

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

Programa de Doctorado en Enfermería



**ACTITUDES HACIA LA COMUNICACIÓN,
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EMPATÍA
EN ENFERMERÍA**

Presentada por:

MARÍA DEL CARMEN GIMÉNEZ ESPERT

Dirigida por:

DR. RAFAEL SALES ORTS

DR. VICENTE JAVIER PRADO GASCÓ

Valencia, 2016

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

Programa de Doctorado en Enfermería



**ACTITUDES HACIA LA COMUNICACIÓN,
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EMPATÍA
EN ENFERMERÍA**

Presentada por:

MARÍA DEL CARMEN GIMÉNEZ ESPERT

Dirigida por:

DR. RAFAEL SALES ORTS

DR. VICENTE JAVIER PRADO GASCÓ

Valencia, 2016

AGRADECIMIENTOS

Escritas las últimas líneas de esta tesis, y pensando ya en cuál será el siguiente paso para continuar avanzando en el maravilloso mundo de la investigación. Me gustaría cerrar esta etapa, agradeciendo a todas a las personas que me han ayudado a que hoy pueda concluir:

En primer lugar me gustaría agradecer a todas directoras de enfermería, adjuntas, responsables de formación, supervisoras y enfermeras,...Blanca, Inma, Lola, Ana, Yolanda, Carlos, Lluís, Silvia, Patricia, Juanjo, Cuca, Pau, Isabel, Elvira, M^a José, Amparo, Pilar, Jesús, Ilham,....que hayan sido mis compañeros de viaje escuchándome y facilitándome el camino a pesar de su escaso tiempo y agendas apretadas. Gracias a ellos esta investigación es una realidad, sin ellos no hubiera sido posible.

A mis directores de tesis, el Dr. D. Vicente Javier Prado Gasco y Dr. D. Rafael Sales Orts por todo su apoyo, disponibilidad y por todas sus valiosas orientaciones. He intentado aprender del ejemplo de dedicarse a la investigación con la generosidad de enseñar al otro todo lo que uno sabe, y con la ilusión puesta en cada paso, sin perder de vista el objetivo, sin duda alguna no he podido tener más suerte.

A mis amigos Esperanza, Ana Carolina, Carles, Isabel, Cristina, Paco, Charo, Inés, M^a Carmen, Silvia, M^a José, Ana,...que siempre han estado ahí cuando más los he necesitado.

A mis padres, Vicente y M^a Carmen, a mi hermano Vicente, a mi tío Pepe, a M^a Dolores, y a Pepe a quienes agradezco de todo corazón sus ánimos, su cariño, su comprensión, su confianza plena y apoyo incondicional, a ellos les debo lo que soy.

A mi marido, José Miguel, por todo el amor que me brinda día a día, por el respeto y apoyo que ha sabido transmitirme. A mis hijas Ana y Marta por todo el amor e ilusión que me regalan, a vuestro lado es imposible no ser feliz, pediros disculpas por el tiempo que os he robado, sin duda alguna esta tesis también es vuestra.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta tesis, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

La comunicación con el paciente es uno de los elementos que más importancia reviste en el proceso de salud-enfermedad (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000), dada su repercusión sobre la adherencia al tratamiento (van Os et al., 2005), la autonomía (Davies, Kinman, Thomas, & Bailey, 2008) e incluso sobre la disminución de la estancia hospitalaria del paciente (Dailey, Loeb, & Peterman, 2007). En definitiva, mejora los resultados de salud (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Peyravi, 2014), la calidad del cuidado (Posma, van Weert, Jansen, & Bensing, 2009) y la satisfacción del paciente en general (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000). En este ámbito las enfermeras se constituyen como fuerza importante, pues son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes y su perfil de educadoras es indiscutible (Whitehead, 2001). Además, no podemos obviar que la comunicación como conducta se encuentra influida por aspectos internos y externos al individuo. De entre las variables internas en primer lugar destacan las actitudes que las personas tenemos hacia la misma (Fishbein y Azjen, 1977), las cuales a su vez también pueden verse afectadas por otros aspectos psicosociales como la inteligencia emocional y la empatía (Mc Queen, 2004; Marcer & Reynolds, 2002). Sin embargo, en la actualidad son pocos los estudios que sobre este aspecto se han desarrollado en el contexto enfermero (Blanco, 2010).

Por todo ello, la presente investigación nace con el objetivo de ampliar los conocimientos disponibles en el área. Para lo cual en la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos: (1) analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio, (2) determinar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar, (3) estudiar los niveles de inteligencia emocional en una muestra de enfermeras, (4) examinar los niveles de empatía en una muestra de enfermeras, (5) analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar en las enfermeras y por último, (6) examinar el rol del sexo en la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar de las enfermeras. Para poder llevar a cabo los objetivos planteados se recurrió a una muestra de 414 enfermeras que trabajaban en siete hospitales públicos de la provincia de Valencia. La obtención de los datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado compuesto por: un instrumento generado ad hoc para medir las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el

paciente (ACO), la adaptación al contexto español de la escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ) para estudiantes de enfermería versión E a enfermeras (EEEJ) (Ward et al., 2009) y el cuestionario TMMS-24 (versión española) adaptada por Fernandez-Berrocal et al., (2004). El estudio para la recogida de datos contó con la autorización del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Valencia y de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) de los distintos hospitales.

La investigación realizada ha permitido desarrollar un instrumento nuevo para medir las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y adaptar al contexto enfermero español el cuestionario de medición de empatía médica de Jefferson versión E probado en estudiantes de enfermería (EEEJ). En cuanto a los resultados obtenidos se ha podido comprobar que las herramientas utilizadas presentan unas propiedades psicométricas adecuadas. En la muestra de enfermeras estudiada la actitud hacia la comunicación con el paciente es favorable y los niveles de inteligencia emocional son medio altos mientras que los de empatía son altos. De igual manera, existe una correlación estadísticamente significativa entre estas tres variables y los modelos de regresión lineal múltiple jerárquica, mostraron que las variables de la escala de empatía (EEEJ) y de la inteligencia emocional (TMMS24) realizaron contribuciones a la predicción de los factores de las actitudes hacia la comunicación (escala ACO). Finalmente, en la muestra estudiada no se han observado diferencias en los niveles de inteligencia emocional y empatía en función del sexo, tal vez por estar compuesta por una proporción mayor de mujeres, elemento habitual en la profesión enfermera.

Las líneas futuras de investigación deberían delimitarse en el plano profesional y en el plano académico. En el plano profesional deberíamos estudiar las relaciones de las variables estudiadas con los resultados del paciente y en el plano académico analizar el impacto de estas variables sobre la formación de los estudiantes. Por último, en ambos casos, en base a los resultados obtenidos será posible desarrollar programas y estrategias de intervención centradas en la gestión emocional (empatía e inteligencia emocional) que permitan mejorar las actitudes hacia la comunicación, mejorando en la comunicación con el paciente, y en último término el proceso de salud-enfermedad.

Palabras clave: actitud, comunicación, inteligencia emocional, empatía, enfermería, enfermeras, validación.

ABSTRACT

Communication with the patient is one of the most important elements in the process of health and disease (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000), given its impact on treatment adherence (van Os et al., 2005), autonomy (Davies, Kinman, Thomas, & Bailey, 2008) and even decreasing the patient's hospital stay (Dailey, Loeb & Peterman, 2007). Ultimately, it improves patient health outcomes (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Peyravi, 2014), the quality of care (Posma, van Weert, Jansen, & Bensing, 2009) and patient satisfaction in general (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000). In this area, nurses are an important force, because they are professionals who spend more time with patients and their profile as educators is indisputable (Whitehead, 2001). Moreover, we can not ignore that communication as behavior is influenced by internal and external aspects. Among the internal variables we first highlight the attitudes that people have towards it (Fishbein and Azjen, 1977), which in turn can also be affected by other psychosocial aspects such as emotional intelligence and empathy (Mc Queen, 2004; Marcer & Reynolds, 2002). However, at present there are few studies on this aspect which have been developed in the nursing context (White, 2010).

Therefore, this research has come about with the aim of expanding the knowledge available in the area. In the present research the following objectives were considered: (1) analyze the psychometric properties of the instruments used in the study, (2) determine the attitudes of nurses towards communication with the patient and/or family, (3) study levels of emotional intelligence in a sample group of nurses, (4) examine the levels of empathy in a sample group of nurses, (5) analyze the relationship between empathy, emotional intelligence and attitudes towards communication with the patient and/or family in nurses and finally (6) examine the role of sex in the relationship between empathy, emotional intelligence and attitudes towards communication with the patient and/or family of nurses. In order to carry out the objectives a sample of 414 nurses working in seven public hospitals in the province of Valencia was used. The collection of data was performed using a self-administered questionnaire comprised of: an ad hoc generated instrument to measure nurses' attitudes towards communication with the patient (ACO), an adaptation to the Spanish context of Jefferson's scale of physician empathy for nursing students version E for nurses (EENJ) (Ward et al., 2009) and questionnaire TMMS-24 (Spanish version) adapted by Fernandez-Berrocal et al., (2004). The study for the collection of data included the authorization of the research

Ethics Committee of the University of Valencia and the Ethics Committee of Clinical Research (ECCR) of different hospitals.

The research has allowed us to develop a new instrument to measure attitudes of nurses towards communication with the patient, adapted to the Spanish nurse context, Jefferson's questionnaire for measuring empathy version E tested on nursing students (EENJ). As for the results it has been found that the tools used have adequate psychometric properties. In the sample studied nurses' attitudes toward patient communication is favorable and the levels of emotional intelligence are medium high while empathy are high. Similarly, there is a statistically significant correlation between these three variables and models of hierarchical multiple linear regression which showed that the variables of the scale of empathy (EENJ) and emotional intelligence (TMMS24) made contributions to the prediction of attitude factors toward communication (ACO scale). Finally, in the study sample differences in levels of emotional intelligence and empathy based on sex were not observed, perhaps due to the fact that it was composed of a higher proportion of women, a regular feature in the nursing profession.

Future research should be shared at professional and academic levels. At the professional level we should study the relationships of these variables with patient outcomes and academically analyze the impact of these variables on the training of students. Finally, in both cases, based on the results obtained it will be possible to develop programs and intervention strategies focused on emotional management (empathy and emotional intelligence) to improve attitudes towards communication, improving communication with the patient, and ultimately the health-disease process.

Keywords: attitude, communication, emotional intelligence, empathy, nursing, nurses, validation.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	21
II.- MARCO TEÓRICO	25
CAPÍTULO I. LA COMUNICACIÓN DE LAS ENFERMERAS CON EL PACIENTE	27
1.1. Concepto de comunicación.....	29
1.2. La comunicación en los modelos asistenciales.....	32
1.3. Importancia de la comunicación en las enfermeras.....	34
1.4. Investigaciones sobre comunicación en las enfermeras	38
1.5. Variables moduladoras de la comunicación enfermera	40
1.6. Actitudes de las enfermeras hacia la comunicación	43
CAPÍTULO II. LAS EMOCIONES EN LAS ENFERMERAS.....	51
2.1. Origen biológico-anatómico de las emociones.....	53
2.2. Inteligencia emocional.....	56
2.2.1. Conceptualización del término	57
2.2.2. Importancia de la inteligencia emocional en las enfermeras	59
2.2.3. Modelos de inteligencia emocional	62
2.2.4. Instrumentos de medición de la inteligencia emocional	66
2.2.5. Niveles de inteligencia emocional en las enfermeras.	69
2.3. Empatía.....	72
2.3.1. Conceptualización de la empatía	72
2.3.2. Importancia de la empatía en las enfermeras.....	73
2.3.3. Modelos de empatía.	76
2.3.4. Instrumentos de medición de empatía.....	79
2.3.5. Niveles de empatía en las enfermeras.	84

CAPÍTULO III. RELACIÓN DE LA ACTITUD HACIA LA COMUNICACIÓN, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EMPATÍA. INFLUENCIA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.	87
3.1. Conceptualización de la relación terapéutica	89
3.2. Importancia de la relación terapéutica en enfermería.....	91
3.3. Modelo de relación terapéutica en enfermería: Hildegarde Peplau.....	93
3.4. Relaciones entre la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía, ¿cómo influyen en la relación terapéutica?	95
PARTE II. MARCO EMPÍRICO	101
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	103
4.1. Objetivos e hipótesis.....	105
4.2. Participantes.....	107
4.3. Variables e instrumentos de evaluación	110
4.4. Procedimiento	111
4.4.1. Procedimiento de creación del cuestionario ACO	111
4.4.2. Procedimiento de adaptación del cuestionario “La escala de empatía para estudiantes de enfermería de Jefferson adaptada de la Escala de Empatía Médica de Jefferson a las enfermeras (EEEJ)”	112
4.4.3. Procedimiento del estudio.....	113
4.5. Análisis estadísticos.....	115
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	117
5.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos.....	119
5.1.1. Propiedades psicométricas del cuestionario ACO	119
5.1.2. Propiedades psicométricas de la <i>Escala de Empatía en Enfermería de Jefferson (EEEJ)</i>	129
5.1.3. Propiedades psicométricas de la escala <i>Trait Meta Mood Scale (TMMS24)</i>	135
5.2. Principales descriptivos de las variables objeto de estudio.	140

5.3. Impacto de las características sociodemográficas en las variables objeto de estudio.....	141
5.4. Análisis de las relaciones entre las variables.....	146
5.4.1. Modelo de relaciones causales ACO	146
5.4.2. Correlaciones entre variables ACO, EEEJ, TMMS24, edad, experiencia docente y experiencia asistencial.....	147
5.4.3. Regresión lineal múltiple	150
5.5. Influencia del género	151
5.5.1. Comparativa para las variables ACO, EEEJ y TMMS24.	151
5.5.2. Correlaciones entre ACO, EEEJ y TMMS24.	154
5.5.3. Regresión lineal múltiple	157
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	161
6.1. Limitaciones y futuras líneas de trabajo	172
6.2. Aportaciones del estudio.....	173
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
ANEXOS	205
Anexo I. Cuestionario final.....	207
Anexo II. Cuestionario piloto	212
Anexo III. Autorización comité ético de investigación de la universidad de valencia y de los comités éticos de investigación clínica de los hospitales.	217
Anexo IV. Modelos de compromiso de confidencialidad y consentimiento informado.....	222
1. Modelo de Confidencialidad.....	222
2. Modelo de Consentimiento Informado	223
Anexo V. Cuestionario versión final depurada tras el análisis de sus propiedades psicométricas.	224

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Comparativa modelos Inteligencia Emocional.....	65
Tabla 2.2. Comparativa instrumentos para la evaluación de la inteligencia emocional.	68
Tabla 2.3. Investigaciones empíricas sobre la IE realizadas en enfermeras.....	70
Tabla 2.4. Características psicométricas de los instrumentos de medición de empatía en enfermería.....	82
Tabla 2.5. Investigaciones empíricas sobre empatía realizadas en enfermeras.....	85
Tabla 4.1. Distribución de la muestra según el género.....	107
Tabla 4.2. Nivel de formación.....	107
Tabla 4.3. Situación laboral.....	108
Tabla 4.4. Centro en el que trabaja.....	109
Tabla 4.5. Cursos de formación recibidos.....	109
Tabla 5.1. Análisis de ítems del cuestionario sobre ACO: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r _{ix}), alpha de Cronbach si se elimina el elemento (α -x), asimetría (A) y curtosis (C).	120
Tabla 5.2. Análisis factorial exploratorio del cuestionario ACO. Estructura factorial rotada y comunalidades de los ítems que componen cada factor.....	123
Tabla 5.3. Índices de bondad de ajuste de la escala de ACO.....	126
Tabla 5.4. Resultados del análisis factorial confirmatorio con las cargas factoriales, alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta y la varianza media extraída para la escala ACO.	127
Tabla 5.5. Matriz de correlaciones interfactorial de la escala de ACO.....	129
Tabla 5.6. Análisis de ítems del cuestionario sobre EEEJ: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r _{ix}), alpha de Cronbach si se elimina el elemento (α -x), asimetría (A) y curtosis (C).	130
Tabla 5.7. Análisis factorial exploratorio de la escala EEEJ. Estructura factorial rotada y comunalidades de los ítems que componen cada factor.....	131
Tabla 5.8. Índices de bondad de ajuste de la escala de EEEJ.....	132

Tabla 5.9. Resultados del análisis factorial confirmatorio con las cargas factoriales, alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta y la varianza media extraída para la escala EEEJ.	133
Tabla 5.10. Matriz de correlaciones interfactorial de la escala de EEEJ.....	135
Tabla 5.11. Análisis de ítems del cuestionario sobre TMMS24: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r_{jx}), alfa de Cronbach si se elimina el elemento ($\alpha - x$), asimetría (A) y curtosis (C).....	136
Tabla 5.12. Análisis factorial exploratorio de la escala TMMS24. Estructura factorial rotada y communalidades de los ítems que componen cada factor.....	137
Tabla 5.13. Índices de bondad de ajuste de la escala de TMMS24.....	138
Tabla 5.14. Resultados del análisis factorial confirmatorio con cargas factoriales, alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta y la varianza media extraída para la escala TMMS24.	139
Tabla 5.15. Matriz de correlaciones interfactorial de la escala de TMMS24.....	140
Tabla 5.16. Resultados descriptivos de las dimensiones de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24.	141
Tabla 5.17. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según la experiencia docente.....	142
Tabla 5.18. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según el nivel formativo.	143
Tabla 5.19. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según la situación laboral.	144
Tabla 5.20. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según la formación a través de cursos específicos.	145
Tabla 5.21. Matriz de correlaciones entre las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS y las variables edad y experiencia asistencial.....	149
Tabla 5.22. Análisis de regresión para las dimensiones de las escalas EEEJ y TMMS24 sobre las dimensiones de ACO (Afectivo, Cognitivo y Conativo).....	150
Tabla 5.23. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según el género.....	152

Índice

Tabla 5.24. Promedio de los ítems de las dimensiones de escala original TMMS-24 según el género.	152
Tabla 5.25. Matriz de correlaciones según el género entre las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS24 y la variable edad.	156
Tabla 5.26. Análisis de regresión según el género para las dimensiones de las escalas EEEJ y TMMS24 sobre las dimensiones de ACO (Afectivo, Cognitivo y Conativo).	159

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I.1. Teoría de la Acción Planificada.....	45
Figura I.2. Variables moduladoras de las actitudes y comportamientos.	46
Figura I.3. Relación momentos comunicativos y dimensiones de la actitud.....	49
Figura III.1. Actitudes hacia la comunicación de las enfermeras y su relación con IE y empatía.....	99
Figura IV.1. Distribución porcentual de la muestra según el nivel de formación.	108
Figura IV.2. Distribución porcentual de la muestra según la situación laboral.....	108
Figura IV.3. Distribución porcentual de la muestra según el centro en el que trabajan.	109
Figura IV.4. Distribución porcentual de la muestra según los cursos de formación realizados.	110
Figura IV.5. Diagrama de procedimiento de trabajo.	112
Figura IV.6. Diagrama de procedimiento de trabajo	113
Figura IV.7. Diagrama de trabajo versión impresa del cuestionario	114
Figura IV.8. Diagrama de trabajo versión online	114
Figura V.1. Modelo de relaciones causales entre las dimensiones de ACO	147
Figura V.2. Distribución porcentual de la muestra de enfermeras según la puntuación promedio en cada una de las dimensiones del TMMS-24.....	153
Figura V.3. Distribución porcentual de la muestra de enfermeros según la puntuación promedio en cada una de las dimensiones del TMMS-24.....	154

I.- INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En los últimos años cada vez está cobrando mayor importancia la comunicación con el paciente (Freimuth, Massett & Meltzer, 2006), la comunicación se considera fundamental para que el paciente alcance mejores resultados de salud y para proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad (Posma, van Weert, Jansen & Bensing, 2009). Tanto es así que, la Estrategia de Cronicidad del año 2012, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en España, (Ferrer, Orozco & Roman, 2012) establece como hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad, “**Mejorar la comunicación** con las personas, **personalizar el trato** y **humanizar los cuidados**”. En esta misma línea, la propia Organización Mundial de la Salud considera la habilidad para comunicarse de manera efectiva o asertiva como una *habilidad para la vida saludable* (World Health Organization, 1993). La capacidad para comunicarse de manera efectiva, aparte de estar implicada en la adherencia a los tratamientos, puede incrementar la eficacia de los tratamientos en atención primaria (Van Os et al., 2005), así mismo, puede contribuir a reducir las psicopatologías asociadas a las diferentes enfermedades (Thorne et al., 2013), incrementar el control de la enfermedad, reducir la ansiedad, mejorar el seguimiento del tratamiento, generar expectativas realistas, contribuir a la seguridad del paciente, promover el autocuidado y la participación, (Davies, Kinman, Thomas, & Bailey, 2008), y hasta puede prevenir las denuncias y demandas por mala práctica, (Lefevre, Waters, & Budetti, 2000). Además, mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, mejora la eficiencia, ayuda a mejorar la comprensión del rol de las enfermeras y a una disminución de la estancia hospitalaria de los pacientes (Dailey, Loeb, & Peterman, 2007).

Las enfermeras, tal y como se define en dicha Estrategia de Cronicidad 2012, tienen un papel incuestionable en el **apoyo a los autocuidados**, y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de las personas, sobre todo por su perfil clínico y de educadoras, con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y de los cuidadores, y gran parte de dicha competencia profesional, se realizará por medio de una comunicación eficaz y empática con el paciente (Sørensen, 2009).

Al hablar de comunicación podemos distinguir tres niveles de análisis: intrapersonal, interpersonal y pública. Según Cibanal, Arce, & Balsa, (2003), podemos

Introducción.

definir la comunicación intrapersonal como aquella en la que el individuo se envía un mensaje a él mismo, y precede a los otros dos niveles. La comunicación interpersonal incluye la comunicación entre dos personas o en la relación terapéutica. Por su parte, la comunicación pública tiene lugar entre una persona y varias otras, es la que más comúnmente se realiza.

La comunicación enfermera-paciente es en definitiva una comunicación interpersonal en la cual se lleva a cabo un intercambio de información entre el paciente y el profesional desde una visión integral y holística de la persona, lo que permite conocer sus necesidades reales y por tanto, llegar a establecer una relación terapéutica. Conocer a los pacientes ayuda a las enfermeras a interpretar sus preocupaciones, a anticipar sus necesidades y a aumentar su satisfacción (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000).

Al igual que sucede con gran parte de los comportamientos humanos, la comunicación, puede verse influenciada por una gran cantidad de variables internas y externas, de entre todas las variables que pueden incidir, destacamos variables internas como: los conocimientos y actitudes de las propias enfermeras (Mellor, Chew, & Greenhill, 2007; Mullan & Kothe, 2010), la inteligencia emocional y la empatía de los profesionales (McQueen, 2004). Dichas variables pueden actuar como barreras y/o como facilitadoras, promoviendo o dificultando una comunicación eficaz con el paciente (Kooker, Shoultz, & Codier, 2007).

Pese a la importancia de la comunicación en el ámbito sanitario, y en especial en el contexto enfermero, la investigación en dicho campo es relativamente reciente, y ha sido escasamente tratada dentro de la investigación enfermera. Esta realidad aún es más negativa si consideramos el caso concreto de España, donde apenas hay publicaciones que se focalicen en dicha temática, siendo los autores más bien escasos (Ugarte, 2008).

En este contexto, es en el que parece cobrar sentido la investigación que aquí se presenta, como una primera aproximación al estudio de la comunicación interpersonal de las enfermeras y los pacientes. Analizando los factores que influyen en la misma, en especial en lo que refiere a los conocimientos y las actitudes hacia dicha comunicación, así como a variables que la modulan como, la inteligencia emocional y la empatía. Consideramos que su estudio nos permitirá conocer con mayor profundidad esta realidad, al tiempo que permitirá proponer acciones que redunden en una mejora de la

calidad de los cuidados, y por ende en una mayor calidad de vida. En esta investigación, el término “enfermera” se utiliza en sentido genérico, y designa a la vez a hombres y mujeres, siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermeras.

Es por ello por lo que se plantearon los siguientes objetivos: (1) analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio, (2) determinar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar, (3) estudiar los niveles de inteligencia emocional en una muestra de enfermeras, (4) examinar los niveles de empatía en una muestra de enfermeras, (5) analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar en las enfermeras y por último, (6) examinar el rol del sexo en la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar de las enfermeras.

Para alcanzar los objetivos de la presente investigación la tesis se estructura en dos secciones o apartados: Marco Teórico y Marco Empírico. La primera parte, bajo el Título Marco Teórico, recoge tres capítulos. En el capítulo 1, se conceptualiza la comunicación desde los modelos asistenciales biomédico, biopsicosocial y, sobre todo desde los modelos enfermeros. Se realiza una breve aproximación sobre la investigación en las enfermeras y se conceptualizan las variables moduladoras de la comunicación; inteligencia emocional, empatía y actitud. A continuación, en el capítulo 2 se explica brevemente la biología de las emociones y se conceptualiza la inteligencia emocional y la empatía desde una misma estructura. De dichos constructos se exponen los modelos más relevantes, la importancia para las enfermeras, los instrumentos de medición más empleados y se recoge el estado actual de la investigación sobre inteligencia emocional y empatía en las enfermeras. En el capítulo 3, se relacionan las variables objeto de estudio, actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía así como su influencia en la relación terapéutica.

La segunda parte del trabajo, bajo el título Marco Empírico, cuenta con tres capítulos. El capítulo 4 recoge la metodología empleada, incluye: los objetivos e hipótesis, la muestra, los instrumentos empleados y el procedimiento para su elaboración, traducción y adaptación a nuestro contexto, así como el procedimiento seguido para desarrollar la investigación, y los análisis de datos realizados. A continuación, el capítulo 5 describe los resultados obtenidos y finalmente, en el capítulo

Introducción.

6 se desarrolla la discusión sobre los resultados, las limitaciones del estudio, aportaciones y las líneas de investigación futuras.

II.- MARCO TEÓRICO

**CAPÍTULO I. LA
COMUNICACIÓN DE
LAS ENFERMERAS CON
EL PACIENTE**

CAPÍTULO 1. LA COMUNICACIÓN DE LAS ENFERMERAS CON EL PACIENTE

La finalidad de este capítulo es definir el concepto de comunicación, describir su importancia en los distintos modelos asistenciales y sobre todo en los modelos enfermeros. Para ello, se realiza inicialmente una breve descripción de dichos modelos, destacando la importancia de la comunicación de las enfermeras tanto para el paciente como para los profesionales. Seguidamente, se realiza una breve aproximación de la investigación sobre comunicación en las enfermeras y se conceptualizan algunas de las variables que modulan la comunicación y que son objeto de estudio de la presente investigación: la inteligencia emocional, la empatía y la actitud de las enfermeras hacia la comunicación. Por último, se desarrolla la variable actitud hacia la comunicación.

1.1. Concepto de comunicación

La comunicación se presenta como un elemento fundamental para la convivencia humana, permitiéndonos transmitir emociones y opiniones (Watzlawick & Beavin, 1967). En definitiva, se considera un fenómeno humano, de tal manera que es imposible no comunicar, puesto que podemos comunicar tanto en lo que refiere a la comunicación verbal, pero también con cada uno de nuestros actos, comunicación no verbal (Musitu, 1996).

El significado semántico de la palabra comunicación ha ido evolucionando en el tiempo, inicialmente más cerca de la etimología latina *communicare*, es decir participación en común, comunión, a partir del sentido general de participación de dos o más. Inicialmente, es Aristóteles (1968, en Cisneros, 2002) el que describe por primera vez el término comunicación, sus componentes básicos (hablante, mensaje y oyente), su finalidad y unidireccionalidad. En el siglo XVI surge el sentido de practicar una noticia, por lo que comunicar también significa transmitir. Durante el siglo XVIII, con el desarrollo de los medios de comunicación el término se pluraliza y se convierte en

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

término general abstracto para denominar carreteras, canales y ferrocarriles (Clèries, 2006).

