comunicación con el paciente, y un grupo intervención que recibió esa formación junto con una sesión de entrenamiento de las habilidades de comunicación mediante grupos que interactuaban con un paciente estandarizado. Las habilidades se midieron mediante una lista de verificación y se observó que las puntuaciones en ambos grupos fueron mayores tras la intervención, habiendo diferencias significativas entre ambos sólo a nivel de la recopilación de información.

Del mismo modo, diferentes trabajos que utilizaron el *role-play* obtuvieron buenos resultados a nivel de dominio psicomotriz. Así, Younis et al. (2015), trabajaron con un único grupo de 132 enfermeras pediátricas que fueron sometidas a una intervención de 12 sesiones en que se combinaba lecturas, visualización de vídeos, *role-play* y grupos de discusión. Este grupo obtuvo un aumento en el nivel de habilidades acerca de comunicación terapéutica, medidas con una lista de verificación creada para el estudio. En el trabajo de Claramita et al. (2016) una muestra de 30 estudiantes de enfermería fue dividida en un grupo control que recibió clases teóricas acerca de líneas básicas de actuación con los pacientes a nivel comunicativo, y un grupo intervención que además recibió cuatro sesiones de *role-play* en que se trabajaron esas líneas. Así, los autores observaron que ambos grupos obtuvieron un mayor nivel de habilidades de comunicación, medidas con una lista de verificación objetiva. Por último, Doyle et al. (2011) plantearon un trabajo con 41 enfermeras que se dividían en un grupo control que no recibía ningún tipo de entrenamiento y un grupo intervención que recibió un curso de seis módulos divididos en dos sesiones en las que se hizo uso de presentaciones teóricas, modelado de habilidades e interacciones entre los participantes que fueron grabadas y analizadas. Así, haciendo uso de

una lista de verificación objetiva creada para el estudio, observaron que las enfermeras que habían recibido el entrenamiento interactuaban mejor con los pacientes, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos en el posttest. Todos estos datos son semejantes a los obtenidos en esta tesis, pues se observaron diferencias significativas entre el pretest y posttest tanto en el GRP como en el GPE, no habiendo disminución de habilidades entre las mediciones posttest y retención en ninguno de los grupos.

En cuanto a la comparación entre ambas estrategias, los resultados de este estudio arrojaron que no había diferencias significativas en los tres momentos en que se midió este dominio. Esto concuerda con el trabajo de Schlegel et al. (2012), donde una muestra de 54 estudiantes de enfermería fue aleatorizada en dos grupos, un grupo que recibió una única sesión de una hora consistente en una clase teórica seguida de un encuentro con un paciente estandarizado, y otro grupo que recibió también una sola sesión de una hora basada en la misma clase seguida de un *role-play* con sus compañeros. Los resultados recogidos fueron únicamente posttest, observándose que a nivel habilidades de comunicación, los estudiantes obtuvieron una mejoría sustancial pero no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, medida mediante un cuestionario de calidad de la comunicación.

Otros trabajos han establecido comparaciones entre una de las dos intervenciones utilizadas en esta tesis y lo que han denominado como 'enseñanza tradicional', no encontrando tampoco diferencias significativas a nivel de dominio psicomotriz. Así, Becker et al., (2006) plantearon un estudio con una muestra de 147 estudiantes de enfermería que fueron aleatorizados a un grupo control que recibió una clase teórica sobre comunicación enfermera-paciente y se les pidió resolver un caso clínico, y a un grupo intervención que recibió la clase teórica y llevaron a cabo una interacción con un paciente estandarizado. Estos autores observaron que las habilidades de comunicación presentadas por los estudiantes, y medidas a través de una lista de verificación, fueron mejores en ambos grupos, no encontrando diferencias significativas entre los mismos. Lo mismo ocurrió en el trabajo de Hsu et al. (2015) en el que los 116 estudiantes de enfermería también fueron aleatorizados en dos grupos que recibieron ocho sesiones con características similares al trabajo de Becker et al. (2006) y que haciendo uso de una herramienta de valoración objetiva observaron que las habilidades se vieron incrementadas en ambos grupos, habiendo una mejora mayor en el grupo intervención, aunque las diferencias entre los mismos no fueron significativas. En el trabajo de Zaverntnik et al. (2010), expuesto con anterioridad, se observó que entre el grupo control y grupo que trabajó con paciente estandarizado no había diferencias significativas en la actuación, salvo en la habilidad de

recopilar información. Lo mismo ocurría en el estudio de Curtis et al. (2013) en el que se observaron diferencias dentro de los grupos control e intervención con paciente estandarizado, pero el nivel de habilidad medido no era significativamente diferente entre ambos grupos; y en el trabajo de Doyle et al. (2011) en el que de nuevo no se encontraban diferencias a este nivel entre los grupos con los que se trabajó.

Al igual que ocurría en el dominio actitudinal, estos resultados pueden verse explicados por el mero hecho de recibir una intervención relacionada con la competencia comunicativa, lo cual hace que la atención y el aprendizaje se focalicen (Quail et al., 2016; Beaird et al., 2017). Además, la estricta estructuración de la intervención en ambos grupos, así como que la dinámica fuese prácticamente igual en los mismos puede ser otro factor que influya (Claramita et al., 2016; Lee et al., 2016). Junto a esto, como se ha comentado previamente, ambas metodologías son participativas y experienciales, lo cual hace que la consecución de habilidades relacionadas sea mucho más fácil (Claramita et al., 2016; Doherty et al., 2016). Y en ambas estrategias se incluía una interacción entre compañeros y con el propio profesor que favorecía la aportación de *feedback* y de consejos para mejorar sus actuaciones, lo cual favorece directamente la adquisición de estas habilidades (Shorey et al., 2018; Claramita et al., 2016).

De este modo, los resultados obtenidos en este trabajo han demostrado que tras la aplicación de estas intervenciones, las tasas de éxito a nivel de conocimientos, habilidades y autoeficacia, son más elevadas, siendo ligeramente más altas en números absolutos y relativos en el GPE a nivel de conocimientos y habilidades, aunque las diferencias no fueron significativas respecto al GRP. El único trabajo que llevó a cabo una comparativa similar a la establecida en esta tesis, fue el trabajo de Schlegel et al. (2012) y los resultados fueron similares, dado que no habían diferencias significativas entre el uso de estas estrategias, aunque en ese caso se valoró únicamente la habilidad y la autoeficacia. Si bien es cierto, en otro campo, concretamente en la logopedia, el trabajo de Quail et al. (2016) también demostró resultados similares. Así, el nivel de competencia general se vio mejorado en ambos grupos, aunque las puntuaciones obtenidas en la retención fueron menores en el GPE, no habiendo diferencias significativas entre las mismas.

Aunque los estudiantes presentaron unas tasas de éxito mayores tras la aplicación de ambas intervenciones, no se pudo concluir que ninguna de estas intervenciones fuese superior. Es importante destacar que la mejora en la competencia de los estudiantes pudo haberse visto influenciada positivamente por otros factores. Así, las demostraciones previas realizadas por actores acerca del modo en que debían comunicarse adecuadamente con un paciente podrían haber reducido las demandas cognitivas que el aprendizaje de tales habilidades

impone a los estudiantes (Domuracki, Wong, Olivieri, Grierson, 2015). Junto a esto, la práctica autodirigida pudo haber aumentado la motivación de los participantes para aprender, así como la oportunidad de poder repetir el procedimiento en varias ocasiones, en el caso del grupo de *role-play*, pudo favorecer el aprendizaje (Brydges, Nair, Ma, Shanks, Hatala, 2012; Hernández-Padilla et al., 2016b). Además, en ambas estrategias se fomentaba la observación de los compañeros y la retroalimentación por parte de ellos y del docente, lo cual puede haber contribuido a corregir errores y consolidar las ganancias de aprendizaje al tiempo que minimizaba las distracciones durante la práctica (Medina-Valadares & Da Silva-Magro, 2014; Hernández-Padilla et al., 2016b).

Si bien es cierto, los escenarios planteados eran los mismos en ambas intervenciones para que el trabajo fuese similar, aunque no se valoró la dificultad de los mismos, lo cual pudo haber influido en las puntuaciones obtenidas (Brown et al., 2016). Además, el realismo de estos escenarios es un aspecto importante dado que de forma habitual en las intervenciones con paciente estandarizado se suele hacer uso de escenarios más complejos y realistas (MacLean et al., 2017). Sin embargo, los escenarios planteados en ambos grupos tuvieron las mismas características, contando con un realismo moderado dado que las intervenciones se llevaron a cabo en los laboratorios de prácticas de la facultad, que tienen más características de seminario al uso. Esto pudo reducir la eficacia de ambas intervenciones al hacer que los alumnos tuvieran dificultades para sentirse cómodos en la dinámica expuesta (Hsu et al., 2015; Quail et al., 2016; Hashimoto et al., 2017). Como se ha comentado, la duración de las intervenciones fue reducida lo cual es un factor importante ya que no permite trabajar muchos escenarios, reduciendo las oportunidades de los alumnos para aprender a través de sus propias experiencias y de la observación y comparación con otros compañeros (Doyle et al., 2011; Lee et al., 2016; Quail et al., 2016; Shorey et al., 2018).

Por tanto, este trabajo ha mostrado que los estudiantes que trabajaron con ambas estrategias obtuvieron mejoras a nivel cognitivo, procedimental y actitudinal en la competencia comunicativa centrada en el paciente. Además, los beneficios obtenidos con las dos intervenciones educativas se mantuvieron en el tiempo, lo cual muestra que el trabajo realizado es bastante positivo. Si bien es cierto, no existen datos suficientes que nos indiquen que una de las estrategias sea mejor que otra.

7.2.2. Eficacia de las intervenciones educativas en la comunicación interprofesional

Tal y como se ha expuesto anteriormente, es necesario que los enfermeros sean capaces de comunicarse de forma eficaz con los pacientes y los familiares (Mullan & Kothe, 2010; Dal

Santo, 2014), pero también es fundamental que sepan comunicarse de forma eficaz con el resto de compañeros sanitarios para trabajar de modo cooperativo y plantear un cuidado integral (Xie et al., 2013; Chaharsoughi et al., 2014).

Independientemente del lugar de trabajo, los enfermeros forman parte de equipos interdisciplinarios, que se han constituido como un recurso fundamental para proveer el cuidado (Gleddie et al., 2018). Dada la complejidad de los sistemas de salud y de las demandas de asistencia por parte de los pacientes, la colaboración y adecuada comunicación entre enfermeras y otros profesionales sanitarios se torna imprescindible (Abu-Rish et al., 2018), siendo un elemento vital en la seguridad y en la aportación de un cuidado de calidad (Davis, 2014). Debido a esto, al igual que ocurría con la comunicación centrada en el paciente, desde las facultades de enfermería se están invirtiendo recursos educativos y económicos para trabajar la comunicación entre enfermeros y otros profesionales. Así, se han planteado diferentes investigaciones para conocer los efectos de distintas estrategias educativas en la comunicación interprofesional, destacando nuevamente el *role-play* (Rask et al., 2009; Ammentorp et al., 2010; Kesten, 2011; Aebersold et al., 2013; Chaharsoughi et al., 2014; Doherty et al., 2016; Lee et al., 2016; Yu & Kang, 2017) y la simulación con paciente estandarizado (Smithburger et al., 2013; Hagemeyer et al., 2014; Liaw et al., 2014; Arentsen et al., 2016; Ko & Kim, 2017; Reising et al., 2017; Yu & Kang, 2017).

Partiendo de esta situación, se planteó una intervención educativa en que se hizo uso de estas dos estrategias con el fin de compararlas y conocer la eficacia de las mismas a nivel de comunicación interprofesional. Así, esta parte de la intervención educativa fue desarrollada en el mismo contexto educativo que la intervención en comunicación centrada en el paciente expuesta previamente y es por ello que se consideró oportuno hacer uso de estas estrategias por su pertinencia y por la literatura existente que respaldaba su utilización en este ámbito.

En la comunicación interprofesional, la competencia cuenta también con tres dimensiones y requiere que los estudiantes de enfermería adquieran conceptos, habilidades y autoeficacia en las tareas involucradas (Anderson et al., 2013; Davis, 2014). Sin embargo, la comparativa entre estrategias educativas para la enseñanza de comunicación interprofesional planteada en esta tesis parece ser el primer trabajo que mide estos tres dominios entre estudiantes de enfermería.

Al igual que ocurría con la comunicación centrada en el paciente, los alumnos que participaron en este trabajo recibieron una formación de 1,5 horas presenciales sobre

comunicación interprofesional, independientemente de la estrategia educativa recibida. Los resultados obtenidos mostraron que un 72% de los estudiantes del GPE alcanzaron un nivel suficiente de conocimientos frente al 66% del GRP. En el caso de la autoeficacia, los datos fueron más positivos observándose que el 76% del GPE alcanzó un nivel adecuado frente al 85% del GRP. En cuanto al dominio psicomotriz los resultados a este nivel fueron óptimos llegando hasta un 98% en el GPE y el 97% en el GRP. Por último, la competencia general fue adquirida por un 56% de los alumnos del GPE frente al 63% del GRP. Si bien es cierto, no se encontraron diferencias significativas entre ambas estrategias en estas mediciones posttest.

De este modo, como se puede observar, en torno al 44% de los estudiantes en el GPE y en torno al 37% en el GRP no alcanzaron el nivel preestablecido de competencia comunicativa interprofesional considerada suficiente. Estos datos en un principio pueden mostrar que estas intervenciones educativas no resultan en tasas de éxito elevadas. Sin embargo, al igual que ocurría en el nivel de comunicación centrada en el paciente, estos resultados pueden interpretarse como relativamente adecuados en la medida en que demuestran que ambas estrategias ayudaron a que más del 60% de los estudiantes del GRP y más del 50% en el GPE lograran un nivel de competencia más que suficiente. Pero también permitió hacer una buena diferenciación con aquellos alumnos que no eran capaces de plantear una buena comunicación con otros profesionales sanitarios. En este caso también cabría destacar que ambas intervenciones tuvieron una duración reducida lo cual puede ser un factor influyente en el desarrollo y retención de las variables medidas (Doyle et al., 2011; Lee et al., 2016; Quail et al., 2016; Shorey et al., 2018). De todos modos, estos datos llevan a pensar aún más en la necesidad de investigar acerca del modo en que se puede ayudar a estos estudiantes, así como la forma en que se pueden mejorar las dos intervenciones educativas utilizadas en este trabajo.

En cuanto a la evaluación de los tres dominios de la competencia, el nivel del dominio cognitivo únicamente fue evaluado en el estudio realizado por Kesten (2011). En este trabajo una muestra de 115 estudiantes de enfermería fue dividida en un grupo control que recibió formación teórica mediante presentaciones en clase acerca de la técnica SBAR, y un grupo intervención que además llevó a cabo un *role-play* de 40 minutos en el que practicaron la técnica estudiada. Ambos grupos tuvieron que responder a un cuestionario de conocimientos elaborado para el estudio y se observó que sus conocimientos se incrementaron tras las dos intervenciones. Sin embargo, ningún trabajo ha hecho uso de la simulación con paciente estandarizado para trabajar el dominio cognitivo en este tipo de comunicación. Así, en esta tesis se observó que los estudiantes tuvieron una mejora significativa en el dominio cognitivo tanto en el GRP como en el GPE, entre la medición

pretest y posttest. Si bien es cierto, se observó que las puntuaciones en este dominio fueron menores en valores absolutos y relativos en la medición de retención, aunque las diferencias no fueron significativas respecto al posttest.

Al igual que ocurría en la comunicación centrada en el paciente, la mejora en la proporción de estudiantes que alcanzó el nivel de conocimientos suficiente para el dominio de la competencia comunicativa interprofesional podría deberse al procedimiento inicial seguido en ambas intervenciones. El planteamiento seguido fue exactamente el mismo ya que se combinó un repaso de contenidos mediante diapositivas y diálogo entre profesor y alumnos, junto al modelado de una interacción enfermera-médico en el que se exponía el modo en que se debía y no se debía llevar a cabo la comunicación (Bandura & Jeffrey, 1973). Esto pudo ayudar a asentar los conocimientos necesarios para llevar a cabo la interacción en una situación real (Becker et al, 2006; Aebersold et al., 2013; Quail et al., 2016). Además, el trabajo en grupo y la retroalimentación individual pudo facilitar la consolidación de estos conocimientos, a partir de la reflexión individual, la discusión grupal y la autoevaluación de dicho conocimiento (Khan et al., 2012; Claramita et al., 2016; Shorey et al., 2018). Si bien es cierto, en este nivel de comunicación los estudiantes también obtuvieron puntuaciones totales más bajas en la fase de retención, aunque la diferencia no fuera significativa. Esto lleva de nuevo a pensar que el propio proceso del aprendizaje puede estar influyendo. Así, los cambios observados en este dominio teórico pueden estar relacionados con la curva del olvido del aprendizaje, como se ha visto en otros trabajos llevados a cabo en el campo de la enfermería (Triviño & Stiepovich, 2007; Martínez-Miguel, 2016). Esto se traduce en que el mero paso del tiempo puede haber sido un factor causal de estos resultados respecto a los conocimientos en comunicación interprofesional.

En cuanto a la comparativa de los resultados obtenidos en este dominio en función de la metodología utilizada, los datos mostraron la inexistencia de diferencias significativas entre ambas estrategias educativas. Si bien es cierto, el único estudio encontrado que valorara este dominio y realizara esta comparativa entre estrategias, fue el trabajo de Kesten (2011), en el que los estudiantes que recibieron únicamente una presentación teórica (grupo control) y aquellos que también recibieron una intervención basada en *role-play* (grupo intervención) obtuvieron mayores puntuaciones a nivel de conocimientos sobre la técnica SBAR, pero cuando se compararon estos resultados entre grupos, no se observaron diferencias significativas asociadas a la intervención.

De este modo, los resultados que arroja esta tesis doctoral en la medición de la eficacia de ambas estrategias en el dominio conceptual se ve de nuevo respaldada por la idea de que la mera intervención relacionada con la competencia comunicativa, hace que ésta mejore dado

que se centra la atención en el trabajo de la misma (Becker et al., 2006; Quail et al., 2016). Además, ambas estrategias favorecen la toma de conciencia acerca de los conceptos relacionados con la comunicación con otros profesionales, haciendo conscientes a los alumnos de la necesidad de contar con conceptos claros y prácticos que mejoren la relación con otros miembros del equipo (Younis et al., 2015). Más allá de esto, dado que el trabajo conceptual en este nivel de comunicación se fundamentó principalmente en el aprendizaje acerca de la herramienta SBAR, el hecho de que en ambos grupos se ofreciera un *feedback* tras la aplicación la misma, bien con un paciente estandarizado bien dentro de un grupo de *role-play*, pudo ayudar a asentar esos conocimientos en ambos grupos (Claramita et al., 2016; Shorey et al., 2018).

En cuanto al dominio actitudinal, en el caso de la comunicación interprofesional también se trata de una parte relevante de la competencia pues está directamente relacionado con la calidad del trabajo desarrollado dentro del equipo interdisciplinar (Bandura, 1977). Como se ha expuesto previamente, el nivel de autoeficacia óptimo para el desempeño de la competencia comunicativa no se encuentra definido, aunque se entiende que cuanto mayor es el nivel, mejor se realizan los procedimientos (Olivari, 2007). Así, en este trabajo un nivel de autoeficacia por encima del 70% era considerado un nivel óptimo.

Se observó que tanto en el GRP como en el GPE el número de estudiantes que alcanzaban este nivel de autoeficacia se veía incrementado del pretest al posttest de forma significativa, y del posttest a la retención los valores absolutos obtenidos eran menores en el GRP, aunque la diferencia no era significativa. Esto concuerda con diferentes trabajos que han medido la autoeficacia haciendo uso de pacientes estandarizados y han observado mejoras significativas. Así, en el estudio llevado a cabo por Smithburger et al. (2013), un grupo de estudiantes de enfermería junto con otros estudiantes de medicina, farmacia, fisioterapia y trabajo social, recibieron una intervención de cuatro sesiones basadas en una explicación teórica y en la resolución de casos de trabajo en equipo con actores que hacían de otros profesionales. Así, tras la intervención se observó que los estudiantes refirieron, mediante una encuesta de percepción elaborada para el estudio, tener mayor confianza en su desempeño con otros profesionales. Del mismo modo, el trabajo llevado a cabo por Hagemeyer et al. (2014) hizo uso de una muestra de 192 estudiantes de enfermería, medicina y farmacia que recibieron una intervención centrada en presentaciones teóricas, la visualización de vídeos y la interacción con actores que actuaban como miembros del equipo. Estos autores observaron que tras esta intervención de dos semanas, los estudiantes mostraron niveles de autoeficacia mayores y, en el caso de los estudiantes de enfermería, estos niveles eran más altos antes de la intervención respecto a sus

compañeros, y mejoraron de forma significativa tras la misma. Liaw et al. (2014) trabajaron con una muestra de 127 estudiantes de enfermería y de medicina que recibieron formación en comunicación interprofesional basada en la técnica SBAR la cual aplicaron de forma práctica entre ellos, para pasar después a trabajar estas habilidades con actores que hacían de profesionales del equipo. Todos los estudiantes mostraron un nivel más alto de autoeficacia tras recibir la intervención, medido mediante un cuestionario validado previamente, no habiendo diferencias significativas entre estudiantes de enfermería y de medicina. Otro estudio realizado en este ámbito fue el de Ko & Kim (2017) que contó con una muestra de 181 estudiantes de enfermería que se dividieron en un grupo que trabajó la comunicación interprofesional con simulación con paciente estandarizado y otro grupo que junto a esta estrategia hizo uso del aprendizaje basado en equipos. Tras recibir la intervención estructurada en dos sesiones, se observó que en ambos grupos el nivel de confianza se vio incrementado de forma significativa, habiendo diferencias significativas entre las dos intervenciones. Por último, Lee et al. (2016) plantearon un trabajo con 20 estudiantes de enfermería que se dividieron en un grupo control que recibió formación teórica sobre seguridad del paciente y un grupo intervención que además llevó a cabo una interacción con un actor para aprender a pasar información sobre un paciente. Así, tras la intervención observaron que los estudiantes de ambos grupos se sentían más confiados para comunicarse con otros profesionales de forma significativa.

Por otro lado, también se han encontrado trabajos que han hecho uso del *role-play* y también han encontrado mejoras a nivel actitudinal. Aebersold et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 28 estudiantes de enfermería que recibieron formación teórica sobre la técnica SBAR, observaron interacciones entre instructores y simuladores de alta fidelidad y, finalmente, desarrollaron varios casos entre ellos haciendo uso del *role-play*. Así, los estudiantes refirieron que se sentían más confiados tras la intervención dado que habían aprendido nuevas habilidades. Por otro lado, Doherty et al. (2016) plantearon un trabajo con 61 estudiantes de enfermería en el que hicieron uso de presentaciones, vídeos demostrativos, grupos de discusión y *role-play* para trabajar la comunicación con otros compañeros. Haciendo uso de una escala previamente validada acerca de creencias sobre su actuación, los estudiantes mostraron mejores puntuaciones en la medición posttest de forma significativa. Si bien es cierto, el seguimiento realizado en estos trabajos se limita a mediciones pretest y posttest, no planteando una medición posterior.

En este nivel de comunicación, también se ha podido observar la posible influencia de la implementación de ejemplos de modelado y del trabajo en grupo en el aumento en la proporción de estudiantes que informaron un alto nivel de autoeficacia en la comunicación

con el paciente (Brydges et al., 2012). Más allá de esto, tal y como refieren Smithburger et al. (2013) y Quail et al. (2016), los estudiantes no contaban con experiencia previa trabajando con otros profesionales de la salud, sino que su experiencia se basaba en el contacto con otros compañeros enfermeros o estudiantes. De este modo, esta escasa experiencia previa en cuanto al establecimiento de una comunicación interprofesional pudo haber hecho que tuvieran una confianza bastante alta en sus habilidades, favoreciendo así estas mediciones (Smithburger et al, 2013; Quail et al., 2016). De igual modo, los alumnos se encontraban a pocas semanas de comenzar su primer periodo de prácticas clínicas en ese curso académico, lo cual pudo ser una fuerte motivación para el aprendizaje, dado el inminente contacto con otros profesionales de la salud, y se puede haber traducido en puntuaciones más elevadas (Annonio et al., 2016; Shorey et al., 2018). Así, al igual que se apuntó en el nivel de comunicación centrada en el paciente, este aumento en la autoeficacia de los participantes podría haber contribuido a la adquisición final de la competencia en la medida en que podría haber aumentado su motivación para aprender e pudo influir positivamente en su perseverancia y disposición para trabajar (Bandura, 1977; Orgun & Karaoz, 2014).

En cuanto a las diferencias existentes en este dominio en función de la intervención educativa utilizada, en este trabajo no se observaron diferencias significativas en ninguno de los momentos en que se midió la tasa de éxito. Ninguno de los trabajos encontrados en la literatura aplicaban las dos estrategias educativas planteadas en esta tesis. Si bien, algunos de ellos han establecido comparaciones entre una de las dos intervenciones utilizadas y lo que han denominado como 'enseñanza tradicional'. Así, diferentes trabajos aplicaron la simulación con paciente estandarizado y los resultados encontrados fueron variados. En el caso de Arentsen et al. (2016), estos autores trabajaron con 150 estudiantes de enfermería que fueron divididos en dos grupos: uno de ellos recibió una clase teórica seguida de la visualización de vídeos de comunicación interprofesional que posteriormente analizaron, mientras que el otro grupo junto a esto llevó a cabo un actividad de simulación estandarizada con otros alumnos de medicina y farmacia. Se midió la percepción acerca del valor de su actuación en ambos grupos, encontrándose diferencias significativas asociadas a la intervención. Del mismo modo, Ko & Kim (2017) observaron que el grupo de estudiantes que trabajó con simulación estandarizada y estrategias de trabajo en equipo obtuvo mejores puntuaciones que el grupo que sólo utilizó la simulación, siendo las diferencias entre los grupos significativas. En cambio, en el trabajo de Lee et al. (2016) no se encontraron diferencias significativas en los niveles de autoeficacia presentada por el grupo de estudiantes con formación teórica y el grupo con formación en simulación.

Sin embargo en los trabajos que hicieron uso del *role-play* para el aprendizaje de la comunicación interprofesional los resultados dejaron en evidencia la falta de diferencias entre grupos. Así, en el trabajo de Rask et al. (2009), una muestra de 24 enfermeras fue dividida en un grupo control que no recibió ningún tipo de intervención y un grupo experimental que recibió dos sesiones en que trabajaron la comunicación interprofesional de forma teórica, con vídeos demostrativos y con resolución de casos mediante *role-play* y grupos de discusión. Mediante un cuestionario elaborado para el estudio se midió el nivel de autoeficacia en ambos grupos y se observó que no había diferencias significativas entre ambos en ninguna de las tres mediciones realizadas. Por otro lado, en el estudio de Yu & Kang (2017) los 62 estudiantes de enfermería se dividieron en un grupo control que recibió clases teóricas acerca del modo en que se debe transferir información sobre un paciente y vieron cómo se hacía, y en un grupo experimental que trabajó la técnica SBAR en cuatro escenarios diferentes haciendo uso de *role-play*. En esta ocasión, las mediciones realizadas acerca de la confianza que tenían en ellos a la hora de pasar la información no fueron significativamente diferentes entre grupos, pese a que el grupo que usó el *role-play* obtuvo mejores puntuaciones.