En el mundo contemporáneo, Laswell (1948 en Beltran, 2011), añade a la descripción de Aristóteles, el cómo, en qué canales, y el para qué, es decir los efectos de dichos contenidos sobre la conducta. En la década de los 50 en Estados Unidos y Gran Bretaña, el término comunicación designa las industrias de prensa, radio, cine y televisión. En la actualidad, se asocia a la tecnología y a la transmisión de información (Clèries, 2006).

Desde su aparición diversos autores han aportado diferentes aproximaciones para su conceptualización y/o estudio. Cooley (1992) habla de comunicación como mecanismo a través del cual existen y desarrollan las relaciones humanas. Riesman (1968 en Musitu, 1996) por su parte enfatiza la importancia de la comprensión y, por ende la existencia de un código compartido, entre el emisor-receptor. En esta misma línea Habermas (1993) destaca la importancia del mutuo acuerdo para que no se produzca una mera transmisión de información y Pasquali (1980), a su vez enfatiza la importancia del intercambio recíproco para que exista un adecuado proceso comunicativo.

Pese a la proliferación de definiciones, y quizás debido a ello, parece existir cierta confusión en torno al término comunicación puesto que en ocasiones se ha utilizado de manera indistinta al de información. La comunicación va más allá de la mera transmisión de información, implica interacción con el otro y por tanto crecimiento y desarrollo como personas. De esta manera podemos decir que la información complementa la comunicación ya que lo que se comunica es información en los mensajes, con lo que la comunicación da un paso más ya que provoca comportamientos mediante la creación de expectativas, entre otros. De modo general, la diferencia fundamental entre información y comunicación reside en la respuesta del interlocutor, feedback, mientras que la información no precisa feedback, la comunicación para poder seguir estableciéndose, sí. Concretando más las definiciones podemos decir que la comunicación busca modificar comportamientos, actitudes, representaciones o conocimientos de los interlocutores o mover a otras personas a hacer algo que no harían espontáneamente, tal y como dice Miller (1987) “es un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar a su conducta posterior”. A la hora de conceptualizar lo que se entiende por comunicación es necesario exponer algunos de los

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

elementos más importantes que se deben considerar en todo proceso comunicativo, en este sentido, tal y como Berlo (1977) sugiere, podríamos considerar los siguientes elementos:

- Emisor: Es el comunicante, la persona que desea transmitir un mensaje a un interlocutor. Debe tener en cuenta para ser comprendido: canal, código y los ruidos (Cibanal, Arce, & Balsa, 2003).
- Receptor: Es la persona que recibe el mensaje, toma las ideas de una fuente y las elabora y ordena en un código determinado, bajo la forma de un mensaje.
- Código: Modo en el que se estructuran los símbolos o los mensajes, quedando traducidos o convertidos en un lenguaje comprensible para el receptor que lo decodificará y lo pondrá en otro o en el mismo código.
- Canales: Medios a través de los cuales se emite y recibe el mensaje. Es la vía comunicativa que escoge el emisor para realizar la codificación. Los dos canales principales son: el acústico y el visual. Pueden utilizarse varios canales simultáneamente; si son auténticos, no debe haber incongruencias entre los dos y en este caso aumentan su poder significativo (Cibanal, Arce, & Balsa, 2003).
- Ruido: Aquello que puede dificultar la comprensión correcta del mensaje por parte del receptor, ya sea de naturaleza física, psicológica o semántica (Cibanal, Arce, & Balsa, 2003).
- Feedback: Respuesta–reflejo o retroalimentación, la actitud de devolver al paciente lo que éste le acaba de decir, tanto el contenido como el sentimiento o la demanda (Cibanal, Arce, & Balsa, 2003).
- Mensajes: Aquello que queremos transmitir.

En el presente trabajo, tomando como referencia las diferentes aportaciones Cooley (1992); Riesman (1968); Habermas (1993); Pasquali (1980), entenderemos la comunicación como un proceso mediante el cual se lleva a cabo un intercambio entre el emisor y el receptor en el cual debe existir una comprensión, la cual solo es posible cuando existe un significado común en aquello que se comunica. Este proceso permite un desarrollo y fortalecimiento de la relación de ambos. Además, debemos considerar que este proceso se encuentra influido por las experiencias previas de las personas que interactúan y por el contexto situacional en el que se lleva a cabo dicho proceso comunicativo, por la propia actitud de la persona y en definitiva por las variables

moduladoras de las actitudes que influyen sobre el comportamiento, es decir sobre la comunicación (Fazio & Roskos-Ewoldsen, 2005).

1.2. La comunicación en los modelos asistenciales

La consideración y/o definición de la comunicación no se puede realizar al margen de los denominados modelos comunicativos, en torno a los cuales se contextualiza y cobra sentido el término comunicación y sus diferentes componentes (Berjano & Pinazo, 2001). A su vez, la comunicación y la relación que se establece entre los pacientes y los profesionales de la salud, depende en gran medida del modelo asistencial subyacente, por lo que nos resulta necesario conocer dichos modelos asistenciales o de salud (Riquelme, Ortigosa, & Martín, 2012).

Tal y como se ha expuesto, los modelos asistenciales, influyen en la comunicación y por lo tanto, en la relación de los profesionales sanitarios con los pacientes y en sus estilos comunicativos. En este sentido, un modelo puede definirse según Serrano (1978) como la representación de un objeto o situación definiendo los componentes de los que consta y la relación entre ellos. Según la RAE, como un esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Así pues, podemos definir los modelos asistenciales o de salud como la representación del concepto de salud y enfermedad unidos a un contexto histórico. La utilización de dichos modelos, de manera apropiada, enriquece el trabajo profesional y hace un uso más eficiente de los recursos de salud (Acosta, 2011).

Aunque parecen existir casi tantos modelos asistenciales como definiciones de salud y no son excluyentes, en el presente trabajo nos centraremos en aquellos que consideramos más relevantes por su repercusión sobre el estilo de comunicación con el paciente: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial (Charlton, Dearing, Berry, & Johnson, 2008). El modelo biomédico es un modelo orientado al profesional, hacia la medicina curativa, surge en el siglo XIX donde la revolución industrial genera avances tecnológicos y científicos importantes, produciéndose un control de las enfermedades infecciosas y dejando de lado la importancia de los factores psicológicos en los mecanismos de salud y enfermedad (Matarazzo, 1994). En este modelo, con el dualismo mente-cuerpo, la enfermedad es causada por variables puramente biológicas, su

diagnóstico sólo puede llevarse a cabo por datos biológicos objetivables. La dimensión psicológica no se incluye en el tratamiento de la misma. Por todo ello, este modelo ofrece una visión reduccionista separando el aspecto mental y el somático (Engel, 1977).

Esta tendencia va cambiando y en el siglo XX se produce una modificación en el patrón de morbimortalidad. La OMS en su Informe sobre la Salud en el Mundo recoge como principales causas de muerte, patologías relacionadas con los estilos de vida, oncológicas, cardiológicas y enfermedades cerebrovasculares. Ante esa necesidad de poder explicar la incidencia de variables extra sanitarias en la salud, Engel (1977) propone como alternativa a este modelo, el biopsicosocial. En este modelo los factores biológicos, psicológicos y sociales determinan la salud y la enfermedad, por lo tanto para la comprensión de dichos conceptos, se deben medir estos tres factores, haciéndose imprescindible un abordaje multidisciplinar.

En nuestro estudio nos referiremos al modelo biopsicosocial que incluye la visión biológica y científica, lo que Borrell (2002) denomina modelo abierto o en evolución. La operacionalización de este modelo en la práctica, se concreta en los denominados cuidados centrados en la persona (CCP). Estos cuidados de salud se caracterizan por comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre enfermeras y pacientes; se integran en la atención los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, junto a las expectativas de los pacientes, valorando además la interacción humana en el proceso clínico y la comunicación centrada en el paciente (Dwamena et al., 2012).

Los modelos asistenciales o de salud, biomédico y biopsicosocial, como ya hemos comentado, se traducen en determinados estilos comunicativos. El estilo comunicativo biomédico o tradicional, se caracteriza por una aproximación autoritaria y paternalista, que se dirige únicamente a los signos y síntomas que refieren los pacientes, mientras que, por su parte, el estilo comunicativo biopsicosocial, incluye a los pacientes en la discusión y en el proceso de toma de decisiones sobre sus propios cuidados, por lo que la comunicación se encuentra centrada en el paciente. Les anima a compartir ideas, considera los aspectos sociales y emocionales, y requiere de una participación conjunta de ambos (Anderson, 2002).

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

La comunicación centrada en el paciente resulta fundamental en el ámbito sanitario, ya que la medición de las percepciones de dichos pacientes sobre la misma proporciona un marcador de la calidad de la atención, y de no llevarse a cabo, puede derivar en consecuencias negativas, observándose según diversos estudios, pacientes menos activos, menos implicados con el tratamiento, pacientes con más sintomatología y que tienden a utilizar más recursos de los servicios de salud (Little et al., 2001).

Si bien ambos modelos subyacen en el contexto sanitario actual, atendiendo a que los cuidados centrados en el paciente mejoran la comunicación, toma de decisiones compartidas y la educación sanitaria, la implicación del paciente e incluso parecen mejorar su satisfacción, resulta fundamental la adopción de un modelo asistencial biopsicosocial centrado en el paciente (Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008). Esta realidad queda aún más patente en el caso de la profesión enfermera, donde este modelo general afecta a los modelos enfermeros y éstos configuran el marco teórico que sustenta la esencia de la disciplina, el cuidado enfermero (Benavent, Ferrer, & Francisco, 2001).

Después de revisar los modelos asistenciales más relevantes por su repercusión sobre los estilos comunicativos, consideramos de interés para contextualizar este estudio abordar la importancia de la comunicación en las enfermeras.

1.3. Importancia de la comunicación en las enfermeras

La enfermería contempla los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo siempre presentes en el comportamiento humano, así como la relación con su entorno. Así pues, se ocupa del estudio de la respuesta del paciente, para ello se basa en una concepción integral del individuo y contempla el aspecto biopsicosocial, que influye en la aparición de la enfermedad, es por ello que la interacción, la comunicación con el paciente, es piedra angular del cuidado enfermero (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens, 2009). El estudio de la respuesta humana del paciente pasa por la comunicación abierta con él, y por lo tanto, para nuestra disciplina es de gran interés ya que se torna un elemento base en el cuidado, así como para el restablecimiento de la salud del paciente (Covington, 2003).

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

El cuidado del paciente, con independencia de su curación, se puede definir como un proceso de comunicación (Leonard, Skipper y Wooldridge, 1967 en Peitchinis & Sepúlveda, 1982), por ello la comunicación se considera un atributo central de todos los modelos de cuidados enfermeros (Brennan, Anthony, Jones, & Kahana, 1998), y por extensión, los procesos comunicativos un elemento central en la profesión enfermera (Anthony & Preuss, 2002), es decir, los cuidados enfermeros de calidad pasan por una comunicación interpersonal de calidad. La comunicación interpersonal es uno de los indicadores más importantes para medir la calidad de los cuidados enfermeros (Müggenburg & Riveros-Rosas, 2012). Las enfermeras, en su día a día se ven obligadas a interactuar en diferentes contextos y situaciones de comunicación interpersonal, ya sea con los pacientes, los familiares u otros profesionales. Por ello parece necesario presentar la importancia de la comunicación de las enfermeras con otros profesionales, y a continuación centrarnos en la importancia de la comunicación con el paciente y/o familiar.

Los profesionales de la salud desempeñan un rol complementario en la atención del paciente, y las enfermeras tienen un papel fundamental para establecer una comunicación eficaz con otros profesionales del equipo, facilitando así el proceso de cuidados. El resultado final de la comunicación entre los distintos profesionales es un cuidado efectivo y una mejora de los resultados del paciente (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Peyravi, 2014).

Esta situación, no es fácil, ya que las enfermeras reciben una formación distinta y separada para la práctica clínica, respecto a otros profesionales sanitarios, sin embargo, se espera que se comuniquen efectivamente en el entorno de trabajo (Curtis, Tzannes, & Rudge, 2011). Una muestra de ello se observa en la comunicación con el paciente en las consultas médicas y en las de enfermería. En las consultas de enfermería los pacientes muestran más tendencia a hablar, lo que facilita a las enfermeras ayudarles a responsabilizarse de la enfermedad y a través de la información y educación, llegar a aspectos más clínicos. Por el contrario, las consultas médicas se dirigen a soluciones clínicas siendo la conducta del paciente algo más periférico, existiendo menor tendencia a hablar por parte del paciente (Collins, 2005).

La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, concretamente entre médicos y enfermeras, es sumamente importante, tanto es así que influye significativamente en los resultados de los cuidados del paciente (Manojlovich,

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

Antonakos, & Ronis, 2009), en la calidad del cuidado enfermero (de Almeida, da Silva, Bonfim, & Fernandes, 2010) y en la eficiencia de los servicios de enfermería (Mullan & Kothe, 2010).

Según Kalisch y Begeny (2005), la comunicación efectiva genera múltiples beneficios dentro del equipo multidisciplinar, ayuda a: conocer las necesidades complejas de los pacientes (Michan & Rodger, 2000), mejorar los cuidados del paciente (Kaissi, Johnson, & Kirschbaum, 2003; Liedtka & Whitten, 1997), mejorar la satisfacción del equipo y efectividad organizacional (Horak, Guarino, Knight, & Kweder, 1991) y al fortalecimiento del conjunto del equipo de cuidados (Wood, Farrow, & Elliot, 1994).

Por otro lado, la pobre comunicación entre los profesionales sanitarios, es una de las causas más comunes de error en los cuidados de la salud (Spencer, Coiera, & Logan, 2004). En el ámbito de la seguridad del paciente la comunicación es una variable crítica, una mala comunicación conlleva errores y una mala atención a los pacientes (Weigl, Maller, Zupanc, & Angerer, 2009). Sobre este aspecto es importante destacar un estudio de Knaus, Draper, Wagner y Zimmerman (1986), donde los hospitales en los que se observaron deficiencias en la comunicación entre los profesionales, aumentaron sus tasas de mortalidad. En este estudio se identificó una relación significativa entre la presencia de una excelente comunicación y colaboración y una reducción en la mortalidad del paciente. En esta misma línea el estudio de Eisenberg et al. (2005) evidencia como la comunicación deficiente, consume tiempo, amenaza al cuidado del paciente y es una de las mayores causantes de la aparición de efectos adversos evitables.

Hasta este momento se ha expuesto la importancia de la comunicación interprofesional así como las repercusiones que ésta puede tener tanto en positivo como en negativo, en caso de no existir una colaboración real entre todos los profesionales sanitarios, no obstante no se puede obviar otro tipo de comunicación que reviste incluso mayor importancia, y esta es la comunicación con los pacientes y/o familiares.

Las investigaciones en este campo, demuestran que la falta de comunicación es una de las preocupaciones que mayoritariamente plantean los pacientes, evidencian que no están satisfechos con la comunicación insuficiente o la atención inadecuada a sus necesidades emocionales (Shattell, 2004), lo que afecta a su recuperación, generando sentimientos de exclusión, frustración o pérdida de control, teniendo un impacto

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

negativo en los resultados generales de salud (Balandin et al., 2001; Finke, Light, & Kitko, 2008; Morgan, Blount, & Buzio, 2002; Robillard, 1994). Los errores comunicativos generan en el paciente ansiedad, malentendidos, diagnósticos y tratamientos erróneos, complicaciones, prolongación de la estancia hospitalaria (Hemsley et al., 2001), derroche de recursos, e insatisfacción laboral de las enfermeras (Pronovost et al., 2003). La comunicación adecuada mejora los cuidados al enfermo, la salud de los pacientes, la satisfacción de las enfermeras con su trabajo (Chan, Jones, Fung, & Wu, 2012), el trabajo en equipo y disminuye los niveles de burn out (Rafferty, Ball, & Aiken, 2001).

Es por ello, por lo que la comunicación se considera fundamental, considerándose las habilidades comunicativas igual de importantes que las técnicas para proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos cuidados facilitan la adherencia al tratamiento, mejoran los resultados de salud (Sheldon, Barrett, & Ellington, 2006; Juvé-Udina et al., 2014), permiten la implicación del paciente en su cuidado (Robinson et al., 2008) y promueven su autonomía facilitando la toma de decisiones (Warelow, Edward, & Vinek, 2008).

A modo de resumen, se justifica la necesidad de estudiar en las enfermeras la comunicación con el paciente y/o familiar, entre otros, por los siguientes motivos:

- Es uno de los indicadores más importantes para medir la calidad de los cuidados enfermeros (Müggenburg & Riveros-Rosas, 2012).
- Influye en los resultados de salud del paciente (Manser, 2009), en la aparición de efectos adversos (Kable, Gibberd, & Spigelman, 2002), en las altas médicas inadecuadas (White et al., 2004) y en la duración de las estancias hospitalarias (Sprivulis, Da Silva, Jacobs, Frazer, & Jelinek, 2006).
- Contribuye a la implicación del paciente en su cuidado (Robinson et al., 2008) y a su autonomía facilitando la toma de decisiones (Warelow et al., 2008).
- Ayuda en el desarrollo y mantenimiento de una relación de colaboración entre los profesionales de la salud y sus pacientes, y entre los miembros del equipo sanitario (Kilner & Sheppard, 2010), permitiendo así el trabajo en equipo y la satisfacción laboral de las enfermeras (Potter & Perry, 2003).

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

- Contribuye a asegurar la seguridad del paciente, específicamente a obtener y compartir información entre profesionales y pacientes (Anthony & Preuss, 2002).

Tal y como se ha descrito, la comunicación correcta redundando tanto en beneficio del paciente, de la enfermera e incluso del resto de profesionales, por lo tanto es fundamental. Sin embargo, a pesar de la gran importancia de la comunicación enfermera-paciente, apenas se han desarrollado estudios sobre la comunicación de las enfermeras en el contexto hospitalario (Apker, Propp, Ford, & Hofmeister, 2006). Además la mayor parte de los estudios existentes se focalizan en contextos o tipologías de enfermos muy concretos: paciente crítico, paciente oncológico, paciente crónico, (Magnus & Turkington, 2006; Michie, Miles, & Weinman, 2003; Passalacqua et al., 2012), pero no en la comunicación en general. Algo similar se observa en los programas de entrenamiento para enfermeras, desarrollados y probados en oncología y en ambientes de cuidados a largo plazo (Burgio et al., 2001; Burgio, Stevens, Burgio, Roth, Paul, & Gerstle, 2002), obviando otras situaciones o realidades. Es por ello, por lo que en la presente investigación se considera muy importante estudiar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con los pacientes y/o familiares en general, y no asociadas a tipologías de pacientes concretos.

A continuación, se describirá la situación sobre las investigaciones relacionadas con la comunicación, en el contexto enfermero.

1.4. Investigaciones sobre comunicación en las enfermeras

Los estudios sobre la comunicación y salud realizados en el contexto español son escasos. Hay pocos grupos de investigación estables, la calidad científica de las investigaciones realizadas es cuestionable, y abunda la literatura escrita desde las ciencias médicas, centrada en la relación médico-paciente, en cómo dar malas noticias (Blanco, 2010). La investigación en el contexto enfermero se orienta a:

- Definir las necesidades informativas de los pacientes oncológicos, definir modelos de comunicación enfermera-paciente y la importancia de las

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

actitudes del cuidado, soporte emocional, así como la definición de la enfermera como la principal fuente de apoyo informativo.

- Abordar las diferencias comunicativas entre médicos y enfermeras (Collins, 2005; Gordon et al., 2011), el objetivo de la comunicación enfermera-paciente en el paciente oncológico (Brataas, Thorsnes, & Hargie, 2010), los tipos de información necesaria, el momento más adecuado para facilitarla y la mejor manera de facilitar dicha información en el paciente politraumatizado (Friedemann-Sánchez, Griffin, Rettmann, Rittman, & Partin, 2008).
- Las intervenciones para mejorar el control de síntomas, la comunicación y el apoyo en cuidados paliativos (Higginson et al., 2013).
- Las experiencias y percepciones del equipo y de los pacientes sobre la comunicación-interacción en UCI (Magnus & Turkington, 2006).
- La percepción de las enfermeras del tiempo disponible para la comunicación (Chan et al., 2012).
- Las barreras para la comunicación enfermera-paciente (Shafipour, Mohammad, & Ahmadi, 2014), las dificultades comunicativas enfermera-paciente (Sheldon et al., 2006).
- La efectividad de la comunicación de las enfermeras con los pacientes con necesidades comunicativas complejas (Finke, Light, & Kitko, 2008).
- La mejora de la comunicación con los pacientes desde la perspectiva enfermera (Zimmermann, 2002).
- La efectividad de los distintos métodos de entrenamiento en habilidades comunicativas para profesionales de la salud en el ámbito oncológico (Gysels, Richardson, & Higginson, 2005).
- La importancia de las enfermeras en la comunicación interprofesional (Ghiyasvandian et al., 2014).

La revisión realizada en el presente estudio, muestra cierta diversidad temática en la investigación científica en el contexto enfermero en torno a la comunicación, y la inexistencia de estudios que midan las actitudes hacia la comunicación de las enfermeras con su pacientes y/o familiares instrumentos y por lo tanto, de instrumentos de medición. Otro aspecto a considerar es que la metodología mayoritaria utilizada en estos estudios es de enfoque cualitativo y con muestras reducidas, y en menor medida

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

revisiones sistemáticas de la literatura. Este hecho resalta la relevancia del presente estudio que pretende aportar un análisis sobre las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente así como un instrumento de medición con propiedades psicométricas adecuadas, estudiado en una muestra de enfermeras de tamaño superior a la mayoría de los estudios desarrollados, por lo que representa una primera aproximación muy útil al estudio del fenómeno.

Tras exponer la importancia de la comunicación en las enfermeras y la situación de las investigaciones al respecto, siguiendo con el objetivo de esta investigación, se considera importante detallar las variables que modulan la comunicación con el paciente y/o familiar.

1.5. Variables moduladoras de la comunicación enfermera

La comunicación interpersonal es una herramienta imprescindible para el profesional sanitario y su estudio es fundamental para poder entender la conducta humana (Grover, 2005). La comunicación es un proceso complejo, multidimensional y dinámico (Sheldon, Barrett, & Ellington, 2006) y ha sido considerada la parte más importante del trabajo enfermero desde el s. XIX por Florence Nightingale (Fleischer et al., 2009).

La enfermería como profesión y disciplina ha ido evolucionando a lo largo de la historia, consiguiendo posicionarse como una profesión autónoma, satisfaciendo las necesidades de cuidados y asumiendo la responsabilidad de liderar la gestión de los mismos en las personas, familias, grupos y comunidades (Núñez & Cid-Henríquez, 2015). El cuidado del otro implica, identificar las necesidades particulares de las personas, comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores, siendo para ello fundamental la comunicación permanente con el paciente. La importancia de la comunicación se manifiesta en las teorías y modelos de enfermería que fundamentan la práctica profesional, en este sentido, parece necesario destacar la teoría del cuidado propuesta por Jean Watson (Cara, 2003), que enfatiza la importancia de la comunicación abierta con el paciente y/o familia en el proceso de cuidados.

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

El proceso de cuidado según Watson, es intersubjetivo, se da entre seres humanos. Tiene como objetivo ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre cuerpo, alma y espíritu (Benavent, Ferrer, & Francisco, 2001). La enfermera, debe interactuar con “la persona”, más que con “el enfermo”, comprender sus creencias, emociones, sentimientos y temores, sin olvidar su individualidad y sus conocimientos. La enfermera debe comprender y sentir profundamente las necesidades de su paciente para poder satisfacerlas (Lagunes-Córdoba & Hernández-Manzanares, 2012), es decir debe ser capaz de gestionar adecuadamente sus emociones y las de los demás (inteligencia emocional) y sobre todo ser capaz de ponerse en el lugar del otro (empatía) (Rego, Godinho, McQueen, & Cunha, 2010). Es por ello, por lo que el proceso de comunicación se constituye piedra angular de la relación enfermera-paciente (Fleischer et al., 2009).

Sin embargo, no toda enfermera posee las mismas aptitudes para realizar un cuidado efectivo del enfermo (Müggenburg & Riveros-Rosas, 2012). En este sentido Watson define diez factores de cuidados (Gallardo, Maya, & Vásquez, 2011) que constituyen la base para el desarrollo de la ciencia enfermera y una orientación en su práctica, éstos son: la formación de un sistema humanístico altruista de valores, el desarrollo de los sentimientos de la fe y esperanza, el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás (que se englobaría dentro de lo que en la actualidad denominamos empatía), el desarrollo de una relación de ayuda de confianza, la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos (que se englobaría dentro de lo que en la actualidad denominamos inteligencia emocional), la utilización sistemática del método científico de resolución de problemas para la toma de decisiones, la promoción de la enseñanza del aprendizaje interpersonal, la provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o de corrección mental, física, socio cultural y espiritual, la asistencia con satisfacción de las necesidades humanas, y la tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. Estos factores de cuidados de la teoría de Watson, reflejan las habilidades que debe tener la enfermera para prestar un cuidado basado en la comunicación abierta con el paciente. Para ello, la empatía y la inteligencia emocional, se muestran como habilidades que las enfermeras deben alcanzar para el establecimiento de la adecuada comunicación interpersonal. De este modo, la enfermera conoce a la otra persona, su forma de vida, personalidad, qué le motiva, qué le influye,

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

prestando así unos cuidados acordes a sus necesidades y de mayor calidad (Gallardo, Maya & Vásquez, 2011).

En esta línea, tal y como señala Mompert (2004), en los cuidados enfermeros no sólo se deben considerar los aspectos tecnológicos ni las habilidades, es decir los elementos instrumentales, sino que también hemos de considerar elementos internos o personales, como las actitudes, los sentimientos, los elementos que componen la competencia profesional de la enfermera:

- Elementos instrumentales y técnicos, que se basan en la utilización de herramientas tecnológicas y mentales o de pensamiento (máquinas, métodos, procesos, etc.), tanto del dominio exclusivo de la enfermería como de otras disciplinas (la física, la psicología, la sociología, etc.).
- Elementos internos o personales, relativos a la actitud profesional y personal de compromiso afectivo (compañía, ayuda, comunicación, refuerzo, etc.) todos ellos en el ámbito de lo que Collière llama acertadamente cuidados invisibles, ya que por su propia naturaleza no son observables ni tangibles y solamente se hacen presentes por sus efectos.

La comunicación interpersonal, la transmisión de información, la empatía, el consentimiento informado, la confidencialidad, la corporeidad, la intimidad, todas estas cuestiones se refieren directamente al ejercicio del cuidar (Roselló, 2002) y, por ello, son aspectos que las enfermeras deberán tener muy presentes en su trabajo diario. Desde esta perspectiva, la competencia comunicativa de las enfermeras se establece como eje de la calidad del cuidado y por lo tanto, de la satisfacción del paciente (Vaismoradi, Salsali, Esmacilpour, & Cheraghi, 2011; Manojlovich & DeCicco, 2007).

En este sentido, la literatura sugiere la existencia de diversos factores que modulan la comunicación entre la enfermera y el paciente, los factores situacionales o variables extrínsecas y los factores disposicionales o variables intrínsecas (Ramritu & Croft, 1999). Los primeros, se relacionan con las condiciones organizativas del sistema sanitario, que en muchas ocasiones escapan del control de las enfermeras, se encuentran relacionados tanto con el entorno físico (Becker, 2007), como con la ubicación de los distintos miembros del equipo multidisciplinar (O'Leary et al., 2009). Los factores disposicionales o variables intrínsecas, dependen del profesional: la edad, el sexo, la

formación, la antigüedad laboral, la actitud, la empatía, la inteligencia emocional (Posma et al., 2009),... , por citar tan solo algunos ejemplos.

En el presente estudio nos centraremos en algunas de las variables intrínsecas o factores disposicionales, que influyen sobre la comunicación, concretamente en: la actitud hacia la comunicación, la empatía y la inteligencia emocional. Dada la importancia de la comunicación en el contexto enfermero e.g. (Charlton et al., 2008; Ghiyasvandian et al., 2014; Robinson et al., 2008). Para su estudio, en sucesivos apartados de esta investigación se profundizará en cada una de estas variables, a continuación se presenta la primera de ellas, la actitud hacia la comunicación.