Del mismo modo que ocurría en la comunicación centrada en el paciente, en este contexto también se puede llegar a pensar que el hecho de que las intervenciones utilizadas aportaran un entorno seguro donde cometer errores no implicaba consecuencias graves para los estudiantes, hizo que estos contaran con menor miedo a la hora de interactuar con otros profesionales y, por tanto, que su confianza se viera incrementada. Esto concuerda con la idea de que aquellas estrategias educativas que dan un papel central al estudiante y se basan en situaciones reales, favorecen el desempeño y la confianza en ellos mismos (Knowles, 1975; Chen, 2010; Cadorin et al., 2012). Junto a esto, el hecho de que no se observaran diferencias entre ambas intervenciones también podría estar respaldado por la duración de las mismas ya que consistieron únicamente en 1,5 horas. En los trabajos de Yu & Kang (2007) y de Rask et al. (2009) la duración de las intervenciones también fue corta y obtuvieron resultados similares a los encontrados en la tesis. En cambio los trabajos de Arentsen et al. (2016), Lee et al. (2006) y Ko & Kim (2017) también tuvieron duraciones similares y los resultados fueron diferentes. Si bien es cierto, según se expone en algunos trabajos (Doyle et al., 2011; Lee et al., 2016; Shorey et al., 2018) la repetición es una parte importante del aprendizaje y para ello se precisa de intervenciones más duraderas que puedan tener una mayor influencia en el desarrollo de las habilidades y en la mejora en la confianza en uno mismo. De este modo, sería interesante plantear intervenciones con un número mayor de sesiones para poder corroborar este efecto.

En este dominio también puede entenderse que la exposición a una intervención para el trabajo de la competencia hace que los estudiantes centren su atención en la misma y, por tanto, sus resultados se ven mejorados (Becker et al., 2006; Quail et al., 2016; Beaird et al., 2017). Así, independientemente de la intervención recibida, las puntuaciones de ambos grupos pudieron verse mejoradas por el mero hecho de realizar la intervención, no habiendo así diferencias entre ellos. Lo mismo se puede decir respecto a la toma de conciencia acerca de la confianza que tienen sobre ellos y la realidad que se encuentran cuando tienen que relacionarse con otros profesionales. Así, diferentes trabajos (Rask et al., 2009; Aebersold et al., 2013; Hagemeyer et al., 2014; Lee et al., 2016; Hashimoto et al., 2017) han referido que los estudiantes se percataban del modo en que llevaban a cabo sus interacciones cuando recibían la intervención y esto influía directamente en las puntuaciones de autoeficacia. De hecho, en el trabajo de Yu & Kang (2007) cuando los estudiantes tenían que pasar la información acerca del paciente usando la técnica SBAR, debían conocer adecuadamente el procedimiento y plantear recomendaciones acerca de lo que creían que podía estar pasando para lo que debían tener otros conocimientos acerca de patologías y tratamientos. En el desarrollo de la intervención, se percataron de que no contaban con un nivel suficiente de estos conocimientos y esto influyó directamente en su actuación en comunicación y en la confianza que tenían respecto a la misma (Yu & Kang, 2007). Por último, en este nivel de comunicación, ambos grupos también recibían *feedback* acerca del modo en que estaban poniendo en práctica la competencia, lo cual pudo ayudar en la resolución de dudas y la adquisición de mayor seguridad (Shorey et al., 2018).

En cuanto al dominio psicomotriz, algunos trabajos que han hecho uso de la simulación con paciente estandarizado observaron que las habilidades básicas de comunicación interprofesional se vieron incrementadas. Así, el estudio de Smithburger et al. (2013) trabajó con un grupo de estudiantes de enfermería que recibieron una intervención de cuatro sesiones basadas en una explicación teórica y en resolución de casos de trabajo en equipo con actores que hacían de otros profesionales. Estos autores observaron que las habilidades de comunicación interprofesional, medidas con un cuestionario previamente validado, mejoraban entre sesiones, aunque entre la sesión tercera y cuarta estas mejoras no fueron significativas. Del mismo modo, Lee et al. (2016), plantearon un trabajo con 20 estudiantes de enfermería que se dividieron en un grupo control que recibió formación teórica sobre seguridad del paciente y un grupo intervención que además llevó a cabo una interacción con un actor para aprender a pasar información sobre un paciente. Así, tras la intervención observaron que los estudiantes de ambos grupos contaban con más habilidades para comunicarse con otros profesionales de forma significativa. Sin embargo, en el trabajo de Ko & Kim (2017) las puntuaciones de los dos grupos de estudiantes de

enfermería planteados (simulación con paciente estandarizado vs. simulación con paciente estandarizado junto con aprendizaje basado en equipos) fueron menores tras la intervención, siendo las diferencias significativas. Esto lo achacaron a que no se aplicó una formación específica sobre habilidades de comunicación interprofesional.

Por otro lado, un único trabajo utilizó el *role-play* para el aprendizaje de estas habilidades, observándose también una mejora significativa en las mismas al realizar mediciones en dos momentos diferentes. Así, en el trabajo de Doherty et al. (2016) un grupo de 138 estudiantes de enfermería recibió una intervención basada en presentaciones, vídeos demostrativos, grupos de discusión y *role-play* para trabajar la comunicación con otros compañeros. Haciendo uso de una escala previamente validada acerca de comportamientos en este nivel de comunicación, los estudiantes mostraron mejores puntuaciones en la medición posttest de forma significativa. Estos datos son semejantes a los obtenidos en esta tesis, pues se observaron diferencias significativas entre el pretest y posttest tanto en el GRP como en el GPE, aunque los resultados absolutos obtenidos en este dominio en la retención fueron menores, no habiendo diferencias significativas respecto al posttest.

En cuanto a la comparación entre ambas estrategias, los resultados de este estudio arrojaron que no había diferencias significativas en los tres momentos en que se midió este dominio. Ningún trabajo ha realizado la comparativa entre la simulación con paciente estandarizado y el *role-play* en este nivel de comunicación. Sin embargo, al igual que ocurría en los otros dominios, algunos estudios han comparado alguna de estas estrategias con lo que han denominado 'enseñanza tradicional'. Así, el trabajo de Ko & Kim (2017) comparaba el uso de simulación con paciente estandarizado con esta enseñanza tradicional y observaron la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos, obteniendo curiosamente mejores puntuaciones los alumnos del grupo de enseñanza tradicional. Si bien, esto contrasta con el trabajo realizado por Lee et al. (2016) en el que no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de estudiantes. Por otro lado, el uso del *role-play* en comparación con la enseñanza tradicional estuvo presente en dos trabajos. Yu & Kang (2017) trabajaron con 62 estudiantes de enfermería que se dividieron en un grupo control que recibió clases teóricas acerca del modo en que se debe pasar información sobre un paciente y vieron cómo se hacía, y en un grupo experimental que trabajó la técnica SBAR en cuatro escenarios diferentes haciendo uso de *role-play*. Las mediciones realizadas acerca de las habilidades centradas en la técnica no fueron significativamente diferentes entre grupos, pese a que el grupo que usó el *role-play* obtuvo mejores puntuaciones. Por otro lado, Chaharsoughi et al., (2014) plantearon un trabajo en el que se dividió a una muestra de 40 enfermeras en un grupo control que recibió clases teóricas sobre la técnica SBAR y un grupo

experimental que trabajó la técnica mediante el *role-play*. La habilidad, medida mediante una herramienta objetiva que recogía los pasos de la técnica, fue mayor en el grupo experimental frente al grupo control, recogiéndose diferencias significativas de forma global y en cada uno de los pasos.

Al igual que ocurría en el resto de dominios, estos resultados pueden verse explicados por el mero hecho de recibir una intervención relacionada con la competencia comunicativa, lo cual hace que la atención y el aprendizaje se focalicen (Quail et al., 2016; Beaird et al., 2017). Además, la estricta estructuración de la intervención en ambos grupos, así como que la dinámica fuese prácticamente igual en los mismos puede ser otro factor influyente (Claramita et al., 2016; Lee et al., 2016). Junto a esto, como se ha comentado previamente, ambas metodologías son participativas y experienciales, lo cual hace que la consecución de habilidades relacionadas se vea favorecida (Claramita et al., 2016; Doherty et al., 2016). Y en ambas estrategias se incluía una interacción entre compañeros y con el propio profesor que favorecía la aportación de *feedback* y de consejos para mejorar sus actuaciones, lo cual ayuda directamente en la adquisición de estas habilidades (Claramieta et al., 2016; Shorey, et al., 2018).

Por tanto, los resultados obtenidos en este trabajo han demostrado que tras la aplicación de estas intervenciones, las tasas de éxito a nivel de conocimientos, habilidades, autoeficacia y competencia interprofesional, son más elevadas, siendo ligeramente más altas en el GRP a nivel de autoeficacia y competencia general, aunque las diferencias no fueron significativas respecto al GPE. En la revisión de la literatura no se ha encontrado ningún trabajo similar que llevara a cabo una comparativa de este tipo.

Si bien es cierto, al igual que ocurría con la comunicación centrada en el paciente, aunque los estudiantes presentaron unas tasas de éxito mayores tras la aplicación de ambas intervenciones, no se pudo concluir que ninguna de estas intervenciones fuese superior a la otra. Es importante destacar que la mejora en las habilidades de los estudiantes pudo haberse visto influenciada positivamente por otros factores. Por ejemplo, la visualización previa de intervenciones comunicativas con otros profesionales realizadas por actores podría haber reducido las demandas cognitivas que el aprendizaje de tales habilidades impone a los estudiantes (Domuracki et al., 2015). Junto a esto, la práctica autodirigida pudo haber aumentado la motivación de los participantes para aprender, así como la oportunidad de poder repetir el procedimiento en varias ocasiones, en el caso del grupo de *role-play* pudo favorecer el aprendizaje (Brydges et al., 2012; Hernández-Padilla et al., 2016b). En este caso, también se fomentaba la observación de los compañeros y la retroalimentación, lo cual puede haber contribuido a corregir errores y consolidar las ganancias de aprendizaje al

tiempo que minimizaba las distracciones durante la práctica (Medina-Valadares & Da Silva-Magro, 2014; Hernández-Padilla et al., 2016b).

Por otro lado, al igual que ocurría en el nivel de comunicación centrada en el paciente, los escenarios planteados eran iguales en ambas intervenciones para que el trabajo fuese similar, pero no se llevó a cabo una valoración de la dificultad de los mismos, lo cual pudo haber influido en las puntuaciones obtenidas (Brown et al., 2016). Además, el realismo de estos escenarios sigue siendo un aspecto importante dado que de forma habitual en las intervenciones con paciente estandarizado se suele hacer uso de escenarios más complejos y realistas (MacLean et al., 2017). Sin embargo, los escenarios planteados en ambos grupos tuvieron las mismas características, contando con un realismo moderado dado que las intervenciones se llevaron a cabo en los mismos laboratorios de prácticas. Esto pudo reducir la eficacia de ambas intervenciones al hacer que los alumnos no se sintieran cómodos en la dinámica expuesta (Hsu et al., 2015; Quail et al., 2016; Hashimoto et al., 2017). En el caso de la duración de las intervenciones, es cierto que ésta fue reducida lo cual es un factor importante ya que no permite trabajar un número amplio de escenarios, reduciendo las oportunidades de los alumnos para aprender a través de sus propias experiencias y de la observación y comparación con otros compañeros (Doyle et al., 2011; Lee et al., 2016; Quail et al., 2016; Shorey et al., 2018;). Además, en este nivel de comunicación se observa que es necesario tener otros conocimientos acerca de procesos patológicos y tratamientos que son fundamentales para poder transferir adecuadamente la información de los pacientes a otros compañeros y para poder aplicar recomendaciones. La falta de estos conocimientos pueden ser un factor importante de cara al trabajo de la competencia comunicativa, dificultando la misma (Yu & Kang, 2017). Por último, el no tener relación con otras profesiones sanitarias de forma previa a la práctica clínica o al menos con estudiantes de estas profesiones, puede hacer que la adquisición de estas habilidades comunicativas se torne más complicada (Smithburger et al., 2013).

De este modo, este trabajo ha mostrado que los estudiantes que trabajaron con ambas estrategias obtuvieron mejoras a nivel cognitivo, procedimental y actitudinal en la comunicación interprofesional. De forma general, los beneficios obtenidos con las dos intervenciones educativas se mantuvieron relativamente en el tiempo, lo cual muestra que el trabajo realizado es positivo. Si bien es cierto, como ocurría en el otro nivel de comunicación, no existen datos suficientes que nos indiquen que una de las estrategias sea mejor que otra.

7.2.3. Limitaciones del estudio de las dos intervenciones educativas

Pese a que el trabajo realizado en esta segunda parte de la tesis doctoral se ha planteado desde un diseño metodológico adecuado, los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela por varias razones.

La primera de ellas es la forma en que se seleccionó la muestra. Se eligieron grupos de individuos bajo criterios de inclusión muy específicos y esto hace que la generalización de los resultados sea más complicada. En segundo lugar, es importante aclarar que el mismo instructor impartió las sesiones de entrenamiento tanto en el GRP como en el GPE. Aunque en principio se acordó este planteamiento con el fin de reducir el efecto de sesgo causado por las diferencias interpersonales entre los instructores, la experiencia del facilitador pudo haber influido positivamente en los resultados de los estudiantes. Además, el instructor de ambas intervenciones formó parte de la evaluación objetiva del dominio psicomotriz de algunos alumnos, junto con otros instructores que no participaron previamente en este trabajo. En tercer lugar, aunque se puede decir que la aplicación de ambas estrategias ha contribuido a un aumento en la proporción de participantes que lograron un nivel adecuado de competencia comunicativa en los dos niveles trabajados, no se puede identificar cuál es el efecto real de cada metodología educativa en la competencia de los alumnos, dado que ambas estrategias estaban compuestas por una combinación de actividades: trabajo de contenido teórico, modelado por parte de actores y la intervención propiamente dicha (*role-play* o paciente estandarizado). En cuarto lugar, según recogen varios trabajos (Doyle et al., 2011; Liaw et al., 2014) el entrenamiento de los actores que participan como pacientes estandarizados es muy importante, así como la experiencia previa que tengan en el ámbito sanitario. En esta tesis, se reclutó a un grupo de actores amateur que formaban parte de un grupo de teatro local. Todos los actores involucrados recibieron una explicación pormenorizada de los casos a trabajar y de las habilidades que los alumnos debían aprender y desarrollar. Si bien es cierto, la experiencia previa de los mismos en cuanto a contenidos de ciencias de la salud, así como de modelos comunicativos, era muy limitada, lo cual pudo afectar en su ejecución para con los alumnos. Debido a esto no se usó a los propios actores como evaluadores objetivos del dominio psicomotriz, pese a que esto se ha realizado en algunos trabajos, según se recoge en la revisión realizada por MacLean et al. (2017), obteniendo buenos resultados. En quinto lugar, se asumió que el estilo de aprendizaje de todos los alumnos con los que se trabajó en los dos grupos era el mismo, entendiendo que las metodologías participativas y experienciales serían adecuadas para ellos. Si bien es cierto, como recogen Shorey et al. (2018), los alumnos pueden tener diferentes estilos de aprendizaje y puede que haya alumnos que se sientan más cómodos y que aprovechen más las intervenciones denominadas como tradicionales. Esto puede hacer que los resultados

obtenidos por estos alumnos sean peores por las propias características de las estrategias educativas utilizadas. Por último, los alumnos del GPE con los que se trabajó en esta tesis no contaban con experiencia previa en la simulación estandarizada. De este modo, la mera introducción de esta estrategia pudo ser un factor de estrés y ansiedad que influyera en su actuación, tal y como se ha recogido en otros trabajos (Brown et al., 2016; Shorey et al., 2018). Si bien, no se midió el nivel de estrés y ansiedad experimentado por los alumnos durante las intervenciones y evaluaciones, por lo que sería un factor a tener en cuenta en futuros trabajos.

8. Conclusiones

Respecto a la primera parte de esta tesis, se ha comprobado que las tres herramientas desarrolladas para la valoración de la competencia comunicativa en estudiantes de enfermería (CHBC, AEHBC y THBC) cuentan con buenas propiedades psicométricas para evaluar de forma objetiva y exhaustiva tanto los conocimientos como la autoeficacia y las habilidades de los estudiantes de enfermería en la comunicación clínica.

El test CHBC permite evaluar de forma adecuada los conocimientos básicos acerca de los pilares de la comunicación, así como aquellos conceptos fundamentales para el establecimiento de la relación con los pacientes y con otros profesionales. Por tanto, permite valorar los contenidos más teóricos relacionados con la competencia, aunque es preciso analizar la estabilidad temporal de la herramienta.

En cuanto a la batería AEHBC, sus propiedades psicométricas permiten evaluar de forma exhaustiva la confianza que tienen los estudiantes a la hora de poner en marcha las habilidades básicas para comunicarse con los pacientes y con otros profesionales sanitarios. Esto adquiere una gran importancia ya que permite hacer uso de este factor para influir en el desempeño de los alumnos, así como favorece conocer el modo en que los estudiantes perciben sus actuaciones en este ámbito enfermero.

En relación al THBC, la lista de verificación acerca de las tareas básicas a realizar cuando se establece un contacto con un paciente así como para transferir información a otros profesionales sanitarios acerca de la situación de un paciente, cuenta con unas buenas características para valorar el dominio psicomotriz de los estudiantes. Esta herramienta permite que varios observadores puedan evaluar de forma independiente la actuación del estudiante, para poner después en común las valoraciones y llegar a una evaluación objetiva y válida de la competencia. Si bien, sería preciso realizar una validación de la misma con una muestra más amplia.

De este modo, el uso conjunto de las tres herramientas podría ayudar a los docentes de enfermería a aprender de manera rápida y precisa cuáles son las necesidades educativas reales de sus estudiantes. Es por ello que se recomienda que estas herramientas se usen para evaluar la capacidad de los estudiantes de enfermería para llevar a cabo conversaciones centradas en la persona y para comunicar la información clínica de los pacientes utilizando el método SBAR, antes de que estén expuestos a interacciones reales durante sus prácticas clínicas.

Puede ser interesante que otros estudios lleven a cabo la evaluación de las propiedades psicométricas de estas herramientas en diferentes idiomas y entornos.

En cuanto a la segunda parte de esta tesis doctoral, las intervenciones educativas centradas en el uso de la simulación con paciente estandarizado así como en el *role-play* han demostrado que pueden mejorar la competencia comunicativa de estos estudiantes en sus tres dominios, tanto a nivel de comunicación centrada en el paciente como en comunicación interprofesional.

Los resultados encontrados en los tres dominios de la competencia comunicativa tras la aplicación de las dos estrategias arrojaron datos variables cuando se realizó una segunda medición de retención. Si bien es cierto, estos datos eran significativamente mejores que los encontrados antes de cualquier intervención, aunque es preciso encontrar el modo en que estas puntuaciones puedan mejorar a largo plazo.

Por otro lado, los datos encontrados no permiten definir cuál de las estrategias utilizadas, *role-play* o paciente estandarizado, es la más adecuada para la enseñanza de esta competencia, dado que las diferencias existentes entre ambas no fueron significativas.

Dados estos resultados, se torna imprescindible que se planteen trabajos similares con estudiantes de enfermería, en los que se evalúen los tres dominios de la competencia comunicativa en un periodo de tiempo amplio para poder discernir qué estrategia es la más eficaz en la enseñanza de esta competencia a corto, medio y largo plazo.

Además, sería interesante plantear una evaluación del nivel de ansiedad y estrés experimentado durante la aplicación de las estrategias planteadas ya que en otros trabajos de investigación se ha visto que son factores influyentes en el desempeño de los alumnos.

Igualmente, es necesario realizar más investigaciones sobre cómo apoyar a aquellos alumnos que no alcanzan el nivel de competencia requerido para comunicarse adecuadamente en la práctica clínica después de los entrenamientos planteados en este trabajo.

9. Conclusions

Regarding the first section of this doctoral dissertation, it has been verified that the three tools developed for the assessment of communicative competence in nursing students (CHBC, AEHBC and THBC) reveal good psychometric properties to evaluate objectively and comprehensively knowledge, self-efficacy and skills of nursing students in clinical communication.

The CHBC turns out to be an appropriate tool to evaluate basic knowledge about communication, as well as those fundamental concepts for establishing relationships with patients and with other professionals. Therefore, it is a great tool to assess theoretical learning, although it is necessary to analyze its temporal stability.

In respect to the AEHBC, its psychometric properties show that this tool can be used to make an exhaustive evaluation of students on their basic skills to communicate with patients and with other health professionals. This fact turns out to be really important since it makes it possible to use this assessment to influence performance, as well as it helps to know the way in which students perceive their actions in this nursing field.

In relation to THBC, the checklist shows good characteristics to assess the psychomotor domain of the communicative competence. This tool assesses the basic tasks needed to establish contact with a patient, as well as to transfer information to other health professionals about the situation of a patient. Thereby, the THBC can be used by several observers in order to evaluate the student's performance and to get an objective and valid evaluation of the competence. However, it would be necessary to validate this tool with a larger sample.

Thus, these three tools could be useful to define students' educational needs in communication learning. For this reason, before the students are exposed to real interactions during their clinical practices, it is recommended to use these tools to assess their ability to carry out person-centered conversations and to use the SBAR method to communicate the patients' clinical information.

It may be interesting that other studies carry out the evaluation of the psychometric properties of these tools in different languages and environments.

Regarding the second section of this doctoral dissertation, educational interventions focused on the use of standardized patient simulation as well as role-play have shown an improvement on the nursing students' communicative competence. This improvement is

shown on the three domains of the competence and on both levels of communication, person-centered communication and interprofessional communication.

The results found in the three domains of communicative competence after the application of the two strategies yielded variable data when a second retention measurement was performed. Nevertheless, these data were significantly better than the results found before any intervention.

On the other hand, the data found does not allow defining which of the strategies used, role-play or standardized patient, is the most appropriate for teaching this competence, since the differences between both strategies were not significant.

As it seems, it becomes essential to carry out more studies with nursing students, in which the three domains of communicative competence are evaluated over a long period of time. This could help to discern which strategy is the most effective in teaching this competence on a short, medium and long term.

Furthermore, it would be interesting to propose an evaluation of the level of anxiety and stress experienced during the application of the proposed strategies, since other research studies have shown that they could be relevant factors in students' performance.

Additionally, it is necessary to carry out more research on how to support those students who do not reach the level of competence required to communicate adequately in clinical practice after the training proposed in this dissertation.

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Documento de aprobación Comisión Ética e Investigación



ADELAIDA MARÍA CASTRO SÁNCHEZ, SECRETARIA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA, INFORMA:

Que la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería, ha aprobado por asentimiento, el desarrollo del Proyecto de Investigación:

Título: "Comparación de dos estrategias educativas y sus efectos en el desarrollo de la competencia comunicativa en alumnos de enfermería".

Investigadores Participantes: Dr. José Manuel Hernández Padilla, Dr. José Granero Molina, Dr. Cayetano Fernández Sola y Dña. Alda Elena Cortés Rodríguez.

Nº Protocolo: EFM-10/15.

Y para que conste a los efectos oportunos donde proceda, firmo el presente en Almería, a 4 de diciembre del dos mil quince.

LA SECRETARIA

DEL DEPARTAMENTO



Fdo. Adelaida M^a Castro Sánchez

10.2. Anexo 2. Hoja informativa y consentimiento informado para la validación de las escalas

Las habilidades de comunicación se han constituido como un instrumento básico de trabajo en la práctica enfermera, pues la cercanía de la enfermera al paciente convierte el cuidado en una acción basada en la comunicación.

La importancia de que los profesionales de salud cuenten con buenas habilidades de comunicación se refleja en la cantidad de problemas que se originan cuando estas destrezas son deficitarias. Dichas deficiencias pueden resultar en el aumento de la insatisfacción de los pacientes hospitalizados, lo cual perjudica su recuperación y restablecimiento de salud; la falta de información, que provoca un desconocimiento de la enfermedad y una falta de adhesión al tratamiento; y la dificultad para establecer una relación que permita la colaboración activa del paciente en su proceso de enfermedad. Además, la falta de habilidades comunicativas está considerada como una de las causas principales de errores clínicos que llevan a la muerte y el perjuicio del paciente, así como de errores en la administración de medicación, de retrasos en traslados e incrementos de los días de hospitalización.

Algunas de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años dentro del ámbito de la comunicación afirman que los estudiantes de enfermería y los enfermeros recién graduados se refieren a la comunicación como el aspecto más complicado dentro de la práctica enfermera, llegando a experimentar fuertes sentimientos de ansiedad y de tensión cuando han de comunicarse. Junto a la ansiedad, los estudiantes sufren sentimientos de frustración y abandono. Además, aluden a una falta de conexión entre la teoría y la práctica educativa que podría llevarles a sentirse incompetentes, discriminados y humillados.

Junto a esto se ha observado que no existen herramientas que permitan evaluar los conocimientos, las habilidades y la confianza en las habilidades de comunicación en enfermería. Esto implica que, aunque se trabaje esta competencia, no hay instrumentos con los que medir la consecución de la misma y con los que poder comparar las puntuaciones obtenidas entre sujetos o con diferentes grupos de trabajo.

Debido a esto, se ha planteado llevar a cabo un estudio para crear un conjunto de herramientas que midan de forma objetiva y rigurosa la competencia comunicativa de los estudiantes de enfermería a la hora de comunicarse con pacientes y familiares, así como con otros profesionales de la salud.

El objetivo de este proyecto es diseñar, crear y validar psicométricamente un conjunto de herramientas que midan los dominios cognitivo, procedimental y actitudinal de la

competencia comunicativa en estudiantes de enfermería, con el fin de evaluar esta competencia de manera integral.

Para el desarrollo del mismo, precisamos de tu colaboración ya que, para poder validar estas herramientas, necesitamos aplicar las mismas en varios momentos a lo largo de 10 semanas y así poder evaluar las características de validez, fiabilidad y aplicabilidad de las mismas. Con tu colaboración podremos desarrollar herramientas que se puedan utilizar en el trabajo de la comunicación en estudiantes de enfermería.

Debes saber que los datos que se recojan se tratarán de forma confidencial según la legislación vigente, siendo totalmente anónimos. Además, tu participación en el estudio es totalmente voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento de la misma, sin necesidad de dar ningún tipo de explicación.

A continuación, te pedimos que indiques tu número de DNI y marques la casilla que desees:

DNI:

Doy mi consentimiento para que utilicen mis respuestas para la validación de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa.

No doy mi consentimiento para que utilicen mis respuestas para la validación de las herramientas de evaluación de la competencia comunicativa.

10.3. Anexo 3. Hoja informativa y consentimiento informado para la intervención educativa

Las habilidades de comunicación se han constituido como un instrumento básico de trabajo en la práctica enfermera, pues la cercanía de la enfermera al paciente convierte el cuidado en una acción basada en la comunicación.

La importancia de que los profesionales de salud cuenten con buenas habilidades de comunicación se refleja en la cantidad de problemas que se originan cuando estas destrezas son deficitarias. Dichas deficiencias pueden resultar en el aumento de la insatisfacción de los pacientes hospitalizados, lo cual perjudica su recuperación y restablecimiento de salud; la falta de información, que provoca un desconocimiento de la enfermedad y una falta de adhesión al tratamiento; y la dificultad para establecer una relación que permita la colaboración activa del paciente en su proceso de enfermedad. Además, la falta de habilidades comunicativas está considerada como una de las causas principales de errores clínicos que llevan a la muerte y el perjuicio del paciente, así como de errores en la administración de medicación, de retrasos en traslados e incrementos de los días de hospitalización.

Algunas de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años dentro del ámbito de la comunicación afirman que los estudiantes de enfermería y los enfermeros recién graduados se refieren a la comunicación como el aspecto más complicado dentro de la práctica enfermera, llegando a experimentar fuertes sentimientos de ansiedad y de tensión cuando han de comunicarse. Junto a la ansiedad, los estudiantes sufren sentimientos de frustración y abandono. Además, aluden a una falta de conexión entre la teoría y la práctica educativa que podría llevarles a sentirse incompetentes, discriminados y humillados.

La formación tradicional no ha resultado eficaz en el aprendizaje de las habilidades de comunicación. Así, se está planteando el uso de metodologías que integran teoría y práctica como el método de *role-play*, incluyendo su grabación, para simular situaciones de comunicación con pacientes y otros profesionales; o el uso de actores para plantear diferentes situaciones prácticas ante las que los estudiantes deben dar respuesta.

De este modo, en el marco de un actividad de innovación docente, se ha planteado llevar a cabo un estudio donde se mida, de manera objetiva y rigurosa, el impacto que el uso de este tipo de metodologías pudiera tener sobre la adquisición y la retención de la competencia comunicativa en alumnos de enfermería.

El objetivo de este proyecto es comparar la eficacia de dos estrategias educativas en el desarrollo de la competencia comunicacional en alumnos de enfermería, con el fin de poder conseguir una metodología lo más eficaz posible en la enseñanza de estas habilidades.

Para el desarrollo del mismo, serás asignado a un grupo de trabajo donde se utilizará una metodología educativa basada en paciente estandarizado o en *role-play* que te permitirá trabajar la competencia comunicativa. Junto a esto, precisamos de tu colaboración ya que, para poder analizar la eficacia de la formación aportada, necesitamos llevar a cabo grabaciones de tus interacciones para poder analizar las mismas y evaluar los aspectos comunicativos enseñados. Además, se te administrarán varios cuestionarios para evaluar tu nivel de competencia antes de la intervención, después de la misma y 4 semanas tras finalizar la intervención.

Debes saber que los datos que se recojan se tratarán de forma confidencial según la legislación vigente, siendo totalmente anónimos. Además, tu participación en el estudio es totalmente voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento de la misma, sin necesidad de dar ningún tipo de explicación.

A continuación, te pedimos que indiques tu número de DNI y marques la casilla que desees:

DNI:

- Doy mi consentimiento para que utilicen mis grabaciones con fines de investigación (completamente anónimo y confidencial) y docencia.
- Doy mi consentimiento para que utilicen mis grabaciones con fines de investigación (completamente anónimo y confidencial), pero no doy mi consentimiento para que se utilicen como material docente.
- No doy mi consentimiento para que utilicen mis grabaciones con fines de investigación y docencia.

10.4. Anexo 4. Material de lectura aportado en la intervención

Habilidades básicas de comunicación: Nociones teóricas fundamentales.

Definición de comunicación.

La comunicación es un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano pues el hecho de hablar sobre lo que nos acontece, muestra lo que somos y permite a los demás tener información para poder comprendernos y evaluar la percepción que han de tener de nosotros. Una de las dificultades de este proceso reside en el aspecto complejo y multidimensional de la comunicación (Cibanal, Arce y Carballal, 2014).

Así, la comunicación se puede definir como un **proceso continuo y dinámico** formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. Por una parte, se concibe como una manifestación de cómo un emisor expresa a un receptor su forma de captar, sentir y vivir una determinada realidad y lo que espera ese emisor al contar esos hechos. Y por otra parte el receptor refleja lo que ha captado de lo que el emisor le cuenta, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que ha comprendido con el lenguaje no verbal. Por lo tanto, la esencia de una comunicación eficaz es la respuesta comprensiva a toda una serie de variables y **no se trata de una mera transferencia de información** de un individuo a otro (Cibanal et al, 2014).

Los cuidados se elaboran a partir de los hechos que comunican y que se observan en los pacientes y sus familias. Esto permite a los profesionales tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción que han de tener del paciente. Así, el profesional busca ante todo ayudar al paciente a que relate los hechos de su vida, a explorar con él las circunstancias que le han llevado a sus problemas de salud y, en la medida de lo posible, a resolver con él sus problemas.

Esta comunicación entendida como proceso dinámico y continuo puede situarse al menos a **tres niveles diferentes**: (Cibanal et al, 2014)

- **Intrapersonal**, se trata del tipo de comunicación en que el individuo se envía un mensaje a sí mismo. Este proceso de comunicación precede los otros dos niveles e implica la percepción de sí y de los otros, elementos esenciales de toda comunicación.
- **Interpersonal**, se trata del tipo de comunicación que incluye todo lo que se va a decir sobre la comunicación de dos personas. De este modo, en este tipo de comunicación se incluyen la comunicación enfermera-paciente o enfermera-familia, así como la comunicación entre profesionales de la salud.
- **Pública**, se trata del tipo de comunicación que tiene lugar entre una persona y varias otras. La mayor parte del tiempo toma la forma de un discurso público. Es la comunicación que más se realiza comúnmente.

Teoría de la comunicación humana

Se han desarrollado diferentes teorías relacionadas con la comunicación, que han intentado explicar adecuadamente este concepto y su implicación en las ciencias de la salud.

Watzlawick, Beavin y Jackson (2008) de la escuela de Palo Alto (California) desarrollaron una teoría de la comunicación humana en la que consideran la comunicación como un proceso de interacción o intercambio de mensajes entre dos personas. Para estos autores la comunicación y el comportamiento son prácticamente sinónimos, pues todo comportamiento es comunicación y toda comunicación afecta al comportamiento. Como precursores de la posteriormente denominada teoría sistémica, no tienen en cuenta solamente el efecto del comportamiento del emisor sobre el receptor, sino también el efecto que produce en el emisor la reacción del receptor. Así, entre emisor y receptor hay un intercambio de información que define la relación que les une.

Partiendo de estas nociones generales, estos autores plantearon una serie de axiomas que definen esta teoría de la comunicación humana: (Watzlawick et al, 2008)

- Primer axioma: 'No podemos no comunicarnos'

En una secuencia de mensajes intercambiados entre los individuos todo comportamiento tiene el valor de un mensaje que se trata de una unidad de comunicación. De aquí la consecuencia de que no podemos no comunicarnos. Toda comunicación afecta al comportamiento de los otros que no pueden dejar de reaccionar a nuestra comunicación y por este hecho ellos también comunican. Así, la imposibilidad de no comunicar hace que toda situación que implique a dos o más personas sea una situación interpersonal, y, por tanto, una situación de comunicación.

- Segundo axioma: 'Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y, por consiguiente, se convierte en una metacomunicación'.

Una comunicación no se centra sólo en transmitir una información, sino que ésta sirve también para definir la relación del emisor con el receptor. Es decir, no sólo es relevante la información que aporta el emisor, sino que también lo es la forma, el comportamiento, etc. con que se transmite esa información, es decir, la relación.

En muchas ocasiones esta relación es más importante que la misma información, ya que a veces la forma en que se dicen las palabras adquiere mayor relevancia que las propias palabras. Con la información se da una primera comunicación, con la relación que se tiene al transmitir la información se da otra segunda comunicación, de ahí que se llame metacomunicación, comunicación sobre la comunicación.

- Tercer axioma: 'Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según esté fundamentado en la igualdad o la diferencia'.

Una interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y la minimización de las diferencias, mientras que una interacción complementaria se funda sobre la maximización de las diferencias.

En una relación simétrica sana, los dos sujetos son capaces de aceptarse tal como son, lo que conduce al respeto mutuo y a la confianza en el respeto del otro y equivale a una confirmación positiva y recíproca de su yo.

En las relaciones complementarias, uno busca complementar en el otro lo que a él le falta. Simetría y complementariedad pueden dar lugar a una confirmación recíproca sana y positiva, o, por el contrario, a situaciones patológicas.

- [Cuarto axioma: 'La naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de comunicación entre los dos interlocutores'.](#)

En una interacción, los interlocutores puntúan siempre unas comunicaciones más que otras, en función de su convicción y partiendo del principio que cada uno cree que 'no existe más que una sola realidad, el mundo tal cual yo lo veo o percibo'. La puntuación sirve para estructurar la manera de comportarme. Las puntuaciones continuas y repetitivas van a estructurar y definir un rol, el cual será admitido por ambos. Esto quiere decir que los interlocutores establecen entre ellos modelos de intercambio, y estos modelos serán a su vez como las reglas implícitas que regirán el intercambio de roles.

La Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy concibe como unidad básica el sistema, entendido como un conjunto de objetos o elementos que se relacionan entre sí. Estos elementos interactúan, existiendo una interdependencia entre los mismos.

Cada una de las partes que encierra un sistema puede ser considerado un subsistema, es decir un conjunto de partes e interrelaciones que se encuentran estructural y funcionalmente dentro de un sistema mayor y que posee sus propias características. Así se puede decir que los subsistemas son sistemas más pequeños dentro de sistemas mayores.

Esquema básico de comunicación

Se considera la comunicación, o mejor dicho el acto de comunicar, como un proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento, generándose a su vez un proceso de retroalimentación o feedback que posibilite influencias recíprocas. Este intercambio de mensajes se realiza si se utilizan códigos similares por ambas partes, y se hace mediante la utilización de un canal. (Van-der Hofstadt y Quiles, 2006)

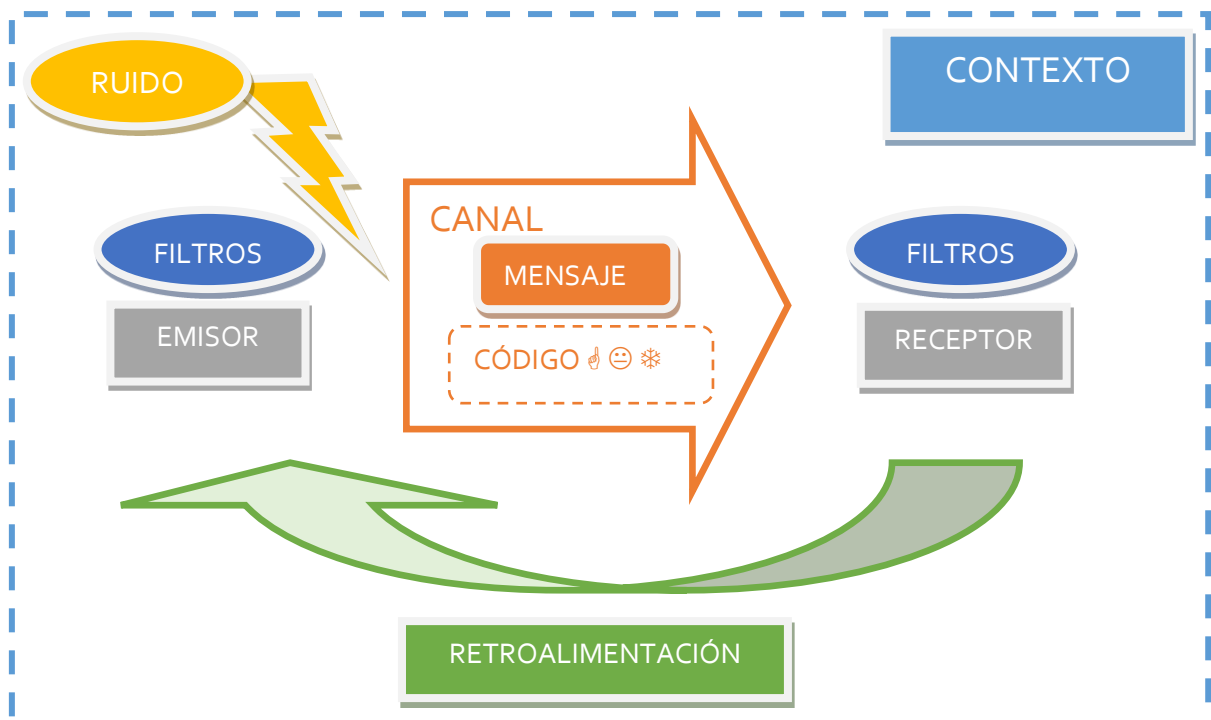
De manera general, se puede hablar de varios elementos básicos que constituyen la comunicación: (Hernández-Padilla, 2014)

- **El emisor**, es la persona que pretende comunicar algo al receptor y que confecciona mediante un proceso interno, una serie de ideas y pensamientos codificados que tienen como objetivo elaborar un estímulo comunicativo (mensaje). Las características propias de esa persona van a condicionar la forma de establecer la comunicación. Sus peculiaridades culturales, el sistema social en el que se encuentra, su nivel de instrucción y sus actitudes en general, influirán de manera decisiva en su forma de comunicarse.
- **El receptor**, es la persona a quien va dirigido el estímulo comunicativo (mensaje) enviado por el emisor y en quien se produce un proceso interno de decodificación, para

lo cual es preciso que posea capacidad de escucha y atención. Al igual que ocurría en el emisor, la recepción del mensaje también depende de las características psicosociales del individuo receptor, como su personalidad, su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación.

- **El mensaje** es el estímulo comunicativo consistente en una agrupación de conceptos, experiencias y sentimientos.
- **El canal** es la vía a través de la cual se traslada el mensaje desde la persona que lo emite hasta aquella que lo recibe.
- **Retroalimentación o feed-back** es la acción de devolver, por parte de la persona que lo recibe, aquello que ha entendido del mensaje enviado por el emisor.
- **El código** es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etc., que sirven para transmitir la información o las ideas que constituye el mensaje.
- **El contexto** es la situación en que se desarrolla la comunicación y constituye el entorno donde se desarrolla la actividad comunicativa. Del contexto depende en gran parte la interpretación que el receptor haga del mensaje, así como la forma de ejercer los roles por parte de emisor y receptor.
- **El ruido** es cualquier alteración que tiene lugar durante el proceso comunicativo y, aunque en muchas ocasiones se trata de un fenómeno físico, se considera como tal a cualquier elemento que dificulta la transmisión y la recepción del mensaje.
- **Los filtros** hacen referencia a las barreras mentales, que surgen de los valores, experiencias, conocimientos, expectativas, prejuicios, etc., de emisor y receptor. Son muy importantes pues actúan incluso antes de que se produzca el encuentro entre emisor y receptor.

Figura 1. Esquema de comunicación. Elaboración propia



Elementos no verbales de la comunicación

Cuando se establece una comunicación no sólo se utilizan las palabras, sino que también se emplean diferentes tonos, gestos con las que se acompañan, la postura adoptada, etc. De hecho, muchas veces no es tan importante el contenido de lo que se dice, sino el modo en que se dice. En la práctica sanitaria, para obtener información sobre las reacciones de los pacientes, resulta muy útil prestar atención a sus conductas no verbales: cambios en su cara, en tono de voz, su mirada, sus movimientos corporales, etc. Este tipo de conducta es relativamente difícil de controlar, incluso cuando el paciente intenta ocultarla, de manera que sus sentimientos saltan a la vista de muchas maneras a través de los indicadores no verbales.

La comunicación no verbal es particularmente importante en las situaciones de la salud, más aún cuanto mayor es la tecnificación y la sofisticación de los instrumentos al servicio del personal sanitario. Supone la captación de las señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y a menudo proporcionan mensajes y expresan sentimientos que no están sujetos al análisis directo consciente de quienes interactúan.

Tabla 1. Elementos del lenguaje no verbal (Van-der Hofstadt y Quiles, 2006)

LENGUAJE NO VERBAL	
La expresión facial	La mirada
Los sentimientos y emociones humanas suelen reflejarse en la cara y pueden traducirse en expresiones específicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, etc. así como de una combinación de las mismas. Por lo tanto, resulta necesario prestar atención a la expresión facial de los pacientes para así percibir sus emociones y sentimientos. Las personas que son percibidas como cálidas son aquellas que muestran una sonrisa. Pero más allá de esto, lo importante es que la expresión facial esté en consonancia con lo que se siente, ya que esto facilita la comprensión de la persona.	Constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Entre sus funciones: regula el flujo de la comunicación y proporciona feedback acerca de cómo los demás reaccionan al mensaje emitido. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él. Un contacto demasiado intenso puede resultar amenazador e intimidatorio. Por otra parte, la evitación del contacto visual con el paciente indica informalidad o falta de atención.
La sonrisa	La orientación y postura
Constituye un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas. Además, transmite aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que se sonrío.	La orientación se refiere a la posición relativa de la persona con relación a sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor.

	Para facilitar la comunicación y transmitir interés hacia el paciente es importante adoptar una orientación enfrentada.
La apariencia personal	Los gestos
Hace referencia al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma: aseo personal, ropas y adornos. A través de ello, los demás se generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto	Hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.
El contacto físico	Las automanipulaciones
El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el nivel de acercamiento a la persona. Una cercanía excesiva puede incomodar a la persona, mientras que una distancia demasiado amplia puede dar sensación de frialdad. Además, por medio del tacto se puede expresar la acogida al paciente. Lo importante es que la distancia y el tipo de contacto sean admitidos por ambas partes.	Hacen referencia a gestos tales como tocarnos el pelo, rascarnos la cara o el brazo, tocarnos la nariz, etc. En muchas ocasiones, se producen movimientos con las manos o las piernas y/o pies, cuya principal característica es que son repetitivos, rítmicos y normalmente involuntarios (tipo tic). Ambos tipos de movimientos suelen ser interpretados como señales de incomodidad y ansiedad.

Junto con los elementos no verbales expuestos, se encuentra un conjunto de componentes paraverbales que también adquieren una gran relevancia en la comunicación. Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado.

Los principales **elementos paraverbales** de la comunicación: (Van-der Hofstadt y Quiles, 2006)

- **El volumen de la voz:** la función primordial del volumen es hacer que los mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que van dirigidos. Es importante, que en aquellos elementos en que se quiera enfatizar y captar la atención de la otra persona se utilice un volumen de voz más alto. Por otra parte, cuanto más alto habla una persona más nerviosa se considera que está. Por tanto, es importante encontrar un volumen de voz adecuado y dar un mayor énfasis a lo que se considere más importante.
- **El tono.** El tono refleja la calidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo. Las personas con poca confianza en sí mismas utilizan un tono monótono, con pocas variaciones y un volumen de voz bajo.
- **La velocidad.** La velocidad elevada del habla hace que se corra el riesgo de que la otra persona no entienda el mensaje. Y si por el contrario es muy lenta se corre el riesgo de aburrir a los interlocutores.
- **La fluidez y claridad.** En ocasiones, e independientemente de la velocidad, las palabras no se entienden, porque se entrecortan, por un acento excesivamente

marcado o por otros motivos, lo que, además de impedir que se pueda entender, puede ser objeto de interpretación al atribuirse por ello un determinado estado emocional (normalmente ira o impaciencia). Para evitar estas interpretaciones es preciso abrir la boca al hablar para pronunciar con más claridad.

- **El tiempo de habla.** El uso correcto del mismo supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma, y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice.
- **Las pausas y silencios.** Las pausas y silencios que se producen durante la comunicación pueden tener como objetivo remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso o bien pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción. Por su complejidad y riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo, evitándolo o desviando el tema de la conversación.
- **La latencia de respuesta.** La latencia de respuesta hace referencia al tiempo que se tarda en empezar a hablar una vez que ha terminado de hacerlo el interlocutor. Empezar a hablar antes de que el otro haya terminado indica ansiedad, mientras que hacerlo mucho después puede indicar tristeza, aburrimiento o desinterés.

Proceso de comunicación: cómo emitir y recibir un mensaje.

Para llevar a cabo una buena comunicación, independientemente del ámbito en que ésta tenga lugar, el emisor debe expresar: (Cibanal et al, 2014)

Claramente un contenido	•El emisor debe ser claro, concreto y específico en el contenido que quiere expresar, es decir, debe codificar adecuadamente el mensaje en unos signos capaces de ser reconocidos por el receptor.
Claramente un sentimiento	Es necesario comunicar lo que se siente respecto a lo que se está diciendo. El sentimiento manifiesta al receptor la importancia, el peso y la gravedad del problema o lo que le está comunicando.
Claramente una demanda	•Cuando se comunica algo, de manera implícita o explícita, siempre hay una demanda que debe ser expresada para que el receptor no tenga que interpretar o adivinar lo que necesita el emisor.
La relación	•El emisor debe tener en cuenta la forma en que expresa los contenidos, los sentimientos y las demandas para favorecer un buen entendimiento con el receptor.

Por otro lado, para favorecer la comunicación, el receptor que se encarga de descodificar el mensaje recibido del emisor ha de intentar captar la visión subjetiva y limitada de la realidad del emisor, teniendo en cuenta que el propio receptor también tiene su visión subjetiva, limitada y parcial de la realidad. Se trata de una tarea muy específica que presenta cierta

dificultad dado que es preciso tener en cuenta todos los signos emitidos por la otra persona, así como todos los ruidos que pueden perturbar el mensaje.

De este modo, dado que no es fácil comprender el mensaje del emisor, el receptor ha de presentar ciertas actitudes y clarificaciones que le permitan captar lo que dice. Entre estas actitudes Cibanal et al (2014) destaca:

- **Escucha activa.** Se trata de un tipo de respuesta verbal que recoge contenido real que refleja el mensaje de la persona. En la forma activa de escuchar el receptor trata de entender lo que siente el emisor o lo que significa su mensaje. Posteriormente expone con palabras lo que ha comprendido y le retroinforma para que el emisor lo verifique.

Para desarrollar una adecuada escucha activa es preciso utilizar comportamientos no verbales, manteniendo una distancia adecuada respecto al receptor y adoptando una postura relajada. Además, es importante gestionar los silencios como muestra de disponibilidad y acogida, así como hacer un buen uso del paralenguaje mostrando atención a la otra persona.

- **Feedback.** Se trata de una retroalimentación o de la actitud de devolver a la otra persona lo que ésta acaba de decir, tanto el contenido como el sentimiento o la demanda. El feedback permite a la persona saber si ha sido verdaderamente escuchada por el receptor, así como ser consciente de la influencia que tiene su comportamiento o lo que acaba de decir sobre el otro.
- **Empatía.** Se entiende como la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta el interlocutor, comunicándole esta comprensión y utilizando un lenguaje acomodado a sus sentimientos y entendimiento. La actitud empática supone entender lo que hay detrás de las palabras y los gestos del emisor, entrando en sus percepciones y mostrando cómo las interpretamos y comprendemos, desde una posición de tolerancia. Para comunicar desde una actitud empática es preciso que la persona tenga un conocimiento profundo de sí misma para así poder comprender mejor al otro.
- **Respeto.** Una persona se deja conocer cuando percibe que el interlocutor tiene interés y muestra respeto hacia ella de manera que es capaz de revelarse completamente al otro y así aprende a aumentar su contacto consigo mismo y entenderse mejor.
- **Autenticidad.** Es la capacidad de ser verdadero y honesto con el otro e implica que, si la otra persona ve autenticidad en el emisor, hay mayor posibilidad de que sea más auténtico y que confíe más fácilmente en el mismo. Ante una situación de crisis, la congruencia del receptor favorece la comunicación y ayuda a que la persona cambie y se permita ser ella misma. Además, la autenticidad es la base del resto de actitudes que ha de tener un buen receptor.
- **Inmediatez.** Es la capacidad del receptor de puntualizar los sentimientos, las reacciones y las palabras que la persona expresa. Permite transcribir de manera clara las palabras dirigidas al interlocutor.

Referencias Bibliográficas

Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2014). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Ámsterdam: Elsevier.

Hernández-Padilla, JM. (2014) La enseñanza de las competencias comunicativa y relacional centrada en el alumno [tesis doctoral]. Almería: Universidad de Almería.

Van-Der Hofstadt, C., Quiles, Y. (2006) Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad.

Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, DD. (2008) Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. 1ª ed. Barcelona: Herder.

Comunicación enfermera-paciente

Como se ha podido ver en el tema anterior, la comunicación está presente en todos los ámbitos de la vida y constituye un proceso básico en las relaciones personales. De este modo, la comunicación es un pilar fundamental en el campo de la enfermería, ya que se trata de una profesión cuyo objeto de trabajo y de estudio es la persona. Así, es evidente la necesidad de que los profesionales de enfermería sepan comunicarse adecuadamente para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Esta relación que se establece entre enfermera y paciente es conocida como relación de ayuda, la cual es entendida como un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, el profesional de la salud capta las necesidades del usuario o paciente con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (Cibanal et al, 2014). La persona se concibe como un todo integral y un ser pluridimensional que necesita ayuda para llegar a alcanzar una vida más plena y para lo que precisa de los profesionales de la salud.

Diferentes autores dentro del campo de la salud han tratado de definir adecuadamente la relación enfermera-paciente y de establecer los conocimientos, habilidades y actitudes con las que han de contar los profesionales de enfermería para desarrollar su trabajo y comunicarse con los demás.

Teoría Relaciones Interpersonales en Enfermería de Peplau.

Uno de los autores que se interesó en la definición del modo en que se establece la relación entre enfermera y paciente fue H. Peplau. Esta autora consideraba que la enfermera debe tener conciencia plena y asumir la importancia de las implicaciones que las interrelaciones entre individuos poseen para el proceso de cuidar al otro.

Para ella, el modo en que la enfermera reacciona comunicativamente a las conductas relacionadas con la salud influye de manera determinante sobre el resultado global del proceso de recuperación de los pacientes. De este modo, entiende que el profesional de enfermería ayuda al paciente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración y el desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas. (Peplau, 1993)

Esta autora describe y analiza cuatro fases en la relación enfermera-paciente: (Peplau, 1993)



Peplau considera que lo importante es que la enfermera ayude al paciente a observar su comportamiento, analizarlo, modificarlo y aprender a usar esas nuevas conductas en situaciones de la vida cotidiana.

Teoría Relación de Ayuda de Carkhuff

Otro autor relevante que ha permitido conocer mejor las cualidades básicas que han de tener los enfermeros para establecer una buena relación con el paciente es Carkhuff. Discípulo de Carl Rogers, consideraba la relación de ayuda como el acto de promover en una persona un cambio constructivo en el comportamiento. Esta perspectiva plantea que la relación enfermera-paciente permite que las personas que cuentan con problemas para satisfacer sus necesidades vitales de manera independiente comprendan que hay diferentes modos de enfrentarse a una misma situación. Pero, además, considera que también sirve para potenciar actitudes que ayuden a los usuarios a movilizar sus recursos y desarrollar un funcionamiento óptimo. (Cánovas, 2008)

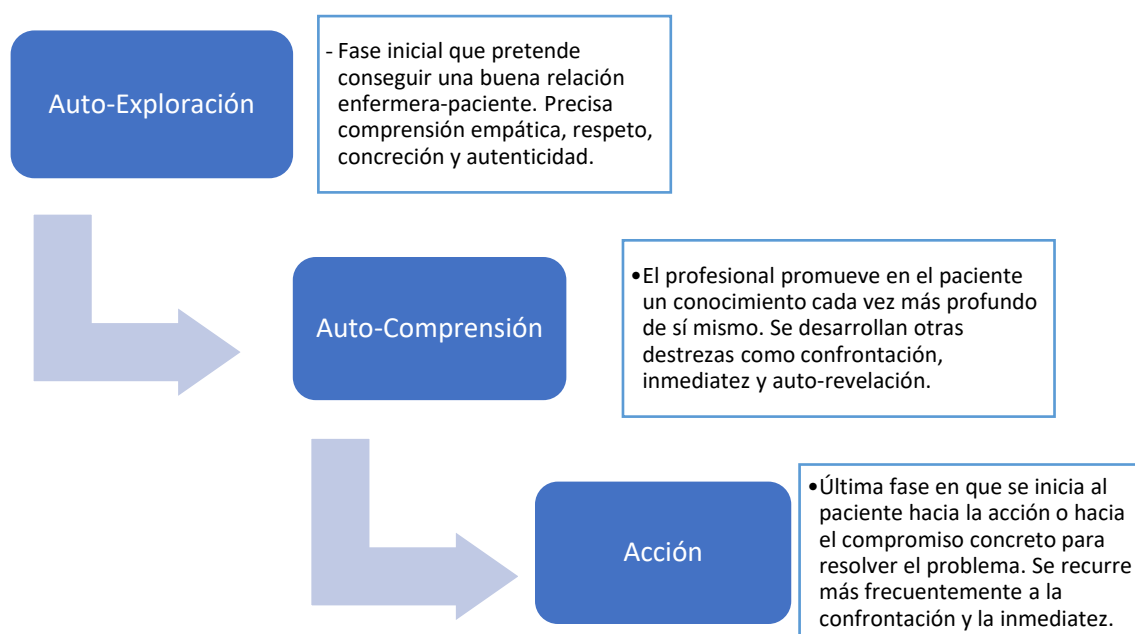
Según este autor, para establecer una adecuada relación enfermera-paciente, el enfermero ha de hacer uso de una serie de destrezas comunicativas más allá de las habilidades básicas que se han de utilizar en toda comunicación (escucha activa, el feedback, la empatía, el respeto, la autenticidad y la inmediatez). Así Carkhuff entiende que el profesional del cuidado debe presentar también: (Cánovas, 2008)

- **Concreción:** se trata de la cualidad que permite centrar el proceso de comunicación de su interlocutor sin permitir que éste último pueda ocultarse tras manifestaciones abstractas. Busca que el paciente tome contacto con las vivencias personales de un modo claro, concreto y específico. Para Carkhuff es la destreza más importante.
- **Confrontación:** busca hacer que el paciente tome conciencia de los elementos que obstaculizan la relación con los demás y el conocimiento de sí mismo. Se trata de una

iniciativa tomada por el profesional de enfermería para hacer ver al paciente las contradicciones presentes en su modo de pensar, sentir o actuar.