1.6. Actitudes de las enfermeras hacia la comunicación

El término actitud ha sido definido por varios autores, así pues Thomas y Znaniecki (1918) la definen como una tendencia a la acción, Chein (1948) como una disposición a evaluar de determinada manera ciertos objetos, acciones y situaciones. Rokeach (1968) como una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto a responder en un determinado sentido. Si tomamos como referencia la definición de Allport (1935) por ser una de las más utilizadas, la actitud se define como “un estado mental y neurológico de predisposición, mediante la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica en la respuesta de los individuos en todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Destacamos de dicha definición la predisposición a la conducta, y por lo tanto, la influencia en la respuesta de los individuos.

Por otro lado, para entender la estructura interna de la actitudes se presenta el modelo tripartito de la actitud de Rosenberg y Hovland (1960), que incluye tres componentes de la actitud cognitivo, afectivo y conductual:

- Componentes Cognitivos: Reflejan percepciones, creencias y pensamientos acerca de la actitud hacia el objeto, para poder así evaluarlo.
- Componentes Afectivos: Reflejan evaluaciones hacia el objeto de actitud, sentimientos, recuerdos, estados de ánimo, etc.

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

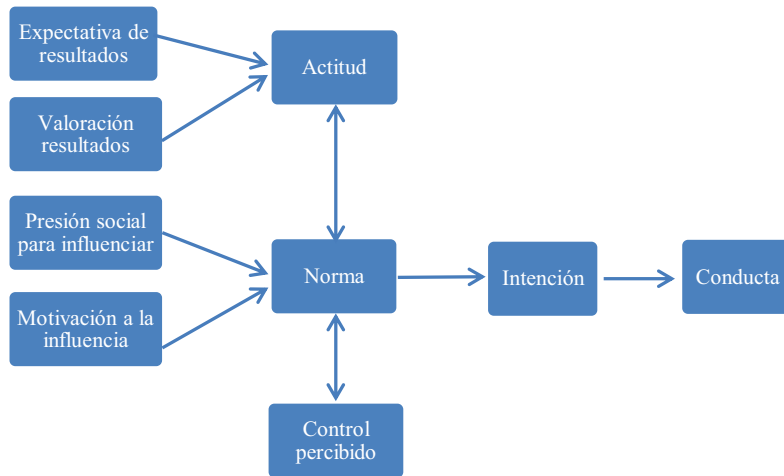
- Componentes Conductuales: Reflejan acciones, intenciones y tendencias, predisposiciones conductuales, dirigidas hacia el objeto. Es aquello que podemos observar y permite deducir los otros dos.

Es por ello por lo que estudiar la conducta humana, pasa ineludiblemente por hablar de actitudes, deberíamos ser capaces de predecir comportamientos individuales, midiendo las actitudes hacia dichos comportamientos. No obstante, aunque existe controversia en los estudios desarrollados, donde existe una baja y a menudo no significativa correlación entre mediciones generales de actitud hacia un objeto, y comportamientos individuales hacia dicho objeto, es posible demostrar una fuerte correlación entre actitud y comportamiento (Baron & Byrne, 2002).

En definitiva, existen muchas teorías para estudiar el cambio de actitudes generales hacia objetos, las actitudes hacia el comportamiento. En el presente estudio se considera importante hacer referencia a la Teoría de la Acción Planificada de Ajzen, (1991), por ser una de las más usadas en el ámbito de la salud (Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008) para establecer la relación actitud–conducta.

Esta teoría destaca la importancia de los factores contextuales y cognitivos en la relación actitud–conducta. La intención se describe como el elemento que predice la conducta y se encuentra condicionada por tres factores: un factor individual (actitud), un factor social (norma subjetiva) y el control percibido por la persona. La actitud se constituye por las expectativas de los resultados logrados y por el valor que la persona le da a esos resultados. La norma subjetiva es la presión social que el individuo recibe en relación a su conducta y la motivación del individuo para ser influenciado. El control percibido consiste en la percepción del individuo de su capacidad para realizar el comportamiento. Si estos tres elementos son en general positivos, el individuo tendrá la intención de llevar a cabo dicho comportamiento, pudiéndose calificar como una conducta planificada (Ajzen, 1991) (ver Figura I.1.).

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

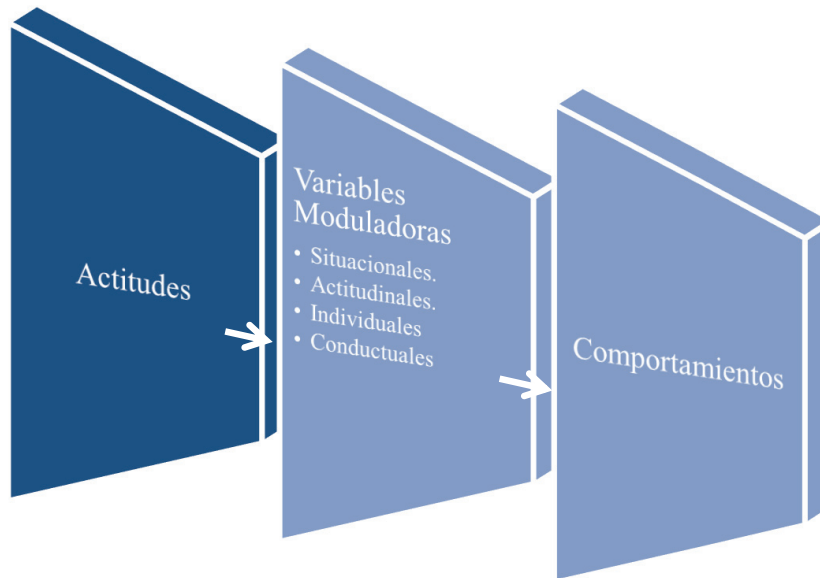


Fuente: Elaboración propia (2016).

Figura I.1. Teoría de la Acción Planificada.

La actitud se considera una disposición a responder de manera favorable o desfavorable a un objeto, persona, institución o acontecimiento. Es un constructo hipotético que no es visible a través de la observación directa, debe inferirse por la medición de las respuestas de los sujetos y estas respuestas deben reflejar evaluaciones positivas o negativas de la actitud hacia el objeto (Ajzen, 2005). De esta manera, la actitud de las enfermeras ante la comunicación con el paciente y/o familia, influye en cómo se lleva a cabo (Gustafsson, & Borglín, 2013) y por tanto, en sus estilos comunicativos (Arocena, 2005).

Así pues, la relación entre la actitud de la enfermera y la comunicación con el paciente, se encuentra influida por una serie de variables moduladoras que determinan la relación entre actitud y comportamiento, tal y como podemos ver en la figura I.2.



Fuente: Elaboración propia (2016).

Figura I.2. Variables moduladoras de las actitudes y comportamientos.

Estas variables moduladoras según Fazio & Roskos-Ewoldsen (2005), pueden clasificarse en: situacionales, actitudinales, individuales y conductuales.

- Situacionales: Estos serían los factores normativos y la presión del tiempo para tomar decisiones. Las normas o creencias sobre cómo debería o se espera que uno se comporte en una situación dada, pueden influenciar notablemente el comportamiento. La presión del tiempo para tomar decisiones impide un examen minucioso de la información prevaleciendo actitudes preexistentes.
- Actitudinales: Algunas actitudes tienen más influencia que otras en la conducta individual, en función del rol de la experiencia directa y de la accesibilidad de la actitud. El rol de la experiencia directa: la actitud puede configurarse a través de una experiencia directa (por ejemplo actitud hacia el juguete al jugar con él) o a través de la experiencia indirecta (por ejemplo actitud hacia el juguete por la descripción del anuncio del juguete). Las actitudes de la experiencia directa son más predictivas de comportamientos.

Accesibilidad de la actitud: Un aspecto que diferencia la actitud de la experiencia directa de la indirecta, sería la accesibilidad de dicha actitud en la memoria, la facilidad con la que dicha actitud viene a la mente.

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

- Individuales: La concordancia actitud-conducta, se encuentra sujeta a diferentes tipologías de personas, por ejemplo, las personas que se guían por los sentimientos internos tienen una mayor concordancia frente a las que tienden a guiarse por los elementos situacionales. Dentro de las características individuales es importante considerar los niveles de inteligencia emocional y empatía de las enfermeras, ya que permitirán reconocer adecuadamente sus emociones, las de los demás y entender al paciente (Rego, Godinho, McQueen, & Cunha, 2010). En esta situación, se genera un ambiente de confianza y respeto, que facilita una comunicación abierta con el paciente y/o familiar (Akerjordet & Severinsson, 2004).
- Conductuales: Medir actitudes y conductas con los mismos niveles de especificidad (Ajzen & Fishbein, 1977). La mejor manera de medir una conducta específica es a través de una pregunta actitudinal, que es equivalente a preguntar por la acción, su objetivo, el contexto de actuación y el tiempo por ej. ¿Cómo te sientes por ir el domingo al fútbol?.

Tras revisar la importancia de la actitud y sus variables moduladoras sobre la conducta, se infiere que las enfermeras que guardan actitudes favorables hacia la comunicación, tienen comportamientos positivos hacia la comunicación y por tanto, variables moduladoras que influyen favorablemente (Ajzen, 1991). Dado que tal y como se indicó al inicio de la presente investigación, uno de sus principales objetivos es determinar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación y en la literatura no encontramos ningún instrumento de medición en el contexto enfermero, ha sido necesaria su elaboración.

En la elaboración del cuestionario se siguieron las recomendaciones generales de la ITC, (ITC, 2001) y, para la fundamentación teórica se siguió el modelo tridimensional de actitud de Rosenberg y Hovland (1960), desde sus tres componentes, el afectivo, el cognitivo y el comportamental. Los componentes de la actitud se relacionaron con los momentos comunicativos (Duhamel & Talbot, 2004) más importantes de cualquier proceso de hospitalización: el ingreso, la realización de un procedimiento y el alta hospitalaria.

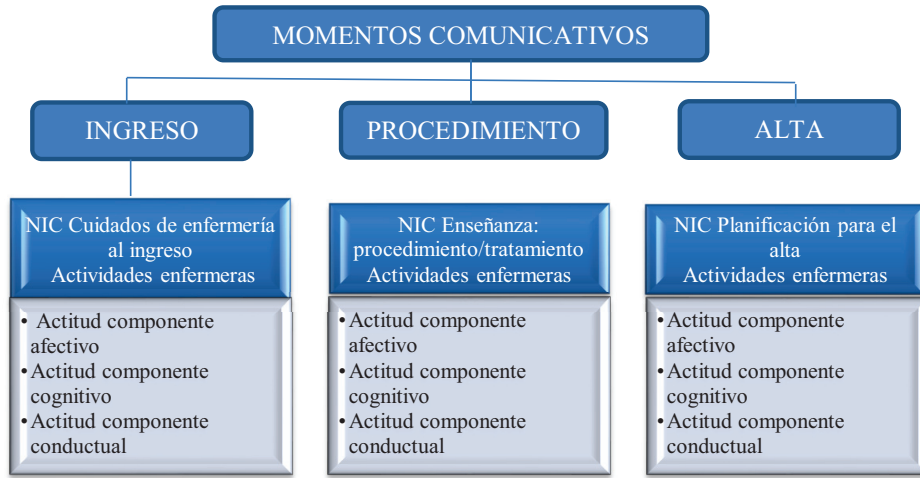
Estos momentos comunicativos pueden relacionarse con los tipos de información que se le facilita al paciente y/o familia. Vielva (2002), habla de información de carácter general (comprende todo aquello que puede servirle al enfermo

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.

para sentirse más orientado, seguro y, como consecuencia, tranquilo). Información específica sobre su propia salud (información general y específica sobre los cuidados enfermeros, procedimientos, exploraciones y clarificación de la información relativa al diagnóstico y al pronóstico). Y por último, la información relativa a la obtención del consentimiento informado.

Los tres momentos comunicativos se relacionaron con las intervenciones enfermeras que los describen de acuerdo a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, en adelante NIC. Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que la enfermera aplica para mejorar los resultados en el paciente. La NIC debe utilizarse para comunicar las intervenciones que las enfermeras desarrollan con los pacientes y/o familias, si se utiliza para documentar la práctica podemos determinar el impacto de los cuidados enfermeros sobre los pacientes (Bulechek, 2009). Finalmente, de esta clasificación, se seleccionaron las siguientes intervenciones con sus correspondientes actividades relacionándose con los tres componentes de la actitud: Cuidados de enfermería al ingreso, Enseñanza: procedimiento/tratamiento y Planificación para el alta (Figura I.3.).

1. - La comunicación de las enfermeras con el paciente.



Fuente: Elaboración propia (2015).

Figura I.3. Relación momentos comunicativos y dimensiones de la actitud.

Este instrumento de medición de las actitudes hacia la comunicación (ACO), nos permitirá conocer la actitud que tienen las enfermeras hacia la comunicación, aspecto que influye considerablemente sobre la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente (Robinson et al., 2008). Según Donabedian (2005), los pacientes valoran de la asistencia sanitaria tres aspectos: uno, el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver problemas); dos, el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y tres, la comunicación (dar y recibir información).

Una vez delimitada la importancia de la actitud hacia la comunicación de las enfermeras y la influencia de variables moduladoras, parece necesario profundizar más en dichas variables, la inteligencia emocional y la empatía. Por este motivo, en el siguiente capítulo se desarrollan los constructos de inteligencia emocional y empatía.

**CAPÍTULO II. LAS
EMOCIONES EN LAS
ENFERMERAS**

CAPITULO 2. LAS EMOCIONES EN LAS ENFERMERAS

En este capítulo inicialmente se describe el origen biológico de las emociones para facilitar la comprensión de las variables de estudio: inteligencia emocional (en adelante IE) y empatía. Seguidamente se procederá al estudio de dichas variables siguiendo la misma estructura: conceptualización, importancia en las enfermeras, modelos más importantes, instrumentos de medición y niveles de cada una de las variables en las enfermeras.

2.1. Origen biológico-anatómico de las emociones

Las habilidades cognitivas se determinan por el neocortex, la capa externa del cerebro. Sin embargo, en la IE y la empatía, entran en juego áreas cerebrales adicionales, principalmente los centros emocionales y, en particular, la amígdala. Estos centros emocionales están en el subcortex, la capa más profunda del cerebro, pudiendo influir enormemente en el funcionamiento del neocortex e impactar en nuestros procesos de pensamiento lógico y racional. Cuando un sentimiento impulsivo anula el pensamiento racional, aumenta la actividad de la amígdala como depósito de la memoria emocional. La transmisión y el control de las emociones, se encuentra dominado por el subcortex y en particular, la amígdala, con la participación de estructuras cerebrales y glándulas que envían información en forma de elementos bioquímicos al resto de cuerpo. Los neuropéptidos, también denominados neurotransmisores, están almacenados en el cerebro emocional y son enviados a través de todo el cuerpo cuando se siente una emoción, indicándole al cuerpo la manera de reaccionar. Con cada reacción emocional, el cerebro envía estos elementos químicos hacia un sistema complejo de receptores que se encuentran distribuidos en todo el cuerpo (Shapiro & Tiscornia, 1997). El funcionamiento de la amígdala y su interacción con el neocortex constituyen el corazón de la IE y la empatía (James Poon Teng Fatt, 2002). Las emociones y los comportamientos son el resultado de la respuesta del individuo a la interacción con su entorno. Las emociones pueden definirse como:

2. - Las emociones en las enfermeras.

Un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que: a) pueden dar lugar a experiencias afectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado; b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones y procesos de etiquetado; c) generar ajustes fisiológicos...., y d) dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta, adaptativa (Kleinginna & Kleinginna, 1981, p.355).

Desde un punto de vista anatómico, la amígdala del cerebro es donde se almacenan las emociones relacionadas con una experiencia particular. Los seres humanos conectan las emociones con las experiencias y éstas continúan para influir en nuestra capacidad de tomar decisiones futuras. Si las emociones fuertes, como la ansiedad o el miedo, se experimentan con una actividad en particular, se recordaran en el momento de repetir dicha actividad. Las emociones originadas en la amígdala pueden anular el área prefrontal (toma de decisiones ejecutivas), tomando el control en lugar del pensamiento racional (intelecto). Sin embargo, el área prefrontal puede retomar el control y anular los impulsos emocionales si las personas son conscientes de las emociones que experimentan (Reeves, 2005).

Las emociones son importantes ya que proporcionan información significativa que a su vez puede cambiar la atención y el pensamiento, cambiar nuestras sensaciones físicas, y motivar la conducta (Bechara, 2004). Influyen en los pensamientos de las personas, son esenciales en la toma de decisiones, tanto es así que algunos autores consideran que en la toma de decisiones, y la adopción de medidas, las emociones son tan importantes como el pensamiento racional, intelectual (Cadman & Brewer, 2001).

En el desarrollo de las emociones, Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta, & Lenzi, (2003), confirmaron que para la comprensión de los sentimientos de los demás, y el desarrollo de relaciones empáticas, la gente necesita evocar la representación de acciones en el cerebro asociadas con las emociones que observan en los demás. De manera que, basamos nuestra capacidad de empatizar a través de la representación de las acciones asociadas a las emociones que estamos presentando. Por ejemplo, cuando observamos una escena en una película, de alguien en peligro nos identificamos con él. La empatía desempeña según estudios neurofisiológicos, una función en las actividades de las células nerviosas del cerebro, en las llamadas neuronas (Neumann et al., 2009). Estas células, las neuronas, en el cerebro pueden controlar una determinada acción (por

ejemplo, el comportamiento o la emoción) en el cuerpo, e incluso se pueden activar si se observa la misma acción en otra persona.

Estas son, las denominadas neuronas espejo, que nos permiten responder espontáneamente, involuntariamente e incluso sin pensar. Las neuronas espejo utilizan el inventario neurobiológico del observador con el fin de hacerle sentir lo que está ocurriendo en la persona que está observando a través de la simulación interna, nos permiten entender las experiencias de los demás (Decety & Jackson, 2004; Hojat, 2012). El funcionamiento de las neuronas espejo es, por lo tanto, un requisito previo esencial para la empatía (Bauer, Blanchard, & January, 2010). Por otra parte, el miedo, tensión y el estrés pueden reducir enormemente el funcionamiento de las neuronas espejo y, por tanto la capacidad de sentir empatía, comprender a los demás. Estos aspectos son sumamente importantes para los profesionales de la salud y en particular para las enfermeras, ya que la interacción continua con los pacientes, puede alterar nuestro cerebro emocional. La observación de emociones positivas o negativas puede influir en el propio estado de ánimo positiva o negativamente y en consecuencia, puede despertar angustia. Con respecto a la práctica clínica, esto significa que un médico o una enfermera se enfrenta a la angustia de sus pacientes, y puede acabar sintiendo angustia, de hecho estudios desarrollados en médicos residentes estadounidenses (Rosen, Gimotty, Shea, & Bellini, 2006), muestran cómo se produce un deterioro de la empatía a medida que aumentan las experiencias en el sistema sanitario. En este punto, tiene suma importancia la capacidad de ser conscientes de nuestras emociones y la capacidad de regularlas, para poder hacerlo también en los demás, para ello, la empatía y la inteligencia emocional desempeñan un papel importante. La corteza, o cerebro pensante, nos permite tener sentimientos sobre nuestros sentimientos, expresar dichos sentimientos a los demás y observar y aprender a partir de la forma en que estos reaccionan ante ellos (Shapiro & Tiscornia, 1997). Aprender a identificar y transmitir las emociones es una parte importante de la comunicación y, es un aspecto vital del control emocional. Pero apreciar las emociones de los demás constituye una capacidad de la empatía y de la inteligencia emocional de los individuos igualmente importante, particularmente para el desarrollo de relaciones satisfactorias (Shapiro & Tiscornia, 1997).

La regulación consciente de las emociones mejora el crecimiento emocional e intelectual. Una persona que está abierta a los sentimientos tanto agradables como

2. - Las emociones en las enfermeras.

desagradables, y a aprender de ellos, será capaz de ajustar las emociones en los momentos apropiados, siendo capaz de reflexionar conscientemente sobre sus respuestas emocionales. Esto implica la evaluación y regulación de los estados de ánimo. La persona también será capaz de manejar sus emociones de manera que potencie o promueva las emociones agradables y evite exagerar las negativas (James Poon Teng Fatt, 2002). Estos aspectos son fundamentales para las enfermeras, ya que dentro de los cuidados enfermeros y de la responsabilidad profesional, las actitudes, los conocimientos y las habilidades de las enfermeras para gestionar las emociones, en definitiva su empatía e inteligencia emocional, serán fundamentales para proporcionar apoyo emocional, para la comunicación e información en el día a día de los cuidados enfermeros (Liu, Mok, & Wong, 2006).

La capacidad de sentir empatía, de ser consciente de sí mismo, de motivar a los demás, de tener relaciones exitosas y de mantener el auto-control, en definitiva de ser emocionalmente inteligente. Es un aspecto muy importante de las enfermeras (Cadman & Brewer, 2001) como herramienta para fortalecer su salud mental, y asegurar al paciente una atención de calidad. Debido a que como describen Pines, Aronson y Kafry (1981), el trabajo asistencial se constituye como una interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional y de confianza en el trabajador, y en la que el fracaso con el paciente, es visto como un error del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema.

Una vez definido el origen de las emociones parece adecuado, debido a la importancia que revisten en nuestro estudio, profundizar en los siguientes apartados en dos aspectos o concreciones de las emociones, la denominada inteligencia emocional y la empatía.

2.2. Inteligencia emocional

En este apartado se pretende estudiar la inteligencia emocional, para ello se procederá a su conceptualización y a definir la importancia de esta variable en el contexto enfermero. Seguidamente, se repasarán los modelos teóricos e instrumentos más importantes para su estudio. Finalmente, se revisarán los resultados publicados sobre los niveles de inteligencia emocional en las enfermeras.

2.2.1. Conceptualización del término

En 1983 Howard Gardner, uno de los teóricos más influyentes de la inteligencia emocional, propuso su famoso modelo de “inteligencias múltiples”, para señalar la distinción entre las capacidades intelectuales y emocionales (Gardner, 1983). Este autor propuso un listado de ocho inteligencias que, incluyen habilidades cognitivas tales como: el razonamiento matemático, la fluidez verbal y espacial, la inteligencia cinestésica, naturalista y musical, y por último, la inteligencia intrapersonal e interpersonal (también llamada inteligencia social). Argumenta que las inteligencias existen sobre la base de su importancia cultural y su correspondencia con las estructuras del cerebro humano. Además, propone “inteligencias personales” para la gestión de uno mismo y de las relaciones.

Gardner plantea que la inteligencia social está compuesta por dos tipos de inteligencia: una inteligencia interpersonal, definida como la capacidad para entender a los demás, sus motivaciones, sus sentimientos y sus formas de interacción; y una inteligencia intrapersonal, que estaría caracterizada por la capacidad para entender sus propios sentimientos y motivaciones. Estos conceptos definidos por Gardner pueden considerarse los antecedentes directos de lo que vendrá a denominarse la Inteligencia Emocional (Gardner, 1995).

El concepto de Inteligencia Emocional fue descrito por primera vez en 1990 por Salovey y Mayer, y tiene sus raíces en investigaciones anteriores sobre las “inteligencias sociales” con Thorndike (1920), sin embargo, su difusión a nivel mundial se origina a partir de la obra de Daniel Goleman (1996) titulada “Inteligencia Emocional”. En las dos últimas décadas ha adquirido una gran popularidad el concepto de IE, generando un considerable interés, tanto en la sociedad como en el ámbito profesional y académico. Dicho interés ha promovido el surgimiento de numerosos modelos y propuestas que, para explicar el comportamiento humano en diferentes contextos sociales tienen en cuenta este concepto.

Pese a la importancia de la IE, históricamente, la inteligencia cognitiva ha sido considerada como el factor más relevante (y en ocasiones el único) en el éxito académico y profesional, siendo el coeficiente intelectual (CI), la medida principal de la inteligencia cognitiva. En este sentido, la mayoría de los colegios han utilizado promedios de calificaciones y resultados de exámenes de ingreso universitario, como

2. - Las emociones en las enfermeras.

criterios de admisión y como predictores de éxito académico. Sin embargo, las investigaciones en la pasada década han demostrado que la inteligencia cognitiva es sólo la mitad de la ecuación necesaria para el éxito tanto en el entorno escolar como en el lugar de trabajo. La capacidad de la persona para realizar el trabajo para el que se contrató es básica, pero, el cómo se lleva a cabo el trabajo, es crucial. El “cómo” se llama inteligencia emocional (Humphrey, 2002). Esta es la otra parte de la ecuación del éxito, y es el elemento que más puede importar en la trayectoria profesional de un individuo (Reeves, 2005), la IE, resulta también especialmente importante en el caso de las relaciones interpersonales (o en nuestro caso de las relaciones terapéuticas).

Es por ello, por lo que la inteligencia emocional es un concepto que experimenta un considerable desarrollo en los mundos académico, profesional y de la salud, ya que las personas han comenzado a valorar la relevancia de este concepto en la comprensión de la naturaleza de las relaciones y de nuestra eficacia en los diferentes contextos (Beauvais, Brady, O'Shea, & Griffin, 2011).

En la última década, los investigadores han dirigido su interés hacia aquellos aspectos de la inteligencia más ligados a las emociones y a los sentimientos, planteando la idea de que la IE de una persona puede constituir un mejor predictor de la eficiencia laboral y social que la inteligencia cognitiva (Reeves, 2005). Goleman (1996), determinó cómo en la última década, el contexto social se ha caracterizado por un aumento en la ineptitud emocional, desesperación, un aumento de psicopatologías relacionadas con los estados de ánimo como la ansiedad y depresión, un aumento de la violencia escolar, doméstica,..., y la IE se establece como el factor para alcanzar el éxito y la competencia, por lo que consideramos de gran importancia el estudio de este concepto.

Diariamente interactuamos con otras personas, estableciendo relaciones y generando vínculos afectivos, por lo que la IE juega un papel fundamental para entender nuestros propios sentimientos y motivaciones, así como los de los demás. La mente racional y emocional trabajan conjuntamente para alcanzar el equilibrio entre ambas. Según Goleman (1996), la emoción nutre e informa a la mente racional, siendo la mente emocional la que proporciona energía a la parte racional para que ordene el comportamiento de las emociones. Además, la mente emocional se basa en los sentimientos que son esenciales para el pensamiento, así como lo es el pensamiento para los sentimientos. Según este autor, el sentimiento es anterior al pensamiento, por lo que

la emoción se genera antes que la razón, siendo esta última la que elaboraría la respuesta más adecuada. Así pues, estudiar las emociones es fundamental para comprender la relación del individuo con su entorno y sus conductas (Goleman, 1996).

En este sentido estudiar la inteligencia emocional es relevante, y más en las enfermeras, que continuamente interactúan con los pacientes y/o familiares. Es por ello, por lo que a continuación realizaremos un breve repaso de los motivos por los que reviste gran importancia para dicho colectivo.

2.2.2. Importancia de la inteligencia emocional en las enfermeras

Los seres humanos hemos evolucionado para establecer vínculos con el fin de sobrevivir, hemos evolucionado para ser sociales. Nuestra supervivencia depende de nuestra capacidad de entender a los demás y de nuestra “habilidad” para comunicar nuestro entendimiento, de la capacidad de imaginar lo que otra persona está pensando y sintiendo en una determinada situación. Las relaciones sociales proveen oportunidades para el compromiso empático, que a su vez refuerzan las conexiones humanas, teniendo su establecimiento y ruptura consecuencias sobre el bienestar físico, mental y social del individuo.

Desde esta perspectiva, la IE se erige como un elemento básico para establecer y mantener relaciones interpersonales de calidad, y por ende para poder desarrollar una adecuada relación terapéutica. La IE se encuentra muy relacionada con la empatía y reviste gran importancia dentro de las relaciones interpersonales, en cuanto a habilidad para percibir y entender las emociones propias y las de los demás, por lo que las personas con más alto nivel de IE deberían tener la habilidad de experimentar empatía (Schutte, Malouff, Bobik, & Coston, 2001). Originalmente Salovey y Mayer (1990) proponen la empatía, como capacidad de reconocer las emociones en otros, como dominio de la IE. Schutte et al. (2001), apoyan que la empatía tiene superposición significativa con las medidas de la IE y las habilidades sociales.

La IE es útil y aplicable en diferentes contextos como: la educación, la psiquiatría, la psicología, el ámbito empresarial y también en la enfermería (Caruso, Mayer, & Salovey, 2008). En las profesiones asistenciales como la enfermería, adquiere gran importancia, ya que el profesional ha de tener habilidad para controlar sus propias

2. - Las emociones en las enfermeras.

emociones y detectar, interpretar y manejar correctamente las emociones de los demás, para poder identificar las necesidades de la otra persona y prestar una atención individualizada (Berrios, Augusto, & Aguilar, 2006). En las enfermeras es fundamental la sensibilidad al estado de ánimo y las emociones de los pacientes, es necesario para comprender el significado de las necesidades del paciente y no deben considerarse aisladamente de las actuaciones y pensamientos (Freshwater & Stickley, 2004).

Es por ello por lo que la literatura considera la importancia de la IE en las enfermeras (Cadman & Brewer, 2001; Freshwater & Stickley, 2004), y en particular refleja fuertes implicaciones de la IE para las propias enfermeras (Harrison, & Fopma-Loy, 2010):

- El trabajo emocional de la enfermera puede afectar a su salud física y psicológica.
- La autoconciencia puede mejorar la satisfacción y enriquecer mutuamente las relaciones enfermera-paciente.
- La IE puede facilitar el aumento del trabajo en equipo, siendo la atención proporcionada más eficiente y efectiva.
- La inteligencia emocional tiene un efecto positivo sobre las conductas de liderazgo de las enfermeras, mejorando las relaciones interprofesionales y con los pacientes.

Según Hurley, (2008) la necesidad de estudiar la IE en las enfermeras se justifica entre otros por los siguientes motivos:

- Mejora de los valores que sustentan la práctica.
- Desarrollo de relaciones positivas en el lugar de trabajo.
- Desarrollo de habilidades para construir relaciones.
- Desarrollo de habilidades de comunicación.
- Mejora la autoconciencia.
- Desarrolla la habilidad de relacionarse con los demás.
- Fortalece las habilidades de comunicación efectiva.
- Desarrolla la habilidad de mostrar empatía.

En resumen, podemos afirmar que la IE en las enfermeras tiene gran importancia sobre la relación terapéutica que se establece con el paciente y por tanto sobre la empatía y el desarrollo de habilidades comunicativas (Cerit, & Beser, 2014), sobre la

gestión adecuada del estrés laboral y burn-out, sobre la satisfacción laboral, el trabajo en equipo, y el liderazgo.

En los entornos asistenciales la habilidad para manejar las propias emociones así como para interpretar las emociones de los demás, la IE, se consideran fundamentales, ayudan a las enfermeras a combatir el estrés, lo que contribuye positivamente tanto al mantenimiento de su salud como la del paciente (Akerjordet & Severinsson, 2007). Algunos estudios, como el de Codier et al. (2010) midieron la IE en la práctica clínica y encontraron relaciones positivas entre la IE y el rendimiento, mayor compromiso con la organización, y satisfacción laboral de los profesionales. En esta misma línea hay estudios que relacionan la IE con la reducción de burn out, mejora del rendimiento y fidelización al puesto de trabajo (Rosete, & Ciarrochi, 2005).

Estos hallazgos sugieren un enfoque completamente nuevo para la mejora de los entornos de trabajo enfermeros, respecto a la calidad y seguridad de la atención al paciente (Potter et al., 2010) y sobre bienestar físico y emocional de las enfermeras (Augusto Landa, Lopez-Zafra, Berrios Martos, & Aguilar-Luzon, 2008; Cummings, Estabrooks, & Hayduk, 2005; Humpel, Caputi, & Martin, 2001; Montes-Berges & Augusto Landa, 2007).

La inteligencia emocional se establece también como requisito previo para el liderazgo eficaz (Cummings et al., 2005). Hay estudios como el de Altuntas y Akyil (2011) llevado a cabo con 87 estudiantes de enfermería, que determinan la relación entre IE y liderazgo, revelando una relación positiva entre la IE y los comportamientos de liderazgo eficaces. Las habilidades de liderazgo son necesarias para las enfermeras que trabajan tanto con los pacientes, como con los miembros del equipo para mejorar la seguridad clínica y ofrecer una atención de calidad a los pacientes (Parnell & Onge, 2015). La IE no sólo construye líderes y empleados con alta IE y eficientes, si no construye organizaciones emocionalmente inteligentes (Efkarpidis, Efkarpidis, & Zyga, 2012).

Una vez repasado el concepto de IE y su importancia en el contexto enfermero, se considera necesario exponer los modelos teóricos más relevantes para avanzar en su estudio.

2.2.3. Modelos de inteligencia emocional

Los modelos teóricos de inteligencia emocional con más apoyo científico son tres: Mayer y Salovey (1990), Goleman (1996) y Baron (2006).

Mayer y Salovey (1990), definen la IE como la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar esta información para guiar los pensamientos y acciones. Esta definición asume que la IE es una habilidad que comprende tres procesos: percepción, comprensión y regulación de las emociones.

- Percepción, valoración y expresión de la emoción, que conlleva la identificación de las emociones propias y las de los demás, y la capacidad para expresarlas.
- Comprensión y análisis de las emociones, que permite etiquetarlas y comprender las relaciones entre ellas, así como la situación que las ha generado.
- Regulación de las emociones, es la habilidad para regular o controlar las propias emociones (positivas y negativas) y las de los demás.

En la propia enunciación de los elementos del modelo se puede observar la importancia que tiene la IE dentro de las relaciones terapéuticas o dentro de la comunicación, pues buena parte de las acciones o elementos que comprende, no tienen sentido sin la presencia de los otros. Este modelo se incluye en los modelos de habilidad, dirigido al procesamiento emocional de la información y al estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos, & Extremera, 2001).

Daniel Goleman es otro de los autores que define la IE, adapta el modelo de Mayer y Salovey y define la IE, como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarnos y para manejar adecuadamente las emociones en nuestras relaciones. Goleman (1996) publicó “Inteligencia Emocional” donde afirmaba que la IE era más importante que la inteligencia convencional en el éxito del desarrollo humano y organizacional, sostuvo que la mayoría de las competencias que necesitan los líderes exitosos caen en el ámbito de la IE. Su modelo tiene cinco ramas o dimensiones: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales (Goleman, 2004).

2. - Las emociones en las enfermeras.

- **Autoconciencia:** La autoconciencia se define como la comprensión de uno mismo en profundidad, sus emociones, fortalezas, debilidades y necesidades. Se caracterizan por ser personas realistas, honestas consigo mismo y con los demás, reconocen como sus sentimientos les afectan a ellos y a los demás, así como a su actividad laboral. En definitiva, las personas que tienen esta característica son conscientes de sus fortalezas y debilidades, y están abiertas a la retroalimentación sincera de los demás, así como a aprender de sus propias experiencias.
- **Autorregulación:** La autorregulación hace referencia al manejo de las emociones de manera que no interfieran en las actividades diarias, se manifiesta con la ausencia de arrebatos emocionales perturbadores. Es el componente de la IE que nos libra de sentirnos prisioneros de nuestros sentimientos. Las personas cuando interactúan pueden experimentar sentimientos negativos e impulsos emocionales, las personas con autorregulación encuentran vías de control e incluso maneras de redirigirlos de forma adecuada.
- **Motivación:** La motivación hace referencia a la tendencia emocional que guía o facilita llegar a metas, ayuda a tomar la iniciativa y nos permite mejorar y perseverar frente a las contrariedades y frustraciones. Las personas con un alto nivel de motivación hacen una evaluación realista de las contrariedades y evitan la adopción de actitudes derrotistas.
- **Empatía:** La empatía es la capacidad de ser consciente de los sentimientos de los demás y tener en cuenta su perspectiva. Las personas rara vez dicen lo que sienten, es más habitual llegar a los sentimientos de las personas a través de señales no verbales, como el tono de voz y la expresión facial. La capacidad de detectar estos aspectos de la comunicación no verbal depende de la autoconciencia y de la autorregulación. Además, la empatía implica ser capaz de establecer relaciones con personas de diversos ámbitos, independientemente de su sexo, raza o nacionalidad.
- **Habilidades sociales:** Las habilidades sociales hacen referencia al manejo adecuado de las emociones, en las relaciones sociales. Una persona con buenas habilidades sociales también será capaz de interactuar cómodamente con los demás y persuadir, liderar, negociar y resolver diferencias para la cooperación y el trabajo en equipo. Es esta habilidad de generar respuestas deseables en otros la que hace a la persona un buen líder.

2. - Las emociones en las enfermeras.

Cada una de estas dimensiones que conforman la IE facilitan buenas habilidades comunicativas y una adecuada capacidad de interacción, tanto interna, lo que se denomina como competencias personales (autoconciencia, autorregulación y motivación) como externamente, lo que se nombra como competencias sociales (empatía y habilidades sociales) (Goleman, 1998). Además, dichos resultados se pueden observar en distintas culturas y/o contextos. Desde esta perspectiva la IE permite interpretar y comunicar la información emocional, en términos de capacidad de comunicarse y construir buenas relaciones tanto con los pacientes y como con los compañeros de trabajo (Goleman, 1998).

Por último, Baron (2006) conceptualiza la inteligencia emocional como un conjunto de rasgos y habilidades de la personalidad, que predicen la adaptación emocional y social en el entorno. Las competencias emocionales y sociales a las que se hace referencia en esta conceptualización incluyen los siguientes componentes clave:

- La habilidad de reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos.
- La habilidad de entender cómo se sienten los demás y relacionarse con ellos.
- La habilidad de gestión y control de las emociones.
- La habilidad de gestionar, cambiar, adaptarse y resolver problemas de naturaleza personal e interpersonal.
- La habilidad de generar afecto positivo y estar automotivado.

Este modelo de inteligencia emocional-social, incluye una serie de competencias emocionales y sociales interrelacionadas. Habilidades y competencias que determinan nuestra capacidad para expresarnos, comprender a los demás y relacionarnos con ellos, haciendo frente a las demandas de la vida diaria. Todo ello se basa en la habilidad intrapersonal de ser consciente de sí mismo, para entender sus fortalezas y debilidades, al tiempo que se expresan los sentimientos y pensamientos de forma constructiva. En el plano interpersonal, comprende la capacidad de ser consciente de los demás, de sus emociones, sentimientos y necesidades, estableciendo relaciones de cooperación constructivas y de satisfacción mutua. Por último, las personas emocional y socialmente inteligentes, gestionan eficazmente los cambios personales, sociales y ambientales. Hacen frente a la situación inmediata, resuelven problemas y toman decisiones de manera realista y flexible. Para ello, debemos manejar las emociones para que trabajen con nosotros y no en contra nuestra, siendo optimistas, positivos y automotivados (Baron, 2006).

En resumen, los modelos de IE más relevantes que propone la bibliografía son tres: el de Mayer y Salovey, el de Baron y el de Goleman. Salovey y Mayer (1990) propusieron el “modelo de habilidad”, donde la IE está relacionada con la habilidad cognitiva, por lo que las emociones son una fuente de información que utilizamos para tomar decisiones. Por el contrario, Baron presenta un “modelo rasgo/personalidad”, lo que sugiere que la IE se relaciona con la personalidad y está separada de la inteligencia cognitiva. Goleman por su parte, propone un modelo de “habilidad mixta”, alegando que la IE se refiere tanto a la personalidad como a la capacidad cognitiva.

En la Tabla 2.1, se proponen los tres modelos de inteligencia emocional en función de las perspectivas anteriormente citadas.

Tabla 2.1. Comparativa modelos Inteligencia Emocional.

Modelo	Modelo de Personalidad	Modelo de habilidad	Modelo Mixto
Definición de IE	IE es una función de la personalidad. Facilitadores sociales y emocionales que influyen en la conducta (Bar-on 2006).	IE es una habilidad. “La capacidad de percibir y expresar emociones, asimilar la emoción en el pensamiento, entender y razonar con emoción, y regular las emociones en uno mismo y en los demás “ (Mayer 1990).	IE es una habilidad y una función de la personalidad. “La capacidad para reconocer nuestra propios sentimientos y los de los demás, para la gestión de las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones“ (Goleman 1996).
Contexto de origen	Salud Comunitaria	Psicología cognitiva	Desarrollo organizacional
Instrumentos de medición	EQ-i Emotional Quotient Inventory	EI Test MSCEIT Trait Meta-Mood Scale (TMMS)	Emotional Competence Inventory (ECI)
Componentes variables de la IE	Asertividad Flexibilidad Autoconciencia Afrontamiento del estrés Autoestima Control de impulsos Solución de problemas Empatía	Emociones percibidas Emociones usadas Emociones comprendidas Emociones reguladas	Autoconciencia Autogestión Empatía Autocontrol Adaptabilidad Autoconfianza Colaboración Liderazgo Comunicación Iniciativa

Fuente: Elaboración propia (2015)

De los tres modelos de IE anteriormente enunciados para nuestro estudio utilizaremos el modelo de habilidad de Mayer y Salovey, ya que nos ofrece una visión más práctica y sencilla, al considerar la IE como una inteligencia basada en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación a nuestro pensamiento, es decir, permite

utilizar las emociones para un razonamiento más efectivo (Berrocal, & Pacheco, 2005). Además, se acompaña de instrumentos de medición con adecuadas propiedades psicométricas que previamente se han usado en el ámbito enfermero.

Un vez analizados los modelos teóricos más importantes para estudiar la IE, en el siguiente apartado se describirán los principales instrumentos utilizados para su evaluación.

2.2.4. Instrumentos de medición de la inteligencia emocional

Los instrumentos de medición de la IE son dispares tanto en su contenido, se enfocan tanto a capacidades como a personalidad, como en su forma de evaluación. En este apartado analizaremos las propiedades psicométricas de los principales instrumentos de medición de IE; Emotional Competence Inventory (ECI), Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i), Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) y MSCEIT V.2, El Trait Meta-Mood Scale (TMMS) y su versión reducida, el TMMS-24 según Conte (2005):

- Emotional Competence Inventory (ECI) desarrollado por Boyatzis, Goleman, y Rhee, para valorar competencias emocionales y comportamientos sociales positivos (Boyatzis, Goleman, & Rhee, 2000). Se compone de 110 ítems, y evalúa 20 competencias que se organizan en 4 dimensiones: (1) Autoconciencia, (2) Conciencia Social, (3) Auto-Gestión, y (4) Habilidades Sociales. En general, la fiabilidad es adecuada con un alpha de Cronbach que oscila entre 0.61 y 0.85.
- Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Desarrollado por Bar-On, se compone de 133 ítems y 5 dimensiones: (1) intrapersonal, (2) interpersonal, (3) la capacidad de adaptación, (4) el estado de ánimo general y (5) el manejo del estrés. En general, la fiabilidad del EQ-i es de 0.76.
- MEIS y MSCEIT V.2 desarrollado por Mayer, Salovey y Caruso, siendo este último una actualización del MEIS. Se elaboraron dos pruebas diferentes, en primer lugar, se desarrolló el Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS), que incluye 402 ítems con 4 subescalas: percepción, asimilación, comprensión y gestión de emociones. Algunas subescalas tienen baja confiabilidad. En segundo lugar, se desarrolló el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), que es una actualización del MEIS.

La versión más reciente del MSCEIT es la Versión 2 (V.2). El MSCEIT V.2 proporciona una valoración total de la IE, 141 ítems y cuatro dimensiones: (1) la percepción de la emoción, (2) la integración y asimilación de la emoción, (3) el conocimiento acerca de las emociones, y (4) la gestión de las emociones. La fiabilidad del conjunto del MEIS era de 0.95, el MSCEIT V.2 es más corto y rápido de utilizar que el MEIS, y en todas sus escalas el promedio de fiabilidad era de 0.71.

- El Trait Meta-Mood Scale (TMMS) y TMMS-24, se basa en el modelo de Salovey y Mayer (1990) y evalúa tres dimensiones de la inteligencia emocional: Atención, Claridad y Reparación. Está diseñado para evaluar las diferencias individuales en las habilidades para reconocer, discriminar, y regular los estados de ánimo y las emociones y es el primer instrumento de autoinforme desarrollado para la evaluación de la inteligencia emocional. En su versión original, el TMMS es una escala de 48 ítems que utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos para evaluar la percepción del individuo de sus propias habilidades emocionales. La escala tiene tres subescalas o factores: Atención a las emociones (la atención del individuo a sus sentimientos y estados emocionales), Claridad de la percepción emocional (la capacidad percibida de entender y discriminar entre los sentimientos) y reparación emocional (la capacidad percibida para regular estados de ánimo, la reparación de las experiencias emocionales negativas y prolongar los positivos). Un aspecto importante a tener en cuenta en el análisis de los resultados es que los autores diseñaron la escala para obtener una puntuación en cada subescala individual en lugar de una puntuación global. El TMMS ha sido adaptado y traducido a varios idiomas: alemán, portugués, farsi, turco, chino, euskera y español (Fernandez-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004). La versión en español es una adaptación del TMMS que contiene 24 ítems (TMMS-24) y mantiene los tres factores de la escala original (Atención, Claridad y Reparación), con ocho ítems para cada una de las dimensiones. El TMMS-24 en su versión española muestra características psicométricas adecuadas, de forma similar a la versión original, y tiene una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.90, 0.90 y 0.86 para las dimensiones de Atención, Claridad y Reparación, respectivamente (Fernandez-Berrocal et al., 2004).

2. - Las emociones en las enfermeras.

En la tabla 2.2. se observan de manera resumida las ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

Tabla 2.2. Comparativa instrumentos para la evaluación de la inteligencia emocional.

Instrumento	Descripción	Ventajas	Limitaciones
ECI	110 ítems, cuestionario autoadministrado.	Valoración de competencias emocionales y comportamientos sociales positivos.	Los derechos del propietario han limitado una valoración por pares para revisión de resultados. Posible superposición con constructos de personalidad.
EQ-i	133 ítems cuestionario autoadministrado.	Fácil administración, sobre 30 minutos. Adecuada fiabilidad.	Validez débil y posible superposición con constructos de personalidad.
MEIS	402 ítems cuestionario heteroadministrado.	Incluye componentes basados en habilidades.	Puntuaciones inconsistentes entre grupos de consenso.
MSCEIT	Desarrollado como una actualización del MEIS. 141 ítems heteroadministrado.	Más fácil de administrar y consume menos tiempo que el MEIS. Depende tanto del consenso como de la puntuación de expertos.	Escala más nueva, carente de evaluaciones publicadas. La mayoría de datos del instrumento se apoyan en supuestos del MEIS.
TMMS	48 ítems, TMMS-24 adaptación al español 24 ítems.	Instrumento de autoinforme desarrollado para la evaluación de la inteligencia emocional. Permite puntuaciones en cada subescala individual en lugar de una puntuación global.	

Fuente: Adaptación de Romanelli, Cain, & Smith, (2006).

Tras presentar los distintos instrumentos de medida de IE, se consideró adecuado usar en nuestro estudio el TMMS-24, por presentar unas propiedades psicométricas adecuadas y haberse usado previamente en el contexto enfermero (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2014).

Existen estudios como el de Montes-Berges y Augusto Landa (2007) que utilizaron el Trait Meta- Mood Scale (TMMS24) para medir la inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería y su importancia para hacer frente al estrés en estudiantes de enfermería. Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, (2012)

utilizaron el Trait Meta- Mood Scale (TMMS24) para examinar las asociaciones entre las actitudes de muerte y la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería.

Una vez revisados los instrumentos más importantes para la evaluación de la IE, se presenta una breve revisión de la literatura sobre los estudios relacionados con los niveles de IE de las enfermeras.

2.2.5. Niveles de inteligencia emocional en las enfermeras

El número de artículos publicados sobre inteligencia emocional en enfermería comienza a aumentar en la última década, y aunque en otros ámbitos las discusiones relacionadas con la inteligencia emocional se iniciaron antes, en enfermería son más recientes (Kooker et al., 2007). A pesar que como ya se ha comentado son múltiples los beneficios de estudiar la IE en el contexto enfermero, y del impacto de la IE, entre otras, sobre el estrés y la salud mental, la gestión del cambio, el liderazgo (Akerjordet & Severinsson, 2010), la resolución de conflictos, la gestión emocional, así como el bienestar emocional (Akerjordet & Severinsson, 2004; Cummings et al., 2005) y el trabajo en equipo (McCallin & Bamford, 2007). Son relativamente escasos los estudios existentes.

En general, podemos resumir los tipos de investigaciones desarrolladas desde dos vertientes, una vertiente más teórica que se corresponde con las fases iniciales de investigación disciplinar y una vertiente más empírica que se corresponde con la situación actual de la disciplina. Además, es importante destacar que muchas de estas investigaciones se desarrollan con muestras de estudiantes (Cerit, & Beser, 2014; Choi, Song, & Oh, 2015), elemento diferenciador que aporta el presente estudio al desarrollarse con una muestra de enfermeras.

La vertiente más teórica se corresponde con revisiones de la literatura sobre la IE y su influencia sobre otras variables. El estudio de Akerjordet & Severinsson, (2007) relaciona la IE con mejor afrontamiento del estrés y calidad de vida laboral. En otras revisiones, la IE se relaciona con la calidad del aprendizaje de los estudiantes, por su repercusión sobre el pensamiento crítico (Smith et al., 2009). Finalmente, otros estudios como el de Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas, & Harkness, (2015) y McQueen, (2004) relacionan la IE con efectos positivos para el bienestar emocional, rendimiento en el trabajo, y la atención al paciente (Foster et al., 2015; McQueen, 2004).

2. - Las emociones en las enfermeras.

Desde una vertiente más empírica se han realizado investigaciones mediante metodologías: cualitativas (Akerjordet & Severinsson, 2004; McCallin & Bamford, 2007), mixtas (Codier, Muneno, Franey, & Matsuurza, 2010) y cuantitativas, no obstante nos centraremos en estas últimas por ser las escogidas en la presente investigación.

A continuación se expone en la tabla 2.3. un resumen de algunos de los estudios de metodología cuantitativa más relevantes realizados en enfermeras.

Tabla 2.3. Investigaciones empíricas sobre la IE realizadas en enfermeras.

Autores	Instrumentos de medida	Muestra	Principales resultados
Adams, & Iseler, (2014)	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT),	361 enfermeras en dos hospitales de EEUU, de 8 servicios diferentes (5 unidades quirúrgicas, 2 unidades de cuidados, y 1 unidad de cuidados intensivos)	El total de las puntuaciones de IE no variaron significativamente entre las unidades o servicios. Las enfermeras en 5 de los 8 unidades tenían una mediana de la puntuación total por encima de la IE 100, que se informa como un punto de referencia deseado para IE.
Van Dusseldorp, Van Meijel, & Derksen, (2011)	Inventario de Cociente Emocional Bar-On	98 enfermeras holandesas de salud mental	Los resultados obtenidos para la muestra de enfermeras es de 108,76 (SD = 11,58 Range= 80-136) y para la población general es de 100, por lo que se concluye que las enfermeras de salud mental presentaban unos niveles adecuados por encima de la población general.
Efkarpidis, & Zyga, (2012)	Emotional Competence Inventory (ECI)	132 empleados (23 médicos, 80 enfermeras y 29 administrativos) de un Hospital Regional de Grecia	Los resultados obtenidos indican que las enfermeras del hospital son las primeras en factores de auto-conciencia, la conciencia social y en pensamiento cognitivo, mientras que la autogestión fue mayor en los médicos y la gestión de las relaciones, en los empleados administrativos. Los resultados indican que las enfermeras presentan un mayor desarrollo de la IE frente a los médicos que refieren carencias con respecto a las habilidades sociales.

Tabla 2.3. Continuación.

Autores	Instrumentos de medida	Muestra	Principales resultados
Harper, & Jones-Schenk, (2012)	Emotional Quotient Inventory (EQ-i).	42 enfermeras	Los resultados nos indican que el 19% puntuaron por debajo de la media mientras que el 31% se mostraron por encima de la media.
Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, & Gómez-Benito, (2004)	TMMS-24	218 profesionales de enfermería (182 mujeres y 36 hombres) de diversos hospitales de la provincia de Barcelona	Los valores obtenidos oscilan entre los 26,2 puntos del componente Atención, 28,8 del componente Comprensión y 29,4 del componente Regulación, lo que indica niveles adecuados (rango medio) en cada una de las dimensiones.
Augusto Landa, Berrios-Martos, López-Zafra, & Aguilar Luzón, (2006)	TMMS-24	180 enfermeras hospital público de Jaén	Los valores obtenidos oscilan entre los 24,3 puntos del componente Atención, 26,6 del componente Comprensión y 27,6 del componente Regulación, lo que indica niveles adecuados (rango medio) en cada una de las dimensiones.
Aradilla –Herrero, et al., (2014)	TMMS-24	1417 participantes (1208 estudiantes de enfermería y 209 enfermeras)	Las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones fueron similares, siendo de rango medio para las tres dimensiones (atención, claridad y reparación) con resultados similares para estudiantes y profesionales.
Lucas, Laschinger, & Wong, (2008)	Emotional Competence Inventory, Version 2 (ECI 2.0).	203 enfermeras de dos hospitales de Ontario	Las enfermeras valoraron a sus supervisores como moderadamente emocionalmente inteligentes (M = 3.36 , SD = 0,82).

En líneas generales, podemos concluir que los niveles de IE de las enfermeras se sitúan en rangos medios, por lo que se considera que las enfermeras presentan niveles de IE adecuados. Además hay especialidades de la enfermería que cuentan con mayor número de estudios, como son: oncología y salud mental (Akerjordet & Severinsson, 2004), probablemente relacionado con la intensidad emocional a la que se enfrentan las enfermeras en estas unidades relacionada con la situación de los pacientes. Así mismo, tal y como se desprende de los estudios considerados, uno de los instrumentos que más se ha utilizado es el TMMS-24 (Aradilla-Herrero et al., 2014).

Tras exponer la información relativa a la IE, parece necesario presentar un concepto que si bien en ocasiones se ha considerado como parte de la propia IE, no cabe

duda que está íntimamente relacionada con ella, la empatía. Es por ello, por lo que en el siguiente apartado se presenta el constructo empatía.

2.3. Empatía

En este apartado se pretende estudiar la empatía, para ello se procederá a su conceptualización y a definir la importancia de esta variable en el contexto enfermero. Seguidamente se repasarán los modelos teóricos e instrumentos más importantes para su estudio. Finalmente, se revisarán los resultados publicados sobre los niveles de empatía en las enfermeras.

2.3.1. Conceptualización de la empatía

El origen de este concepto puede encontrarse en el ámbito de la psicología en la década de 1880, cuando el psicólogo alemán Theodore Lipps acuñó el término 'Einführung' (literalmente, "en el sentimiento ") para describir la apreciación emocional de los sentimientos de los demás (Campbell-Yeo, Latimer, & Johnston, 2008). El término inglés *empathy* es una traducción del término 'Einführung' acuñado por Edward Bradner Titchener (1909), finalmente es Southard (1918) el primero en describir el significado de la empatía en la relación médico paciente.

La empatía es un concepto que se ha estudiado en diferentes ámbitos y disciplinas existiendo discrepancias en su definición. Es por ello, por lo que a continuación enumeraremos algunas de las definiciones más importantes:

- Dziobek et al. (2008) la definen como una respuesta emocional al generarse sentimientos idénticos y al compartir emociones entre las personas.
- La Monica (1981) define la empatía como el foco central y el sentimiento con y en el mundo del usuario. Se trata de una percepción precisa del mundo del usuario (Pág. 398). La definición incluye la empatía perceptual e interaccional, es una definición cognitivo-conductual, combina los dos niveles de actitud empática y capacidad comunicativa.
- Carl Rogers (1959) define la empatía como la capacidad "para percibir el marco interno de referencia de otra persona con exactitud y con los componentes emocionales y significados que pertenecen a la misma, **como si**

uno fuera la otra persona, pero sin perder nunca el "como si" condición "(p. 210).