- **Autorrevelación:** entendida como la libertad con la que cuenta el terapeuta para comunicar aspectos personales de su propia existencia, siempre que lo considere oportuno. Es considerada como una expresión de la autenticidad mediante la que la enfermera se muestra como tal, dejando al descubierto su naturaleza con el fin de ayudar al paciente.
- **Atención:** Consiste en prestar atención y estimular en el paciente un interés para iniciar un camino de recuperación y su participación en el proceso. Es preciso atender lo físico, observar a la persona y escuchar, asimilando y recordando lo más fielmente posible lo que el otro está diciendo.
- **Respuesta:** La intervención de respuesta promueve en el cliente la exploración de sí mismo y clarifica en qué punto se encuentra. Hay que responder al contenido y al sentimiento recogiendo el estado de ánimo y ayudando a descubrir la relación entre la situación externa (lo que se dice) y la reacción emocional que causan (lo que se siente).
- **Personalización:** Ayuda a profundizar en el conocimiento de sí mismo y a comprender la distancia entre la situación en la que se encuentra en ese momento y el nivel que quiere llegar

Partiendo de estos componentes y destrezas fundamentales en la relación de ayuda, Carkhuff plante un modelo de tres fases: (Cánovas, 2008)



Modelos prácticos para establecer una buena comunicación enfermera-paciente

Como se ha podido observar, para establecer una adecuada relación enfermera-paciente es preciso tener en cuenta una serie de habilidades y destrezas que favorezcan la comunicación y ayuden en el desarrollo de las conductas de salud de los pacientes. Si bien es cierto, el

conocimiento de estas destrezas no es suficiente, sino que es preciso saber adoptar las mismas y saber adaptarse a las características de los pacientes para favorecer su implicación en la relación.

Para esto, se han ido desarrollando diferentes modelos que han planteado un esquema a seguir para ayudar a los enfermeros a establecer la relación con el paciente. Entre estos modelos en los últimos años ha destacado ampliamente el modelo conocido como SAGE & THYME®, así como el marco SEGUE.

SAGE&THYME®

Este modelo fue desarrollado por trabajadores del University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust y un paciente en 2006. Recoge una estructura secuencial que guía al enfermero para que pueda aplicar un cuidado centrado en el paciente y basado en la escucha activa y en la respuesta a las preocupaciones del mismo, de manera que el enfermero sea capaz de **escuchar, identificar y clarificar** las soluciones del paciente, sin ejercer una actitud directiva. La primera parte, SAGE, es una guía para escuchar las preocupaciones del paciente, y la segunda parte, THYME, es una guía para responder a las mismas. (Connolly et al, 2010)

Tabla 1. Modelo SAGE&THYME (Connolly et al, 2010)

S (SETTING)	Establecer un ambiente adecuado, asegurando la privacidad, sentando al paciente y estableciendo contacto visual con el mismo. Es importante exponer el tiempo con el que se cuenta, intentar minimizar las interrupciones y presentarse al iniciar el contacto, para que el paciente sepa las circunstancias en las que se encuentra.
A (ASK)	Realizar preguntas concretas acerca de las preocupaciones del paciente, haciendo uso de la negociación sobre todo con aquellas personas que parecen mostrar reticencia a la hora de hablar sobre ellos mismos.
G (GATHER)	Identificar todas las preocupaciones del paciente, evitando quedarse únicamente con lo primero que el paciente diga, que no suele ser lo más importante, y ahondar en todas sus inquietudes. No centrarse en aconsejar, sino en recoger todas las preocupaciones, incluso realizando una lista de las mismas, preguntando al paciente si lo que se ha recogido es lo que quería decir y preguntándole en todo momento si quiere añadir algo más a lo ya dicho. Al realizar todo esto, el paciente observa que el enfermero está interesado en lo que dice y le da tiempo para que pueda expresarse con libertad. No es necesario conocer todas las preocupaciones en profundidad sino recoger todas las existentes
E (EMPATHY)	Dar tiempo al paciente, mostrando tranquilidad y tratando de conocer sus emociones y preocupaciones, lo cual muestra que existe conexión con el estrés que presenta. Dar tiempo para que el paciente pueda pensar, llorar o ambos y para que pueda ver que el enfermero está interesado en lo que expresa.
Recordar al paciente que no está solo con sus preocupaciones y que debe acudir a aquellas personas en las que confíe para poder hablar	T (TALK)

<p>acerca de las mismas. El paciente no tiene que estar solo y el enfermero ha de indicarle que hablar acerca de su estrés es bueno y que no debe centrarse sólo en hablar con los profesionales de la salud.</p> <p>Si bien es cierto, puede haber personas que no cuenten con personas cercanas y la labor del enfermero es ofrecerle ayuda para encontrar soluciones.</p>	
<p>Preguntar al paciente si las personas con las que cuenta le sirven de ayuda para poder conocer el apoyo con el que cuenta.</p>	H (HELP)
<p>Preguntar al paciente qué cree que puede ayudarlo y animarlo para que muestre las ideas que creen que pueden ayudarlo y piense acerca de ello. Es importante insistir en que el paciente piense y busque soluciones a sus problemas, y tratar de evitar dar soluciones externas.</p> <p>Dar tiempo y espacio para que consideren las soluciones posibles a sus problemas</p>	Y (YOU)
<p>Preguntar al paciente qué es lo que cree que el enfermero puede hacer por él y negociar acerca de lo que se puede hacer.</p> <p>Preguntar si desea conocer el punto de vista del enfermero.</p> <p>Ofrecer sugerencias basadas en las necesidades que el paciente ha ido mostrando anteriormente.</p>	M (ME)
<p>Realizar un resumen de lo expuesto acerca de sus preocupaciones, de los apoyos con los que cuenta, de las ideas que creen que pueden ayudarlo y de la lista de tareas que el profesional de la salud considera relevante dada la situación.</p> <p>Terminar haciendo una pregunta de cierre para que el paciente sea consciente de que la interacción termina y pueda realizar el último comentario.</p>	E (END)

Marco Teórico SEGUE

Este modelo consiste en una guía de tareas que se aconseja seguir ante un encuentro con un paciente que cuenta con un problema o al que es preciso implantar o modificar algún tipo de intervención. (Makoul, 2001)

Tabla 2. Marco Teórico SEGUE (Makoul, 2001)

SET THE STAGE	
<p>Saludar al paciente adecuadamente, confirmar su identidad y presentarse ante él. Si ha habido un encuentro anterior, expresarlo.</p>	<p>Hacer un esquema de lo que se va a tratar, preguntando al paciente si quiere tratar algo en concreto y negociándolo.</p>
<p>Establecer la razón de la visita.</p>	<p>Tratar de conocer al paciente personalmente, estableciendo una conexión con él.</p>
<p>Mantener la privacidad del paciente en todo momento.</p>	
ELICIT INFORMATION	

Preguntar al paciente su punto de vista acerca de su situación o su progreso.	Explorar signos y síntomas físicos, emocionales y psicosociales
Preguntar acerca de los tratamientos e intervenciones previas que ha seguido el paciente.	Preguntar acerca del modo en que influye su problema actual en su calidad de vida.
Preguntar sobre su estilo de vida y la forma en que previene ciertos problemas.	Evitar preguntas directivas que parecen afirmaciones y usar preguntas cerradas.
Dar al paciente tiempo para hablar.	Escuchar de manera atenta, mirando a la cara al paciente y dando feedback.
Comprobar y clarificar la información aportada por el paciente	
GIVE INFORMATION	
Explicar los procedimientos a realizar con el paciente, exponiendo las razones para hacerlos.	Explicar toda la información relativa a su situación para que el paciente pueda aprender a conocer su propio cuerpo.
Animar al paciente a que haga preguntas y comprobar si está entendiendo la información que se le está aportando.	Adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del paciente.
UNDERSTAND THE PATIENT'S PERSPECTIVE	
Reconocer los progresos del paciente y los desafíos a los que se está enfrentando.	Reconocer la posible espera que ha tenido que sufrir el paciente antes de comenzar el encuentro.
Expresar empatía y preocupación, haciendo ver que se le entiende.	Mantener un tono respetuoso, aunque no se esté de acuerdo con el paciente. Evitar ser condescendiente, protector o maleducado.
END THE ENCOUNTER	
Preguntar al paciente si quiere decir algo más.	Revisar los pasos a seguir con el paciente.

Referencias bibliográficas

Cánovas, M. A. (2008). La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral, Universidad de Murcia, España.

Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2014). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Ámsterdam: Elsevier.

Connolly, M., Perryman, J., McKenna, Y., Orford, J., Thomson, L., Shuttleworth, J., Cocksedge, S. (2010) SAGE&THYME: A model for training health and social care professionals in patient-focused support. *Patient Education and Counseling*, 79: 87-93.

Makoul, G. (2001) The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45: 23-34.

Peplau, H.E. (1993) Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Comunicación enfermera con otros profesionales

Como se ha visto anteriormente, cuando se habla de comunicación en enfermería no se hace referencia únicamente a la que puede establecer el enfermero con el paciente o su familia, sino que también se incluye la comunicación que el enfermero ha de tener con el resto de profesionales de la salud para poder aportar un cuidado integral y de calidad al paciente. Así, en su quehacer diario el enfermero interactúa con diferentes profesionales que ejercen su labor en el mismo contexto sociosanitario y cuyas experiencias comunicativas influyen mutuamente en su desempeño.

Características de las relaciones interprofesionales

Los enfermeros suelen pertenecer a equipos interdisciplinarios ya que existen múltiples disciplinas envueltas en el cuidado de los mismos pacientes. Además, estas disciplinas incluyen una amplia diversidad de conocimientos y habilidades requeridas para atender al paciente y cuentan con objetivos comunes, por lo que precisan compartir información y coordinar sus servicios a través de eficaces procesos comunicativos que incluyen encuentros cara a cara.

La colaboración en el ámbito sanitario es entendida como la acción en que los profesionales de la salud asumen roles complementarios y trabajan juntos de forma cooperativa, compartiendo la responsabilidad en la resolución de problemas y tomando decisiones para plantear y desarrollar los planes de cuidados de los pacientes. La colaboración entre médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud incrementa la conciencia acerca de todos los componentes del equipo y de los conocimientos y habilidades con los que cuentan cada uno de ellos, llevando a mejorar de forma considerable el cuidado del paciente. (O'Daniel y Rosenstein, 2008)

Los equipos eficaces se caracterizan por tener confianza, respeto y colaboración entre sus miembros. Así, el trabajo en equipo supone que todos los componentes trabajan para conseguir un objetivo que tienen en común mediante el planteamiento de intervenciones integradas. El paciente encuentra que la comunicación es más fácil con el equipo cohesionado, en lugar de con numerosos profesionales que no saben lo que otros están haciendo para con él.

Para que el equipo de trabajo sea exitoso y consiga trabajar con un objetivo común y de manera cohesiva, se habla de la necesidad de que presente una serie de características entre las que destacan: (O'Daniel y Rosenstein, 2008)

Comunicación abierta.	Ambiente no punitivo, sin castigos a las aportaciones ni los errores cometidos.	Dirección clara que favorezca el orden en el equipo.	Definición clara de los roles y tareas de cada miembro del equipo.	Ambiente respetuoso.
Reparto de responsabilidad ante la consecución de éxitos en los cuidados del paciente.	Balance adecuado de la participación de todos los miembros en la tarea a realizar.	Reconocimiento del conflicto y contar con habilidades para trabajar con el mismo.	Especificaciones claras sobre autoridad y responsabilidad	Procedimientos claros y conocidos para la toma de decisiones
	Comunicación periódica y rutinaria e intercambio de información	Entorno habilitador, incluido el acceso a los recursos necesarios	Evaluación de los resultados y ajustarlos en consecuencia.	

Si bien es cierto, cabe destacar que fomentar un entorno de colaboración en equipo puede contar con una serie de barreras como la necesidad de estar más tiempo trabajando, la percepción de pérdida de autonomía, la falta de confianza en las decisiones de los demás, el enfrentamiento de diferentes percepciones, la demarcación del territorio y la falta de conciencia acerca del conocimiento y las habilidades que poseen colegas de otras disciplinas y profesiones. Sin embargo, la mayoría de estos obstáculos pueden superarse con una actitud abierta y sentimientos de respeto y confianza mutuos. De hecho, un buen trabajo en equipo y una buena comunicación son factores demostrados que mejoran la labor cuidadora, así como la satisfacción laboral. (O'Daniel y Rosenstein, 2008)

De hecho, se ha observado que la comunicación inadecuada en los equipos de salud contribuye directamente en la aparición de eventos críticos y resultados clínicos adversos, así como en la expresión de insatisfacción por parte de los pacientes que ven que la atención es inconsistente entre los miembros del equipo que les cuidan. Desafortunadamente, muchos trabajadores de la salud están acostumbrados a una comunicación y trabajo en equipo deficientes, como resultado de una cultura de bajas expectativas que se ha desarrollado en muchos entornos de atención médica. (O'Daniel y Rosenstein, 2008)

Por el contrario, la investigación muestra que una comunicación efectiva puede generar resultados muy positivos como un mejor flujo de información, intervenciones más efectivas, seguridad mejorada, mayor moral de los empleados, mayor satisfacción de los pacientes y la familia y disminución de la duración de los ingresos hospitalarios.

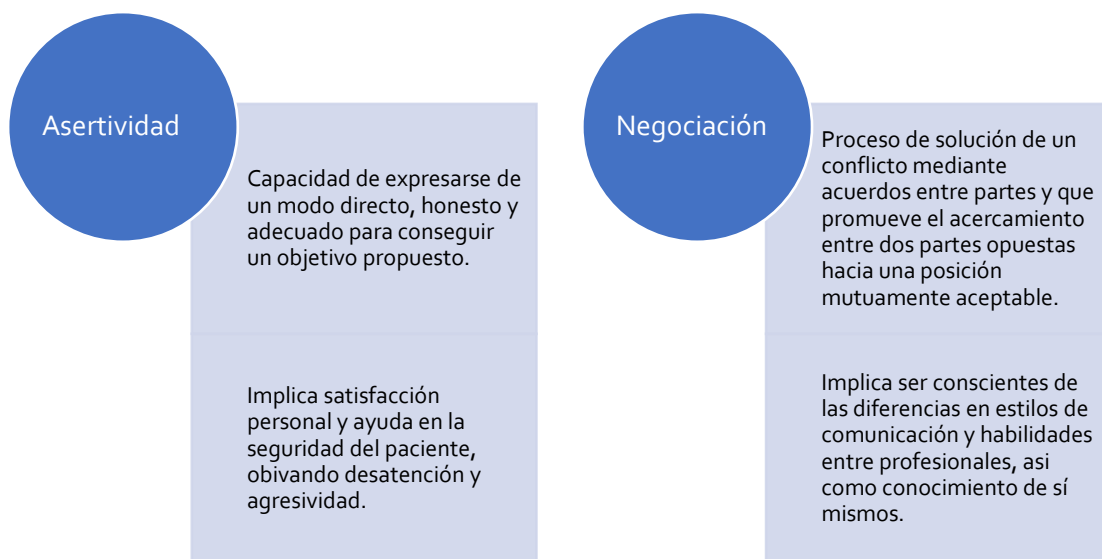
De este modo, una comunicación adecuada entre el personal alienta el trabajo en equipo efectivo y promueve la continuidad y la claridad dentro del equipo de atención al paciente. En el mejor de los casos, una buena comunicación fomenta la colaboración, fomenta el trabajo en equipo y ayuda a prevenir errores.

Cualidades fundamentales en la comunicación interprofesional

Dado que se ha observado que una buena comunicación entre los profesionales de la salud tiene importantes repercusiones sobre la calidad del cuidado y la salud de los pacientes, diferentes autores han considerado una serie de requisitos o cualidades con las que deben contar estos profesionales.

De este modo, para conseguir una comunicación efectiva en los entornos de salud, es importante llevar a cabo esfuerzos a tres niveles: individual, equipo y organización.

- **A nivel individual.** Se ha observado que los enfermeros deben hacer uso de las destrezas comunicativas que se consideran fundamentales a la hora de establecer una relación interpersonal como la escucha activa, la empatía, el respeto, la autenticidad, la concreción, la confrontación y la inmediatez, pero que además han de ser capaces de incorporar a la comunicación con otros profesionales las habilidades de asertividad y negociación. (Victorian Government, 2010)



- **A nivel de equipo.** Se ha observado que los profesionales que conforman los equipos de salud suelen contar con diferentes estilos de comunicación, así como con diferente formación específica en este campo, por lo que la comunicación puede verse comprometida. Es por ello que, dentro de un equipo, los procesos comunicativos han de ir orientados a garantizar, además de la colaboración, la credibilidad, la compasión y la coordinación. (Victorian Government, 2010)
 - o **Credibilidad.** Los profesionales que forman parte del equipo han de ser concretos en su lenguaje y evitar ambigüedades a la hora de comunicarse. Además, han de ser capaces de adaptar su jerga comunicativa al contexto donde se encuentran, teniendo en cuenta las características de los profesionales involucrados. Haciendo uso de estas habilidades junto con la asertividad, la credibilidad de sus relaciones está garantizada.
 - o **Compasión.** Los enfermeros han de mostrar consideración en los encuentros con otros profesionales, haciéndoles ver que sus preocupaciones son las mismas, para así favorecer un clima laboral distendido y abierto. Además, es importante que sepan apoyar a los compañeros que lo necesiten y sean capaces de defender los derechos del equipo de un modo asertivo. Mostrar esta actitud compasiva ayuda de manera determinante a construir un equipo más sólido y unido.
 - o **Coordinación.** Se trata de la cualidad de la enfermera para funcionar como eje comunicativo del equipo al que pertenece. Para ello es preciso que sea capaz de liderar comunicativamente y que cuente con las habilidades y destrezas expuestas anteriormente.
- **A nivel organizacional.** Se ha observado que la cultura organizacional juega un papel importante para facilitar y apoyar la comunicación efectiva entre los profesionales por lo que es interesante que se establezcan canales abiertos para la comunicación, la transparencia y la confianza y que se fomente la contratación de líderes cualificados. Para ello, la organización debe implementar políticas y procedimientos de

identificación de líderes clínicos para impulsar mejoras en la comunicación y la seguridad del paciente. Además, para apoyar esta comunicación efectiva es importante que se evalúe la cultura organizacional, se identifiquen áreas de mejora, se fomente y promueva la cooperación y el trabajo en equipo, se cree un ambiente de seguridad en el que puedan participar todos los profesionales y se proporcionen recursos y estrategias de comunicación apropiadas para garantizar un intercambio eficaz de información. (Victorian Government, 2010)

Modelo práctico para establecer una buena comunicación con otros profesionales.

Tal y como se pudo ver en el apartado de comunicación enfermera-paciente, partiendo de lo expuesto en la literatura acerca de la importancia de la comunicación efectiva entre los miembros de los equipos de salud, se han intentado desarrollar modelos y técnicas con las que poder formar a estos profesionales para contar con las habilidades precisas y para poder ponerlas en práctica en su labor diaria.

De este modo surge la técnica SBAR, la cual provee un marco teórico para la comunicación entre los miembros del equipo de cuidados sobre el estado de los pacientes a su cargo. La técnica SBAR es una herramienta fácil de recordar que sirve para enmarcar cualquier conversación, especialmente aquellas referidas a situaciones que requieren de decisiones rápidas y que requieren la atención y acción inmediata de otros profesionales de la salud. Permite desarrollar el trabajo en equipo y fomentar una cultura de seguridad para el paciente. (Permanente, 2017)

Esta técnica se ha planteado para ser usada cuando un enfermero ha de ponerse en contacto con otro profesional de la salud, principalmente un médico, para poder tomar una decisión acerca del estado de salud de un paciente.

Debido a esto, se recomienda usar todas las alternativas posibles para entrar en contacto con el profesional de salud, no demorando los intentos más allá de 5 minutos, con el fin de obtener una respuesta lo antes posible.

Si bien es cierto, antes de tener que acudir a este profesional se recomienda que se evalúe de manera individual al paciente, se hable con los compañeros que se encuentran cerca, se revisen las instrucciones aportadas por el médico acerca del paciente, se conozca adecuadamente el diagnóstico del paciente y se revise el seguimiento del paciente, así como lo expuesto por los compañeros de los turnos anteriores. Si aun así es preciso entrar en contacto con el profesional de la salud porque no se puede dar respuesta la necesidad del paciente, es importante tener toda la documentación relacionada con el mismo a mano: gráficos, hoja de medicación, alergias, hoja de tratamiento, pruebas recientes, signos vitales recientes y estado actual.

A la hora de llamar al profesional de la salud es importante seguir los pasos siguientes que conforman la técnica SBAR propiamente dicha: (Permanente, 2017)

<p>S (SITUATION)</p>	<p>¿Cuál es la situación por la que está llamando? Identificarse como enfermero, recogiendo la unidad en la que se encuentra, el paciente y el número de la habitación.</p>
-----------------------------	---

	Explicar brevemente el problema, qué es, cuándo sucedió o comenzó, y cómo de grave se percibe.
B (BACKGROUND)	Aportar la información de antecedentes pertinente relacionada con la situación incluyendo el diagnóstico de ingreso y la fecha de admisión, la lista de medicación actual, alergias, tratamientos intravenosos y las pruebas de laboratorio realizadas. Aportar los signos vitales más recientes, los resultados de laboratorio previos para comparación y el estado en que se encuentra el paciente (código).
A (ASSESSMENT)	¿Cuál es la evaluación de la enfermera sobre la situación? Aportar lo que la enfermera cree que puede estar pasando.
R (RECOMMENDATION)	¿Cuál es la recomendación de la enfermera o qué quiere? Aportar lo que considera que se debería hacer como por ejemplo que el paciente necesita que se le vea, que es preciso cambiar algún tipo de medicación etc. No debe esperar a que se le diga la solución, sino que debe aportar también.

Como es natural, tras llevar a cabo estos pasos y tomar decisiones acerca del paciente, la enfermera debe documentar los cambios realizados, el estado del paciente y el contacto con el profesional de la salud pertinente.

Referencias bibliográficas

Permanente, K. (2017) SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

O'Daniel, M., Rosenstein, A.H. (2008) Professional communication and team collaboration. En Huye, R.G. (Eds.) *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Victorian Government (2010) *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*. Melbourne: Department of Health.

10.5. Anexo 5. Escenarios para el trabajo en el GPE de la comunicación centrada en el paciente

CASO PRÁCTICO 1

Información para el alumno

Dña. María Díaz Bravo tiene 79 años es viuda y vive en una residencia desde hace 7 meses. Tiene 3 hijos que viven cerca de la residencia y la visitan con frecuencia. María es una señora muy colaboradora con el personal de la residencia y está muy bien integrada en el día a día de la misma. Necesita supervisión para llevar a cabo las AVD.

Desde hace unos días, María se muestra menos colaboradora, con una actitud triste y le ha comentado a alguna compañera que tiene la sensación de que se le olvidan las cosas. Eres la/el enfermera/o de la residencia de ancianos donde vive María y en la hora del desayuno notas que María se muestra un poco cabizbaja por lo que intentas averiguar qué es lo que le pasa.

Información para el actor

Escenario

María está sentada en el comedor con más gente. Su semblante es triste y no habla. Le tienen que preguntar varias veces para que María exponga lo que le preocupa.

María puede mostrarse reticente a hablar porque necesita más privacidad ya que está con el resto de los residentes en el comedor.

Aunque al principio María no habla mucho, si el enfermero le hace preguntas abiertas (¿qué te pasa María?) y le da tiempo para hablar, María dice de primeras que sus hijos llevan varias semanas sin visitarle. El enfermero debe seguir preguntando a María por cómo se siente con respecto a que no le visiten, y sólo si le pregunta, María dirá que se siente triste por ello ya que los echa de menos. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, María debe decir que le gustaría llamarles para hablar con ellos. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a María que qué le pasa, no des el resto de la información, sólo le dices lo primero (que sus hijos llevan varias semanas sin visitarle).

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado María y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, María dirá que está un poco preocupada porque últimamente siente que se le olvidan las cosas y no recuerda si felicitó a su hijo por su cumpleaños que fue hace una semana. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

De manera general, María se muestra bastante callada, hay que insistirle para que hable y se le ve triste. El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a María si tiene alguien que le ayude o con quien pueda hablar, María dirá que tiene un par de amigas en la residencia. Si le pregunta si puede contar con ellas, María dirá que cree que sí. Si el enfermero no pregunta, no se dice nada.

Si el enfermero pregunta a María cómo cree que se podría encontrar mejor, María en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, María sugerirá que podría tener una agenda donde apuntar cuándo llama a sus hijos y quizás hacer alguna actividad de las que hacen en la residencia para mejorar la memoria. Si el enfermero no le pregunta a María, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a María que cómo cree que él puede ayudarlo. Si lo pregunta, María puede decirle que sería de ayuda que le ayudara con la agenda para recordar las cosas y que hablara con los que organizan los talleres de memoria para ver si podía acudir.

CASO PRÁCTICO 2

Información para el alumno

Antonio Castillo Rodríguez tiene 88 años y vive en una residencia desde noviembre de 2015. Sus 2 hijos y su mujer lo visitan asiduamente y tienen una buena relación con él. Antonio es muy colaborador y participa activamente en todas aquellas actividades de la residencia, aunque requiere de actividades de suplencia parcial para las necesidades de comer y beber, eliminación, higiene y moverse.

La pasada semana Antonio sufrió una caída y, pese a que no tuvo consecuencias importantes en su salud, desde entonces Antonio se ha mostrado menos participativo en las actividades de la residencia y más dependiente para las necesidades para las que precisaba suplencia parcial.

Eres la/el enfermera/o de la residencia de ancianos donde vive Antonio y tras observar este cambio de comportamiento, te animas a hablar con él para ver lo que ocurre.

Información para el actor

Escenario

Antonio está sentado en la sala de la televisión junto con otros residentes. Se muestra tranquilo, aunque poco hablador. Antonio puede mostrarse reticente a hablar porque necesita más privacidad ya que está con el resto de los residentes en la sala.

Al principio, cuando el enfermero le pregunta a Antonio qué le pasa, Antonio no expresa que tenga ningún problema y niega que su comportamiento haya cambiado. Cuando el enfermero le pregunte de nuevo sobre lo que le pasa, Antonio dice que es la primera vez que se ha caído desde que está en la residencia. El enfermero debe seguir preguntando a Antonio por cómo se siente por ello, y sólo si le pregunta, Antonio dirá que tiene un poco de miedo por si le vuelve a ocurrir. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, Antonio debe decir que necesita ayuda para sentirse seguro. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a Antonio que qué le pasa, no des el resto de la información.