- Charles Aring (1958) por su parte describe la empatía como el acto o capacidad de apreciar los sentimientos de otra persona **sin compartir** dichos sentimientos.

Tal y como se puede observar no parece existir una definición común al hablar de la empatía, (Reynolds & Scott, 1999) pero todas estas definiciones muestran como la empatía nos permite entender al otro como si uno fuera la otra persona, entender sus sentimientos sin compartirlos. Este aspecto, en el contexto enfermero resulta básico, por ello la empatía de las enfermeras, es un elemento fundamental del cuidado y de la relación de ayuda que se establece entre la enfermera y el paciente (Kristjánsdóttir, 1992).

La empatía permite a las enfermeras ver el mundo a través de los ojos del usuario para brindar una atención integral (Sappington & Kelley, 1996) de manera que cuando está ausente no se entiende al paciente. Por tanto, tampoco sus experiencias, significados y elecciones, lo que genera problemas éticos y se limita la capacidad para proporcionar una atención de acuerdo a las necesidades del usuario (Reynolds & Scott, 1999).

Dada la importancia del término en el ámbito enfermero y debido a las consecuencias que puede tener para la salud de la enfermera y del individuo, en el siguiente apartado realizaremos una descripción de la importancia de la empatía en las enfermeras.

2.3.2 Importancia de la empatía en las enfermeras

La atención a la salud de las personas en un entorno cambiante, de contención de gastos, avances tecnológicos y énfasis en los resultados, pasa por revisar las relaciones con los pacientes y prestarles atención desde distintos ámbitos (Fields et al., 2004). En este contexto, las enfermeras sólo pueden cuidar desde la empatía, para mostrar al paciente su disponibilidad y motivación, demostrando su interés por él como persona, y proporcionando unos cuidados que preserven su dignidad (Gallagher, 2004).

La empatía se convierte en un elemento fundamental de la atención al paciente presente en todas las relaciones de ayuda, es por ello, por lo que es un concepto

2. - Las emociones en las enfermeras.

estudiado durante años por psicólogos, sociólogos, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud (Fields et al., 2011). En el contexto enfermero la comprensión empática del paciente es necesaria para que éste alcance mayores niveles de bienestar y confort (Eide, Sibbern, & Johannessen, 2011). Las enfermeras se han centrado en la empatía como un componente importante de la relación de ayuda y es la esencia de la atención en la profesión enfermera (Campbell-Yeo et al., 2008).

Dada su importancia las enfermeras deben ser capaces de reducir los sentimientos de inseguridad de los usuarios mediante la apertura y el compromiso incondicional, sólo así el usuario es capaz de compartir las percepciones de sus experiencias y reducir sus sentimientos de inseguridad. Es así, como el paciente percibe la empatía de la enfermera y se puede generar una relación de confianza donde se respeten los valores, se escuchen las preocupaciones del paciente, se proporcione información, asesoramiento, y se alivie la angustia mediante el fomento de la expresión de la emoción (Moyle, 2003). En definitiva, se le anime al autocuidado y por tanto, se puedan obtener los beneficios que justifican su importancia en el ámbito enfermero, y que a continuación se enumeran:

- Contribuir a una mejor adherencia al tratamiento del paciente (DiMatteo et al., 1993; DiMatteo et al., 2002), a una disminución del reingreso hospitalario (Lee & Yom, 2007) y a un diagnóstico más preciso (Neumann et al., 2009).
- Facilitar una mayor satisfacción de los pacientes (Zachariae et al., 2003) y la satisfacción del paciente con la atención de enfermería, es el predictor más importante de la satisfacción general con la atención hospitalaria (Otani, Kurz, & Barney, 2004). En este punto es importante destacar que el cuidado enfermero es un factor central en la medición de la satisfacción del paciente dado los altos niveles de contacto enfermera-paciente y el papel de las enfermeras de enlace entre los pacientes, los médicos y otros miembros del equipo de salud (Otani et al., 2009). La empatía se estableció como predictor de la intención de recomendar a otros un determinado hospital (Chou et al., 2005).
- Mejorar el estado de salud percibido. Los pacientes relacionan la preocupación, el cuidado y la atención de las enfermeras de sus patologías con una sensación de bienestar percibido.

- Reducir la ansiedad, la depresión y la hostilidad en pacientes con cáncer (La Monica, Wolf, Madea, & Oberst, 1987).
- Prestar cuidados de enfermería de calidad y por lo tanto, disminuir el número de errores en la atención del paciente (tasas de negligencia) (Ward, Schaal, Sullivan, Bowen, Erdmann, & Hojat, 2009).
- Reducir la secreción de hormonas del estrés. La presencia de un profesional de la salud empático, sirve como amortiguador contra la respuesta de estrés cardiovascular (Christenfeld & Gerin, 2000).
- Influir positivamente en el alivio del dolor, mejora del pulso y respiración, así como la disminución de la angustia de los pacientes (Dobbs, Baker, Carrion, Vongxaiburana, & Hyer, 2014; Reynolds & Scott, 2000).

En definitiva, la literatura muestra que los cuidados empáticos mejoran los resultados de salud de los pacientes de varias maneras (American Association of Colleges of Nursing, 2008; Chant, Jenkinson, Randle, & Russell, 2002; Platt & Platt, 1998). En esta misma línea, las enfermeras que no muestran empatía, no consideran el punto de vista del paciente, no hablan de sus temores o preocupaciones con él, orientan su actividad a los procedimientos técnicos, como la administración de medicación, descuidan aspectos importantes, que pueden afectar a la seguridad del paciente e intensifican su ansiedad con el problema de salud (Moyle, 2003). En estos casos, la capacidad de la enfermera para ayudar al paciente a afrontar efectivamente la situación se verá reducida (Reynolds & Scott, 2000).

Tal y como hemos nombrado son muchos los beneficios de la empatía para el paciente, pero no podemos obviar que también existen beneficios para las propias enfermeras y todos ellos son importantes por su repercusión tanto sobre la calidad del cuidado como por la disminución del gasto sanitario (American Association of Colleges of Nursing, 2008; Chant et al., 2002; Platt & Platt, 1998).

Respecto a la importancia de la empatía para las enfermeras, comentar que se relaciona con su salud mental, en esta línea los resultados del estudio de Bourgault et al. (2015) sugieren que los niveles de empatía de las enfermeras pueden verse mermados por una mala salud mental, incluyendo un bajo nivel de bienestar. Por lo tanto, hay razones para creer que la mejora del bienestar psicológico conduciría a mayores niveles de empatía. Además, si consideramos que son profesionales que se exponen continuamente a situaciones de sufrimiento y dolor, es crucial dotarles de empatía

2. - Las emociones en las enfermeras.

(Krasner et al., 2009) y otras habilidades como pueden ser las habilidades comunicativas y la inteligencia emocional, para aumentar su bienestar, reducir la angustia psicológica y el agotamiento emocional o burn-out. En caso contrario, se produce una despersonalización de la atención al paciente (consideración de los pacientes como objetos), unos niveles bajos de satisfacción con el trabajo (Spickard Jr, Gabbe, & Christensen, 2002) y una peor calidad de la atención e insatisfacción del paciente (Shanafelt et al., 2005).

Además, parece existir una influencia clara de la empatía sobre el trabajo en equipo (Hojat, Bianco, Mann, Massello, & Calabrese, 2015), y se considera un rasgo esencial de la comunicación y el liderazgo en cualquier organización (Parks, 2015). La empatía en las organizaciones nos permite conocer las necesidades de otros, y se relaciona positivamente con el rendimiento en el trabajo y con culturas organizacionales positivas (Gentry, Weber, & Sadri, 2007).

Una vez revisado el concepto de empatía y su importancia en el contexto enfermero, parece necesario exponer algunos de los modelos teóricos más relevantes para avanzar en su estudio.

2.3.3. Modelos de empatía

Existen distintos modelos teóricos para la comprensión del concepto de empatía, considerando dos dimensiones (Reynolds & Scott, 2000), cuatro componentes (Morse et al., 1992) y desde un modelo cíclico de la empatía (Barrett-Lennard, 1981). A continuación se describe brevemente cada uno de ellos:

- La empatía comprendida desde dos dimensiones (Reynolds & Scott, 2000) considera una dimensión cognitiva y otra emocional. La dimensión cognitiva, implica el entendimiento de las experiencias de otras personas, la dimensión emocional implica compartir los sentimientos de otras personas. Ambas, involucran tanto la cognición como las emociones. Los que apoyan el enfoque cognitivo de la empatía, le otorgan mayor énfasis a la comprensión y al enfoque social más que a la cuestión emocional (Rogers, 1975). Mientras que otros autores como Bennett (2001) consideran que la empatía involucra tanto a la emoción como a la cognición, (Bennett, 2001). Dicho autor define la empatía como “una forma de relación en la que una persona llega a conocer el contenido

mental de otra, tanto afectiva como cognitivamente, en un momento particular en el tiempo y como resultado de la interacción existente entre ellos” (p. 7).

- La empatía comprendida desde cuatro componentes (Morse et al., 1992) identifica: empatía emotiva, moral, cognitiva y conductual.
 - o Componente emotivo: La capacidad de experimentar subjetivamente y compartir con otros su estado psicológico o sentimientos intrínsecos.
 - o Componente moral: Una fuerza interna altruista que motiva a practicar la empatía.
 - o Componente cognitivo: La capacidad intelectual de ayuda para identificar y entender los sentimientos de otra persona y perspectivas desde una postura objetiva.
 - o Componente conductual: Comunicar la respuesta para transmitir el entendimiento de la otra perspectiva.
- Otros autores como (Barrett-Lennard, 1981) definen la empatía desde un modelo, denominado también como el ciclo de la empatía, siendo una de las definiciones más prácticas y operacionales, describiéndolo de la siguiente manera en fases cíclicas:
 - o Fase 1: La empatía que experimenta el profesional, es decir el proceso interno de la escucha empática del otro, el razonamiento y entendimiento.
 - o Fase 2: La empatía que ve el observador es decir la empatía expresada. Un intento de transmitir comprensión empática de experiencias de la otra persona.
 - o Fase 3: La empatía que experimenta el usuario es decir recepción real de empatía.

Tal y como se puede comprobar los modelos anteriores tienen en común la consideración del componente cognitivo y emocional de la empatía, ya que las emociones juegan un papel central en la comunicación empática (Ickes, Stinson, Bissonnette, & Garcia, 1990) y en concreto, las emociones negativas relacionadas con los problemas de salud son clave para la comprensión de las necesidades y respuestas del paciente (Zimmermann, Del Piccolo, & Finset, 2007). En esta línea, es necesario el componente cognitivo de la empatía que permite a las enfermeras comprender lo que dice y siente el paciente. Por ello, en el presente estudio hemos adoptado una definición desde dicha dimensión, exactamente la definición de Hojat y colaboradores,

2. - Las emociones en las enfermeras.

(2012) que definen la empatía como “un atributo predominantemente cognitivo (en lugar de emocional) que involucra un entendimiento (en lugar de sentimiento) de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con una capacidad de comunicar este entendimiento.”

Desde esta definición se consideran una serie de componentes clave en la propia conceptualización del término (Hojat, 2012):

- **Cognición:** La empatía como un atributo predominantemente cognitivo (en lugar de emocional), ya que en la atención al paciente para poder ser objetivos debe prevalecer el procesamiento de información cognitiva frente al emocional, en caso de que prevalezca este último nos referiríamos a la simpatía y no a la empatía. Involucrarse emocionalmente de manera excesiva, es una característica de la simpatía no de la empatía y conlleva la pérdida de objetividad.
- **Entendimiento:** El ser entendido es una necesidad humana básica, entender las necesidades físicas, mentales y sociales del paciente es fundamental para poder prestarle un cuidado de calidad. Hojat et al. (2003, p.27), proponen que “cuando se establece una relación empática, una necesidad humana básica se satisface”.
- **Comunicación del entendimiento:** Los cuidados de calidad del paciente pasan por la capacidad de la enfermera de entender al paciente y por la comunicación del entendimiento (Müggenburg & Riveros-Rosas, 2012). El resultado final de la comunicación entre los distintos profesionales es un cuidado efectivo y una mejora de los resultados del paciente (Ghiyasvandian et al., 2014). También es una característica clave en la descripción de la empatía "la empatía involucra la percepción precisa del mundo del paciente por el consejero, la comunicación de este entendimiento al paciente y la percepción del mismo sobre el entendimiento del consejero" (La Monica, 1981, p. 398).

Así pues, tomando como referencia la dimensión cognitiva de la empatía la definición de Hojat et al. (2012), en la presente investigación se considera la empatía como una de las características más importantes de las enfermeras en el entorno de cuidados (Brunero, Lamont, & Coates, 2010; Ward et al., 2009) que permite la comprensión de los pensamientos y sentimientos de los pacientes, a través de la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento (Decety & Jackson, 2004).

Tras exponer los modelos de empatía, a continuación procederemos a describir los principales instrumentos de medición de este constructo.

2.3.4. Instrumentos de medición de empatía

Dado el interés de estudiar este constructo se han elaborado diversos instrumentos de medición. Los instrumentos más utilizados y desarrollados para medir empatía, en la población general, son: Escala de Empatía de Hogan (Hogan, 1969), Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein (Mehrabian & Epstein, 1972), y el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (Davis, 1983). Son medidas de autoinforme que también se han usado en el campo de la salud (Hojat, 2012), pero presentan limitaciones en sus propiedades psicométricas y no se encuentran fundamentados en el concepto de empatía cognitiva. Dadas estas limitaciones se hace necesario buscar instrumentos adecuados al contexto enfermero. Por ello, a continuación analizamos las distintas escalas de medición de la empatía más utilizadas en el ámbito enfermero (Yu & Kirk, 2009); Empathy Construct Rating Scale (ECRS) de La Monica (1981), Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), la escala de empatía de Jefferson para estudiantes de enfermería (EEMJ) versión E adaptada de la escala de Jefferson de empatía médica (EEMJ), Layton Empathy Tests (LET) de Layton (1979), Reynolds Empathy Scale (RES) y Visual Analogue Scale (VAS) de Wheeler et al. (1996):

- Empathy Construct Rating Scale (ECRS) (La Monica, 1981) desarrolló esta escala de 84 ítems acerca de los sentimientos hacia otra persona con una escala Likert de 6 puntos (-3 extremadamente poco probable y +3 extremadamente probable). Se ha usado en la investigación enfermera, pero la cumplimentación es demasiado lenta. Presenta una buena fiabilidad (Alfa-Cronbach = 0.97).
- Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). Esta escala de 20 ítems, desarrollada por un equipo de investigación en el Colegio Médico de Jefferson para medir la empatía médica de los estudiantes de medicina (Hojat et al., 2001). La JSPE en su versión original en inglés, se estructura en una escala multidimensional que define la empatía en base a tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente" (pensar como el paciente) (Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitás-Herrera, Rodríguez-Lara, & Hojat, 2005). Para la medición de resultados

2. - Las emociones en las enfermeras.

se utilizó una escala Likert de 7 puntos (1 muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo). El $\alpha = 0,87$ en residentes y $\alpha = 0,89$ en estudiantes de medicina. La versión modificada (HP- versión) ha sido adaptada para los médicos y otros profesionales de la salud (Hojat et al., 2002), se ha aplicado en el contexto enfermero con muestras reducidas.

- La Escala de empatía de Jefferson para estudiantes de enfermería (EEMJ) versión E, adaptada de la escala de Jefferson de empatía médica (EEMJ) (Hojat, 2012), desarrollada originalmente para medir empatía en estudiantes de medicina y médicos. La palabra médico se sustituye por enfermera en 12 de los 20 ítems para mejorar su validez. Además se preguntó a 40 expertos de enfermería para revisar cada ítem de la versión modificada se hicieron sugerencias para mejorar la validez de los ítems. La fiabilidad del coeficiente alfa era 0,77 para el conjunto de la escala. La estructura de factores de la escala se basa en un marco multidimensional de la empatía (tener en cuenta la percepción, compasión, y pensar como el paciente) han sido descritos como características de la empatía (Hojat, 2012).

- Layton Empathy Tests (LET), Layton (1979) desarrolló esta escala con estudiantes de enfermería. Había dos formas (I y II), cada una con tres partes. La parte 1 tenía 12 ítems de verdadero/falso. Las partes 2 y 3 tenían 6 ítems con doble opción, de mayor/menor respuesta empática. Los niveles de la validez de constructo y coeficientes de fiabilidad fueron bajos. La escala fue validada para los estudiantes de enfermería, de fácil administración.

- Reynolds Empathy Scale (RES). Este instrumento de 12 ítems se desarrolló con enfermeras en el Reino Unido (Reynolds, 2000). La herramienta tenía altos niveles de fiabilidad test-retest en enfermeras, (alfa-Cronbach = 0.90). Marco et al. (2004) adaptaron la escala a una versión en español. Los resultados se midieron con una escala Likert de 7 puntos (0= nunca me gusta y 6= siempre me gusta).

- Visual Analogue Scale (VAS). Wheeler et al. (1996) desarrollaron esta escala para evaluar las percepciones de los profesores sobre la capacidad empática estudiantes de enfermería. La escala no ha sido probada exhaustivamente. Se mostró un bajo nivel de fiabilidad (alfa de Cronbach = 0.68), en estudiantes de enfermería.

2. - Las emociones en las enfermeras.

A continuación se describen de manera resumida en la tabla 2.4. las ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

2. - Las emociones en las enfermeras.

Tabla 2.4. Características psicométricas de los instrumentos de medición de empatía en enfermería.

Instrumento	Descripción	Ventajas	Limitaciones
Empathy Construct Rating Scale (ECRS)	Escala de 84 ítems Likert de 6 puntos (-3 extremadamente poco probable y +3 extremadamente probable). Versión autoadministrada	Mide dimensión cognitiva y conductual Buena fiabilidad (Alfa-Cronbach = 0,97)	Se ha usado en la investigación enfermera, pero la cumplimentación es demasiado lenta
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	Escala de 20 ítems y tres factores: toma de perspectiva, atención compasiva y habilidad para pensar como el paciente. Likert de 7 puntos (1 muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo) Autoadministrada	Dimensión cognitiva. Fácil administración, 10 minutos. Buena fiabilidad $\alpha=0,87$ en residentes y $\alpha=0,89$ en estudiantes de medicina.	Se ha probado más en médicos y estudiantes de medicina. En enfermería mayoritariamente con estudiantes.
Escala de empatía de Jefferson para estudiantes de enfermería (EEMJ) versión E	Es una adaptación de la escala de Jefferson de empatía médica (EEEJ) Escala de 20 ítems y tres factores: toma de perspectiva, atención compasiva y habilidad para pensar como el paciente. Likert de 7 puntos (1 muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo) Autoadministrada	Dimensión cognitiva. Fácil administración, 10 minutos La fiabilidad del coeficiente alfa era 0,77 para el conjunto de la escala.	Utilizada con estudiantes de medicina y muestras reducidas de estudiantes de enfermería.
Layton Empathy Tests (LET)	Dos formas (I y II) , cada uno con tres partes. La parte I tenía 12 ítems de verdadero/falso. La parte 2 y 3: 6 ítems con doble opción, de mayor/menor respuesta empática. Autoadministrada	Fácil de administrar. Dimensión cognitiva y conductual	Estudiantes de enfermería Niveles de fiabilidad bajos

Tabla 2.4. Continuación.

Instrumento	Descripción	Ventajas	Limitaciones
Reynolds Empathy Scale (RES)	12 ítems los resultados se midieron con una escala Likert de 7 puntos (0= nunca me gusta y 6= siempre me gusta).	Alfa-Cronbach = 0.90, en enfermeras	Dimensión conductual
Visual Analogue Scale (VAS)	3 Estados Bipolares 100mm scale		La escala no ha sido probado exhaustivamente. Se mostró un bajo nivel de fiabilidad. Alfa de Cronbach = 0.68, Estudiantes de enfermería Dominio conductual

Fuente: Elaboración propia (2016)

2. - Las emociones en las enfermeras.

En las escalas presentadas se observa una gran variedad de modelos teóricos que las sustentan, las propiedades psicométricas son limitadas, probablemente por su estudio en muestras reducidas y mayoritariamente en estudiantes de enfermería (Yu & Kirk, 2009). Por ello, en el presente estudio utilizaremos la Escala de empatía de Jefferson para estudiantes de enfermería (EEMJ) versión E, adaptada de la escala de Jefferson de empatía médica (EEMJ), ya que teóricamente se fundamenta en la dimensión cognitiva de la empatía, y se ha usado previamente en el contexto enfermero aunque con muestras reducidas (Fields et al., 2004). Este instrumento ha sido psicométricamente validado, es de rápida y fácil administración (menos de 10 minutos) (Fields et al., 2011) y también de fácil interpretación o análisis.

La (EEMJ) versión E adaptada de la (EEMJ), se ha aplicado en diferentes contextos enfermeros con buena fiabilidad, dado que esta herramienta nunca ha sido utilizada en el contexto español, previamente a su aplicación se ha realizado una adaptación previa al contexto español siguiendo las recomendaciones de la ITC (Hambleton, 2005; Muñiz, & Hambleton, 2000) incluyendo una traducción y retrotraducción. Una vez descritos los instrumentos de medición de este constructo, se presenta una breve revisión de la literatura sobre los estudios relacionados con los niveles de empatía de las enfermeras.

2.3.5. Niveles de empatía en las enfermeras

El número de estudios publicados sobre la empatía en enfermería va aumentando progresivamente en la última década, aunque tal y como se destaca en la presente investigación y en otras Trevizan et al. (2015) a pesar de la importancia del estudio empírico de este constructo en las enfermeras, la mayor parte de las investigaciones se focalizan en estudiantes de enfermería (ter Maten-Speksnijder, Grypdonck, Pool, & Streumer, 2012; Sheehan et al., 2013).

En general, podemos resumir los tipos de investigaciones desarrolladas desde un ámbito más teórico, con revisiones sistemáticas (Reynolds & Scott, 1999; Yu & Kirk, 2009) y desde otro ámbito más empírico con una metodología, cuantitativa y cualitativa (Eide et al., 2011; McMillan & Shannon, 2011).

A continuación se exponen en la tabla 2.5. un resumen de algunos de los estudios de metodología cuantitativa más relevantes realizados en enfermeras.

Tabla 2.5. Investigaciones empíricas sobre empatía realizadas en enfermeras.

Autores	Instrumentos de medida	Muestra	Principales resultados
Ouzouni & Nakakis, (2012)	The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students (JSNSE)	279 estudiantes de enfermería en Grecia	La media total de la puntuación de la escala para los estudiantes de enfermería fue de 88.63 (SD=8.93). Los participantes en su conjunto refirieron niveles de empatía medios.
Ward et al. (2009)	The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students	333 estudiantes de enfermería de la escuela de enfermería, Jefferson College of Health Professions of Thomas Jefferson University	La distribución de las puntuaciones, sigue normal, con una puntuación media de la muestra de 114 puntos. El percentil 50 (la media) se sitúa en 115 con una desviación estándar de 11,5. Se consideran valores de orientación empática ligeramente por debajo de la media.
Yanik & Saygili, (2014)	Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students (JSENS)	414 estudiantes de enfermería Kirklareli University Health College and Mustafa Kemal University Health College	Las puntuaciones de empatía fueron para las mujeres de 101.8+11.8 y para los hombres de 98.3+12.1. Se consideran valores de orientación empática por debajo de la media
Fields et al. (2004)	Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	La muestra de estudio se compone (98 participantes, 56 estudiantes de enfermería, mujeres y 42 mujeres estudiantes residentes del programa de medicina interna) de Thomas Jefferson University Hospital in Philadelphia.	Las enfermeras y los médicos se compararon en su conjunto de la puntuación del JSPE. La media de las estudiantes de enfermería fue ($M=117.2$, $SD=14.05$) dos puntos por encima de los médicos ($M=115.7$, $SD=13.60$), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa, $t(96)=0.53$, $p>0.05$.
Fields et al. (2011)	JSE-HPS version	285 estudiantes de 3º y 4º curso de enfermería College of Health Professions at Armstrong Atlantic State University in Savannah, Georgia, USA.	Las puntuaciones totales medias de empatía fueron de 111.4, mediana de 113 y desviación estándar de 12.2. La orientación empática se sitúa ligeramente por debajo del percentil 50, de los niveles medios o adecuados.
Trevizan et al. (2015)	Empathy Inventory (EI)	159 enfermeras de dos hospitales, uno público y otro privado de Brasil	La puntuación media total es de 136.6, desviación de 20,6, lo que se corresponde con niveles medios.
Buyuk, Rizalar, Güdek & Güney, (2015)	Empathic Ability Scale (ESS)	50 enfermeras de oncología de dos hospitales en Turquía	La media de las puntuaciones obtenidas es de 147.70 ± 19.02 , lo que se considera como un nivel medio.

2. - Las emociones en las enfermeras.

En líneas generales, los estudios presentados refieren niveles de empatía medios y ligeramente por debajo de la media. Otros autores informan de altos niveles de empatía (Bailey, 1996; Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, Stevens, & Streiner, 2000), mientras que otros observan un bajo nivel de empatía (Daniels, Denny, & Andrews, 1988; Reid-Ponte, 1992). Es importante destacar que existe una variación importante en los niveles de empatía de las enfermeras. Todo ello, podría estar reflejando la necesidad de contar con una herramienta fiable y validada para medir la empatía en enfermeras. Tal y como se ha comentado, en la presente investigación se usará el instrumento (EEMJ) versión E por ser uno de los más usados en el contexto enfermero con buenas propiedades psicométricas, para ello se realizará previamente una adaptación al contexto español.

Una vez revisados los niveles de empatía en las enfermeras, y su importancia junto a la IE con la comunicación con el paciente y/o familia, y por ende con la relación terapéutica que se establece con el paciente (Reynolds & Scott, 1999; Schutte et al., 2001), parece necesario profundizar más en esta relación. Por este motivo, en el siguiente capítulo nos centraremos en la relación entre estas variables dentro de la denominada relación terapéutica.

**CAPÍTULO III.
RELACIÓN DE LA
ACTITUD HACIA LA
COMUNICACIÓN,
INTELIGENCIA
EMOCIONAL Y
EMPATÍA. INFLUENCIA
EN LA RELACIÓN
TERAPÉUTICA.**

CAPÍTULO 3. RELACIÓN DE LA ACTITUD HACIA LA COMUNICACIÓN, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EMPATÍA. INFLUENCIA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.

En este capítulo, se pretenden relacionar los constructos expuestos en los apartados anteriores, para ello primero se realizará una conceptualización término relación terapéutica. Seguidamente, se describirá su importancia en enfermería y en los modelos de relación terapéutica. Por último, se desarrollará un apartado con las relaciones entre estas tres variables objetivo de estudio y la influencia del sexo.

3.1. Conceptualización de la relación terapéutica

El concepto de relación terapéutica o de ayuda, presenta diversas definiciones, algunos autores la definen como “las interacciones entre el paciente y el profesional que facilitan la curación”. Las características de dicha interacción implican la empatía, la gestión adecuada de las emociones (inteligencia emocional), el cuidado, el afecto, la calidez, la confianza, la credibilidad, la honestidad, la cortesía, el respeto y la comunicación (Dossey, 2003).

En el contexto enfermero, autoras como Peplau (1962), definen la relación terapéutica como “la ayuda del profesional que le permite al paciente evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración y el desarrollo de nuevas habilidades”. Por su parte Rogers (1961) la define como “toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

desarrollo, la maduración, la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de la manera más adecuada”.