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado Antonio y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, Antonio dirá que no quiere preocupar a su mujer y por eso está más quieto, para evitar caerse de nuevo. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a Antonio si tiene alguien que le ayude o con quien pueda hablar, Antonio dirá que tiene a su mujer e hijos. Si le pregunta si puede contar con ellos, Antonio dirá que cree que sí, aunque no quiere preocuparles. Si el enfermero no pregunta, no se dice nada.

Si el enfermero pregunta a Antonio cómo cree que se podría encontrar mejor, Antonio en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, sugerirá que estos primeros días podría tener a alguien de la residencia un poco más pendiente de él y que sus familiares podrían visitarlo un poco más frecuente, para así acompañarlo en sus paseos. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a Antonio que cómo cree que él puede ayudarle. Si lo pregunta, Antonio puede decirle que sería de ayuda que en los ratos después del desayuno cuando da su paseo, le acompañe y que hablase con su familia para que le visitara un poco más.

CASO PRÁCTICO 3

Información para el alumno

Doña Dolores Martínez Rubio tiene 69 años, vive en casa sola y es independiente para las AVD. No tiene familia cercana.

Desde hace unos meses, Dolores ha estado con una sintomatología respiratoria (tos, esputo sanguinolento, disnea) que le llevó a urgencias. Allí le hicieron varias pruebas, entre ellas una placa de tórax en la que se observó lo que puede ser una masa pulmonar. Ahora mismo Dolores está ingresada a la espera de hacerse nuevas pruebas diagnósticas.

Eres el/la enfermero/a de planta y acudes a la habitación de Dolores en tu visita rutinaria (la habitación es compartida). Observas que Dolores está bastante seria y su gesto es de preocupación, así que decides hablar con ella para ver cómo se encuentra.

Información para el actor

Escenario

Dolores se encuentra en su habitación. Su semblante es serio y no habla. Dolores puede mostrarse reticente a hablar porque necesita más privacidad ya que el familiar de la compañera está en la habitación.

Cuando le empiezan a preguntar, Dolores habla con un tono de voz bajo y le cuesta decir varias palabras seguidas. Al principio le cuesta, pero al insistir, Dolores dice que lleva varios días sin dormir. El enfermero debe seguir preguntando a Dolores por cómo se siente, y sólo si le pregunta, Dolores dirá que está muy preocupada y con mucho miedo ante la posibilidad de que tenga un cáncer. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, Dolores debe decir que le gustaría que le dijeran lo que le pasa. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a Dolores que qué le pasa, no des el resto de la información.

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado Dolores y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, Dolores dirá que está un poco preocupada porque no tiene familia cercana y siente que va a estar sola en todo el proceso. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

De manera general, Dolores se muestra aturrida, hay que insistirle para que hable y se le ve triste. El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a Dolores si tiene alguien que le ayude o con quien pueda hablar, Dolores dirá que no tiene familia cercana, salvo una amiga de la infancia. Si le pregunta si puede contar con ellas, Dolores dirá que cree que sí. Si el enfermero no pregunta, no se dice nada.

Si el enfermero pregunta a Dolores cómo cree que se podría encontrar mejor, Dolores en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, Dolores sugerirá que estaría bien que pudiese ir alguien a hablar con ella sobre lo que puede pasar con las pruebas y localizar a su amiga. Si el enfermero no le pregunta a Dolores, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a Dolores que cómo cree que él puede ayudarle. Si lo pregunta, Dolores puede decirle que sería de ayuda que le ayudara a localizar a su amiga y que él junto con el médico podrían hablar con ella sobre el proceso que está atravesando, para poder preguntar todas las dudas.

10.6. Anexo 6. Casos para el trabajo en el GRP de la comunicación centrada en el paciente

CASO PRÁCTICO 1

Información para el alumno que actúa como enfermero

Dña. María Díaz Bravo tiene 79 años es viuda y vive en una residencia desde hace 7 meses. Tiene 3 hijos que viven cerca de la residencia y la visitan con frecuencia. María es una señora muy colaboradora con el personal de la residencia y está muy bien integrada en el día a día de la misma. Necesita supervisión para llevar a cabo las AVD.

Desde hace unos días, María se muestra menos colaboradora, con una actitud triste y le ha comentado a alguna compañera que tiene la sensación de que se le olvidan las cosas. Eres la/el enfermera/o de la residencia de ancianos donde vive María y en la hora del desayuno notas que María se muestra un poco cabizbaja por lo que intentas averiguar qué es lo que le pasa.

Información para el alumno que actúa como paciente

Escenario

María está sentada en el comedor con más gente. Su semblante es triste y no habla. Le tienen que preguntar varias veces para que María exponga lo que le preocupa.

María puede mostrarse reticente a hablar porque necesita más privacidad ya que está con el resto de los residentes en el comedor.

Aunque al principio María no habla mucho, si el enfermero le hace preguntas abiertas (¿qué te pasa María?) y le da tiempo para hablar, María dice de primeras que sus hijos llevan varias semanas sin visitarle. El enfermero debe seguir preguntando a María por cómo se siente con respecto a que no le visiten, y sólo si le pregunta, María dirá que se siente triste por ello ya que los echa de menos. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, María debe decir que le gustaría llamarles para hablar con ellos. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a María que qué le pasa, no des el resto de la información (sólo dices que tus hijos llevan varias semanas sin visitarte y punto).

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado María y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, María dirá que está un poco preocupada porque últimamente siente que se le olvidan las cosas y no recuerda si felicitó a su hijo por su cumpleaños que fue hace una semana. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

De manera general, María se muestra bastante callada, hay que insistirle para que hable y se le ve triste. El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a María si tiene a alguien que le ayude o con quien pueda hablar, María dirá que tiene un par de amigas en la residencia. Si le pregunta si puede contar con ellas, María dirá que cree que sí. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

Si el enfermero pregunta a María cómo cree que se podría encontrar mejor, María en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, María sugerirá que podría tener una agenda donde apuntar cuándo llama a sus hijos y quizás hacer alguna actividad de las que hacen en la residencia para mejorar la memoria. Si el enfermero no le pregunta a María, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a María que cómo cree que él puede ayudarle. Si lo pregunta, María puede decirle que sería de ayuda que le ayudara con la agenda para recordar las cosas y que hablara con los que organizan los talleres de memoria para ver si podía acudir.

CASO PRÁCTICO 2

Información para el alumno que actúa de enfermero

Antonio Castillo Rodríguez tiene 88 años y vive en una residencia desde noviembre de 2015. Sus 2 hijos y su mujer lo visitan asiduamente y tienen una buena relación con él. Antonio es muy colaborador y participa activamente en todas aquellas actividades de la residencia, aunque requiere de actividades de suplencia parcial para las necesidades de comer y beber, eliminación, higiene y moverse.

La pasada semana Antonio sufrió una caída y, pese a que no tuvo consecuencias importantes en su salud, desde entonces Antonio se ha mostrado menos participativo en las actividades de la residencia y más dependiente para las necesidades para las que precisaba suplencia parcial.

Eres la/el enfermera/o de la residencia de ancianos donde vive Antonio y tras observar este cambio de comportamiento, te animas a hablar con él para ver lo que ocurre.

Información para el alumno que actúa de paciente

Escenario

Antonio está sentado en la sala de la televisión junto con otros residentes. Se muestra tranquilo, aunque poco hablador. Antonio puede mostrarse reticente a hablar porque necesita más privacidad ya que está con el resto de los residentes en la sala.

Al principio, cuando el enfermero le pregunta a Antonio qué le pasa, Antonio no expresa que tenga ningún problema y niega que su comportamiento haya cambiado. Cuando el enfermero le pregunte de nuevo sobre lo que le pasa, Antonio dice que es la primera vez que se ha caído desde que está en la residencia. El enfermero debe seguir preguntando a Antonio por cómo se siente por ello, y sólo si le pregunta, Antonio dirá que tiene un poco de miedo por si le vuelve a ocurrir. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, Antonio debe decir que necesita ayuda para sentirse seguro. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a Antonio que qué le pasa, no des el resto de la información (sólo dices que es la primera vez que te has caído en la residencia y punto).

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado Antonio y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, Antonio dirá que no quiere preocupar a su mujer y por eso está más quieto, para evitar caerse de nuevo. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a Antonio si tiene a alguien que le ayude o con quien pueda hablar, Antonio dirá que tiene a su mujer e hijos. Si le pregunta si puede contar con ellos, Antonio dirá que cree que sí, aunque no quiere preocuparles. Si el enfermero no pregunta, no se dice nada.

Si el enfermero pregunta a Antonio cómo cree que se podría encontrar mejor, Antonio en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, sugerirá que estos primeros días podría tener a alguien de la residencia un poco más pendiente de él y que sus

familiares podrían visitarle un poco más frecuente, para así acompañarle en sus paseos. Si el enfermero no le pregunta, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a Antonio que cómo cree que él puede ayudarle. Si lo pregunta, Antonio puede decirle que sería de ayuda que en los ratos después del desayuno cuando da su paseo, le acompañe y que hablase con su familia para que le visitara un poco más.

CASO PRÁCTICO 3

Información para el alumno que actúa de enfermero

Doña Dolores Martínez Rubio tiene 69 años, vive en casa sola y es independiente para las AVD. No tiene familia cercana.

Desde hace unos meses, Dolores ha estado con una sintomatología respiratoria (tos, esputo sanguinolento, disnea) que le llevó a urgencias. Allí le hicieron varias pruebas, entre ellas una placa de tórax en la que se observó lo que puede ser una masa pulmonar. Ahora mismo Dolores está ingresada a la espera de hacerse nuevas pruebas diagnósticas.

Eres el/la enfermero/a de planta y acudes a la habitación de Dolores en tu visita rutinaria (la habitación es compartida). Observas que Dolores está bastante seria y su gesto es de preocupación, así que decides hablar con ella para ver cómo se encuentra.

Información para el alumno que actúa de paciente

Escenario

Dolores se encuentra en su habitación. Su semblante es serio y no habla. Dolores puede mostrarse reticente a hablar porque necesita más privacidad ya que el familiar de la compañera está en la habitación.

Cuando le empiezan a preguntar, Dolores habla con un tono de voz bajo y le cuesta decir varias palabras seguidas. Al principio le cuesta, pero al insistir, Dolores dice que lleva varios días sin dormir. El enfermero debe seguir preguntando a Dolores por cómo se siente, y sólo si le pregunta, Dolores dirá que está muy preocupada y con mucho miedo ante la posibilidad de que tenga un cáncer. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, Dolores debe decir que le gustaría que le dijeran lo que le pasa. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a Dolores que qué le pasa, no des el resto de la información (dices que llevas varias noches sin dormir y punto).

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado Dolores y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, Dolores dirá que está un poco preocupada porque no tiene familia cercana y siente que va a estar sola en todo el proceso. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

De manera general, Dolores se muestra aturdida, hay que insistirle para que hable y se le ve triste. El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a Dolores si tiene a alguien que le ayude o con quien pueda hablar, Dolores dirá que no tiene familia cercana, salvo una amiga de la infancia. Si le pregunta si puede contar con ellas, Dolores dirá que cree que sí. Si el enfermero no pregunta, no se dice nada.

Si el enfermero pregunta a Dolores cómo cree que se podría encontrar mejor, Dolores en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, Dolores sugerirá que

estaría bien que pudiese ir alguien a hablar con ella sobre lo que puede pasar con las pruebas y también ayudaría localizar a su amiga. Si el enfermero no le pregunta a Dolores, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a Dolores que cómo cree que él puede ayudarle. Si lo pregunta, Dolores puede decirle que sería de ayuda que le ayudara a localizar a su amiga y que él junto con el médico podrían hablar con ella sobre el proceso que está atravesando, para poder preguntar todas las dudas.

CASO PRÁCTICO 4

Información para el alumno que actúa de enfermero

Marina López tiene 51 años y es la cuidadora principal de Francisco López que tiene 91 años. Francisco solía vivir solo ya que enviudó hace unos años, pero desde hace unos meses no es capaz de hacer las AVD y precisa de ayuda para las necesidades de comer y beber, eliminación, higiene y moverse. Marina es su hija menor y desde que su padre está así se está encargando de cuidarle, ya que no trabaja. Tiene 5 hermanos más, pero ellos apenas pueden ayudar ya que tienen a sus familias y tienen que trabajar.

Eres enfermera/o de atención primaria y vas a realizar una visita domiciliaria a casa de Francisco para valorar su estado y ver si es necesario realizar alguna intervención. En la visita, se encuentra Marina, ya que vive con él desde que se encuentra así, y observas que tiene un aspecto bastante cansado y un semblante serio, por lo que decides hablar con ella para ver cómo se encuentra.

Información para el alumno que actúa de paciente

Escenario

Marina se encuentra en el comedor de su casa, junto a su padre que está sentado en un sillón. Marina está pendiente de su padre y constantemente le está preguntando si necesita algo. Su cara evidencia signos de cansancio y su aspecto es un poco desaliñado. Si el enfermero le empieza a preguntar, Marina se muestra un poco reticente a hablar delante de su padre.

Cuando la enfermera le pregunta cómo se encuentra, Marina expresa que le está siendo difícil atender las necesidades de su padre. El enfermero debe seguir preguntando a Marina por cómo se siente con respecto a eso, y sólo si le pregunta, Marina dirá que se siente sobrepasada y muy cansada. Más allá de esto, si el enfermero sigue preguntando acerca de lo que le pasa, Marina debe decir que le gustaría que le dieran algún tipo de ayuda para cuidar a su padre. Si el enfermero no pregunta todas estas cosas o sólo le pregunta a Marina que qué le pasa, no des el resto de la información (sólo dices que te está siendo difícil atender a tu padre y punto).

El enfermero debería resumir toda la información que le ha dado Marina y preguntarle si le pasa algo más. En el caso de que el enfermero lo pregunte, Marina dirá que se siente sola y poco comprendida por el resto de familiares. Si el enfermero no pregunta, no digas nada.

El enfermero debe intentar mostrarse empático y mostrar una actitud cercana.

Si el enfermero le pregunta a Marina si tiene a alguien que le ayude o con quien pueda hablar, Marina dirá que no, que sólo de vez en cuando van sus hermanos. Si le pregunta si puede contar con ellos, Marina dirá que no. Si el enfermero no pregunta, no se dice nada.

Si el enfermero pregunta a Marina cómo cree que se podría encontrar mejor, Marina en principio dirá que no sabe qué podría hacer, pero si el enfermero insiste, Marina sugerirá que podría venir

alguien a ayudarlo y a sustituirla un tiempo para que ella pueda hacer otras cosas y salir un poco. Si el enfermero no le pregunta a Marina, no digas nada.

Por último, el enfermero debería preguntarle a Marina que cómo cree que él puede ayudarlo. Si lo pregunta, Marina puede decirle que sería de ayuda que le informara de cómo puede pedir alguna ayuda y que le dé algunas ideas de cómo ayudar mejor a su padre.

10.7. Anexo 7. Escenarios para el trabajo en el GPE de la comunicación interprofesional

CASO PRÁCTICO 1

Información para el actor

¿Quién es el personaje a interpretar?

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria (trabajas en el centro de salud al que llama el alumno)

¿Cuál es el nombre del personaje?

El que quieras

¿Cuál es el lugar donde tiene lugar la interacción?

El alumno está (supuestamente) en la residencia donde trabaja y el médico está (supuestamente) en el centro de salud en el que trabaja. La interacción tiene lugar a través del teléfono.

¿Qué se espera que haga el alumno?

Se espera que el alumno comunique la información que verás en el Anexo I de este documento siguiendo el siguiente orden:

S – SITUACIÓN: Lo primero que tienen que hacer es decir quiénes son (no te conocen) y cual es la situación con el paciente. Pueden decir que tienen un paciente (con nombre y edad) con dificultad respiratoria, o también pueden decir que tienen un paciente en situación de deterioro agudo.

B – BACKGROUND: Tras clarificar, muy brevemente, cuál es el motivo por el que llaman, los alumnos deben exponer claramente cuáles son los antecedentes médicos o de salud del paciente y el tratamiento que toma. Estos datos aparecen en el Anexo I (epígrafes “antecedentes médicos” y “tratamiento domiciliario”).

A – ASSESSMENT: Tras haberte informado de la situación y los antecedentes, los alumnos deberán informarte al detalle de la valoración clínica que se supone le han hecho al paciente y que aparece en el epígrafe “valoración clínica” del Anexo I. Deben seguir el orden en el que aparecen los datos en dicho anexo y decirte si le han dado algo de medicación (o han hecho algo) para mejorar la situación antes de llamarte.

R – RECOMMENDATIONS: Tras informarte de la valoración que han hecho, los alumnos deben decirte que necesitan que vayas a valorar al paciente. Además, deberían preguntarte si deben hacer algo mientras esperan hasta que tú llegues. Te digan lo que te digan, diles que llamen a la ambulancia porque crees que la paciente está teniendo un tromboembolismo pulmonar.

¿Qué tienes que hacer tú como actor?

Si los alumnos siguen la estructura del apartado anterior y se comunican eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dicen). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repitan algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si los alumnos no siguen la estructura anterior, puedes mostrarte impaciente, ser un poco abrupto en la manera de comunicarte y meterles prisa. Algunas situaciones que se podrían dar son:

- El alumno no se presenta. Pregúntale de manera “seca” o “cortante” quién es.
- El alumno no dice claramente por qué te ha hecho venir o tarda demasiado (no es directo). Puedes mostrarte impaciente y decirle que “no tienes toda la noche”.
- El alumno se “salta” la parte de “BACKGROUND” y/o no te dice nada sobre el tratamiento que suele tomar el paciente. Puedes mostrarte impaciente y preguntarle si “es que el paciente no tiene antecedentes” o si “es que no tiene tratamiento puesto”. Si te responden que sí, pregúntales cuál es. No tienes que memorizar el tratamiento. Puedes imprimirte el Anexo 1 y tenerlo delante cuando hables con el alumno, como si fueran tus notas.
- El alumno no sigue la secuencia ABCDE que verás en el epígrafe “valoración clínica” del Anexo 1. No le des pistas que le hagan recordar que esa es la secuencia que deben seguir.
- El alumno no te dice los datos objetivos de la valoración clínica. Por ejemplo, en vez de decirte las cifras que se le indican, te dice que la tensión es baja o alta, que la saturación es baja o alta, etc... No le des pistas que le hagan recordar que deben decirte las cifras. Además, si ves que duda a la hora de darte los datos o que lo hace demasiado lentamente, mételes prisa diciendo “no tenemos todo el día”.
- El alumno no te dice que le ha puesto oxígeno al paciente. Pregúntale, pero solo cuando te diga que vayas a ver al paciente. Si te dice que se lo ha puesto, pregúntale que cuántos litros. Si te dice que han puesto 15 litros dile que está bien. Si no lo saben o tardan demasiado en contestar, puedes mostrarte desagradable y con poca paciencia.

¿Cuál es la idea general?

Queremos que los alumnos sean capaces de comunicar a otros profesionales información clínica acerca de un paciente de manera efectiva. Para ello, se les enseñará a usar la secuencia SBAR (descrita más arriba). Tú misión es ponerlos nerviosos si los ves dubitativos, mediante la adopción de una conducta poco “amigable”. Igualmente, es importante que no les hagas preguntas que puedan reorientarlos o darles pistas hacia la estructura que deben seguir. No obstante, si lo están haciendo bien, debes facilitar su labor mediante la adopción de una conducta más relajada.

Esta es la información que esperamos el alumno comparta. Ellos tienen más información, pero lo demás no es importante. Si se extienden demasiado, pídeles que aligeren usando un tono poco amigable.

Información para el alumno

Descripción del paciente y situación actual

Dña. María Díaz Bravo tiene 79 años es viuda y vive en una residencia desde hace 7 meses. A las 12 de la mañana las auxiliares avisan a la enfermera de que María ha empezado a encontrarse mal. De repente, le costaba mucho respirar.

Valoración clínica

A – Vía aérea permeable. La paciente tiene dificultad para decir más de tres palabras sin tener que parar. La sientas en posición de semi-Fowler.

B – FR = 22resp/min; movimientos respiratorios bilaterales, regulares y muy poco profundos; utiliza musculatura respiratoria accesoria; SpO₂ = 90%. Signos de cianosis

periférica. Comienzas oxigenoterapia a 15 litros/minuto usando mascarilla con reservorio.

C – FC = 112 lat/min; pulso regular y fuerte (muy lleno); TA = 189/95mmHg; tiempo de llenado capilar = 3s; piel fría y pálida; ECG = normal.

D – Alerta; pupilas tamaño normal, isocóricas y normorreactivas; temperatura = 36.3°C; dolor torácico central, de carácter muy opresivo y continuo que le impide respirar, se irradia hacia el cuello, y tiene una intensidad de 9/10.

E – El único signo patológico hallado durante la exploración física y que no se haya comentado con anterioridad es el enrojecimiento de la parte posterior de la zona distal del miembro inferior derecho, que además produce dolor y está muy caliente al tacto.

Sospecha = No sabes qué está pasando y necesitas que venga a ver al paciente urgentemente o que te diga qué hacer.

Tratamiento domiciliario

- Sintrom 1mg (20h)
- Co-Vals Forte 160/25 (Desayuno)
- Crestor 20 (Cena).
- Zaldiar (s/p).
- Losferron (Almuerzo).
- Gastrimut Normo 20 (Desayuno).

Antecedentes médicos

- Alergias no conocidas.
- HTA, Hipercolesterolemia, anemia ferropénica.
- TVP en miembro inferior derecho en Octubre de 2005.
- Úlcera duodenal.

CASO PRÁCTICO 2

Información para el actor

¿Quién es el personaje a interpretar?

Médico en una residencia

¿Cuál es el nombre del personaje?

El que quieras

¿Cuál es el lugar donde tiene lugar la interacción?

En el estar de enfermería.

¿Qué se espera que haga el alumno?

Se espera que el alumno comunique la información que verás en el Anexo 2 de este documento siguiendo el siguiente orden:

S – SITUACIÓN: Lo primero que tienen que hacer es decir por qué llaman. Ya te conocen, así que no tienen que presentarse. Deben referirse al paciente por su nombre (Antonio Castillo), pues ambos lo conocéis bien. Deben decir que el paciente se ha caído 3 veces en los últimos tres días y que esto no es normal.

B – BACKGROUND: Tras clarificar, muy brevemente, cuál es el motivo por el que te han avisado, los alumnos deben exponer claramente cuáles son los antecedentes médicos o de salud del paciente y el tratamiento que toma. Estos datos aparecen en el Anexo 2 (epígrafes “antecedentes médicos” y “tratamiento domiciliario”). Cuando te hayan dicho algo al respecto y antes de que terminen, diles amablemente que se pueden saltar esta parte, que ya conoces al paciente.

A – ASSESSMENT: Tras haberte informado de la situación y los antecedentes, los alumnos deberán informarte al detalle de la valoración clínica que se supone le han hecho al paciente y que aparece en el epígrafe “valoración clínica” del Anexo 2.

R – RECOMMENDATIONS: Tras informarte de la valoración que han hecho, los alumnos deben decirte que les gustaría que vieras al paciente o que le recetes un antibiótico. Tendrás que decirle que esas tiras no son muy fiables y que vamos a esperar a ver cómo evoluciona en los próximos días antes de prescribir antibióticos. La idea detrás de este comentario es que los alumnos sean capaces de rebatir esta decisión. Si te la rebaten, diciendo que ellos creen que no deberíamos esperar, muéstrate negociador y dispuesto a escuchar. En ese punto debería terminar la interacción.

¿Qué tienes que hacer tú como actor?

Si los alumnos siguen la estructura del apartado anterior y se comunican eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dicen). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repitan algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si los alumnos no siguen la estructura anterior, puedes mostrarte condescendiente (tratarlos como si fueran “ignorantes”) y con algún aire de superioridad, pero sin meterles prisa o ser muy brusco. Algunas situaciones que se podrían dar son:

- El alumno no dice claramente por qué te ha hecho venir o tarda demasiado (no es directo). Puedes mostrarte condescendiente y decirle que “venga hombre, que seguro que no es tan difícil...”.
- El alumno se “salta” la parte de “BACKGROUND”, pregúntale: ¿cuáles eran los antecedentes de este paciente y qué medicación tomaba? Pero solo hazle esta pregunta al final. Cuando ya haya terminado de hablar. Al principio, no repares en el hecho de que se saltado el apartado “BACKGROUND”.
- El alumno no sigue la secuencia ABCDE que verás en el epígrafe “valoración clínica” del Anexo 2. No le des pistas que le hagan recordar que esa es la secuencia que deben seguir.
- El alumno no te dice los datos objetivos de la valoración clínica. Por ejemplo, en vez de decirte las cifras que se le indican, te dice que la tensión es baja o alta, que la saturación es baja o alta, etc... No le des pistas que le hagan recordar que deben decirte las cifras. Además, si ves que duda a la hora de darte los datos o que lo hace demasiado lentamente, Puedes mostrarte condescendiente y decirle que “venga hombre, no te pongas nervioso... ya sé que te cuesta, pero no pasa nada...”

¿Cuál es la idea general?

Queremos que los alumnos sean capaces de comunicar a otros profesionales información clínica acerca de un paciente de manera efectiva. Para ello, se les enseñará a usar la secuencia SBAR (descrita más arriba). En este caso, tu misión es que se enfaden por tu condescendencia si los ves dubitativos. Igualmente, es importante que no les hagas preguntas que puedan reorientarlos o darles pistas hacia la estructura que deben seguir. No obstante, si lo están haciendo bien, debes facilitar su labor mediante la adopción de una conducta más relajada.

Esta es la información que esperamos el alumno comparta. Ellos tienen más información, pero lo demás no es importante. Si se extienden demasiado, pídeles que resuman usando un tono amable.

Información para el alumno

Descripción del paciente y situación actual

Don Antonio Castillo Rodríguez tiene 88 años y vive en una residencia desde noviembre de 2015, donde requiere de actividades de suplencia parcial para las necesidades de comer y beber, eliminación, higiene y moverse.

En los últimos tres días, Antonio ha sufrido 3 caídas. Considerando que la última caída que tuvo fue hace 18 meses, sospechaba que este cambio brusco puede estar ocultando algún problema de base. Por ello, he optado por hacer una valoración clínica completa usando el método ABCDE (ver adjunta).

Valoración clínica

A – Vía aérea permeable.

B – FR = 13 resp/min; movimientos respiratorios bilaterales, regulares y profundos; no utiliza musculatura respiratoria accesoria; SpO₂ = 97%.

C – FC = 102 lat/min; pulso regular y de volumen normal; TA = 140/82 mmHg; tiempo de llenado capilar = 2s; periferias frías; ECG = normal.

D – Alerta; pupilas tamaño normal, isocóricas y normorreactivas; temperatura = 37.4°C; no refiere dolor.

E – No hay ningún síntoma físico destacable, pero al comprobar la hoja de registro vesical, he comprobado que el paciente ha orinado una cantidad mínima durante los 3 últimos días. Además, también he visto en las hojas de registro que está comiendo menos de lo normal. He preguntado a mis compañeros y al parecer su apetito ha disminuido.

Sospecha + recomendación = Sospechaba que podría tener una infección de orina. Le he realizado un análisis con tira reactiva y me han salido positiva en nitritos y leucocitos (++) y con una densidad de 1.030. Me gustaría que valoraras al paciente o que le recetes algún antibiótico para que podamos ir a la farmacia a recogerlo y comenzar el tratamiento cuanto antes.