En todas estas definiciones, subyace la idea de facilitar el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos de la persona. En la presente investigación se entiende la relación terapéutica siguiendo a Cibanal, Arce, & Balsa, (2003) como un intercambio humano y personal entre dos individuos, en el que la enfermera captará las necesidades del paciente con la finalidad de ayudarlo a percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual. Desde esta perspectiva, la relación terapéutica que se establece entre la enfermera y el paciente es fundamental para la atención individualizada e integral del paciente, para poder tener en cuenta sus necesidades psicosociales, emocionales y espirituales, así como para la consideración de su contexto social y cultural (Chant et al., 2002). La base fundamental de dicha relación es el trabajo en equipo entre paciente y enfermera, y la identificación de objetivos entre ambos. Si la relación entre el profesional y paciente no es efectiva, hay más problemas y menos resultados. Tal y como afirma McDonald et al. (2013), una relación terapéutica efectiva es buena tanto para el paciente como para la enfermera, ya que el cuidado que se establece es recíproco. Al establecer esta relación, es obvio que el profesional ayuda al paciente, pero el sanitario también recibe algo a cambio tanto en el ámbito profesional como personal (facilita el crecimiento personal y laboral) (Hagerty, & Patusky, 2003). La relación de ayuda va más allá de una respuesta a la cotidianidad, intenta brindar apoyo, puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado o un apretón de manos, convierten esta relación en una dimensión del cuidado.

Sin embargo, actualmente los períodos de hospitalización cada vez son más breves, lo que limita el tiempo para poder llegar a la relación terapéutica. No obstante, las necesidades psicológicas y de apoyo de los pacientes aumentan, ya que han de afrontar una recuperación más rápida o la cronicidad de una enfermedad en casa, por lo que se les exige mayor participación en su proceso de salud. Así pues, también existe una mayor necesidad de información, de apoyo y comprensión por parte de las enfermeras, de su competencia en habilidades interpersonales (McQueen, 2000). En definitiva, existe una mayor necesidad de establecer una adecuada relación terapéutica con los pacientes. Para ello, es crucial la gestión emocional del profesional de enfermería, tanto en lo relacionado con su habilidad de comprender sus propias emociones como las de los demás, y expresarlas adecuadamente, así como su capacidad

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

de ponerse en el lugar del paciente, es decir la importancia de la IE y la empatía (Mc Queen, 2004; Mercer & Reynolds, 2002).

La relación terapéutica se considera fundamental en el cuidado enfermero por lo que en el apartado siguiente se procede a detallar la importancia de la misma tanto para las enfermeras como para el propio paciente.

3.2. Importancia de la relación terapéutica en enfermería

La importancia de la relación terapéutica se ha estudiado tanto en el campo de la enfermería como de otras ciencias afines, la medicina, la psicología,.. En estas últimas encontramos estudios sobre su eficacia o efectividad, no en el caso de la enfermería. Por ejemplo, en el ámbito de la psicología destacamos estudios como el de Norcross y Wampold (2011) que demostraron como la relación terapéutica se ha relacionado empíricamente con los resultados del paciente.

En el ámbito de la medicina, en la década de los 90, de la mano de movimientos sociales que defendían los derechos y autonomía de los pacientes, se produce un avance de la investigación en este campo, por los resultados que tiene sobre el comportamiento, satisfacción y salud del paciente (Dwamena et al., 2012).

En el contexto enfermero, aunque son bastantes los estudios desde una perspectiva teórica, todavía es limitado el número de estudios que evalúan los resultados de establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente (Perraud et al., 2006).

El estudio de la relación terapéutica en enfermería se justifica entre otros, por los siguientes motivos (Quinn et al., 2003):

- Es un factor que influye en los resultados de las terapias convencionales y alternativas. Las enfermeras siendo los profesionales más numerosos y que mayor tiempo pasan con los pacientes, son pieza clave para ello.
- La falta de investigación científica sobre su potencial de curación, este hecho redundaría en una optimización de costes sanitarios.
- La medición de la relación terapéutica primero para determinar su existencia, y después para proporcionar evidencia empírica de los resultados. Además de mejorar las prácticas de cuidados a través de los resultados de la investigación

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

científica y la elaboración de informes sobre la calidad de la relación terapéutica establecida en distintos servicios o centros.

- Los estudios pueden apoyar, complementar o rechazar las teorías existentes sobre la relación terapéutica así como estimular futuras investigaciones y el desarrollo de la disciplina.

A todo ello, se puede añadir que existen autores que consideran las habilidades para establecer una adecuada relación terapéutica tan importantes como las habilidades técnicas (Chant et al., 2002), y que la consideran una habilidad clínica importante para las enfermeras (Silverman, Kurtz, & Draper, 2005). Además, hay estudios que destacan la importancia de la relación terapéutica para las propias enfermeras, al relacionarla con la calidad del cuidado y, con la propia salud de las enfermeras (burn-out) (Cléries, Borrell, Epstein, Kronfly, Escoda, & Martínez, 2003; Costa et al., 2003).

Respecto a la importancia de la relación terapéutica para el paciente, destacamos algunos resultados de una revisión de la literatura Frich (2003), realizada en pacientes mayores con enfermedades crónicas no muy avanzadas como artritis reumatoide y diabetes, donde se obtuvieron los siguientes beneficios:

- Mejora de los resultados clínicos como discapacidad, presión arterial, glucosa en sangre y síntomas de depresión.
- Disminución de costes por la reducción de días estancia hospitalaria.
- Mejora de la satisfacción personal (Campbell, Redman, Moffitt, & Sanson-Fisher, 1996).
- Mejora de la adherencia al tratamiento y la autoeficacia (Piette, Weinberger, & McPhee, 2000).

En esta misma línea encontramos estudios que reiteran la influencia de la relación terapéutica sobre los resultados de los tratamientos del paciente, la prestación de cuidados más eficientes y la reducción de la estancia hospitalaria (McQueen, 2000). La comunicación adecuada con el paciente, y por lo tanto, la interacción enfermera-paciente de calidad guarda relación con la satisfacción del usuario y con el cumplimiento del tratamiento por parte de éste (Fernández et al., 2004). Así como la mejora de los resultados de salud del paciente, a nivel funcional o a nivel del conjunto del estado de salud (Kaplan, Greenfield, & Ware Jr, 1989).

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

La mayoría de los estudios existentes en materia de relación profesional de la salud-paciente, reconocen de una manera explícita o implícita la importancia que tienen los factores disposicionales, y no únicamente los situacionales en dicha relación, en especial los relacionados con las emociones y su gestión (como es el caso de la inteligencia emocional o la empatía), así como los comunicativos (Polack, 2008). Estos son importantes porque las enfermeras deben enfrentarse tanto a sus sentimientos, como a los del usuario y su familia y para una gestión y entendimiento adecuado de los mismos, tanto la empatía e inteligencia emocional, se convierten en elementos fundamentales.

La relación terapéutica es muy importante en el cuidado enfermero por lo que existen algunas enfermeras teóricas como Peplau (1990) que construyen su modelo enfermero, basándose en la importancia de la interacción enfermera-paciente en el cuidado, es decir, respecto a la relación terapéutica de la enfermera con el paciente.

3.3. Modelo de relación terapéutica en enfermería: Hildegarde Peplau

En el ámbito enfermero Peplau (1990) es una de las autoras que aborda la relación terapéutica en la teoría de las relaciones interpersonales. En su libro, define la enfermería “como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en el seno de las comunidades. En situaciones específicas en las que un equipo profesional de salud ofrece servicios sanitarios, las enfermeras participan en la organización de las condiciones que facilitan las tendencias naturales continuadas en los organismos humanos. La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida constructiva, creativa, productiva, personal y comunitaria” p. 14.

Peplau (1990) establece cuatro etapas que se superponen en la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución, que deben considerarse de manera interrelacionada. Cada fase define las tareas y roles exigidos a la enfermera en las distintas situaciones, estas fases se observan en todo acto de cuidados.

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

1. Fase de orientación: El paciente es consciente de su necesidad y busca asistencia, constituye el primer paso de aprendizaje. Durante el período de orientación el paciente clarifica su primera impresión global del problema, participa en el proceso de orientación formulando preguntas, intentando averiguar lo que tiene que saber para sentirse seguro y observando la forma en que le responden los profesionales. El enfermo pide ayuda y recibe asistencia, con lo que pronto empieza a sentirse en confianza, expresando sus necesidades que sabe que serán atendidas.
2. Fase de identificación: Durante esta fase el paciente aprende a hacer uso de la relación enfermera-paciente, a medida que ambos llegan a conocerse y respetarse mutuamente, como personas con semejanzas y diferencias de opinión. La observación en esta fase tiene dos objetivos principales: desarrollo de claridad sobre preconcepciones y expectativas del paciente hacia las enfermeras y de las enfermeras, así como de sus facultades para afrontar el problema. En este contexto, el paciente puede sentir la experiencia de la enfermedad como una experiencia que reorienta los sentimientos y fortalece los elementos positivos de su personalidad. La enfermera hace uso de su formación profesional y de su habilidad para ayudar al paciente a llegar a un punto en el que sea capaz de hacer un uso pleno de la relación, a fin de resolver el problema médico. La enfermería eficaz tiene como consecuencia un mayor desarrollo de la personalidad.
3. Fase de explotación: Cuando un paciente se ha identificado con una enfermera que puede reconocer y comprender las relaciones interpersonales de la situación, el paciente atraviesa una fase en la que hace un pleno uso de los servicios que se le ofrecen. Intenta de diversas maneras sacar todo el partido a la relación de acuerdo con su imagen de la situación. Van a ser explotados todos los diversos bienes y servicios existentes a su disposición, que ya conoce a partir de ahora, siempre con vistas a sus intereses y necesidades. Esta fase se superpone con la anterior y la siguiente.
4. Fase de resolución: Tan pronto como se satisfacen por completo las antiguas necesidades, el propio paciente las pospone gradualmente de forma deliberada, y las aspiraciones se adaptan a las nuevas metas que se formularon mientras el paciente exploraba y explotaba el uso del servicio de enfermería. Implica la liberación gradual de la identificación con las personas que han proporcionado ayuda, la creación y fortalecimiento de la capacidad para actuar por uno mismo.

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

En esta relación enfermera-paciente la enfermera adopta distintos roles: rol de extraño al inicio de la relación, rol de persona–recurso en aquellas situaciones en las que la persona necesita información, rol de enseñanza, rol de las funciones de liderazgo en enfermería, roles sustitutivos asignados por los pacientes y por último, el rol de asesor. Hildegard Peplau destaca la importancia no sólo del cuidado de la enfermedad, sino también el cuidado de la persona, identifica un proceso por el cual las enfermeras ayudan los pacientes a hacer cambios relacionados con su salud física y mental, sugiere que la falta de autoconciencia (inteligencia emocional) de la enfermera tiene una influencia negativa en el desarrollo de la relación terapéutica.

A modo de resumen, en cada una de estas fases de la relación enfermera-paciente que establece Peplau, las habilidades de comunicación, la inteligencia emocional y la empatía, se erigen con elementos fundamentales que contribuyen directamente al proceso de rehabilitación de los pacientes. A lo largo del proceso de cuidados enfermeros, los pacientes presentan diversas necesidades informativas para participar en la toma de decisiones, necesidad de apoyo y comprensión para hacer frente a los procedimientos, tratamientos, efectos secundarios, complicaciones y necesidades de comunicación, educativas para poder asumir cuidados al alta. En definitiva, se espera que los pacientes asuman más responsabilidad en su bienestar y a los profesionales se les exige competencia técnica y habilidades comunicativas, de inteligencia emocional y empatía para poder establecer una adecuada relación terapéutica enfermera-paciente que les permita facilitar una atención de calidad (McQueen, 2000).

Dada la influencia existente entre estas tres variables objeto de estudio en la presente investigación, parece oportuno desarrollar en el siguiente apartado cómo se relacionan.

3.4. Relaciones entre la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía, ¿cómo influyen en la relación terapéutica?

En este apartado, de acuerdo con la literatura, se pretenden relacionar los constructos expuestos en los capítulos anteriores. Para ello, se expondrán las relaciones existentes entre la actitud hacia la comunicación e IE, así como la relación de la IE y la empatía, para en segundo lugar relacionar la actitud hacia la comunicación y la empatía.

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

Seguidamente se describirán las relaciones que según la literatura parecen existir entre estas variables y la relación terapéutica.

Las enfermeras se enfrentan diariamente a situaciones estresantes, muchas veces incluso a la muerte de sus pacientes, construir una relación terapéutica enfermera-paciente en dichas circunstancias, manteniendo al mismo tiempo los límites profesionales, es un reto. Es en el cuidado del paciente cuando la enfermera requiere de habilidades interpersonales, de comunicación (Boykins, 2014), de entendimiento del otro (empatía) (Mercer & Reynolds, 2002) y de habilidades intrapersonales, de gestión emocional (inteligencia emocional) (Bailey, Murphy, & Porock, 2011), para proporcionar unos cuidados de calidad.

Las enfermeras emocionalmente inteligentes gestionan sus emociones y las de los demás de manera adecuada, y por tanto, los comportamientos resultantes se dirigen también adecuadamente. De esta manera, la calidad de la relación con los pacientes en términos de actitud hacia la comunicación e interacción no se altera (Akerjordet & Severinsson, 2004). Por tanto, la IE es un prerrequisito en habilidades clave como la comunicación y la empatía, además de en otras como: la sensibilidad, creatividad, autoconciencia, autocontrol y asertividad (Van Dusseldorp, Van Meijel, & Derksen, 2011).

En esta misma línea, existen estudios como el de Rego et al. (2010) que sugieren que la IE es una de las habilidades más importantes que llevan a las enfermeras a ser más respetuosas con sus pacientes, y a facilitarles mayor información sobre los tratamientos y sus consecuencias. El estudio de Simpson y Keegan, (2002) ha demostrado que la IE permite una comunicación abierta entre la enfermera y el paciente y/o familiar, lo que les permite compartir, sentimientos y emociones, por este motivo la enfermera se encuentra más dispuesta a escuchar a los pacientes, a ayudarles, a preocuparse por ellos.

Por otro lado, la empatía se constituye como la capacidad de leer las emociones de los demás, ponerse en el lugar de la otra persona, entender sus pensamientos y sentimientos. Esta capacidad permite a las enfermeras entender las necesidades del paciente para fomentar su autonomía, pero para ello la enfermera debe comunicarse con él, para poder entender su percepción y planificar las intervenciones pertinentes para la resolución de las mismas (Reynolds & Scott, 2000). En este caso, la enfermera tiene una

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

actitud positiva hacia la comunicación, y el proceso comunicativo es de mayor calidad ya que sabe cómo se ha de transmitir el mensaje. Por tanto, las enfermeras con habilidades empáticas pueden entender al paciente y establecer una relación de apoyo (Brunero, Lamont, & Coates, 2010).

Es evidente que los cuidados empáticos del paciente así como las actitudes favorables hacia la comunicación, pasan por el entrenamiento en habilidades comunicativas (Eide et al., 2011). Las habilidades de comunicación y la empatía son críticas para proporcionar unos cuidados enfermeros de alta calidad, y entender a los pacientes desde una perspectiva holística. La empatía se ha relacionado con la mejora de los resultados de los pacientes, y se considera clave determinante de la satisfacción del paciente y la familia, al sentirse ambos comprendidos y apoyados (Haidet & Paterniti, 2003; Platt & Platt, 1998). Por ello, la empatía permite la comunicación de las actitudes de la enfermera, y la comunicación de la comprensión que tiene la enfermera del mundo del usuario (Reynolds & Scott, 1999).

La empatía se establece como esencial para la relación de ayuda, en la medida en la que permite: comprender, compartir y percibir la experiencia subjetiva de los demás seres humanos. Se puede considerar como algo intrínseco a las profesiones de la salud, teniendo en cuenta que las enfermeras, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros, deben utilizarla como un método de trabajo, ponerse en el lugar de los pacientes les permite evaluar la eficacia de la práctica de cada profesional desde la perspectiva del paciente (Larson & Yao, 2005). Por lo tanto, es un componente fundamental y esencial de la relación enfermera-paciente, que exige a los profesionales autoconocimiento para poder entender los sentimientos del paciente (Trevizan et al., 2015).

A pesar de su importancia, tal y como se ha expuesto los estudios de evaluación de habilidades empáticas en enfermería son limitados, De acuerdo a algunos de los resultados, los niveles de empatía mostrados por las enfermeras no son adecuados, e incluso en ocasiones son bajos (Cen, Yilmaz, Unuvar, & Demirkaya, 2012).

En general, los estudios sugieren que las enfermeras que carecen de IE y de empatía, no tienen la capacidad de comunicarse efectivamente tanto con el paciente y/o familia como con el equipo. En estos casos, se genera un clima laboral desfavorable y un aumento de los errores (Agarwal, Sands, Schneider, & Smaltz, 2010). En esta línea, destacar el estudio de Agarwal et al. (2010) donde se evaluó el impacto económico de

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

las ineficiencias comunicativas en hospitales de EEUU, la comunicación deficiente generó un aumento significativo de los costes atribuidos al uso improductivo del tiempo de los profesionales, tales como la corrección de errores o la confirmación de datos de manera repetida. Las enfermeras, deben mostrar competencias de IE y empatía (Cherry, Fletcher, & O'Sullivan, 2013) para la comunicación efectiva. Ésta puede dificultarse si se produce bajo una situación de tensión, pero la IE y la empatía facilitan la comunicación incluso en momentos de estrés (Arond-Thomas, 2004).

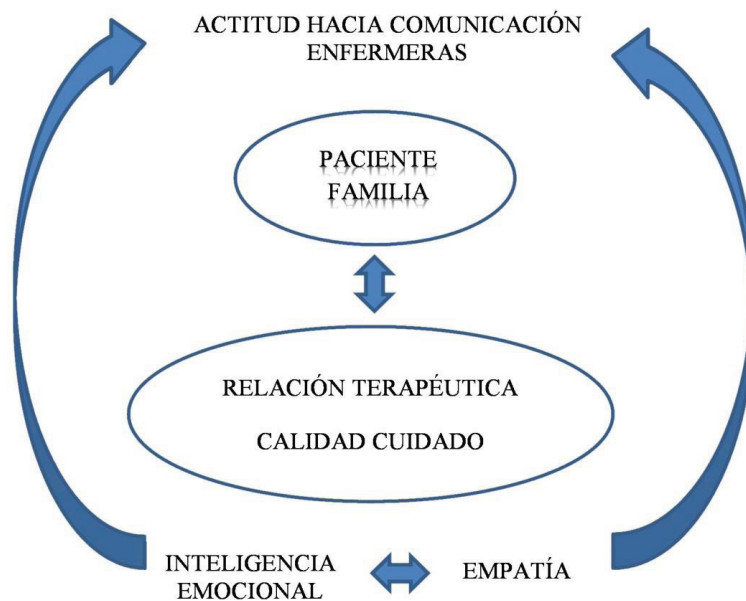
La Joint Commission International (JCI) identifica y mide a nivel mundial las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes e identifica, el liderazgo ineficaz y la incomunicación entre las causas más comunes de efectos adversos. El desarrollo de habilidades de liderazgo y comunicación a través de la IE y empatía, mejora la seguridad del paciente y los resultados de salud, y por lo tanto, la IE y la empatía se establecen como herramientas fuertes para desarrollar dichas habilidades. Del mismo modo Hurley, Linsley, MacLeod, & Ramsay, (2012) sostuvieron que un paciente es capaz de alcanzar el nivel máximo de bienestar sólo cuando el cuidado se desarrolla con las habilidades de comunicación efectivas. Por tanto, la IE y la empatía juegan un papel fundamental en el desarrollo de liderazgo, la comunicación, y otras habilidades no cognitivas que se esperan de las enfermeras (Smith, Profetto-McGrath, & Cummings, 2009).

Las enfermeras durante la comunicación con los usuarios transmiten ideas y sentimientos y si está presente la empatía hay una comprensión y aceptación de las ideas del paciente (Park, 2014) y por tanto, de sus necesidades. La empatía se desarrolla en relaciones e interacciones, donde los individuos están compartiendo la emoción y el sentimiento entre sí (Cunico, Sartori, Marognolli, & Meneghini, 2012). En otras palabras, la inteligencia emocional se relaciona con la habilidad de comunicación (Cherry, Fletcher, & O'Sullivan, 2013), y una alta inteligencia emocional es la prueba de que la empatía y las habilidades sociales están presentes (McQueen, 2004).

Es por ello, por lo que la empatía de las enfermeras es un facilitador importante de las relaciones interpersonales constructivas (Reynolds & Scott, 2000). Kalish (1971) se refiere a la empatía "como el elemento más crítico de la relación de ayuda" (p. 202). Por lo tanto, es un componente fundamental y esencial de la relación terapéutica enfermera-paciente (Trevizan et al., 2015), que exige a los profesionales autoconocimiento e IE (Mikolajczak et al., 2015) para la comprensión de los

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

sentimientos del paciente. Ponerse en el lugar de los pacientes permite a las enfermeras evaluar la eficacia de la práctica de cada profesional desde la perspectiva del paciente (Larson & Yao, 2005). Por tanto, conocer los niveles de IE y empatía de las enfermeras nos ayudará a predecir las actitudes que tienen hacia la comunicación con el paciente. Además, no debemos obviar que la comunicación de sentimientos y emociones pueden proporcionar una ayuda significativa para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica (Ilievová, Juhásová, & Baumgartner, 2013) y ésta a la vez, representa la calidad del cuidado enfermero (Cadman & Brewer, 2001) (Figura III.1.).



Fuente: Elaboración propia (2016).

Figura III.1. Actitudes hacia la comunicación de las enfermeras y su relación con IE y empatía.

Además, si se considera el propósito de la relación terapéutica que según Mercer & Reynolds, (2002) incluye: (1) el inicio del apoyo, la comunicación interpersonal a fin de comprender las percepciones y necesidades de la otra persona; (2) facilitar el aprendizaje de la persona para afrontar de manera más efectiva su situación y (3) la reducción o resolución de los problemas. No podemos obviar la importancia de la relación terapéutica enfermera-paciente, como elemento central de la atención, ni tampoco los pilares básicos para su desarrollo, la IE (O'Connell, 2008), la empatía

3. – Relación de la actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía.

(Quinn et al., 2003) y la comunicación adecuada con el paciente. Todos ellos requisitos fundamentales en la profesión enfermera para una relación terapéutica de calidad (Freshwater & Stickley, 2004).

Consideradas las relaciones existentes entre las variables estudiadas y su influencia sobre la relación terapéutica, existen otras variables sociodemográficas que pueden afectar a las relaciones que se establecen con éstas como: la edad, sexo, experiencia profesional,... Por ello, a continuación se considera necesario describir el rol que desempeña el sexo de la persona en estas relaciones.

En general, las mujeres prestan mayor atención a sus emociones y, por tanto son más receptivas a medidas de apoyo emocional, por el contrario el hombre suele prestarles menor atención (Hojat, Gonnella, & Xu, 1995; Ickes, Gesn, & Graham, 2000). Estos aspectos, son de gran relevancia para las enfermeras, ya que aunque cada vez hay más hombres, es todavía una profesión altamente feminizada (Grover, 2005).

Esta capacidad de las mujeres de prestar mayor atención a las emociones, es un importante recurso para las enfermeras ya que permite una mayor conciencia de los sentimientos propios y de los demás, lo cual se relaciona con la IE y una mayor comprensión de la situación del paciente y/o familiar, lo cual se relaciona con la empatía. Como consecuencia, como ya se ha comentado se puede afirmar que tanto la IE y la empatía se constituyen componentes clave para la comunicación efectiva y estas relaciones se ven influidas por el sexo, siendo más significativo el apoyo brindado por la mujer (Christenfeld & Gerin, 2000).

Estas diferencias se reflejan estudios como el de Collins, (2005) que indica que los pacientes muestran mayor tendencia a hablar en las consultas enfermeras que en las médicas.

Respecto a la inteligencia emocional, estudios como el de Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos (2004), comprueban que existen diferencias en la IE entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes mostraban una mayor atención y focalización hacia sus sentimientos. Por último, en el caso de la empatía encontramos estudios en los que se refleja que la orientación empática de las enfermeras es superior en mujeres que en hombres (Fields et al., 2011; Yanik & Saygili, 2014).

Estos hallazgos sugieren el rol tan importante que desempeñan las enfermeras, al ser en su mayoría mujeres, en los cuidados que prestan a los pacientes (Hojat, 2012).

**PARTE II. MARCO
EMPÍRICO**

CAPÍTULO IV.

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

En la presente investigación se desarrolló un estudio descriptivo correlacional. En este capítulo, se pretende describir la metodología seguida, para ello se exponen los objetivos e hipótesis y las características de los participantes. Seguidamente, se detallan los instrumentos utilizados y el procedimiento empleado en la investigación, para en último lugar realizar el análisis estadístico de los datos mediante el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, Version 22) con licencia de la Universidad de Valencia, el programa EQS (*Structural Equation Modeling Software*, Versión 6.2), y el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006).

4.1. Objetivos e hipótesis

En esta investigación se pretende conocer la actitud de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar, sus niveles de inteligencia emocional y empatía. Así como, analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar de las enfermeras.

Para poder alcanzar dicho objetivo, como paso previo, es necesario contar con instrumentos adecuados para la evaluación de las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar. Además de disponer de un instrumento de medición de empatía de las enfermeras en el entorno asistencial, y en el contexto español (EEEJ). Por ello, en esta investigación se procederá a la creación y posterior validación de un cuestionario de Actitudes hacia la Comunicación (ACO) así como, a la adaptación y validación de la versión de estudiantes de enfermería del (EEMJ) versión E en el entorno asistencial enfermero (EEEJ).

Para ello, se plantean los siguientes objetivos, sub-objetivos e hipótesis:

1. Analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio.

- 1.1. Diseñar un instrumento de medición de las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación (ACO) con el paciente y/o familiar.
- 1.2. Analizar las propiedades psicométricas del ACO.

4. – Metodología.

1.3. Adaptar el cuestionario de EEMJ versión E a las enfermeras en el contexto español EEEJ.

1.4. Examinar las propiedades psicométricas del EEEJ.

1.5. Analizar las propiedades psicométricas del cuestionario TMMS24.

2. Determinar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar.

Hipótesis 2: Las enfermeras presentaran actitudes favorables hacia la comunicación con el paciente y/o familiar.

3. Estudiar los niveles de inteligencia emocional en una muestra de enfermeras.

Hipótesis 3: Las enfermeras mostraran niveles adecuados de inteligencia emocional.

4. Examinar los niveles de empatía en una muestra de enfermeras.

Hipótesis 4: Las enfermeras presentaran niveles medios de empatía.

5. Analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar.

5.1. Estudiar las correlaciones entre las variables objeto de estudio.

5.2. Determinar la influencia de la inteligencia emocional y la empatía de las enfermeras sobre sus actitudes hacia la comunicación.

Hipótesis 5.1: La inteligencia emocional y la empatía se relacionarán positiva y significativamente con actitudes positivas hacia la comunicación de las enfermeras con el paciente y/o familiar.

Hipótesis 5.2: La inteligencia emocional y la empatía influyen en las actitudes hacia la comunicación de las enfermeras con el paciente y/o familiar.

6. Examinar el rol del sexo en la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar.

6.1. Analizar las diferencias en los niveles de inteligencia emocional, de empatía y de las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar en función del sexo.

Hipótesis 6.1.1 Las enfermeras mostrarán mayores niveles de inteligencia emocional que los enfermeros.

Hipótesis 6.1.2 Las enfermeras presentarán mayores niveles de empatía que los enfermeros.

6.2. Estudiar el efecto del sexo en las relaciones entre las variables objeto de estudio.

4.2. Participantes

La población del estudio está compuesta por enfermeras de atención especializada, cuyo puesto estuviera vinculado a la atención directa de pacientes, unidades de hospitalización general o servicios especiales.

Los criterios de inclusión fueron enfermeras en situación laboral activa (temporal, interina o plaza fija) de los centros seleccionados que previamente facilitaron su consentimiento informado para participar.

Para la realización del presente estudio se ha obtenido una muestra de conveniencia de 414 enfermeras de 7 hospitales públicos de la provincia de Valencia.

La edad de los participantes oscila entre los 22 y los 64 años, con una edad media de 44.13 (DT=11.58). Atendiendo a la distribución en función del sexo, el 75.6% son mujeres (313) y el 24,4% son hombres (101). (Tabla 4.1.).

Tabla 4.1. Distribución de la muestra según el género.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Mujer	313	75.6
Hombre	101	24.4

Considerando la formación de los participantes se ha observado como el 79.7% (295) son graduados o diplomados, mientras que un 17.8% (66) poseen un master y un 2.4% (9) son doctores. (Tabla 4.2. y figura IV.1.).

Tabla 4.2. Nivel de formación.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Graduado/diplomado	295	79.7
Máster	66	17.8
Doctorado	9	2.4

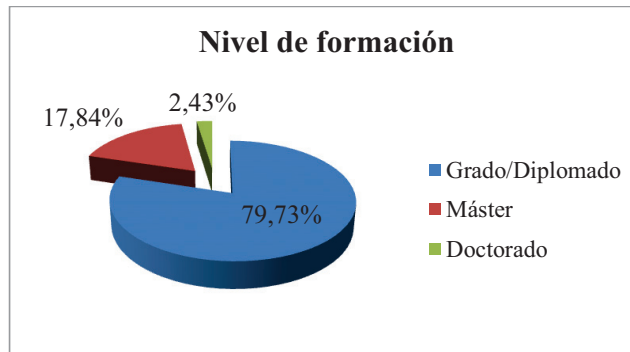


Figura IV.1. Distribución porcentual de la muestra según el nivel de formación.

Por otro lado, atendiendo a la situación laboral de los participantes, el 53.8% (220) poseen una plaza fija, frente a un 28.4% (116) que son interinos y un 17.8% (73) que tienen un contrato temporal. (Tabla 4.3. y figura IV.2).

Tabla 4.3. Situación laboral.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Temporal	73	17.8
Interinidad	116	28.4
Plaza fija	220	53.8

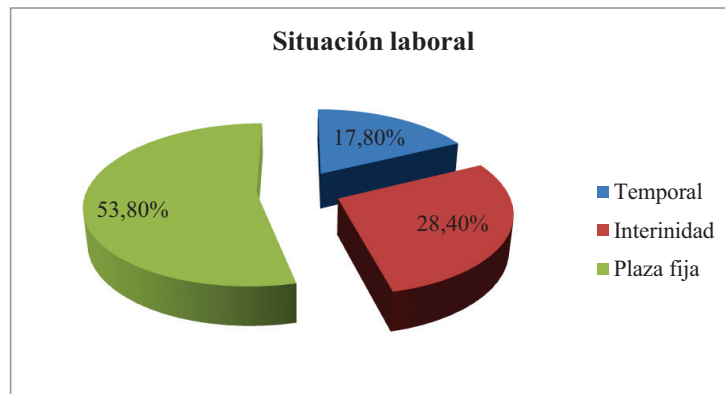


Figura IV.2. Distribución porcentual de la muestra según la situación laboral.

En lo que refiere al lugar de trabajo, la mayoría provienen del Consorcio Hospital General, 26.05% (99 enfermeras), seguido por el Hospital Arnau de Vilanova 20% (76 enfermeras), el Hospital Clínico 17.89% (68 enfermeras), el Hospital Dr. Peset 17.11% (65 enfermeras), el Hospital de Sagunto 12.11% (46 enfermeras), Pare Jofré

5.26% (20 enfermeras) y el Hospital la Fe 1.58% (6 enfermeras). (Tabla 4.4. y figura IV.3.).

Tabla 4.4. Centro en el que trabaja.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Hospital General	99	26.05
Hospital Arnau de Vilanova	76	20.00
Hospital Clínico	68	17.89
Hospital Dr. Peset	65	17.11
Hospital de Sagunto	46	12.11
Hospital Pare Jofre	20	5.26
Hospital La Fe	6	1.58

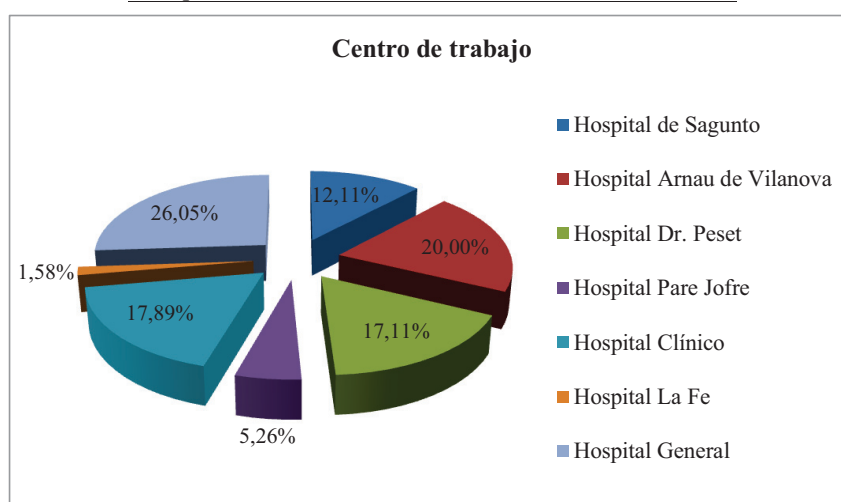


Figura IV.3. Distribución porcentual de la muestra según el centro en el que trabajan.

Por último, atendiendo a la formación recibida en habilidades de comunicación, empatía y/o gestión emocional, la mayoría de los participantes 50.1% (202 enfermeras) dicen no haber recibido ningún curso, el 38% (153 enfermeras) han recibido algún curso (poca formación) y un 11.9% (48 enfermeras) han recibido bastante formación.

Tabla 4.5. Cursos de formación recibidos.

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No he recibido ningún curso	202	50.1	50.1
He recibido algún curso (poca formación)	153	38.0	88.1
He recibido bastante formación al respecto	48	11.9	100.0

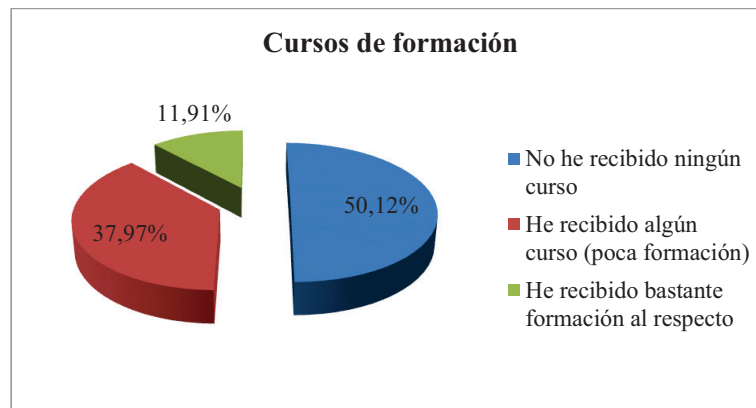


Figura IV.4. Distribución porcentual de la muestra según los cursos de formación realizados.

4.3. Variables e instrumentos de evaluación

Para la recogida de la información se recurrió a un instrumento autoadministrable con una duración de 35 minutos. Los participantes debían responder en base a un formato Likert con cinco anclajes (1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo). El instrumento contenía las siguientes escalas (anexo I):

- Datos sociodemográficos: Los participantes tuvieron que cumplimentar datos como el centro de trabajo, servicio, años de experiencia en el servicio y años de experiencia asistencial total. Además, de su experiencia docente, y los años, el sexo, la edad, su nivel de formación y situación laboral. Por último, se les preguntó por si habían recibido algún curso específico sobre cómo relacionarse con el paciente y/o familiares y en caso afirmativo, se les pedía que indicaran la temática y duración.
- Cuestionario ad-hoc sobre actitudes de las enfermeras hacia la comunicación. En este punto analizamos las propiedades psicométricas del cuestionario ACO que está integrado por 62 ítems distribuidos en 9 dimensiones. El cuestionario de ACO en su conjunto muestra una fiabilidad aceptable ($\alpha=.76$). Los valores de la fiabilidad de las dimensiones por separado muestran un coeficiente del alpha de Cronbach que oscilan entre .60 (Ingreso cognitivo) y .87 (Ingreso afectivo). Tras el análisis de los ítems por dimensión se decidió eliminar el indicador ACO2 de la dimensión ingreso cognitivo, dado que incrementaba el alpha general de la

dimensión. Por esta razón, se optó por descartar este modelo y utilizar el compuesto por 25 ítems englobados en las tres dimensiones comportamentales: Afectivo (12 ítems) ($\alpha=.95$), Conativo (9 ítems) ($\alpha=.92$) y Cognitivo (4 ítems) ($\alpha=.85$).

- “The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student adapted from Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)” (Ward et al., 2009). La escala de empatía médica de Jefferson desarrollada por un grupo investigación de la Universidad de Jefferson se adaptó para estudiantes de enfermería, en su versión original compuesto por 19 ítems. En la presente investigación se adaptó al contexto español y a las enfermeras (EEEJ). La palabra médico del cuestionario inicial se sustituyó por enfermera, la escala se compone de tres factores; toma de perspectiva (10 ítems) ($\alpha=.78$), se corresponde con el ingrediente cognitivo central de la empatía, atención compasiva (5 ítems) ($\alpha=.83$) entender las experiencias, sentimientos del paciente y pensar como el paciente (2 factores) ($\alpha=.72$), entendido como ponerse en el lugar del paciente. En este caso los ítems restantes no tuvieron coeficientes factoriales para ser incluidos en esta versión, si en las anteriores.
- Meta-Mood Scale Rasgo (TMMS-24), escala de 24 ítems versión española adaptación de Fernández-Berrocal et al. (2004). Esta escala evalúa a través de 24 ítems los niveles de IE, presenta tres dimensiones; atención emocional, (8 ítems) ($\alpha=.90$) engloba las creencias o percepciones que tienen los sujetos sobre su capacidad de atención y valoración de sus sentimientos, claridad emocional, (8 ítems) ($\alpha=.90$) incluye la comprensión y análisis de las emociones y la reparación emocional, (8 ítems) ($\alpha=.86$) es la habilidad para controlar o regular las propias emociones (positivas o negativas) y las de los demás. Todos los alfa de Cronbach estaban por encima de .85.

4.4. Procedimiento

4.4.1. Procedimiento de creación del cuestionario ACO

El instrumento ACO se elaboró a partir de los estándares recomendados por la International Test Commission, (2001). Partiendo, tal y como ya se expuso en el marco

4. – Metodología.

teórico, del modelo tridimensional de actitudes de Rosenberg y Hovland, (1960) y de los tres momentos comunicativos en la relación de las enfermeras con los pacientes.

A partir de ellos se definieron 9 dimensiones: cognitivo ingreso, afectivo ingreso, conductual ingreso, cognitivo tratamiento, afectivo tratamiento, conductual tratamiento, cognitivo alta, afectivo alta y conductual alta.

Seguidamente el equipo de investigación generó una serie de ítems para cada dimensión objeto de estudio, con un total de 213 ítems. A continuación, se sometieron dichos ítems a un juicio de 10 expertos, quienes evaluaron la adecuación de los ítems así como su importancia.

En base a sus respuestas se seleccionaron 75 ítems que compusieron la versión preliminar del instrumento (Anexo II). Posteriormente, se aplicaron a una muestra piloto de 105 enfermeras de dos hospitales privados de Valencia y dos hospitales públicos de gestión privada y se analizaron sus propiedades psicométricas. En base al análisis de los resultados obtenidos, se diseñó la versión final del instrumento compuesto por 62 ítems, cuyas propiedades psicométricas son analizadas y presentadas en la presente investigación.



Figura IV.5. Diagrama de procedimiento de trabajo.

4.4.2. Procedimiento de adaptación del cuestionario “La escala de empatía para estudiantes de enfermería de Jefferson adaptada de la Escala de Empatía Médica de Jefferson a las enfermeras (EEEJ)”

La adaptación del cuestionario “La escala de empatía para estudiantes de enfermería de Jefferson adaptada de la Escala de Empatía Médica de Jefferson a las enfermeras (EEMJ)”, se realizó siguiendo los estándares metodológicos internacionales recomendados por la International Test Commission (ITC, 2001), para la adaptación

idiomática de un instrumento de un contexto a otro (Hambleton, 2005; Muñiz, & Hambleton, 2000). Específicamente se realizó una traducción (inglés - castellano) y una retro traducción (castellano-inglés) por dos lingüistas, comparándose la versión retro traducida con la original. A continuación, se seleccionó una muestra de 105 enfermeras de dos hospitales privados de Valencia y dos hospitales públicos de gestión privada, sobre los que se analizaron sus propiedades psicométricas.



Figura IV.6. Diagrama de procedimiento de trabajo

4.4.3. Procedimiento del estudio

Una vez disponibles los instrumentos de medición a utilizar en este estudio, el procedimiento seguido para la obtención de los datos se describe a continuación.

En primer lugar, se realizaron los trámites oportunos para obtener el consentimiento del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Valencia (Anexo III). Para ello, se adjuntaron tanto el proyecto de investigación, una copia del cuestionario, modelo de compromiso de confidencialidad y del consentimiento informado (Anexo IV). Una vez obtenido, seguidamente se seleccionaron los diferentes hospitales a participar en el estudio. En Valencia capital, el mapa sanitario se divide en cinco departamentos de salud con sus hospitales de referencia: Clínico, la Fe, Doctor Peset, Hospital General y Arnau de Vilanova, todos ellos participaron en el estudio. Además, con la intención de poder obtener una muestra tan amplia como fuera posible se incluyó el Hospital de Sagunto y Pare Jofre.

Una vez seleccionados los centros, se contactó con sus respectivos CEIC u homólogo en su defecto. Se cumplimentaron las solicitudes de acuerdo a procedimiento específico, adjuntando el proyecto de investigación, una copia del cuestionario, modelo de compromiso de confidencialidad y del consentimiento informado. Tras obtener la autorización del CEIC (Anexo III), se contactó con la Dirección de Enfermería y

4. – Metodología.

Supervisores de Docencia, y con los supervisores de cada servicio, a los que se les remitió un informe del proyecto así como una copia del cuestionario, del compromiso de confidencialidad y del consentimiento informado. Una vez se obtuvo la autorización de los supervisores de enfermería, se informó a las enfermeras de cada una de las unidades sobre el estudio y se depositaron los cuestionarios. Las enfermeras cumplimentaron los cuestionarios y los depositaron en las urnas/sobre localizados para tal efecto en los diferentes servicios. La cumplimentación del instrumento tuvo una duración aproximada de 35 minutos. Una vez entregados los cuestionarios, a las dos semanas se enviaron correos recordatorios y pasadas 3 - 4 semanas se procedió a la recogida de los instrumentos cumplimentados. Simultáneamente se realizó una versión online de la encuesta y se remitió el enlace a través del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), redes personales y twitter.

En la versión impresa se repartieron 1124 cuestionarios de los que se recogieron 417, tres de los cuales fueron eliminados por responder a menos de un 60% del instrumento.

La fase de recogida de datos tuvo una duración de mayo de 2015 a marzo de 2016.

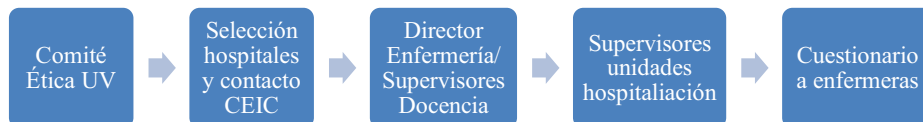


Figura IV.7. Diagrama de trabajo versión impresa del cuestionario



Figura IV.8. Diagrama de trabajo versión online.

4.5. Análisis estadísticos

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, Version 22) con licencia de la Universidad de Valencia, el programa EQS (*Structural Equation Modeling Software*, Versión 6.2), el programa FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006). A continuación se describen las principales técnicas de análisis de datos que se han aplicado a lo largo de este trabajo:

- Análisis de fiabilidad. Cálculo del estadístico alpha de Cronbach para comprobar la consistencia interna de las diferentes escalas.
- Análisis factorial exploratorio (AFE). Se realizó siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco (2014). Este análisis se realizó mediante el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados (ULS, *Unweighthed Least Squares*, Joreskög, 1977), en ausencia de distribución normal de los datos, o el de Máxima Verosimilitud (MV) cuando la distribución de los ítems es aproximadamente normal. El método de rotación fue la de Oblimin directo normalizada. Para determinar el número de factores se utilizó el procedimiento del Análisis Paralelo. Para comprobar el ajuste del modelo se analizaron los coeficientes de la raíz media cuadrática residual (RMCR) y el índice gamma o GFI (Tanaka & Huba, 1989). También se observaron las medidas de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett.
- Análisis factorial confirmatorio (AFC). Por otro lado, se utilizó el AFC, para validar la estructura factorial de las escalas, mediante la estimación proporcionada por el método Robusto de Estimación de Máxima Verosimilitud (MVR) con la finalidad de corregir la ausencia de normalidad multivariante. La ausencia normalidad se analizó a través del coeficiente de Mardia (1970). La adecuación de los AFC se comprobó mediante la significación del Chi-cuadrado y de su corrección robusta proporcionada por Satorra-Bentler (S-B χ^2) (Bentler, 2004; Satorra & Bentler, 1994). También, se calcularon otros coeficientes que permitieron comprobar la adecuación de los modelos propuestos como el ratio de χ^2 y sus grados de libertad (χ^2/gl) y S-B X^2 y sus grados de libertad, siendo aceptables valores inferiores a cinco (Byrne, 2009; Carmines, & McIver, 1981). Por último, se comprobaron los coeficientes de los índices de bondad de ajuste

robustos de los modelos propuestos: el Non Normed Fit Index (NNFI), el Comparative Fit Index (CFI) y el Incremental Fit Fix (IFI). Para estos indicadores se consideran que un buen ajuste los valores superiores a .90 (MacCallum y Austin, 2000). Para finalizar, se muestra el Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), siendo necesario para considerar un buen ajuste del mismo puntuaciones inferiores a .08 (Browne, & Cudeck, 1993). La validez convergente se analizó a partir de los resultados del AFC, mientras que para la discriminante se recurrió al test de AVE (Fornell & Larcker, 1980).

- Análisis descriptivo de variables. Cálculo de estadísticos descriptivos como la media, la desviación típica, mínimo, máximo, los valores de asimetría y curtosis.
- Análisis diferencial. Para comparar los diferentes grupos se realizó un análisis de ANOVA, con la aplicación inicial del test de Levene para comprobar la homocedasticidad de las distintas variables. Asimismo, se aplicó la prueba de contraste de Bonferroni para determinar las diferencias entre categorías o subgrupos de las variables. Cuando el test de Levene detectaba que no se asumían varianzas iguales, se utilizó la prueba de Tamhane para observar las diferencias entre grupos. También se utilizó la prueba T para muestras independientes.
- Análisis correlacional. Las pruebas de correlación de Pearson se desarrollaron para determinar la validez de las escalas y para comprobar la relación entre las variables objeto de estudio.
- Análisis de regresión lineal múltiple jerárquica para comprobar las variables predictoras de las dimensiones del cuestionario ACO.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos

En este punto se analiza la fiabilidad y validez de los distintos cuestionarios utilizados en este estudio con la finalidad de obtener información sobre sus propiedades psicométricas. Para lograr este objetivo se realizarán diversos procedimientos estadísticos. En primer lugar, se realizará los análisis factoriales exploratorios (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala de ACO. Posteriormente, se llevarán a cabo dichos análisis con el cuestionario sobre EEEJ. Por último, se analizarán las propiedades psicométricas de la escala de TMMS24.

Para cada escala se analizarán primero las propiedades de los ítems mediante la observación de los coeficientes de correlación ítem-total y la variación del coeficiente alpha de Cronbach. Después, se comprobará la validez interna de cada cuestionario mediante los AFE y AFC. También se comprobará la validez de constructo mediante el análisis de la validez convergente y discriminante. De los modelos definitivos se calcularán los tres coeficientes recomendados por la literatura para la evaluación de la fiabilidad: alpha de Cronbach, fiabilidad compuesta (FC) y varianza media extraída (AVE).

5.1.1. Propiedades psicométricas del cuestionario ACO

En este punto analizamos las propiedades psicométricas del cuestionario ACO que está integrado por 62 ítems distribuidos en nueve dimensiones. En la tabla 5.1. se muestran los datos de los ítems agrupados según la dimensión a la que pertenecen. Además, la tabla recoge de todos los ítems la media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r_{jx}), el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem ($\alpha-x$) y los valores de asimetría y curtosis.

El cuestionario de ACO en su conjunto muestra una fiabilidad aceptable ($\alpha=.76$). Los valores de la fiabilidad de las dimensiones por separado muestra un coeficiente del alpha de Cronbach que oscilan entre .60 (Ingreso cognitivo) y .87 (Ingreso afectivo). Tras el análisis de los ítems por dimensión se decidió eliminar el indicador ACO2 de la

5. – Resultados.

dimensión ingreso cognitivo, dado que incrementaba el alpha general de la dimensión. En general, todas las dimensiones presentan coeficientes aceptables excepto la de ingreso cognitivo que es inferior a .70.

Por otro lado, los valores de asimetría y curtosis excedieron en muchos casos el valor de 2 o -2, lo que no permite asegurar la distribución normal de los datos.

Tabla 5.1. Análisis de ítems del cuestionario sobre ACO: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r_{jx}), alpha de Cronbach si se elimina el elemento ($\alpha-x$), asimetría (A) y curtosis (C).

Cuestionario completo ($\alpha = .76$)	M	DT	r_{jx}	$\alpha-x$	A	C
Alta Afectivo: $\alpha = .83$						
ACO1	1.58	.96	.33	.83	1.84	2.91
ACO12	1.68	1.07	.54	.81	1.52	1.43
ACO17	1.57	1.09	.53	.81	1.96	2.86
ACO26	1.51	1.00	.64	.79	2.16	3.92
ACO32	1.41	.88	.66	.80	2.50	5.80
ACO45	1.65	1.18	.55	.81	1.74	1.80
ACO49	1.53	1.05	.58	.80	2.08	3.35
ACO57	1.57	1.01	.60	.80	1.77	2.41
Alta Cognitivo: $\alpha = .73$						
ACO3	4.49	.96	.42	.71	-2.21	4.56
ACO20	4.32	.96	.42	.71	-1.56	2.09
ACO36	4.58	.82	.59	.66	-2.44	6.51
ACO39	4.21	1.03	.37	.73	-1.37	1.49
ACO51	4.46	.99	.56	.67	-2.22	4.59
ACO60	4.50	1.02	.47	.69	-2.32	4.60
Alta Conativo: $\alpha = .78$						
ACO10	4.25	1.04	.45	.77	-1.54	1.95
ACO14	4.30	1.01	.52	.75	-1.70	2.59
ACO23	4.49	.85	.48	.76	-2.12	4.92
ACO29	4.45	.90	.60	.73	-1.96	4.01
ACO53	4.29	.99	.57	.73	-1.64	2.52
ACO62	4.24	.96	.55	.74	-1.44	2.00
Ingreso Afectivo: $\alpha = .87$						
ACO9	1.60	1.17	.45	.87	1.94	2.48
ACO15	1.67	1.17	.55	.86	1.66	1.57
ACO24	1.44	.90	.66	.85	2.42	5.44

Tabla 5.1. Continuación.

	M	DT	r_{jx}	$\alpha-x$	A	C
ACO28	1.52	1.02	.65	.85	2.11	3.53
ACO37	1.68	1.21	.69	.84	1.74	1.76
ACO47	1.54	1.08	.74	.84	2.07	3.18
ACO52	1.77	1.27	.62	.85	1.50	.90
ACO59	1.62	1.21	.66	.85	1.84	2.00
Ingreso Cognitivo: $\alpha=.56$; α (sin ítem ACO2) = .60						
ACO2	3.92	1.15	.16	.60	-.90	-.01
ACO 11	4.02	1.13	.29	.52	-.99	.14
ACO 31	4.55	.81	.43	.45	-2.31	5.54
ACO 41	4.51	.98	.42	.44	-2.37	5.15
ACO 54	4.23	1.00	.35	.48	-1.35	1.46
Ingreso Conativo: $\alpha = .72$						
ACO5	4.04	1.18	.31	.73	-1.12	.29
ACO 7	4.07	1.11	.35	.71	-1.27	.94
ACO 25	3.78	1.29	.39	.71	-.82	-.42
ACO 35	4.19	1.07	.58	.65	-1.47	1.62
ACO 38	4.05	1.13	.63	.63	-1.19	.67
ACO 44	4.33	1.01	.52	.67	-1.77	2.84
Procedimiento Afectivo: $\alpha = .89$						
ACO 4	1.68	1.05	.45	.89	1.50	1.45
ACO 6	1.71	1.15	.47	.89	1.60	1.46
ACO 19	1.57	1.12	.54	.89	2.02	2.86
ACO 22	1.48	.99	.66	.88	2.38	5.00
ACO 30	1.49	1.01	.66	.88	2.22	4.04
ACO 34	1.60	1.14	.75	.87	1.92	2.59
ACO 40	1.59	1.12	.70	.88	1.94	2.61
ACO 43	1.78	1.23	.70	.88	1.47	.92
ACO 56	1.58	1.07	.72	.87	1.89	2.56
ACO 61	1.55	1.10	.66	.88	2.10	3.31
Procedimiento Cognitivo: $\alpha = .76$						
ACO 8	4.59	.93	.47	.74	-2.69	6.70
ACO 13	4.63	.85	.59	.71	-2.75	7.57
ACO 21	4.48	.88	.53	.73	-2.11	4.71
ACO 27	4.60	.83	.59	.71	-2.51	6.42
ACO 33	4.62	.84	.55	.72	-2.67	7.29
ACO 46	4.48	.97	.36	.77	-2.20	4.48

5. – Resultados.

Tabla 5.1. Continuación.

	M	DT	r_{jx}	$\alpha-x$	A	C
Procedimiento Conativo: $\alpha = .82$						
ACO16	4.33	.96	.50	.81	-1.75	3.14
ACO 18	4.51	.95	.44	.81	-2.38	5.47
ACO 42	4.32	.97	.50	.81	-1.71	2.97
ACO 48	4.02	1.14	.65	.78	-1.21	.79
ACO 50	4.12	1.12	.59	.79	-1.35	1.15
ACO 55	4.25	.96	.65	.78	-1.35	1.55
ACO 58	4.26	1.04	.60	.79	-1.65	2.25

Después de analizar la fiabilidad del instrumento se comprobó su validez interna mediante diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. En primer lugar, se realizó un AFE siguiendo el proceso recomendado por Lloret-Segura et al. (2014), mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados y la rotación Oblimin directo normalizada. La utilización de ULS es recomendable cuando la distribución de los ítems no se aproxima a la normalidad (valores de asimetría y curtosis superiores a -2 o 2) (Lloret-Segura et al., 2014). Para determinar el número de factores comunes en los que se agrupan los ítems se utilizó el análisis paralelo.

El AFE realizado mediante el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006) con los 61 ítems del cuestionario ACO recomendó la agrupación de los ítems en tres factores comunes. Tras la aplicación del AFE fijado a tres factores, y suprimiendo los indicadores cuyas saturaciones eran inferiores a .40 o superiores a este valor en más de un factor, la escala se redujo a 41 ítems. En la tabla 5.2. se muestran los indicadores que integran cada dimensión después de la aplicación del último AFE, tras el cual no fue necesario eliminar ningún ítem más. El ajuste de esta solución fue adecuado con un valor de RMCR de .42 (<.50; Harman, 1980) y un índice GFI de .99 (>.95; Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.94) y el test de esfericidad de Barlett fue significativo ($\chi^2= 10352.4$; $gl= 820$; $p\leq.001$). La varianza explicada por los tres factores fue de 63.37%.

Tabla 5.2. Análisis factorial exploratorio del cuestionario ACO. Estructura factorial rotada y communalidades de los ítems que componen cada factor.