Tratamiento domiciliario

- Memantina 120mg (desayuno)
- Sintrom 0.5mg (20h)
- Atacand 25mg (desayuno)
- Diován 160mg (desayuno)
- Metformina 850mg (desayuno)
- Cardyl 20mg (Cena)
- Digoxina 0.25mg (desayuno)
- Gastrimut Normo 20mg (desayuno)
- Almax forte (comida y cena)
- Paracetamol 500mg (cada 8h si precisa para dolor)

Antecedentes médicos

- Alergias no conocidas.
- Demencia tipo Alzheimer moderada.
- HTA y Fibrilación auricular.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- Hernia de hiato y úlcera gástrica.
- HBP

CASO PRÁCTICO 3

Información para el actor

¿Quién es el personaje a interpretar?

Médico de urgencias (trabajas en el mismo hospital que el alumno)

¿Cuál es el nombre del personaje?

El que quieras

¿Cuál es el lugar donde tiene lugar la interacción?

El alumno está en la sala de triage y el médico en su consulta. La interacción tiene lugar a través del teléfono.

¿Qué se espera que haga el alumno?

Se espera que el alumno comunique la información que verás en el Anexo 3 de este documento siguiendo el siguiente orden:

S – SITUACIÓN: Lo primero que tienen que hacer es decir quiénes son (no te conocen) y cuál es la situación con el paciente. Pueden decir que tienen un paciente (con nombre y edad) con dificultad respiratoria, o también pueden decir que tienen un paciente en situación de deterioro agudo. Están activando el protocolo ANCIANO EPOC.

B – BACKGROUND: Tras clarificar, muy brevemente, cuál es el motivo por el que llaman, los alumnos deben exponer claramente cuáles son los antecedentes médicos o de salud del paciente y el tratamiento que toma. Estos datos aparecen en el Anexo I (epígrafes “antecedentes médicos” y “tratamiento domiciliario”).

A – ASSESSMENT: Tras haberte informado de la situación y los antecedentes, los alumnos deberán informarte al detalle de la valoración clínica que se supone le han hecho al paciente y que aparece en el epígrafe “valoración clínica” del Anexo 3. Deben seguir el orden en el que aparecen los datos en dicho anexo y decirte si le han dado algo de medicación (o han hecho algo) para mejorar la situación antes de llamarte. En este caso, deben decirte que han comenzado el tratamiento con aerosoles nebulizados.

R – RECOMMENDATIONS: Tras informarte de la valoración que han hecho, los alumnos deben decirte que, como parte del protocolo ANCIANO EPOC, necesitan que vayas a valorar al paciente de manera urgente. Además, deberían preguntarte si deben hacer algo más mientras esperan hasta que tú llegues. Te digan lo que te digan, diles que estás ocupado y que no vas a poder ver al paciente en los próximos 30 minutos. La idea es que te rebatan esa decisión. Si no te lo rebaten, la interacción terminará ahí. Si sí te lo rebaten, muéstrate un poco defensivo al principio (diciendo que no estás de acuerdo con ese protocolo), pero si vuelven a pedirte que vayas, por favor, cede y diles que vas enseguida.

¿Qué tienes que hacer tú como actor?

Si los alumnos siguen la estructura del apartado anterior y se comunican eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dicen). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repitan algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si los alumnos no siguen la estructura anterior, puedes mostrarte impaciente, ser un poco abrupto en la manera de comunicarte y meterles prisa. Algunas situaciones que se podrían dar son:

- El alumno no se presenta. Pregúntale de manera “seca” o “cortante” quién es.
- El alumno no dice claramente por qué te ha hecho venir o tarda demasiado (no es directo). Puedes mostrarte impaciente y decirle que “no tienes el día”.
- El alumno se “salta” la parte de “BACKGROUND” y/o no te dice nada sobre el tratamiento que suele tomar el paciente. Puedes mostrarte impaciente y preguntarle si “es que el paciente no tiene antecedentes” o si “es que no tiene tratamiento puesto”. Si te responden que sí, pregúntales cuál es. No tienes que memorizar el tratamiento. Puedes imprimirte el Anexo 3 y tenerlo delante cuando hables con el alumno, como si fueran tus notas.
- El alumno no sigue la secuencia ABCDE que verás en el epígrafe “valoración clínica” del Anexo 3. No le des pistas que le hagan recordar que esa es la secuencia que deben seguir.
- El alumno no te dice los datos objetivos de la valoración clínica. Por ejemplo, en vez de decirte las cifras que se le indican, te dice que la tensión es baja o alta, que la saturación es baja o alta, etc... No le des pistas que le hagan recordar que deben decirte las cifras. Además, si ves que duda a la hora de darte los datos o que lo hace demasiado lentamente, mételes prisa diciendo “no tenemos todo el día”.

¿Cuál es la idea general?

Queremos que los alumnos sean capaces de comunicar a otros profesionales información clínica acerca de un paciente de manera efectiva. Para ello, se les enseñará a usar la secuencia SBAR (descrita más arriba). Tú misión es ponerlos nerviosos si los ves dubitativos, mediante la adopción de una conducta poco “amigable”. Igualmente, es importante que no les hagas preguntas que

puedan reorientarlos o darles pistas hacia la estructura que deben seguir. No obstante, si lo están haciendo bien, debes facilitar su labor mediante la adopción de una conducta más relajada.

Esta es la información que esperamos el alumno comparta. Ellos tienen más información, pero lo demás no es importante. Si se extienden demasiado, pídeles que aligeren usando un tono poco amigable.

Información para el alumno

Descripción del paciente y situación actual

Doña Dolores Martínez Rubio tiene 83 años y vive en una residencia desde octubre de 2016. No tiene familia. Sufre Alzheimer leve y necesita supervisión para realizar las actividades de la vida diaria.

Tras hacer una valoración clínica inicial (ver adjunta), el alumno sospecha que Dolores podría estar sufriendo una exacerbación de su EPOC de base. Siguiendo el protocolo de atención a pacientes en estas circunstancias (Protocolo ANCIANO EPOC), comienza de manera inmediata el tratamiento con nebulizadores (aerosoles):

- 0.5ml de Ventolin en 2 ml de suero fisiológico (10 minutos)
- 500mcg de Bromuro de ipratropio en 3 ml de suero fisiológico (15 minutos)

Valoración clínica

A – Vía aérea permeable. La paciente tiene dificultad para decir frases largas sin tener que parar. La sientas en posición de semi-Fowler.

B – FR = 21 resp/min; movimientos respiratorios bilaterales, regulares y muy poco profundos; utiliza musculatura respiratoria accesoria; SpO₂ = 87%. Signos de cianosis periférica. Comienzas el tratamiento con aerosoles arriba indicado de manera inmediata.

C – FC = 97 lat/min; pulso regular y débil; TA = 133/78mmHg; tiempo de llenado capilar = 2s; piel fría y pálida; ECG = normal.

D – Alerta; pupilas tamaño normal, isocóricas y normorreactivas; temperatura = 37.3°C; no refiere dolor.

E – No hay síntomas físicos que destacar.

Sospecha = reagudización del EPOC y activación del protocolo ANCIANO EPOC.

Tratamiento domiciliario

- Ebixa 20mg (desayuno)
- Atacand 25mg (desayuno)
- Diován 160mg (desayuno)
- Metformina 850mg (desayuno)
- Cardyl 40mg (Cena)
- Gastrimut Normo 20mg (desayuno)
- Serevent inhalador (1 inhalación en la comida)

- Spiriva inhalador (2 inhalaciones en la comida)
- Bromuro de ipratropio 500mcg/2ml nebulizado (2ml + 3ml SF si precisa)
- Ventolín 5mg/ml nebulizado (0.5ml + 2ml SF si precisa)
- Paracetamol 500mg (cada 8h si precisa para dolor)

Antecedentes médicos

- Alergia a la penicilina.
- Demencia tipo Alzheimer leve.
- HTA.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- Dislipemia.
- EPOC.

10.8. Anexo 8. Casos para el trabajo en el GRP de la comunicación interprofesional

CASO PRÁCTICO 1

Información para el enfermero

Descripción del paciente

Dña. María Díaz Bravo tiene 79 años es viuda y vive en una residencia desde hace 7 meses. Tiene 3 hijos que viven cerca de la residencia y visitan con frecuencia. María es una señora muy colaboradora con el personal de la residencia y está muy bien integrada en el día a día de la misma. Necesita supervisión para llevar a cabo las AVD.

Antecedentes médicos

- Alergias no conocidas.
- HTA, Hipercolesterolemia, anemia ferropénica.
- TVP en miembro inferior derecho en Octubre de 2005.
- Úlcera duodenal.

Tratamiento

- Sintrom 1mg (20h)
- Co-Vals Forte 160/25 (Desayuno)
- Crestor 20 (Cena).
- Zaldiar (s/p).
- Losferron (Almuerzo).
- Gastrimut Normo 20 (Desayuno).

Situación actual

Eres la/el enfermera/o de la residencia de ancianos donde vive María. Son las 12 de la mañana y tus auxiliares te avisan de que María ha empezado a encontrarse mal. De repente, le costaba mucho respirar. Cuando vas a verla te das cuenta de que algo no va bien y decides hacerle una valoración clínica completa usando el método ABCDE.

Al terminar tu valoración clínica decides llamar al médico del centro de salud de referencia para pedirle ayuda. Comunícate usando el método SBAR.

Valoración clínica

A – Vía aérea permeable. La paciente tiene dificultad para decir más de tres palabras sin tener que parar. La sientas en posición de semi-Fowler.

B – FR = 22 resp/min; movimientos respiratorios bilaterales, regulares y muy poco profundos; utiliza musculatura respiratoria accesoria; SpO₂ = 90%. Signos de cianosis periférica. Comienzas oxigenoterapia a 15 litros/minuto usando mascarilla con reservorio.

C – FC = 112 lat/min; pulso regular y fuerte (muy lleno); TA = 189/95mmHg; tiempo de llenado capilar = 3s; piel fría y pálida; ECG = normal.

D – Alerta; pupilas tamaño normal, isocóricas y normorreactivas; temperatura = 36.3°C; dolor torácico central, de carácter muy opresivo y continuo que le impide respirar, se irradia hacia el cuello, y tiene una intensidad de 9/10.

E – El único signo patológico hallado durante la exploración física y que no se haya comentado con anterioridad es el enrojecimiento de la parte posterior de la zona distal del miembro inferior derecho, que además produce dolor y está muy caliente al tacto.

Sospecha = No sabes qué está pasando y necesitas que venga a ver al paciente urgentemente o que te diga qué hacer.

Información para el médico

Eres el médico especialista en medicina familiar y comunitaria y un enfermero de una residencia te llama para hablarte sobre un paciente.

Si el enfermero sigue la estructura SBAR y se comunica eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dicen). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repitan algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si el enfermero no sigue la estructura SBAR, puedes mostrarte impaciente, ser un poco abrupto en la manera de comunicarte y meterle prisa. Algunas situaciones que se podrían dar son:

- El enfermero no se presenta. Pregúntale de manera “seca” o “cortante” quién es.
- El enfermero no dice claramente por qué te llama o tarda demasiado (no es directo). Puedes mostrarte impaciente y decirle que “no tienes tiempo”.
- El enfermero se “salta” la parte de “BACKGROUND” y/o no te dice nada sobre el tratamiento que suele tomar el paciente. Puedes mostrarte impaciente y preguntarle si “es que el paciente no tiene antecedentes” o si “es que no tiene tratamiento puesto”. Si te responden que sí, pregúntales cuál es.
- El enfermero no sigue la secuencia ABCDE. No le des pistas que le hagan recordar que esa es la secuencia que deben seguir.
- El enfermero no te dice los datos objetivos de la valoración clínica. No le des pistas que le hagan recordar que deben decirte las cifras. Además, si ves que duda a la hora de darte los datos o que lo hace demasiado lentamente, métele prisa diciendo “no tenemos todo el día”.
- El enfermero no te dice que le ha puesto oxígeno al paciente. Pregúntale, pero solo cuando te diga que vayas a ver al paciente. Si te dice que se lo ha puesto, pregúntale que cuántos litros. Si te dice que han puesto 15 litros dile que está bien. Si no lo sabe o tarda demasiado en contestar, puedes mostrarte desagradable y con poca paciencia.
- El enfermero debería decirte que quiere que vayas a valorar al paciente y que si tiene que hacer algo mientras tanto. Te diga lo que te diga, dile que llame a la ambulancia porque crees que la paciente está teniendo un tromboembolismo pulmonar.

CASO PRÁCTICO 2

Información para el enfermero

Descripción del paciente

Don Antonio Castillo Rodríguez tiene 88 años y vive en una residencia desde noviembre de 2015. Sus 2 hijos y su mujer lo visitan asiduamente y tienen una buena relación con él. Antonio es muy colaborador y participa activamente en todas aquellas actividades de la residencia, aunque requiere de actividades de suplencia parcial para las necesidades de comer y beber, eliminación, higiene y moverse.

Antecedentes médicos

- Alergias no conocidas.
- Demencia tipo Alzheimer moderada.
- HTA y Fibrilación auricular.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- Hernia de hiato y úlcera gástrica.
- HBP

Tratamiento

- Memantina 120mg (desayuno)
- Sintrom 0.5mg (20h)
- Atacand 25mg (desayuno)
- Diován 160mg (desayuno)
- Metformina 850mg (desayuno)
- Cardyl 20mg (Cena)
- Digoxina 0.25mg (desayuno)
- Gastrimut Normo 20mg (desayuno)
- Almax forte (comida y cena)
- Paracetamol 500mg (cada 8h si precisa para dolor)

Situación actual

Eres la/el enfermera/o de la residencia de ancianos donde vive Antonio. En los últimos tres días, Antonio ha sufrido 3 caídas. Considerando que la última caída que tuvo fue hace 18 meses, sospechas que este cambio brusco puede estar ocultando algún problema de base. Por ello, optas por hacer una valoración clínica completa usando el método ABCDE (ver adjunta).

Al terminar tu valoración clínica decides ponerte en contacto con el médico de la residencia. Comunícate usando el método SBAR.

Información para el médico

Eres el médico de la residencia y te encuentras en el estar de enfermería.

Si el enfermero sigue la estructura SBAR y se comunica eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dice). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repita algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si el enfermero no sigue la estructura anterior, puedes mostrarte condescendiente (tratarlo como si fuera “ignorante”) y con algún aire de superioridad, pero sin meterle prisa o ser muy brusco. Algunas situaciones que se podrían dar son:

- El enfermero no tiene que presentarse porque ya te conoce de la residencia, pero debe referirse al paciente por su nombre.
- El enfermero no dice claramente por qué te ha hecho venir o tarda demasiado (no es directo). Puedes mostrarte condescendiente y decirle que “venga hombre, que seguro que no es tan difícil...”.
- El enfermero se “salta” la parte de “BACKGROUND”, pregúntale: ¿cuáles eran los antecedentes de este paciente y qué medicación tomaba? Pero solo hazle esta pregunta al final. Cuando ya haya terminado de hablar. Al principio, no repares en el hecho de que se saltado el apartado “BACKGROUND”.
- Si el enfermero te empieza a decir los antecedentes y ves que son correctos, puedes decirle amablemente que se puede saltar esa parte, que ya conoces al paciente.
- El enfermero no sigue la secuencia ABCDE. No le des pistas que le hagan recordar que esa es la secuencia que debe seguir.
- El enfermero no te dice los datos objetivos de la valoración clínica. No le des pistas que le hagan recordar que debe decirte las cifras. Además, si ves que duda a la hora de darte los datos o que lo hace demasiado lentamente, puedes mostrarte condescendiente y decirle que “venga hombre, no te pongas nervioso... ya sé que te cuesta, pero no pasa nada...”
- Cuando el enfermero te diga que le ha hecho un análisis de orina con tira reactiva porque creía que podía tener infección de orina y te pida que le mandes antibiótico, dile que las tiras reactivas no son muy fiables y que vas a esperar a ver cómo evoluciona. La idea es que el enfermero te diga que cree que no debe esperar.

CASO PRÁCTICO 3

Información para el enfermero

Descripción del paciente

Doña Dolores Martínez Rubio tiene 83 años y vive en una residencia desde octubre de 2016. No tiene familia. Sufre Alzheimer leve y necesita supervisión para realizar las actividades de la vida diaria.

Antecedentes médicos

- Alergia a la penicilina.
- Demencia tipo Alzheimer leve.
- HTA.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- Dislipemia.
- EPOC.

Tratamiento domiciliario

- Ebixa 20mg (desayuno)

- Atacand 25mg (desayuno)
- Diován 160mg (desayuno)
- Metformina 850mg (desayuno)
- Cardyl 40mg (Cena)
- Gastrimut Normo 20mg (desayuno)
- Serevent inhalador (1 inhalación en la comida)
- Spiriva inhalador (2 inhalaciones en la comida)
- Bromuro de ipratropio 500mcg/2ml nebulizado (2ml + 3ml SF si precisa)
- Ventolín 5mg/ml nebulizado (0.5ml + 2ml SF si precisa)
- Paracetamol 500mg (cada 8h si precisa para dolor)

Situación actual

Dolores acude al servicio de urgencias acompañada de un auxiliar de enfermería de la residencia donde vive. Eres la/el enfermera/o de clasificación (triage) que recibe a Dolores. Tras hacer una valoración clínica inicial (ver adjunta), sospechas que Dolores podría estar sufriendo una exacerbación de su EPOC de base. Siguiendo el protocolo de atención a pacientes en estas circunstancias, comienzas de manera inmediata el tratamiento con nebulizadores (aerosoles):

- 0.5ml de Ventolin en 2 ml de suero fisiológico (10 minutos)
- 500mcg de Bromuro de ipratropio en 3 ml de suero fisiológico (15 minutos)

Siguiendo el protocolo, al comenzar con la nebulización de bromuro de ipratropio, llamas al médico para informarlo sobre la situación. Comunícate usando el método SBAR.

Información para el médico

Eres el médico de urgencias. El enfermero que está en la consulta de triage se pone en contacto contigo por teléfono.

Si el enfermero sigue la estructura SBAR y se comunica eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dicen). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repita algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si el enfermero no sigue la estructura SBAR, puedes mostrarte impaciente, ser un poco abrupto en la manera de comunicarte y meterle prisa. Algunas situaciones que se podrían dar son:

- El enfermero no se presenta. Pregúntale de manera “seca” o “cortante” quién es.
- El enfermero no dice claramente por qué está contactando contigo o tarda demasiado (no es directo). Puedes mostrarte impaciente y decirle que “no tienes el día”. (en realidad debería activar el protocolo ANCIANO EPOC).
- El enfermero se “salta” la parte de “BACKGROUND” y/o no te dice nada sobre el tratamiento que suele tomar el paciente. Puedes mostrarte impaciente y preguntarle si “es que el paciente no tiene antecedentes” o si “es que no tiene tratamiento puesto”. Si te responden que sí, pregúntales cuál es.
- El enfermero no sigue la secuencia ABCDE. No le des pistas que le hagan recordar que esa es la secuencia que deben seguir. (debería decirte que ha comenzado el tratamiento con aerosoles nebulizados).
- El enfermero no te dice los datos objetivos de la valoración clínica. No le des pistas que le hagan recordar que deben decirte las cifras. Además, si ves que duda a la hora de darte

los datos o que lo hace demasiado lentamente, mételes prisa diciendo “no tenemos todo el día”.

- El enfermero debería decirte que necesita que vayas a valorar al paciente de manera urgente y debería preguntarte si hace algo mientras que vas. Tú tienes que decirle que estás ocupado y que no puedes ver al paciente en al menos media hora. La idea es que te insistan. Si no lo hacen, se acaba la interacción y si lo hacen, muéstrate un poco a la defensiva pero finalmente cede y di que vas enseguida.

CASO PRÁCTICO 4

Información para el enfermero

Descripción del paciente

Don Francisco Utrera Gómez tiene 91 años y vive solo en casa. Es viudo y tiene 6 hijos que lo visitan asiduamente. Aunque Francisco es bastante independiente, hay temporadas en las que necesita algo más de apoyo instrumental. Cuando esto sucede, sus hijos se turnan para que nunca se quede solo.

Antecedentes médicos

- Sin alergias conocidas.
- HTA.
- Dislipemia.
- Fibrilación auricular.
- Insuficiencia cardiaca.
- Prótesis en rodilla derecha (operado hace 20 años)
- Úlcera por estasis venoso en miembro inferior derecho.

Tratamiento domiciliario

- Atacand 25mg (desayuno)
- Diován 160mg (desayuno)
- Metformina 850mg (desayuno)
- Cardyl 20mg (Cena)
- Gastrimut Normo 20mg (desayuno)
- Paracetamol 500mg (cada 8h si precisa para dolor)

Situación actual

Eres enfermera/o de atención primaria. Aunque generalmente Francisco acude al centro de salud para que le realices la cura, hoy ha llamado su hija para informarte de que su padre no se encuentra bien y no tiene fuerzas para caminar. Llegas a la casa de Francisco para hacerle la cura y las hijas te dicen que ha sufrido dos caídas en las últimas 24 horas, que ha perdido el apetito y que lo encuentran muy débil. Tras realizar una valoración clínica completa (ver adjunta), sospechas que la herida podría haberse infectado. Tomas una muestra del exudado de la herida (para solicitar un cultivo) y al llegar al centro de salud informas a tu compañero médico de la situación. Comunícate usando el método SBAR.

Información para el médico

Eres médico en un centro de salud y te encuentras en tu consulta, a la que acude un enfermero.

Si el enfermero sigue la estructura SBAR y se comunica eficazmente, solo tienes que tomar notas y asentir con la cabeza de vez en cuando (o utilizar cualquier otro método que demuestre que estás escuchando lo que dicen). Para hacerlo más realista, puedes pedir que te repita algo porque no lo has oído bien o no te ha dado tiempo a apuntarlo.

Si el enfermero no sigue la estructura SBAR, en este caso, simplemente pasa de los errores y cuando se le de el feedback, le dices en qué han fallado.

Lo primero que tiene que hacer es decir por qué entra a tu consulta (te conoce bien y el ambiente durante toda la interacción debe ser cordial y amigable). Si no describe bien el problema del paciente, hazle preguntas de manera amable (por ejemplo, ¿y cuál me has dicho que era el problema?). Lo ideal es que te diga que el paciente ha presentado episodios de caídas repetidas y debilidad generalizada.

Tras clarificar, muy brevemente, cuál es el motivo por el que te informa sobre este paciente, el enfermero debe exponer claramente cuáles son los antecedentes médicos o de salud del paciente y el tratamiento que toma. Cuando te haya dicho algo al respecto y antes de que termine, dile amablemente que se puede saltar esta parte, que tienes la historia clínica delante.

Tras haberte informado de la situación y los antecedentes, el enfermero debe informarte al detalle de la valoración clínica que se supone le han hecho al paciente.

Tras informarte de la valoración que ha hecho, el enfermero debe decirte que le gustaría que vieras al paciente o que le recetes un antibiótico. Tendrás que decirle, muy amablemente y medio de broma (os conocéis) que para eso no hace falta que vaya a verte. Que sabe perfectamente lo que tiene que hacer y que le ponga cualquier antibiótico tópico de amplio espectro. Que eso no hace falta que tú lo recetes. La idea detrás de este comentario es que el enfermero sea capaz de rebatir esta decisión. Si no te la rebate, la interacción termina ahí. Si te la rebate, diciendo que cree que no puede prescribir y que lo ideal es que se lo incluyas en la tarjeta al paciente para que la familia pueda recogerlo, debes mostrarte muy amable y decir: “a ver si solucionan de una vez este problema de la prescripción enfermera... Esto es un engorro. Como si tú no supieras lo que hay que ponerle. Le hago la receta ahora mismo. Puedes llamar a la familia que pueden ir a recogerla de la farmacia cuando quieran”. En ese punto debería terminar la interacción.

10.9. Anexo 9. Preguntas definitivas del CHBC

Test sobre habilidades básicas de comunicación

Instrucciones:

- Redondee la letra de la opción que considere correcta.
- Marque con una X su grado de seguridad en la respuesta dada.
- Solo una opción es correcta.
- Los errores no restan; asegúrese de que contesta todas las preguntas.
- Dispone de un máximo de 35 minutos para completar el test.

1	Con respecto al concepto de comunicación en salud es CIERTO que:
	<p>a) Puede ser solo de dos tipos: interpersonal e interprofesional.</p> <p>b) Se resume como el intercambio físico de información entre dos sujetos.</p> <p>c) Es imposible no comunicarse; todo comportamiento contiene un mensaje.</p> <p>d) Se resumen en “comunicación = emisor + receptor + mensaje + canal + código + contexto + ruido + filtros”.</p> <p>e) No sé la respuesta.</p>

2	De acuerdo con la Teoría de las Relaciones Interpersonales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?
	<p>a) En la fase de orientación el paciente cuenta con una necesidad satisfecha y pide ayuda profesional.</p> <p>b) En la fase de explotación el paciente hace uso de los recursos disponibles para cubrir su necesidad.</p> <p>c) En la fase de identificación el paciente se plantea nuevas metas a alcanzar.</p> <p>d) En la fase de resolución el paciente aprende a hacer uso de la relación enfermera-paciente.</p> <p>e) No sé la respuesta.</p>

3	En relación con las destrezas necesarias para una comunicación interpersonal eficaz, ¿qué afirmación es CORRECTA?
	<p>a) La autorrevelación es la capacidad del enfermero para comunicar aspectos personales de su propia existencia.</p> <p>b) La confrontación es la capacidad del enfermero para discutir de manera adecuada con el paciente.</p> <p>c) La atención es la capacidad del enfermero para establecer de forma independiente el camino de recuperación del paciente.</p> <p>d) a y b son correctas.</p> <p>e) No sé la respuesta.</p>

4	En relación a la Teoría de la Comunicación Humana, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?
	<ul style="list-style-type: none"> a) Toda comunicación tiene un componente de contenido y otro de demanda. b) Es imposible no comunicarse. c) Los intercambios comunicacionales son simétricos o asimétricos. d) La naturaleza de las relaciones depende de los mensajes que se envíen. e) No sé la respuesta.

5	Cuando un enfermero envía un mensaje durante su práctica profesional es FALSO que siempre:
	<ul style="list-style-type: none"> a) Debe expresar claramente el contenido, el sentimiento y la demanda del mensaje. b) Debe ser transparente, conciso y específico en el asunto que quiere comunicar. c) Debe evitar expresar sus sentimientos y centrarse en ser objetivo y profesional. d) Debe esforzarse por aclarar explícitamente la demanda de su mensaje. e) No sé la respuesta.

6	En la fase de identificación dentro de la relación enfermera-paciente es CIERTO que:
	<ul style="list-style-type: none"> a) El paciente encuentra la forma de solucionar su problema por sí mismo. b) El paciente lleva a cabo una respuesta selectiva ante todas las personas que pueden ayudarle. c) El paciente pide ayuda y recibe asistencia. d) Ninguna es correcta. e) No sé la respuesta.

7	En relación a la técnica SBAR ¿Cuál de estas afirmaciones NO es correcta?
	<ul style="list-style-type: none"> a) El paso denominado "<i>Situation</i>" consiste en que el enfermero se presente de manera adecuada al iniciar el contacto. b) El paso denominado "<i>Background</i>" consiste en que el enfermero exponga los la historia médica y los antecedentes del paciente. c) El paso denominado "<i>Assessment</i>" consiste en que el enfermero exponga los resultados de su valoración del paciente. d) El paso denominado "<i>Recommendation</i>" consiste en que el enfermero proponga y/o pregunte por una solución que sea conveniente. e) No sé la respuesta.

8	En relación con el modelo comunicativo SAGE&THYME, ¿Qué afirmación es CORRECTA?
	<ul style="list-style-type: none"> a) En el paso “You” el paciente ha de reflexionar acerca de lo que él cree que podría ayudar a solucionar su problema. b) En el paso “Talk” el enfermero trata de lograr que el paciente verbalice todas sus preocupaciones. c) En el paso “Me” el enfermero ha de establecer un estilo directivo para comunicarse con el paciente. d) El último paso del modelo “SAGE&THYME” implica concertar un nuevo contacto comunicativo para valorar la evolución del paciente. e) No sé la respuesta.

9	Respecto a los elementos no verbales de la comunicación es CIERTO que:
	<ul style="list-style-type: none"> a) El uso de un tono de voz elevado favorece la comprensión del mensaje por parte del paciente. b) El contacto físico continuo permite establecer una relación más fuerte entre enfermero y paciente. c) La posición cercana al paciente, respetando el espacio personal, favorece el establecimiento de una buena comunicación. d) El enfermero debe esforzarse por mirar a los ojos a su interlocutor durante todo el tiempo que dure la conversación. e) No sé la respuesta.

10	El elemento comunicativo constituido por una agrupación de conceptos, experiencias y sentimientos se define como:
	<ul style="list-style-type: none"> a) Código. b) Contexto. c) Mensaje. d) Ruido. e) No sé la respuesta.

11	En relación a las habilidades de comunicación interpersonal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?
	<ul style="list-style-type: none"> a) La escucha activa es la cualidad del receptor de devolver al emisor lo que acaba de decir. b) La concreción es la cualidad de centrar el proceso de comunicación en los problemas que le surgen al profesional. c) La confrontación es la cualidad de promover el contacto del usuario con el propio self. d) La habilidad para autorrevelarse es la cualidad de mostrarse sin ocultarse tras el papel de profesional. e) No sé la respuesta.

	En la comunicación interprofesional, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?
12	<ul style="list-style-type: none"> a) La compasión requiere que los individuos eviten ser asertivos cuando sea necesario. b) La credibilidad depende de la capacidad de ser concreto y demostrar todo lo que uno sabe. c) La coordinación es la capacidad de funcionar como un eje representativo dentro del equipo. d) La asertividad es la capacidad de expresar desacuerdo y requiere adoptar una actitud impositiva. e) No sé la respuesta.

	El modelo comunicativo SAGE&THYME se fundamenta en:
13	<ul style="list-style-type: none"> a) Aportar soluciones al paciente desde el punto de vista profesional. b) Identificar los problemas del paciente y ofrecerle posibles soluciones. c) Escuchar, identificar y clarificar las soluciones del paciente. d) Interactuar con los compañeros de equipo para establecer una solución. e) No sé la respuesta.

	La empatía se entiende como la capacidad de:
14	<ul style="list-style-type: none"> a) Contextualizar adecuadamente el proceso comunicativo y relacional. b) No transmitir al emisor únicamente aquellas respuestas que sean acordes a nuestros sentimientos. c) Ponerse en el lugar del otro y ver el mundo desde su punto de vista. d) Esforzarse por lograr sentir exactamente lo que el otro siente y así poder ayudar. e)

	La persona que se encuentra en una relación enfermera-paciente eficaz ha de pasar por un proceso de:
15	<ul style="list-style-type: none"> a) Auto-exploración, auto-comprensión y acción. b) Exploración, comprensión y acción. c) Auto-comprensión y acción. d) Auto-exploración, auto-comprensión y auto-acción. e) No sé la respuesta.

	¿Qué afirmación acerca de la técnica comunicativa SBAR es CORRECTA?
16	<ul style="list-style-type: none"> a) Se utiliza para comunicarse con el paciente y su familia. b) Se utiliza para compartir información clave sobre un paciente. c) Requiere una cantidad de tiempo considerable para su aplicación. d) Es una herramienta estándar para la comunicación de masas. e) No sé la respuesta.

17	En relación a las destrezas comunicativas necesarias para establecer una adecuada relación con otros profesionales, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?
	<ul style="list-style-type: none"> a) La empatía es la capacidad de expresar el acuerdo en relación a una decisión concreta tomada dentro de un grupo. b) La asertividad es la capacidad de expresar el desacuerdo. c) El respeto es la capacidad de promover un acercamiento entre dos partes opuestas. d) La negociación es la capacidad de solucionar un conflicto mediante acuerdos entre partes. e) No sé la respuesta.

18	Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta.
	<ul style="list-style-type: none"> a) La inmediatez es la habilidad de contextualizar el proceso comunicativo y relacional. b) La autenticidad implica ser capaz de transmitir siempre una respuesta que esté acorde con los sentimientos. c) El respeto se entiende como la capacidad de hacer sentir al emisor comprendido. d) La escucha activa es la capacidad de asentir cuando el interlocutor está hablando. e) No sé la respuesta.

19	Según el modelo comunicativo SAGE&THYME:
	<ul style="list-style-type: none"> a) El enfermero debe evitar indagar en los sentimientos del paciente. b) El enfermero debe aconsejar al paciente para solucionar sus preocupaciones. c) El enfermero debe limitarse a guiar al paciente en busca de sus propias soluciones. d) El enfermero debe buscar a otras profesionales que aconsejen al paciente. e) No sé la respuesta.

20	Sobre el esquema de la comunicación es CIERTO que:
	<ul style="list-style-type: none"> a) El mensaje es un conjunto de conceptos, experiencias y sentimientos codificados por el emisor. b) El emisor es la persona que confecciona mediante un proceso externo, una serie de ideas y pensamientos codificados. c) El contexto es el conjunto de normas y símbolos que permiten que la elaboración y transmisión del mensaje se lleven a cabo de modo inteligible. d) El ruido es la interferencia o barrera mental que sirve para adaptar el mensaje al contexto particular de cada individuo. e) No sé la respuesta.

Referencias bibliográficas

- Abate, B., & VanGraafeiland, B. (2019). Improving education and communication in an assisted living facility to reduce avoidable emergency department transfers. A quality improvement project. *Journal of Gerontological Nursing, 45*(5), 23–30.
- Abela-Dimech, F., & Vuksic, O. (2018). Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(5), 729–736. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.004>
- Abu-Rish Blakeney, E., Lavalley, D. C., Baik, D., Pambianco, S., O'Brien, K. D., & Zierler, B. K. (2018). Purposeful interprofessional team intervention improves relational coordination among advanced heart failure care teams. *Journal of Interprofessional Care, 00*(00), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1560248>
- Aebersold, M., Tschannen, D., & Sculli, G. (2013). Improving nursing students' communication skills using crew resource management strategies. *Journal of Nursing Education, 52*(3), 125–130. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130205-01>
- Ambrose, C. E., & Gross, A. M. (2016). Interpreting Sexual Dating Encounters: Social Information Processing Differences in Men and Women. *Journal of Family Violence, 31*(3), 361–370. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9757-z>
- Ammentorp, J., Kofoed, P. E., & Laulund, L. W. (2010). Impact of communication skills training on parents perceptions of care: Intervention study. *Journal of Advanced Nursing, 67*(2), 394–400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05475.x>
- Anderson, L. (2013). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of bloom's taxonomy of educational objectives*. Boston: Allyn&Bacon.
- Anderson, R. A., Ammarell, N., Bailey, D. E., Colon-Emeric, C., Corazzini, K., Lekan-Rutledge, D., ... Utley-Smith, Q. (2005). The power of relationship for high-quality long-term care. *Journal of Nursing Care Quality, 20*(2), 103–106. <https://doi.org/10.1097/00001786-200504000-00003>
- Andrew, S. & Halcomb, E. J. (2009). *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Annonio, D., Hoffman, L. A., Zedreck, J., Robertson, L. B., & Tuite, P. K. (2016). Ready, S.E.T., go Improving patient-nurse communication. *Nursing Management, 47*(3), 40–49. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000480760.76675.8f>
- Anoosheh, M., Zarkhah, S., Faghizadeh, S., & Vaismoradi, M. (2009). Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *International Nursing Review, 56*, 243–249.
- Anselm, A. H., Palda, V., Guest, C. B., McLean, R. F., Vachon, M. L. S., Kelner, M., & Lam-McCulloch, J. (2005). Barriers to communication regarding end-of-life care: Perspectives of care providers. *Journal of Critical Care, 20*(3), 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.05.012>

- Anstey, S., Powell, T., Coles, B., Hale, R., & Gould, D. (2016). Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: A systematic literature review. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 6(3), 353–361. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000956>
- Arentsen, A., Welsh, D., Jones, M., Weber, D., Taylor, S., Kuperstein, J., ... Salt, E. (2016). Student perception of improvement in communication and value in 2 interprofessional education delivery formats. *Nurse Educator*, 41(2), 90–92. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000201>
- Assis-Hassid, S., Reyhav, I., Heart, T., Pliskin, J. S., & Reis, S. (2015). Enhancing patient-doctor-computer communication in primary care: Towards measurement construction. *Israel Journal of Health Policy Research*, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-4-4>
- Aston, J., Shi, E., Bullôt, H., Galway, R., & Crisp, J. (2005). Qualitative evaluation of regular morning meetings aimed at improving interdisciplinary communication and patient outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 11(5), 206–213. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00524.x>
- Axboe, M. K., Christensen, K. S., Kofoed, P. E., & Ammentorp, J. (2016). Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0798-7>
- Baghcheghi, N., Koohestani, H. R., & Rezaei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Education Today*, 31(8), 877–882. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.006>
- Bandura, A., & Jeffery, R. (1973). Role of symbolic coding and rehearsal processes in observational learning. *Journal of personality and social psychology*, 26,122-130.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bays, A. M., Engelberg, R. A., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., ... Curtis, J. R. (2014). Interprofessional Communication Skills Training for Serious Illness: Evaluation of a Small-Group, Simulated Patient Intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 159–166. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0318>
- Beaird, G., Nye, C., & Thacker, L. R. (2017). The Use of Video Recording and Standardized Patient Feedback to Improve Communication Performance in Undergraduate Nursing Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(4), 176–185. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.12.005>
- Becker, K. L., Rose, L. E., Berg, J. B., Park, H., & Shatzer, J. H. (2006). The Teaching Effectiveness of Standardized Patients. *Journal of Nursing Education*, 45(4), 103–111.
- Berkhof, M., Van Rijssen, H. J., Schellart, A. J. M., Anema, J. R., & Van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>

- Berlo, D. (1960). *The process of communication: An introduction to Theory and Practice*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. (2015). The SBAR model for communication between health care professionals: a clinical intervention pilot study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 530–535.
- Booth, T. L., & McMullen-Fix, K. (2012). Innovation CENTER: Collaborative Interprofessional Simulation in a Baccalaureate Nursing Education Program. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), 127–129. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.2.127>
- Bortolato-Major, C., Perez, J., Mattei, Â., Mantovani, M. de F., Cestari, J. V., & Boostel, R. (2018). Contributions of the Simulation for Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(6), 1751–1762. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230633p1751-1762-2018>
- Bosse, H. M., Nickel, M., Huwendiek, S., Jünger, J., Schultz, J. H., & Nikendei, C. (2010). Peer role-play and standardised patients in communication training : a comparative study on the student perspective on acceptability , realism , and perceived effect. *BMC Medical Education*, 10(27), 1–9.
- Bosse, H. M., Nickel, M., Huwendiek, S., Schultz, J. H., & Nikendei, C. (2015). Cost-effectiveness of peer role play and standardized patients in undergraduate communication training Approaches to teaching and learning. *BMC Medical Education*, 15(1), 4–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0468-1>
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K., & Kenny, A. (2006). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 309–316.
- Boyle, D. K., & Kochinda, C. (2004). Enhancing Collaborative Communication of Nurse and Physician Leadership in Two Intensive Care Units. *Journal of Nursing Administration*, 34(2), 60–70. <https://doi.org/10.1097/00005110-200402000-00003>
- Braverman, G., Merrell, S. B., Bruce, J. S., Makoul, G., & Schillinger, E. (2016). Finding the words: Medical students' reflections on communication challenges in clinic. *Family Medicine*, 48(10), 775–783.
- Brezis, M., Lahat, Y., Frankel, M., Rubinov, A., Bohm, D., Cohen, M. J., ... Ziv, A. (2017). What can we learn from simulation-based training to improve skills for end-of-life care? Insights from a national project in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0169-9>
- Brown, C. E., Back, A. L., Ford, D. W., Kross, E. K., Downey, L., Shannon, S. E., ... Engelberg, R. A. (2016). Self-Assessment Scores Improve After Simulation-Based Palliative Care Communication Skill Workshops. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(1), 45–51. <https://doi.org/10.1177/1049909116681972>
- Brown, R. F., Bylund, C. L., Gueguen, J. A., Diamond, C., Eddington, J., & Kissane, D. (2010). Developing patient-centered communication skills training for oncologists: Describing the content and efficacy of training. *Communication Education*, 59(3), 235–248. <https://doi.org/10.1080/03634521003606210>

- Brown, T., Boyle, M. J., Williams, B., Molloy, A., McKenna, L., Palermo, C., ... Molloy, L. (2011). Communication styles of undergraduate health students. *Nurse Education Today*, 31, 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.006>
- Brydges, R., Nair, P., Ma, I., Shanks, D., & Hatala, R. (2012). Directed self-regulated learning versus instructor-regulated learning in simulation training. *Medical Education*, 46(7), 648–656.
- Buhse, M., & Della-Ratta, C. (2017). Enhancing Interprofessional Education With Team-Based Learning. *Nurse Educator*, 42(5), 240–244. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000370>
- Burns, M. I., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H., & Yorkston, K. (2017). Health Care Provider Accommodations for Patients with Communication Disorders. *Topics in Language Disorders*, 37(4), 311–333. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000134>
- Cadorin, L., Suter, N., Dante, A., Williamson, S. N., Devetti, A., & Palese, A. (2012). Self-directed learning competence assessment within different healthcare professionals and amongst students in Italy. *Nurse Education in Practice*, 12(3), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.10.013>
- Canivet, D., Delvaux, N., Gibon, A. S., Brancart, C., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2014). Improving communication in cancer pain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3311–3320. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2357-2>
- Cánovas, M. A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. (Vol. 281). Universidad de Murcia.
- Cao, V., Tan, L. D., Horn, F., Bland, D., Giri, P., Maken, K., ... Bryant Nguyen, H. (2018). Patient-Centered Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in the Medical ICU. *Critical Care Medicine*, 46(1), 85–92. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002807>
- Carkhuff, R. (2008). *The art of helping* (Novena Edición). <https://doi.org/10.1177/002216787901900312>
- Carter, M. R., & Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: What factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589–1600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x>
- Casabianca, A. B., Berger, J. S., Papadimos, T. J., & Capwell-Burns, A. (2015). The effect of previous resident interactions on the assessment of interpersonal and communication skills by teaching faculty: are we the best evaluators? *The Journal of Education in Perioperative Medicine*, XVII(I), 1–12.
- Casabianca, A. B., Papadimos, T. J., & Bhatt, S. B. (2008). The use of standardized patients to evaluate interpersonal and communication skills of anesthesiology residents: pilot study. *The Journal of Education in Perioperative Medicine*, 10(II).
- Castañeda, G. (2005). La relación médico-enfermera en el siglo XXI. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 13(7), 211–216.

- Castro Lerma, I., & Moreno Basulto, L. Z. (2006). *El modelo comunicativo: teóricos y teorías relevantes* (Primera Edición). México: Trillas.
- Chaharsoughi, N. T., Ahrari, S., & Alikhah, S. (2014). Comparison the Effect of Teaching of SBAR Technique with Role Play and Lecturing on Communication Skill of Nurses. *Journal of Caring Sciences*, 3(2), 141–147. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.015>
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=907501171&Fmt=7&clientId=20931&RQT=309&VName=PQD>
- Chen, M. C. (2010). Relationships among self-directed learning, learning styles, learning strategies and learning achievement for students of Technology University in Taiwan by using structural equation models. *Recent Researches in Educational Technologies*, 67–72.
- Chiu, C. J. (2014). *Development and Validation of Performance Assessment Tools for Interprofessional Communication and Teamwork (PACT)* (Tesis doctoral). University of Washington, EEUU. <https://doi.org/10.4324/9781315853178>
- Choi, Y., Song, E., & Oh, E. (2015). Effects of teaching communication skills using a video clip on a smart phone on communication competence and emotional intelligence in nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 90–95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.003>
- Chow, M. Y. K., Nikolic, S., Shetty, A., & Lai, K. (2019). Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives. *Emergency Medicine Australasia*, 31(3), 347–354. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13160>
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M. del C., & Carballal Balsa, M. (2014). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (Tercera). Elsevier España.
- Claramita, M., Tuah, R., Riskione, P., Prabandari, Y. S., & Effendy, C. (2016). Comparison of communication skills between trained and untrained students using a culturally sensitive nurse-client communication guideline in Indonesia. *Nurse Education Today*, 36, 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.022>
- Coaley, K. (2014). *An introduction to psychological assessment and psychometrics*. SAGE: London, UK.
- Connolly, M., Perryman, J., McKenna, Y., Orford, J., Thomson, L., Shuttleworth, J., & Cocksedge, S. (2010). SAGE & THYME™: A model for training health and social care professionals in patient-focussed support. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.004>
- Connolly, M., Thomas, J. M., Orford, J. A., Schofield, N., Whiteside, S., Morris, J., & Heaven, C. (2014). The Impact of the SAGE & THYME Foundation Level Workshop on Factors Influencing Communication Skills in Health Care Professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34(1), 37–46. <https://doi.org/10.1002/chp>

- Constance, J. M. (2017). *Social information processing in adolescents with neurodevelopmental disabilities*. Southern Illinois University Carbondale.
- Corbally, M., & Timmins, F. (2016). The 4S approach: A potential framework for supporting critical care nurses' patient assessment and interprofessional communication. *Nursing in Critical Care, 21*(2), 64–67. <https://doi.org/10.1111/nicc.12237>
- Coughlan, E., Geary, U., Wakai, A., O'Sullivan, R., Browne, J., McAuliffe, E., ... Deasy, C. (2017). An introduction to the Emergency Department Adult Clinical Escalation protocol: ED-ACE. *Emergency Medicine Journal, 34*(9), 608–612. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2015-205611>
- Coyle, N., Manna, R., Shen, M. J., Banerjee, S. C., Penn, S., Pehrson, C., ... Bylund, C. L. (2015). Discussing death, dying and end-of-life goals of care: A communication skills training module for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 19*(6), 697–702.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*(1), 74–101. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74>
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 47*(3), 363–385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., ... Engelberg, R. A. (2013). Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication With Patients With Serious Illness: A Randomized Trial. *JAMA, 310*(21), 2271–2281. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282081.Effect>
- Curtis, K., Tzannes, A., & Rudge, T. (2011). How to talk to doctors - a guide for effective communication. *International Nursing Review, 58*(1), 13–20. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00847.x>
- Davis, A. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. *Association of Black Nursing Faculty Journal, 25*(2), 40–45. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/24855804>
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113–126.
- Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L., & Battistelli, A. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients . Is it positive for nurses too ? *Journal of Nursing Education, 4*(2), 74–81. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>
- De Góes, F. S. N., Aredes, N. D. A., Hara, C. Y. N., Fonseca, L. M. M., & Campbell, S. H. (2017). Simulation with standardized patients: nursing student's communication skills in health. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste, 18*(3), 383–389. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300014>

- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>
- Defenbaugh, N., & Chikotas, N. E. (2016). The outcome of interprofessional education: Integrating communication studies into a standardized patient experience for advanced practice nursing students. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.06.003>
- Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J. L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: A systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ Open*, 7(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014570>
- Department of Defense. Patient Safety Program. (2005). *Healthcare Communications Toolkit to improve transitions in care*. Virginia: TRICARE Management Activity.
- Devereaux, T. (2016). *Condition-specific SBAR use in long term care and its effect on nurse perception of nurse-physician communication and acute care hospitalizations: a pilot study*. University of Pittsburgh.
- Di Delupis, F. D., Mancini, N., Di Nota, T., & Pisanelli, P. (2015). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, 10, 63–72. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1136-x>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Doherty, C., Landry, H., Pate, B., & Reid, H. (2016). Impact of communication competency training on nursing students' self-advocacy skills. *Nurse Educator*, 41(5), 252–255. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000274>
- Dokmen, Ü. (1988). Medición de la empatía basada en un nuevo modelo y su desarrollo con psicodrama. *Journal of Faculty of Educational Sciences Ankara University*, 21(1–2), 155–190.
- Domuracki, K., Wong, A., Olivieri, L., & Grierson, L. E. (2015). The impacts of observing flawed and flawless demonstrations on clinical skill learning. *Medical Education*, 49(2), 186–92.
- Doyle, D., Copeland, H. L., Bush, D., Stein, L., & Thompson, S. (2011). A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.013>
- Duddle, M., & Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29–37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04302.x>
- Duldt, B. (1996). *Humanistic Nursing Communication Theory*.

- Dungey, G. M., & Nesar, H. A. (2017). Radiation therapy students' perceptions of their learning from participation in communication skills training: An innovative approach. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 64(2), 138-145. <https://doi.org/10.1002/jmrs.200>
- Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20(13). <https://doi.org/10.7748/ns2005.12.20.13.57.c4024>
- Egan, G. (2014). The skilled helper. A client-centred approach. In *Nurse Education Today* (Vol. 11). [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90159-8](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90159-8)
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345-358. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001664>
- Enlow, M., Shanks, L., Guhde, J., & Perkins, M. (2010). Incorporating interprofessional communication skills (ISBARR) into an undergraduate nursing curriculum. *Nurse Educator*, 35(4), 176-180. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3181e339ac>
- Erickson, J. M., Blackhall, L., Brashers, V., & Varhegyi, N. (2015). An Interprofessional Workshop for Students to Improve Communication and Collaboration Skills in End-of-life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(8), 876-880. <https://doi.org/10.1177/1049909114549954>
- Fallowfield, L., Saul, J., & Gilligan, B. (2001). Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nursing*, 24(3), 185-191. <https://doi.org/10.1097/00002820-200106000-00004>
- Fernandes, D., Conceição-Stipp, M. A., Luzia, J., Zadra, V., & Silva, K. B. (2010). Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. *Aquichan*, 10(2), 115-131.
- Ferreira, M. M. C., Tavares, J., & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem Helping relational competencies in nursing students. *Referencia*, 2(2), 51-62.
- Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40-48.
- Fisher, M. J., & Broome, M. E. (2011). Parent-Provider Communication During Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(1), 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.12.071>
- Foronda, C. L., Walsh, H., Budhathoki, C., & Bauman, E. (2019). Evaluating nurse-physician communication with a rubric: A pilot study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(4), 163-169. <https://doi.org/10.3928/00220124-20190319-06>
- Foronda, C., Gattamorta, K., Snowden, K., & Bauman, E. B. (2014). Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, 34(6), e53-e57. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.007>

- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice, 19*, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Frankel, A., Gardner, R., Maynard, L., & Kelly, A. (2007). Using the Communication and Teamwork Skills (CATS) assessment to measure health care team performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33*(9), 549–558. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33059-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33059-6)
- Fukui, S., Ogawa, K., & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology, 20*(12), 1285–1291. <https://doi.org/10.1002/pon.1840>
- Furnes, M., Kvaal, K. S., & Høye, S. (2018). Communication in mental health nursing - Bachelor Students' appraisal of a blended learning training programme - An exploratory study. *BMC Nursing, 17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0288-9>
- Furr, R. (2014). *Psychometrics: An introduction*. SAGE: London, UK.
- Gabrielsen, A. K., Wallander, M.M., Falch, A. L., & Stubberud, D.-G. (2017). Communication training course with simulation. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning, (7)*, 1–12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57832>
- Galeano, E. C. (2011). *Modelos de comunicación*. Recuperado de http://portalcomunicacion.com/lecciones_det.asp?lng=esp&id=20
- Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H., & Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 8*, 33–37. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623>
- Gillespie, B. M., Harbeck, E., Lavin, J., Gardiner, T., Withers, T. K., & Marshall, A. P. (2019). The impact of improved surgical safety checklist participation on or efficiencies: A pretest-post test analysis. *Journal of Perioperative Nursing, 32*(1), 9–18. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1039>
- Gillette, C., Stanton, R. B., Rockich-Winston, N., Rudolph, M., & Anderson, H. G. (2017). Cost-effectiveness of using standardized patients to assess student-pharmacist communication skills. *American Journal of Pharmaceutical Education, 81*(10), 73–79. <https://doi.org/10.5688/ajpe6120>
- Gleddie, M., Stahlke, S., & Paul, P. (2018). Nurses' perceptions of the dynamics and impacts of teamwork with physicians in labour and delivery. *Journal of Interprofessional Care, 00*(00), 1–11. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1562422>
- Goodwin, L. D. & Leech, N. L. (2003). The meaning of validity in the new standards for educational and psychological testing. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*(3): 181-191. <https://doi.org/10.1080/07481756.2003.11909741>
- Gorniewicz, J., Floyd, M., Koyamangalath, K., Bishop, T. W., Tudiver, F., & Lang, F. (2017). Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of brief

- communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 655–666. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.008>. Breaking
- Grbach, W., Vincent, L., & Struth, D. (2008). *Reformulating SBAR to "I-SBAR-R."* QSEN Institution.
- Griffiths, B. (2018). Preparing Tomorrow's Nurses for Collaborative Quality Care Through Simulation. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(1), 46–50. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.08.005>
- Griffiths, J. (2017). Person-centred communication for emotional support in district nursing: SAGE and THYME model. *British Journal of Community Nursing*, 22(12), 593–597. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.12.593>
- Griffiths, J., Wilson, C., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2015). Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 465–472. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.005>
- Guhde, J. A. (2014). An Evaluation Tool to Measure Interdisciplinary Critical Incident Verbal Reports. *Nursing Education Perspectives*, 35(3), 180–185. <https://doi.org/10.5480/12-957.1>
- Guimond, M. E., Foreman, S. E., & Werb, M. (2019). Evaluation of an unfolding obstetric experience simulation in an undergraduate nursing program. *Nurse Education Today*, 79, 124–128. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.003>
- Guise, V., Chambers, M., & Välimäki, M. (2012). What can virtual patient simulation offer mental health nursing education? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(5), 410–418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01797.x>
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920–927. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007>
- Hagemeier, N. E., Hess, R., Hagen, K. S., & Sorah, E. L. (2014). Impact of an Interprofessional Communication Course on Nursing, Medical, and Pharmacy Students' Communication Skill Self-Efficacy Beliefs. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(10), 1–10. <https://doi.org/10.1177/0193945914527521>
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167–175. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(06\)32022-3](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(06)32022-3)
- Haladyna, T. M., Downing, S. M., & Rodríguez, M. C. (2002). A review of multiple-choice ítem writing guidelines for classroom assessment. *Applied measurement in education*, 15 (27).
- Hall, K. (2017). Simulation-Based Learning in Australian Undergraduate Mental Health Nursing Curricula: A Literature Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(8), 380–389. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.04.002>

- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
- Hashimoto, H. (2017). Effects of a Support Program on Nurses Communication with Hospitalized Childrens Families. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(3), 173-187. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1307473>
- Heim, C. (2012). Tutorial facilitation in the humanities based on the tenets of Carl Rogers. *Higher Education*, 63(3), 289-298. <https://doi.org/10.1007/s10734-011-9441-z>
- Hendricks-Ferguson, V. L., Kane, J. R., Pradhan, K. R., Shih, C. S., Gauvain, K. M., Baker, J. N., & Haase, J. E. (2015). Evaluation of Physician and Nurse Dyad Training Procedures to Deliver a Palliative and End-of-Life Communication Intervention to Parents of Children with a Brain Tumor. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 32(5), 337-347. <https://doi.org/10.1177/1043454214563410>
- Hernández-Padilla, J. M. (2012). *La enseñanza de las competencias comunicativa y relacional centrada en el alumno*. Universidad de Almería.
- Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Márquez-Hernández, V. V., Cortés-Rodríguez, A. E., & Fernández-Sola, C. (2016a). Effects of a simulation-based workshop on nursing students' competence in arterial puncture. *Acta Paul Enferm.* 29(296), 678-85678. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600095>
- Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Márquez-Hernández, V. V., Suthers, F., & Fernández-Sola, C. (2016b). Development and psychometric evaluation of the arterial puncture self-efficacy scale. *Nurse Education Today*. 40, 45-51.
- Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Márquez-Hernández, V. V., Suthers, F., López-Entrambasaguas, O. M., & Fernández-Sola, C. (2017). Design and validation of a three-instrument toolkit for the assessment of competence in electrocardiogram rhythm recognition. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 425-434. <https://doi.org/10.1177/1474515116687444>
- Hernández-Padilla, J. M., Cortés-Rodríguez, A. E., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Correa-Casado, M., Fernández-Medina, I. M., & López-Rodríguez, M. M. (2019). Design and psychometric evaluation of the 'Clinical communication self-efficacy toolkit.' *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224534>
- Honeycutt, K. M. & Hatcher, L. C. (2016). Imagined interactios. En C. R. Berger & M. E. Rolo. (Ed.), *The International Encyclopedia of Interpersonal Communication* (pp. 1-9). Hooken, NJ, EEUU: Wiley-Blackwell.
- Hou, Y. H., Lu, L. J., Lee, P. H., & Chang, I. C. (2019). Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses' communication effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 1055-1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>
- Houghton, C. E., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2012). Staff and students' perceptions and experiences of teaching and assessment in Clinical Skills Laboratories: Interview

- findings from a multiple case study. *Nurse Education Today*, 32(6), e29–e34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.005>
- Hsu, L. L., Chang, W. H., & Hsieh, S. I. (2015). The Effects of Scenario-Based Simulation Course Training on Nurses' Communication Competence and Self-Efficacy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), 37–49. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.05.007>
- Humphris, G. M., & Kaney, S. (2001). The Liverpool Brief Assessment System for Communication Skills in the Making of Doctors. *Advances in Health Sciences Education*, 6(1), 69–80. <https://doi.org/10.1023/A:1009879220949>
- Husebø, S. E., Rystedt, H., & Friberg, F. (2011). Educating for teamwork - nursing students' coordination in simulated cardiac arrest situations. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2239–2255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05629.x>
- Huynh, E., Basic, D., Gonzales, R., & Shanley, C. (2017). Structured interdisciplinary bedside rounds do not reduce length of hospital stay and 28-day re-admission rate among older people hospitalised with acute illness: An Australian study. *Australian Health Review*, 41(6), 599–605. <https://doi.org/10.1071/AH16019>
- Imran, S. (2013). Evaluation of Communication Skills Training Program for Nursing Students to Develop Supportive Ward Atmosphere During Care of Patients with Cancer. *International Journal of Nursing Education*, 5(1), 222–227. <https://doi.org/10.5958/j.0974-9357.5.1.053>
- International Council of Nursing (ICN) (2002). Definiciones. Génova: International Council of Nurses. Recuperado de: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Islas, O. (2013). *Modelos de Comunicación*. Recuperado de <https://octavioislas.files.wordpress.com/2013/08/modelos-de-comunicacion3b3n.pdf>
- Itatani, T., Nagata, K., Yanagihara, K., & Tabuchi, N. (2017). Content Analysis of Student Essays after Attending a Problem-Based Learning Course: Facilitating the Development of Critical Thinking and Communication Skills in Japanese Nursing Students. *Healthcare*, 5(3), 47. <https://doi.org/10.3390/healthcare5030047>
- Jackson, J. (2012). Reconstructing Dewey: Dialectics and Democratic Education. *Education and Culture*, 28(1), 62–77. <https://doi.org/10.1353/eac.2012.0004>
- Jakobsen, R. B., Gran, S. F., Grimsmo, B., Arntzen, K., Fosse, E., Frich, J. C., & Hjortdahl, P. (2018). Examining participant perceptions of an interprofessional simulation-based trauma team training for medical and nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 80–88. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1376625>
- Judd, M. (2013). Broken communication in nursing can kill: teaching communication is vital. *Creative Nursing*, 19(2), 101–104. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.19.2.101>
- Karlsen, M. W., Kristin, A., & Lise, A. (2017). Intensive care nursing students' perceptions of simulation for learning confirming communication skills : A descriptive qualitative

- study. *Intensive & Critical Care Nursing*, (42), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.005>
- Kenny, G., Cargil, J., Hamilton, C., & Sales, R. (2014). Improving and validating children's nurses communication skills with standardized patients in end of life care. *Journal of Child Health Care*, 20(2), 145–152. <https://doi.org/10.1177/1367493514555588>
- Kesten, K. S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *Journal of Nursing Education*, 50(2), 79–87. <https://doi.org/10.3928/01484834-20101230-02>
- Khan, B. A. , Ali, F., Vazir, N., Barolia, R. & Rehan, S. (2012). Students' perceptions of clinical teaching and learning strategies: A Pakistani perspective. *Nurse Education Today*, 32(1), 85-90.
- Kiesewetter, J., & Fischer, M. R. (2015). The Teamwork Assessment Scale: A Novel Instrument to Assess Quality of Undergraduate Medical Students' Teamwork Using the Example of Simulation-based Ward-Rounds. *GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung*, 32(2), 1–18. <https://doi.org/10.3205/zma000961>
- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing*, 29(1), 30–35. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001>
- Knowles, M. (1975). *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*. Englewood Cliffs: Cambridge Book Company.
- Ko, E., & Kim, H. Y. (2017). Effects of Simulation-based Education Combined Team-based Learning on Self-directed Learning , Communication Skills , Nursing Performance Confidence and Team Efficacy in Nursing Students. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 24(1), 39–50.
- Koloroutis, M. (2004). Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice. In *Nursing Administration Quarterly* (Segunda, Vol. 29). <https://doi.org/10.1097/00006216-200510000-00012>
- Korkut, F. (2005). Communication Skills for Adults Education. *Hacettepe University Faculty of Education Journal*, (28), 143–149.
- Kornburger, C., Gibson, C., Sadowski, S., Maletta, K., & Klingbeil, C. (2013). Using “teach-back” to promote a safe transition from hospital to home: An evidence-based approach to improving the discharge process. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), 282–291. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.10.007>
- Kostoff, M., Burkhardt, C., Winter, A., & Shrader, S. (2016). An interprofessional simulation using the SBAR communication tool. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 80(9), 1–8. <https://doi.org/10.5688/ajpe809157>
- Lane, C., Hood, K., Rollnick, S., & Lane, C. (2008). Teaching motivational interviewing : using role play is as effective as using simulated patients. 637–644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02990.x>

- Lane, C., & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.02.011>
- Lanz, A. S., & Wood, F. G. (2018). Communicating Patient Status: Comparison of Teaching Strategies in Prelicensure Nursing Education. *Nurse Educator*, 43(3), 162-165. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000440>
- Lee, J., Mast, M., Humbert, J., Bagnardi, M., & Richards, S. (2016). Teaching Handoff Communication to Nursing Students: A Teaching Intervention and Lessons Learned. *Nurse Educator*, 41(4), 189-193. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000249>
- Leonardsen, A.C., Moen, E. K., Karlsøen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1), 1-6. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>
- Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, S. W. (2014). An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Education Today*, 34(2), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.019>
- Liebrecht, C., & Montenery, S. (2016). Use of Simulated Psychosocial Role-Playing to Enhance Nursing Students' Development of Soft Skills. *Creative Nursing*, 22(3), 171-175. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.22.3.171>
- Lin, E. C. L., Chen, S. L., Chao, S. Y., & Chen, Y. C. (2013). Using standardized patient with immediate feedback and group discussion to teach interpersonal and communication skills to advanced practice nursing students. *Nurse Education Today*, 33(6), 677-683. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.07.002>
- Lin, M. F., Hsu, W. S., Huang, M. C., Su, Y. H., Crawford, P., & Tang, C. C. (2017). "I couldn't even talk to the patient": Barriers to communicating with cancer patients as perceived by nursing students. *European Journal of Cancer Care*, 26(4), 1-9. <https://doi.org/10.1111/ecc.12648>
- Lin, W. T., Mayer, C., & Lee, B. O. (2019). Validity and reliability of the teamwork evaluation of non-technical skills tool. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 29-38.
- Lippe, M. P., & Becker, H. (2015). Improving Attitudes and Perceived Competence in Caring for Dying Patients: An End-of-Life Simulation. *Nursing Education Perspectives*, 36(6), 372-378. <https://doi.org/10.5480/14-1540>
- Lobchuk, M., Hoplock, L., Halas, G., West, C., Dika, C., Schroeder, W., ... Lemoine, J. (2018). Heart health whispering: A randomized, controlled pilot study to promote nursing student perspective-taking on carers' health risk behaviors. *BMC Nursing*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0291-1>
- Lord, L., Clark-Carter, D., & Grove, A. (2016). The effectiveness of communication-skills training interventions in end-of-life noncancer care in acute hospital-based services: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 14(4), 433-444. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001108>

- Lundberg, K. L. (2014). What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 376–380. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.015>
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., & Della, P. (2018). Evaluating the Use of Teach-Back in Simulation Training to Improve Discharge Communication Practices of Undergraduate Nursing Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 22, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.06.005>
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today*, 48, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.018>
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 23–34. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00136-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00136-7)
- Manderlier, B., Van Damme, N., Vanderwee, K., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2017). Development and psychometric validation of PUKAT 2.0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention. *International Wound Journal*. <https://doi.org/10.1111/iwj.12758>
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2015). Communication failures during clinical handovers lead to a poor patient outcome: Lessons from a case report. *SAGE Open Medical Case Reports*, 3. <https://doi.org/10.1177/2050313X15584859>
- Mannix, T., Parry, Y., & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 215–222. <https://doi.org/10.1111/jonm.12462>
- Mantesso, J. (2005). Student Paper Caring for Self: A Prerequisite of Caring for Others. *International Journal of Human Caring*, 9(3), 73–75. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.9.3.73>
- Marín M., & León, J. M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247–251.
- Marmor, G. O., & Li, M. Y. (2017). Improving emergency department medical clinical handover: Barriers at the bedside. *Emergency Medicine Australasia*, 29(3), 297–302. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12768>
- Martin, A. S. H., Costello, J., & Griffiths, J. (2017). Communication in palliative care: The applicability of the SAGE and THYME model in Singapore. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(6), 288–295. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.6.288>
- Martin, C. T., & Chanda, N. (2016). Mental Health Clinical Simulation: Therapeutic Communication. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(6), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.02.007>
- Martínez, M. (2012). *Psicología de la comunicación*. Departamento de Psicología Básica, Universidad de Barcelona.

- Martínez-Miguel, E. (2016). *Impacto de la evaluación de competencias en la calidad del aprendizaje una propuesta de investigación acción desde la perspectiva de discentes y docentes*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.
- Mccabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, (13), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- McCaffrey, R., Hayes, R. M., Cassell, A., Miller-Reyes, S., Donaldson, A., & Ferrell, C. (2012). The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 293–301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05736.x>
- Medina-Valadares, A. F., & da Silva-Magro, M. C. (2014). Opinion of nursing students on realistic simulation and the curriculum internship in hospital setting. *Acta Paulista de Enfermagem*. 27(2), 138-143.
- Mikulec, E., & Miller, P. C. (2012). The odd couple: Freire and the InTASC Teacher Education Standards. *Journal of Thought*, 47(3), 34–48.
- Miles, D. W. (1952). Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. *Psychological Bulletin*, 49(4), 374–376. <https://doi.org/10.1037/h0053095>
- Milic, B. M. M., Puntillo, K., Turner, K., Joseph, D., Peters, N., Ryan, R., ... Anderson, W. G. (2015). Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 56–65.
- Miller, J. L., Rambeck, J. H., & Snyder, A. (2014). Improving emergency preparedness system readiness through simulation and interprofessional education. *Public Health Reports*, 129, 129–135. <https://doi.org/10.1177/00333549141296S417>
- Miller, K. L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C., & Conn, L. G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 332–343. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04768.x>
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2008). Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio. Boletín Oficial del Estado, 19 de julio de 2008, núm. 174, p.31681.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (2007). Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre. Boletín Oficial del Estado, 30 de octubre de 2007, núm. 260, p.44047.
- Moore, P., Rivera, S., Bravo-Soto, G., Olivares, C., & Lawrie, T. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 706–710. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>
- Mullan, B. A., & Kothe, E. J. (2010). Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Education in Practice*, 10(6), 374–378. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.05.007>

- Mullany, D. V., Ziegenfuss, M., Goleby, M. A., & Ward, H. E. (2016). Improved hospital mortality with a low MET dose: The importance of a modified early warning score and communication tool. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(6), 734–741. <https://doi.org/10.1177/0310057x1604400616>
- Neilson, S. J., & Reeves, A. (2019). The use of a theatre workshop in developing effective communication in paediatric end of life care. *Nurse Education in Practice*, 36(February), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.02.014>
- Nikendei, C., Huhn, D., Pittius, G., Trost, Y., Bugaj, T. J., Koechel, A., & Schultz, J. H. (2016). Students' perceptions on an interprofessional ward round training - A qualitative pilot study. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), 1–15. <https://doi.org/10.3205/zma001013>
- Nishizawa, Y., Saito, M., Ogura, N., Kudo, S., Saito, K., & Hanaya, M. (2006). The non-verbal communication skills of nursing students: Analysis of interpersonal behavior using videotaped recordings in a 5-minute interaction with a simulated patient. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), 15–22. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2006.00045.x>
- Nørgaard, B., Ammentorp, J., Kyvik, K. O., Kristiansen, T. M., & Kofoed, P. E. (2011). Health care professionals' experience of participating in a communication course in an orthopaedic department. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 15(4), 202–211. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2011.06.001>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and collaboration. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol 2*, 2, 271–284. <https://doi.org/10.4135/9781483329512.n4>
- Olivari, C., & Urrea, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9–15. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532007000100002>
- Orgun, F., & Karaoz, B. (2014). Epistemological beliefs and the self-efficacy scale in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(6), e37-40.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: functions, process and principles*. New York: Putnam Publishing Group.
- Owen, D. C., & Ashcraft, A. S. (2019). Creating shared meaning: Communication between nurses and physicians in nursing homes. *Research in Gerontological Nursing*, 12(3), 121–133. <https://doi.org/10.3928/19404921-20190315-01>
- Park, E. K., & Song, M. (2005). Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.006>
- Parker, J., & Coiera, E. (2000). Improving Clinical Communication. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(5), 453–461. <https://doi.org/10.1136/jamia.2000.0070453>
- Parlamento Europeo & Consejo de la Unión Europea. (2005). Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre. Diario Oficial de la Unión Europea, 30 de septiembre de 2005, pp.22-142.

- Parlamento Europeo & Consejo de la Unión Europea (2016). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Diario Oficial de la Unión Europea, 4 de mayo de 2016, pp.119/1-119/88.
- Pazar, B., Demiralp, M., & Erer, İ. (2017). The communication skills and the empathic tendency levels of nursing students: a cross-sectional study. *Contemporary Nurse*, 53(3), 368–377. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1359101>
- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shen, M. J., Coyle, N., Krueger, C. A., ... Corporation, M. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.021>. Responding
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pereira, T. J., Puggina, A. C., & Puggina, A. C. (2017). Validation of the self-assessment of communication skills and professionalism for nurses Validação do self-assessment of communication skills and professionalism para enfermeiros Certificação de la autoevaluación de las habilidades de comunicación y pro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 588–594. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0133>
- Permanente, K. (2017). Situation-Background-Assessment-Recommendation. In *Institute for Healthcare Improvement*. <https://doi.org/10.1249/fit.0b013e318184a27e>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*.29, 489-497.
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pressler, J. L., & Kenner, C. A. (2012). Interprofessional and interdisciplinary collaboration in nursing. *Nurse Educator*, 37(6), 230–232. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31826f26a1>
- Quail, M., Brundage, S. B., Spitalnick, J., Allen, P. J., & Beilby, A. J. (2016). Student self-reported communication skills, knowledge and confidence across standardised patient, virtual and traditional clinical learning environments. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0577-5>
- Randmaa, M., Swenne, C. L., Mårtensson, G., Högberg, H., & Engström, M. (2016). Implementing situation-background-Assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receivers. *European Journal of Anaesthesiology*, 33(3), 172–178. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000335>
- Rask, M. T., Jensen, M. L., Andersen, J., & Zachariae, R. (2009). Efeitos de uma intervenção visando melhoria na comunicação enfermeiro-paciente em um ambulatório de oncologia. *Cancer Nursing*, 32(1), 1–11. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000343365.13871.12>

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23^a ed.). Madrid: Espasa.
- Reeves, S. A., Denault, D., Huntington, J. T., Ogrinc, G., Southard, D. R., & Vebell, R. (2017). Learning to Overcome Hierarchical Pressures to Achieve Safer Patient Care: An Interprofessional Simulation for Nursing, Medical, and Physician Assistant Students. *Nurse Educator*, 42(5 Supplement 1), S27–S31. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000427>
- Reising, D. L., Carr, D. E., Tieman, S., Feather, R., & Ozdogan, Z. (2017). Team Communication Influence on Procedure Performance: Findings From Interprofessional Simulations with Nursing and Medical Students. *Nursing Education Perspectives*, 38(5), 275–276. <https://doi.org/10.5480/15-1659>
- Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L. M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. (2013). Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing*, 34(4), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.04.010>
- Rizo, M. (2004). El Camino Hacia la “Nueva Comunicación”. Breve Apunte Sobre las Aportaciones de la Escuela de Palo Alto. *Razón y Palabra*, (52), 1–10. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/mrizo.html>
- Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nursing Forum*, 45(3), 206–216.
- Rodrigues, K., Martins, M., Creste, A., & Braga, E. M. (2018). O olhar docente sobre as habilidades comunicativas em diferentes metodologias de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2593–2599. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0728>
- Rodríguez-Izquierdo, R. M. (2014). Modelo formativo en el Espacio Europeo de Educación Superior: valoraciones de los estudiantes. *Aula Abierta*, 42(2), 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.aula.2014.03.002>
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (2004). *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable and Robinson.
- Rosen, M. A., & Pronovost, P. J. (2014). Advancing the use of checklists for evaluating performance in health care. *Academic Medicine*, 89(7), 963–965. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000285>
- Ross, L. (2012). Interpersonal skills education for undergraduate nurses and paramedics. *Journal of Paramedic Practice*, 4(11), 655–661. <https://doi.org/10.12968/jpar.2012.4.11.655>
- Rubin, G., Balaji, R. V., & Barcikowski, R. (2009). Barriers to nurse/nursing aide communication: The search for collegiality in a southeast Ohio nursing home. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 822–832. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00913.x>

- Rubin, R., & Martin, M. (1994). Development of a measure of interpersonal communication competence. *Communication Research Reports*, 11(1), 33–44.
- Sánchez, U. (2006). *Modelos y esquemas de comunicación. Algunos acercamientos*. Colombia: Universidad de Medellín.
- Sargean, J., MacLeod, T., & Murray, A. (2011). An Interprofessional Approach to Teaching Communication Skills. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(4), 265–267. <https://doi.org/10.1002/chp>
- Schirmer, J. M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, M. K., Zoppi, K., Epstein, R. M., ... Pryzbylski, M. (2005). Assessing communication competence: A review of current tools. *Family Medicine*, 37(3), 184–192.
- Schlegel, C., Woermann, U., Shaha, M., Rethans, J. J., & Van der Vleuten, C. (2012). Effects of Communication Training on Real Practice Performance: A Role-Play Module Versus a Standardized Patient Module. *Journal of Nursing Education*, 51(1), 16–22. <https://doi.org/10.3928/01484834-20111116-02>
- Schmidt, T., Kocher, D. R., Mahendran, P., & Denecke, K. (2019). Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication. *Studies in Health Technology and Informatics*, 267, 224–229. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>
- Services, S. S. (2020). Comparing Two Proportions – Sample Size. Recuperado 24 Mayo 2017, de <https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-two-proportions/>
- Shafakhah, M., Zarshenas, L., Sharif, F., & Sabet Sarvestani, R. (2015). Evaluation of nursing students' communication abilities in clinical courses in hospitals. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 323–328. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p323>
- Shao, Y. N., Sun, H. M., Huang, J. W., Li, M. L., Huang, R. R., & Li, N. (2018). Simulation-Based Empathy Training Improves the Communication Skills of Neonatal Nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, 22, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.07.003>
- Sheehan, D., Robertson, L., & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 17–30. <https://doi.org/10.1080/13561820601025336>
- Sheldon, L. K., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Clinical Scholarship Difficult Communication in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141–147.
- Sheldon, L. K., & Ellington, L. (2008). Application of a model of social information processing to nursing theory: How nurses respond to patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 388–398. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04795.x>
- Sheldon, L. K., & Hilaire, D. M. (2015). Development of communication skills in healthcare: Perspectives of new graduates of undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7). <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n7p30>
- Shorey, S., Kowitlawakul, Y., Devi, M. K., Chen, H. C., Soong, S. K. A., & Ang, E. (2018). Blended learning pedagogy designed for communication module among undergraduate

- nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 61, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.011>
- Smith, S. L. (2017). Advance Care Planning Communication for Young Adults: A Role for Simulated Learning. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(5), 460–467. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000373>
- Smithburger, P. L., Kane-Gill, S. L., Kloet, M. A., Lohr, B., & Seybert, A. L. (2013). Advancing interprofessional education through the use of high fidelity human patient simulators. *Pharmacy Practice*, 11(2), 61–65. <https://doi.org/10.4321/S1886-36552013000200001>
- Song, H. S., Choi, J. Y., & Son, Y. J. (2017). The relationship between professional communication competences and nursing performance of critical care nurses in South Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 23(5), 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijn.12576>
- Sowko, L. A., Fennimore, L. A., & Drahnak, D. M. (2019). Teaching Workplace Interprofessional Communication to Undergraduate Nursing Students. *The Journal of Nursing Education*, 58(9), 538–542. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190819-08>
- Stein, J., Murphy, D., Payne, C., Clark, D., Bronstein, W., Tong, D., ... Shapiro, S. (2013). A remedy for fragmented hospital care. In *Harvard Business Review*.
- Stevens, N., McNiesh, S., & Goyal, D. (2019). Utilizing an SBAR Workshop With Baccalaureate Nursing Students to Improve Communication Skills. *Nursing Education Perspectives*. <https://doi.org/10.1111/jan.12307>
- Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2017). SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. *MEDSURG Nursing*, 26(5), 297–305.
- Steyn, M., Borchers, R., & van der Merwe, N. (1999). The use of a rating instrument to teach and assess communication skills of health-care workers in a clinic in the Western Cape. *Curationis*, 22(2), 32–40. <https://doi.org/10.4102/curationis.v22i2.721>
- Stickley, T. (2011). From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 395–398. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.03.021>
- Streiner, D. L. & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 1970–1979. doi: 10.1111/jan.12402
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson: Essex, UK.
- Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2647–2658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x>
- Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Koç, G., Şimşek, Ş., Yaşar, B. N., Şahan, F. U., ... Yildirim, S. (2016). A new strategy in nursing education: From hybrid simulation to clinical practice. *Nurse Education Today*, 39, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.009>

- The Joint Commission. (2019). The Joint Commission Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types. Recuperado de http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/
- Towers, R. (2007). Providing psychological support for patients with cancer. *Nursing Standard*, 22(12), 50–57.
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Towers, R. (2007). Providing psychological support for patients with cancer. *Nursing Standard*, 22(12), 50–57.
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-Admissions and Improve Some Patient Outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 917–928. <https://doi.org/10.1177/0193945914527521>
- Triviño, Zaider; Stiepovich, J. (2007). Indicadores de evaluación en la enseñanza-aprendizaje de enfermería. *Colombia Médica*, 38(4), 89–97.
- Tschannen, D., & Kalisch, B. J. (2009). The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 796–803. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00926.x>
- Turkelson, C., Aebersold, M., Redman, R., & Tschannen, D. (2017). Improving Nursing Communication Skills in an Intensive Care Unit Using Simulation and Nursing Crew Resource Management Strategies: An Implementation Project. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 331–339. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000241>
- Uhm, J. Y., Ko, Y. J., & Kim, S. (2019). Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 80, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.034>
- Van Reemst, L., Fischer, T. F. C., & Zwirs, B. W. C. (2016). Social Information Processing Mechanisms and Victimization: A Literature Review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/1524838014557286>
- Van-der Hofstadt, C. (2005). *El Libro De Las Habilidades De Comunicacion. Cómo mejorar la comunicación personal* (Segunda). Carlos J. van-der Hofstadt Román.
- Van-der Hofstadt, C., Quiles, Y., & Quiles, M. J. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.
- Vazinari, S., Hays, R., Shapiro, M., & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71–77.

- Victorian Quality Council. (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of This guide was prepared as part of the Victorian Quality Council 's*. Melbourne.
- Wagner, L. R., Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Porto, A. R., & Arrieira, I. C. de O. (2009). Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem *Cogitare Enferm*, 14(1), 107–113. Recuperado de http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Wang, W., & Yin, W. (2015). Development of Interpersonal Communication Ability Scale for Medical Students. *Chines General Practice*, 22.
- Watzlawick, P., Beavin-Bavelas, J., & Jackson, D. (2008). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder Editorial.
- Wiemann, J. M. (1977). Explication and test of a model of communicative competence. *Human Communication Research*, 195–213.
- Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2004). Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: The patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 806–815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01020.x>
- Wilson, D., Kochar, A., Whyte-Lewis, A., Whyte, H., & Lee, K. (2017). Evaluation of Situation, Background, Assessment, Recommendation Tool During Neonatal and Pediatric Interfacility Transport. *Air Medical Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2017.02.013>
- Wilson, S., Ruscoe, W., Chapman, M., & Miller, R. (2001). General practitioner-hospital communications: A review of discharge summaries. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 21(4), 104–108. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1762.2001.00430.x>
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Ferrell, B. (2013). Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 152–158. <https://doi.org/10.1188/13.CJON.152-158>
- Xie, J., Ding, S., Wang, C., & Liu, A. (2013). An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. *Nurse Education Today*, 33(8), 823–827. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.02.011>
- Xiong, Y., Wang, D., Chen, H., Wang, X., & Zhang, X. (2019). Development and validation of online textual pediatrician-parent communication instrument based on the SEGUE framework. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2019/8638174>
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Yang, M. H., & Hwang, Y. S. (2016). Reliability and Validity of the Assessment Tool for Measuring Communication Skills in Nursing Simulation Education. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(1), 95–105.

- Yegane, S. A. F., Shahrami, A., Hatamabadi, H. R., & Hosseini-Zijoud, S. M. (2017). Clinical Information Transfer between EMS Staff and Emergency Medicine Assistants during Handover of Trauma Patients. *Prehospital and Disaster Medicine, 32*(5), 541–547. <https://doi.org/10.1017/S1049023X17006562>
- Yoo, M. S., & Chae, S. M. (2011). Effects of peer review on communication skills and learning motivation among nursing students. *Journal of Nursing Education, 50*(4), 230–233. <https://doi.org/10.3928/01484834-20110131-03>
- Yoo, M. S., & Park, H. R. (2015). Effects of case-based learning on communication skills, problem-solving ability, and learning motivation in nursing students. *Nursing and Health Sciences, 17*(2), 166–172. <https://doi.org/10.1111/nhs.12151>
- Younis, J. R., Mabrouk, S. M., & Kamal, F. F. (2015). Effect of the planned therapeutic communication program on therapeutic communication skills of pediatric nurses. *Journal of Nursing Education and Practice, 5*(8), 109–120. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n8p109>
- Yu, M., & Kang, K. (2017). Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today, 53*, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.002>
- Zavertnik, J. E., Huff, T. A., & Munro, C. L. (2010). Innovative Approach to Teaching Communication Skills to Nursing Students. *Journal of Nursing Education, 49*(2), 65–71. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090918-06>