Ítem	F1	F2	F3	Com.	Propuesta inicial
Factor 1-					
ACO3	.579			.455	Alta Cognitivo
ACO 5	.682			.391	Ingreso Conativo
ACO 7	.704			.482	Ingreso Conativo
ACO 8	.752			.556	Procedimiento Cognitivo
ACO 10	.820			.585	Alta conativo
ACO 13	.668			.595	Procedimiento cognitivo
ACO 14	.715			.576	Alta conativo
ACO 16	.665			.617	Procedimiento conativo
ACO 18	.455			.479	Procedimiento conativo
ACO 21	.469			.455	Procedimiento cognitivo
ACO 27	.493			.569	Procedimiento cognitivo
ACO 29	.437			.609	Alta conativo
ACO 31	.413			.485	Ingreso cognitivo
Factor 2-					
ACO 1		.549		.266	Alta afectivo
ACO 6		.624		.457	Procedimiento afectivo
ACO 9		.734		.516	Ingreso afectivo
ACO 12		.704		.556	Alta afectivo
ACO 15		.780		.586	Ingreso afectivo
ACO 17		.846		.701	Alta afectivo
ACO 19		.910		.728	Procedimiento afectivo
ACO 22		.815		.779	Procedimiento afectivo
ACO 24		.920		.845	Ingreso afectivo
ACO 26		.855		.785	Alta afectivo
ACO 28		.849		.764	Ingreso afectivo
ACO 30		.840		.752	Procedimiento afectivo
ACO 32		.835		.735	Alta afectivo
ACO 57		.560		.566	Alta afectivo
Factor 3-					
ACO 35			.844	.676	Ingreso conativo
ACO 38			.858	.679	Ingreso conativo
ACO 41			.735	.700	Ingreso cognitivo
ACO 42			.494	.495	Procedimiento conativo
ACO 44			.843	.680	Ingreso conativo
ACO 46			.883	.725	Procedimiento cognitivo
ACO 48			.829	.633	Procedimiento conativo
ACO 50			.753	.547	Procedimiento conativo
ACO 51			.661	.601	Alta cognitivo
ACO 53			.742	.672	Alta conativo
ACO 55			.533	.583	Procedimiento conativo
ACO 58			.797	.672	Procedimiento conativo
ACO 60			.738	.618	Alta cognitivo
ACO 62			.790	.674	Alta conativo
Número de ítems	13	14	14		

No obstante, siguiendo el mismo procedimiento (ULS, Oblimin directo normalizado y análisis paralelo) se decidió analizar la solución factorial fijada en nueve

5. – Resultados.

dimensiones para comprobar la agrupación de los ítems. Esta solución no ofreció un buen ajuste dejando factores sin indicadores y sin una buena interpretación teórica.

Una vez realizados los AFE siguiendo las recomendaciones sugeridas por el método de Análisis Paralelo, se realizaron diversos AFC con el objetivo de comprobar por un lado, la estructura factorial extraída por el AFE (41 ítems agrupados en tres dimensiones) y, por otro lado, contrastar el ajuste de la propuesta original agrupada en nueve dimensiones y la propuesta reducida a las tres dimensiones actitudinales (afectiva, conativa y cognitiva). Los diferentes modelos propuestos se analizaron teniendo en cuenta tanto la correlación entre pares de factores como la ausencia de la misma. Los indicadores del ajuste de los diversos modelos propuestos se muestran en la tabla 5.3.

La estimación de los diferentes modelos se realizó utilizando el método Robusto de Estimación de Máxima Verosimilitud con la finalidad de corregir la ausencia de normalidad multivariante detectada mediante el coeficiente de Mardia (1970) que superaba el punto de corte de 5 recomendado.

Tal y como se puede observar en la tabla 5.3, los modelos que presentan un mejor ajuste son aquellos cuyos factores están correlacionados. Después de diversas reespecificaciones de los modelos iniciales, las tres propuestas (la procedente del AFE, la compuesta por las nueve dimensiones originales del instrumento y la reducida a las tres dimensiones comportamentales) muestran un buen ajuste.

En todas las propuestas se han eliminado un número similar de ítems (35 o 36). Sin embargo, dado el elevado número de ítems que se han eliminado, en el caso del AFC sobre las nueve dimensiones, hasta tres factores han quedado reducidos a dos ítems. Por lo tanto, no se cumplen las recomendaciones señaladas por la literatura relacionadas con la necesidad de contar con al menos tres indicadores en un mismo factor para considerarlo apropiado (Bollen, 1989; Kline, 2005). Asimismo, las correlaciones entre algunos pares de factores son bastante elevadas, superando las recomendaciones sugeridas por la literatura previa (Kline, 2005; $<.85$) para comprobar la validez discriminante, que indicaría que dichos factores se deberían agrupar en un constructo común.

Por otro lado, la propuesta derivada del AFE presenta una interpretación teórica más difícil (ver tabla 5.2.) si la comparamos con el modelo reducido a las tres

dimensiones actitudinales. Por esta razón, se optó por descartar este modelo y utilizar el compuesto por 25 ítems englobados en las tres dimensiones actitudinales (Anexo V).

Este modelo presenta un chi-cuadrado significativo ($S-B\chi^2 = 525.09$; $df = 272$; $p < .05$) y un valor del chi-cuadrado normado ($\chi^2/df = 4.90$) que indicaba un buen ajuste ya que muestra un valor inferior a cinco. El RMSEA mostró un valor de .045, que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable (igual o inferior a .08). Asimismo, el resto de índices muestran un buen ajuste del modelo, ya que presentaban valores superiores a .90: el Índice de Ajuste No Normado (NNFI = .90), el Índice de Ajuste Comparado (CFI = .91) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI=.91).

5. – Resultados.

Tabla 5.3. Índices de bondad de ajuste de la escala de ACO.

Modelo	S-B χ^2 (gl)	χ^2 (gl)	χ^2 / gl	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
1) AFE de 41 ítems y 3 factores 3 factores, 25 ítems (sin correlacionados) 3 factores, 25 ítems (sin correlacionar)	475.99 (272)	811.38 (272)	2.98	.041 (.035-.047)	.91	.90	.91
2) AFC de la propuesta de original de 61 ítems y 9 factores 9 factores, 26 ítems (sin correlacionados) 9 factores, 26 ítems (sin correlacionar)	653.28 (275)	1108.48 (275)	4.03	.055 (.050-.061)	.84	.82	.84
4) AFC agrupando dimensiones de afectivo, cognitivo y conativo (61 ítems y 3 factores)	516.61 (263)	1201.73 (263)	4.57	.046 (.040-.052)	.91	.89	.91
	1804.69 (299)	4500.63 (299)	15.05	.106 (.101-.110)	.45	.40	.46
	525.09 (272)	1332.38 (272)	4.90	.045 (.040-.051)	.91	.90	.91
	821.63 (275)	2156.95 (275)	7.84	.066 (.061-.072)	.80	.79	.81

Nota. S-B=Satorra Bentler; gl=grados de libertad; RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio ($\leq .080$); IC=Intervalo de Confianza RMSEA; CFI = Índice de Ajuste Comparado; NNFI = Índice de Ajuste No Normado; IFI = Índice de Ajuste Incremental; CFI, NNFI, IFI ($\geq .90$); χ^2 / gl (≤ 5.00).

Para comprobar la validez de constructo se contrastó la validez convergente y discriminante. La validez convergente parece adecuada ya que los ítems de las escalas están significativamente correlacionados con las variables latentes que se suponía que medían. En todos los casos los valores de t para las variables oscilaron desde 7.68 hasta 24.47 ($t > 1.96$) y fueron significativas a nivel de .05. En la tabla 5.4. podemos observar como la mayor parte de las cargas factoriales son superiores al punto de corte recomendado ($>.70$; Anderson y Gerbing, 1988), excepto en ACO50 ($\lambda = .66$), ACO51 ($\lambda = .66$), ACO55 ($\lambda = .61$) y ACO57 ($\lambda = .60$).

Tabla 5.4. Resultados del análisis factorial confirmatorio con las cargas factoriales, alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta y la varianza media extraída para la escala ACO.

Ítems	Carga Factorial	Alfa de Cronbach IC	FC	AVE
Factor 1- Afectivo		.95 (.94-.96)	.95	.60
ACO34 Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	.792			
ACO37 Me pone nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con otros Servicios.	.794			
ACO40 Estoy nervioso cuando explico el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	.834			
ACO43 Estoy nervioso cuando doy tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	.783			
ACO45 Me pone nervioso facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	.785			
ACO47 Me pone nervioso facilitar información al ingreso al paciente y/o familiar.	.859			
ACO49 Me pone nervioso facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	.736			
ACO52 Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de los nombres del médico y enfermera responsables.	.732			
ACO56 Estoy nervioso cuando facilito información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	.782			
ACO57 Me pone nervioso identificar lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	.599			
ACO59 Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	.754			

5. – Resultados.

Tabla 5.4. Continuación.

Ítems	Carga Factorial	Alfa de Cronbach IC	FC	AVE
ACO61	Me pone nervioso explicar el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	.796		
	Factor 2- Conativo	.92 (.90-.93)	.91	.53
ACO35	Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información al ingreso que le he facilitado.	.781		
ACO38	Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información al ingreso en la unidad.	.794		
ACO44	Suelo informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	.746		
ACO48	Suelo reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	.714		
ACO50	Suelo facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	.657		
ACO53	Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre el alta.	.747		
ACO55	Suelo dejar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	.609		
ACO58	Suelo facilitar información al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	.739		
ACO62	Suelo tratar de conocer lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	.767		
	Factor 3- Cognitivo	.85 (.82-.87)	.85	.58
ACO41	Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	.81		
ACO46	Es necesario informar al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	.839		
ACO51	Es necesario facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	.656		
ACO60	Es necesario colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	.739		

Nota. FC=Fiabilidad Compuesta; AVE=Varianza media extraída; IC=Intervalo de Confianza alpha de Crombach.

Para evaluar la validez discriminante comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 5.5. Asimismo, se comprobó que la raíz cuadrada del AVE era superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981), cumpliéndose dicho criterio para todas las dimensiones, aunque la correlación entre el factor conativo y cognitivo presentaba el mismo valor que la raíz cuadrada de AVE.

Respecto a la fiabilidad de la escala (ver tabla 5.4.), hay que destacar que los coeficientes del Alfa de Cronbach y de la FC para cada factor oscilaron entre .85 y .95, que se encuentran dentro de los valores mínimos (>.70) indicados por la literatura previa (Nunnally, 1978). En cuanto a los indicadores de AVE, presentan valores superiores al punto de corte (<.50) recomendado por Fornell y Larcker (1981), ya que oscilaron entre .53 y .60.

Tabla 5.5. Matriz de correlaciones interfactorial de la escala de ACO.

	F1	F2	F3
Factor 1- Afectivo	.77		
Factor 2- Conativo	-.64**	.73	
Factor 3- Cognitivo	-.75**	.77**	.77

Nota. ** las correlaciones son significativas ($p < .01$), en la diagonal se muestran los valores de la raíz cuadrada del AVE para cada factor.

5.1.2. Propiedades psicométricas de la *Escala de Empatía en Enfermería de Jefferson (EEEJ)*

A continuación analizamos las propiedades psicométricas de la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) versión S para estudiantes de enfermería (EEEJ) siguiendo la distribución de ítems propuesta por Ward et al. (2009). Estos autores comprueban la fiabilidad y validez de la escala compuesta por 19 ítems distribuidos en tres constructos: toma de perspectiva, atención compasiva y pensar como el paciente.

Siguiendo el mismo procedimiento que para la escala ACO, primero se analizaron las propiedades de los ítems agrupados en las dimensiones originales. En la tabla 6 se muestran la media de todos los ítems, la desviación típica, la correlación ítem-total, el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem y los valores de asimetría y curtosis.

5. – Resultados.

La fiabilidad global del cuestionario no mostró un coeficiente aceptable ($\alpha=.57$). Sin embargo, la fiabilidad por separado de las dimensiones propuestas por Ward et al. (2009) presenta coeficientes más elevados: $\alpha=.87$ para la dimensión de toma de perspectiva, $\alpha=.78$ para la dimensión de atención compasiva y $\alpha=.63$ para el factor de pensar como el paciente. No obstante, en la última dimensión se eliminaron dos ítems (EEEJ18 y EEEJ 19) debido a que incrementaban el alpha general de este factor ($\alpha=.75$). En general, todas las dimensiones presentan coeficientes aceptables.

Para comprobar la distribución normal de las puntuaciones de los ítems se observaron los valores de asimetría y curtosis, que, tal y como podemos observar en la tabla 16, excedieron en muchos casos el valor de 2 o -2, lo que no permite asegurar la normalidad en la distribución de los datos.

Tabla 5.6. Análisis de ítems del cuestionario sobre EEEJ: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r_{jx}), alpha de Cronbach si se elimina el elemento ($\alpha-x$), asimetría (A) y curtosis (C).

Cuestionario completo ($\alpha=.57$)	M	DT	r_{jx}	$\alpha-x$	A	C
Toma de Perspectiva: $\alpha=.87$						
EEEJ1	4.67	.70	.61	.86	-2.85	9.42
EEEJ2	4.45	.78	.60	.86	-1.76	3.70
EEEJ3	4.66	.66	.65	.85	-2.66	9.05
EEEJ4	4.66	.68	.59	.86	-2.65	8.70
EEEJ5	4.65	.70	.68	.85	-2.61	8.27
EEEJ6	4.62	.66	.75	.85	-2.26	6.65
EEEJ7	4.34	.97	.58	.86	-1.68	2.54
EEEJ8	4.33	.86	.57	.86	-1.24	1.11
EEEJ9	4.30	.87	.61	.86	-1.28	1.47
EEEJ10	3.79	1.19	.46	.88	-.78	-.25
Atención Compasiva: $\alpha=.78$						
EEEJ11	1.76	1.08	.55	.74	1.38	1.00
EEEJ12	2.09	1.22	.56	.74	.90	-.20
EEEJ13	2.05	1.15	.66	.70	.87	-.21
EEEJ14	1.66	1.06	.58	.73	1.79	2.44
EEEJ15	1.65	1.09	.41	.78	1.76	2.25
Pensar como el paciente: $\alpha=.63$; α (sin ítem EEEJ 18 y 19) = .75						
EEEJ16	2.03	1.15	.47	.52	.99	.20
EEEJ17	2.08	1.11	.56	.45	.85	-.04
EEEJ18	1.91	1.12	.37	.59	1.20	.67
EEEJ19	3.05	1.24	.27	.67	-.08	-.77

Después del análisis de la fiabilidad del instrumento se comprobó su validez interna mediante diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Siguiendo el mismo procedimiento que para el cuestionario ACO, se realizó un AFE mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, la aplicación del método del Análisis Paralelo y la rotación Oblimin directo normalizada.

El AFE realizado con los 17 ítems de la escala de EEEJ recomendó la agrupación de los ítems en dos factores comunes. No obstante, dicha solución no ofrecía una buena interpretación teórica y se decidió comprobar el ajuste de la estructura factorial fijada en tres dimensiones, derivada de la propuesta de Ward et al. (2009). Tras la aplicación del AFE fijado a tres factores, no fue necesario eliminar ningún ítem ya que todos presentaban saturaciones superiores a .40 en un solo factor (ver tabla 5.7.). Asimismo, la solución factorial coincidía totalmente con la propuesta de Ward et al. (2009). El ajuste de esta solución fue adecuado con un valor de RMCR de .47 (<.50) y un índice GFI de .99 (>.95). El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.88) y el test de esfericidad de Barlett fue significativo ($\chi^2= 3158.1$; $gl= 136$; $p\leq.001$). La varianza explicada por los tres factores fue de 66.81%.

Tabla 5.7. Análisis factorial exploratorio de la escala EEEJ. Estructura factorial rotada y communalidades de los ítems que componen cada factor.

Ítem	F1	F2	F3	Com.	Propuesta original (Ward et al., 2009)
	Factor 1- Toma de Perspectiva				
EEEJ1	.736			.647	Toma de Perspectiva
EEEJ2	.707			.541	Toma de Perspectiva
EEEJ3	.801			.713	Toma de Perspectiva
EEEJ4	.693			.624	Toma de Perspectiva
EEEJ5	.796			.742	Toma de Perspectiva
EEEJ6	.872			.807	Toma de Perspectiva
EEEJ7	.723			.572	Toma de Perspectiva
EEEJ8	.710			.476	Toma de Perspectiva
EEEJ9	.707			.531	Toma de Perspectiva
EEEJ10	.642			.425	Toma de Perspectiva

5. – Resultados.

Tabla 5.7. Continuación.

Ítem	F1	F2	F3	Com.	Propuesta original (Ward et al., 2009)
Factor 2- Atención Compasiva					
EEEJ11		.610		.520	Atención Compasiva
EEEJ12		.705		.540	Atención Compasiva
EEEJ13		.740		.660	Atención Compasiva
EEEJ14		.584		.659	Atención Compasiva
EEEJ15		.438		.382	Atención Compasiva
Factor 3- Pensar como el paciente					
EEEJ16			.800	.644	Pensar como el paciente
EEEJ17			.743	.696	Pensar como el paciente
Número de ítems	10	5	2		

Tras la realización del AFE se efectuó un AFC para contrastar la validez de la escala. También, se utilizó el método Robusto de Estimación de Máxima Verosimilitud para estimar el modelo, dado la ausencia de normalidad multivariante detectada a través del coeficiente de Mardia (1970), que excedía el valor de 5.

El modelo inicial integrado por 17 ítems no mostró un buen ajuste (ver tabla 5.8.). Después de la eliminación de dos ítems (EEEJ 10 y EEEJ 15) con cargas factoriales reducidas ($<.50$) y valores residuales estandarizados elevados ($>.20$), se obtuvo un modelo que presentaba un buen ajuste (Anexo V).

En la tabla 5.8., se pueden observar los principales indicadores de bondad de ajuste para determinar el ajuste de la escala. El modelo definitivo presenta un chi-cuadrado significativo ($S-B\chi^2 = 174.74$; $df = 87$; $p <.05$) y un valor del chi-cuadrado normado ($\chi^2/df = 3.82$) que indicaba un buen ajuste ya que muestra un valor inferior a cinco. El RMSEA mostró un valor de .047, que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable. Asimismo, el resto de índices indican un buen ajuste del modelo: el NNFI = .94; el CFI = .97; y el IFI=.97. Por último, la fiabilidad de la escala fue de .57.

Tabla 5.8. Índices de bondad de ajuste de la escala de EEEJ.

Modelo	S-B χ^2 (gl)	χ^2 (gl)	χ^2/ gl	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
17 ítems, 3 factores	298.20 (116)	519.15 (116)	4.47	.059 (.051-.067)	.86	.84	.86
15 ítems, 3 factores	174.74 (87)	332.50 (87)	3.82	.047 (.037-.057)	.92	.90	.92

Para comprobar la validez de constructo se contrastó la validez convergente y discriminante. La validez convergente parece adecuada ya que los ítems de las escalas están significativamente correlacionados con las variables latentes que se suponía que medían. En todos los casos los valores de t para las variables oscilaron desde 6.55 hasta 12.80 ($t > 1.96$) y fueron significativas a nivel de .05. Sin embargo, tal y como se puede apreciar en la tabla 5.9., las cargas de cada factor promedio son reducidas en algunos indicadores ($<.70$), destacando los ítems EEEJ7 ($\lambda = .55$), EEEJ8 ($\lambda = .55$) y el EEEJ9 ($\lambda = .59$).

Tabla 5.9. Resultados del análisis factorial confirmatorio con las cargas factoriales, alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta y la varianza media extraída para la escala EEEJ.

Ítems	Carga Factorial	Alfa de Cronbach IC	FC	AVE
Factor 1- Toma de Perspectiva		.87 (.85-.89)	.88	.47
EEEJ1 La comprensión por parte de la enfermera del estado emocional tanto de los pacientes como de sus familias, es un componente importante en la relación enfermera-paciente.	.72			
EEEJ2 Los pacientes consideran importante que las enfermeras/os comprendan su estado emocional, puesto que es algo terapéutico de por sí.	.69			
EEEJ3 Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera/o-paciente.	.75			
EEEJ4 Los pacientes se sienten mejor cuando las enfermeras/os entienden sus sentimientos.	.69			
EEEJ5 Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.	.76			
EEEJ6 Las enfermeras/os deberían intentar entender lo que les ocurre a sus pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	.83			
EEEJ7 Las enfermeras/os deberían ponerse en el lugar del paciente al prestarle cuidados.	.55			
EEEJ8 El sentido del humor de las enfermeras/os contribuye a que el paciente mejore.	.55			
EEEJ9 La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del trabajo de la enfermera/o es limitado.	.59			

5. – Resultados.

Tabla 5.9. Continuación.

Ítems	Carga Factorial	Alfa de Cronbach IC	FC	AVE
		.78 (.75-.81)	.78	.48
	Factor 2- Atención Compasiva			
EEEJ11	.62	Las enfermedades de los pacientes pueden curarse sólo mediante tratamiento médico o quirúrgico, por lo tanto, los lazos emocionales de las enfermeras/os con sus pacientes no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.		
EEEJ12	.64	Preguntar al paciente sobre lo que ocurre en su vida personal no ayuda a entender su malestar físico.		
EEEJ13	.79	Prestar atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento.		
EEEJ14	.70	Atender las emociones de los pacientes no es importante al realizar su valoración.		
		.76 (.71-.80)	.76	.61
	Factor 3- Pensar como el paciente			
EEEJ16	.73	Es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente porque somos personas diferentes.		
EEEJ17	.83	Es difícil para una enfermera/o ver las cosas desde la perspectiva del paciente.		

Nota. FC=Fiabilidad Compuesta; AVE=Varianza media extraída; IC=Intervalo de Confianza alpha de Crombach.

Para evaluar la validez discriminante comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 5.10. Asimismo, se comprobó que la raíz cuadrada del AVE era superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981), cumpliéndose dicho criterio para todas las dimensiones.

Tal y como se puede observar en la tabla 5.9., los coeficientes de fiabilidad del Alfa de Cronbach y de la FC para cada factor oscilaron entre .76 y .88, que se encuentran dentro de los valores mínimos (>.70) indicados por la literatura previa (Nunnally, 1978). En cuanto a los indicadores de AVE, presentan valores superiores o cercanos al punto de corte (<.50) recomendado por Fornell y Larcker (1981), ya que oscilaron entre .47 y .61.

Tabla 5.10. Matriz de correlaciones interfactorial de la escala de EEEJ.

	F1	F2	F3
Factor 1- Toma de Perspectiva	.69		
Factor 2- Atención Compasiva	-.44**	.69	
Factor 3- Pensar como el paciente	-.29**	.40**	.78

Nota. ** las correlaciones son significativas ($p < .01$), en la diagonal se muestran los valores de la raíz cuadrada del AVE para cada factor.

5.1.3. Propiedades psicométricas de la escala *Trait Meta Mood Scale* (TMMS24)

En este apartado comprobamos las propiedades psicométricas de la *Trait Meta Mood Scale* (TMMS; Salovey et al., 1995), que está adaptada por Fernández-Berrocal et al. (2004). Se trata de un cuestionario compuesto por 24 ítems diseñado para analizar las tendencias en el comportamiento y las percepciones que las personas tienen sobre su capacidad de atender a las emociones, la claridad con la que perciben dichas emociones y su capacidad para reparar sus estados emocionales. La escala está dividida en tres dimensiones compuestas por ocho ítems cada una: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional.

En primer lugar, analizamos las propiedades de los ítems agrupados en las dimensiones originales. En la tabla 5.11. se muestran la media de todos los ítems, la desviación típica, la correlación ítem-total, el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem y los valores de asimetría y curtosis.

Tanto la fiabilidad global del cuestionario como las de las dimensiones por separado mostraron coeficientes aceptables: $\alpha = .89$ para el conjunto de la escala, $\alpha = .81$ para el factor de atención emocional, $\alpha = .87$ para la dimensión de claridad emocional y $\alpha = .85$ para la de reparación emocional. Por otro lado, se observó que la mayoría de ítems presentaban una distribución normal en sus puntuaciones ya que mostraban valores de asimetría y curtosis inferiores a 2 o -2.

5. – Resultados.

Tabla 5.11. Análisis de ítems del cuestionario sobre TMMS24: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r_{jx}), alpha de Cronbach si se elimina el elemento ($\alpha-x$), asimetría (A) y curtosis (C).

Cuestionario completo ($\alpha= .89$)	M	DT	r_{jx}	$\alpha-x$	A	C
Atención Emocional: $\alpha=.81$						
TMMS1	4.22	.84	.46	.80	-.96	.74
TMMS2	3.96	.93	.51	.79	-.67	.08
TMMS3	3.67	1.04	.53	.78	-.42	-.50
TMMS4	4.06	.90	.40	.79	-.84	.46
TMMS5	3.01	1.16	.31	.81	-.05	-.79
TMMS6	2.44	1.14	.48	.80	.51	-.52
TMMS7	3.13	1.07	.46	.78	.09	-.59
TMMS8	3.10	1.16	.44	.78	.03	-.85
Claridad Emocional: $\alpha=.87$						
TMMS9	3.96	.99	.35	.86	-.73	-.02
TMMS10	3.79	.98	.46	.85	-.59	-.11
TMMS11	3.87	.96	.51	.85	-.66	-.03
TMMS12	3.94	.88	.41	.86	-.75	.59
TMMS13	3.91	.90	.37	.86	-.63	.25
TMMS14	3.56	1.01	.48	.85	-.34	-.34
TMMS15	3.75	.97	.40	.86	-.55	-.06
TMMS16	3.88	.94	.46	.85	-.68	.11
Reparación Emocional: $\alpha=.85$						
TMMS17	3.85	1.10	.46	.83	-.74	-.32
TMMS18	3.94	1.00	.62	.81	-.78	.07
TMMS19	3.43	1.14	.43	.83	-.39	-.59
TMMS20	3.88	.99	.58	.82	-.68	.00
TMMS21	3.87	1.00	.33	.83	-.80	.35
TMMS22	4.05	.96	.36	.84	-1.05	.90
TMMS23	4.48	.76	.21	.85	-1.54	2.55
TMMS24	3.95	.89	.33	.83	-.38	-.69

De forma similar a lo realizado para las escalas de ACO y EEEJ se realizaron diversos AFE y AFC para contrastar la validez interna de la escala. En el caso del AFE, al observarse valores inferiores a 2 en los estadísticos de asimetría y curtosis se decidió seguir el proceso recomendado por Lloret-Segura et al. (2014), mediante la utilización del método de Máxima Verosimilitud (MV) y la rotación Oblimin directo normalizada. La utilización de MV es recomendable cuando la distribución de los ítems es

aproximadamente normal (valores de asimetría y curtosis menores a -2 o 2) (Lloret-Segura et al., 2014). Para determinar el número de factores comunes en los que se agrupan los ítems se utilizó el análisis paralelo.

El AFE realizado con los 24 ítems de la escala de TMMS24 recomendó la agrupación de los ítems en cuatro factores comunes. No obstante, dicha solución no ofrecía una buena interpretación teórica y se decidió comprobar el ajuste de la estructura factorial fijada en tres dimensiones derivada de la propuesta original (Fernández-Berrocal et al., 2004). Tras la aplicación del AFE fijado a tres factores, se decidió eliminar dos ítems ya que presentaban saturaciones inferiores a .40: TMMS1 y TMMS23. Se realizó un nuevo AFE sin dichos indicadores cuyos resultados se muestran en la tabla 5.12. El ajuste de esta solución fue adecuado con un valor de RMCR de .45 (<.50) y un índice GFI de .98 (>.95). El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.89) y el test de esfericidad de Barlett fue significativo ($\chi^2=4316.9$; $gl= 231$; $p\leq.001$). La varianza explicada por los tres factores fue de 53.56%.

Tabla 5.12. Análisis factorial exploratorio de la escala TMMS24. Estructura factorial rotada y comunalidades de los ítems que componen cada factor.

Ítem	F1	F2	F3	Com.	Propuesta original Fernández-Berrocal et al. (2004).
Factor 1- Atención Emocional					
TMMS2	.428			.332	Atención Emocional
TMMS3	.547			.483	Atención Emocional
TMMS4	.454			.427	Atención Emocional
TMMS5	.576			.338	Atención Emocional
TMMS6	.672			.451	Atención Emocional
TMMS7	.757			.559	Atención Emocional
TMMS8	.714			.540	Atención Emocional
Factor 2- Claridad Emocional					
TMMS9		.651		.422	Claridad Emocional
TMMS10		.757		.498	Claridad Emocional
TMMS11		.802		.574	Claridad Emocional
TMMS12		.654		.418	Claridad Emocional
TMMS13		.524		.434	Claridad Emocional
TMMS14		.674		.509	Claridad Emocional
TMMS15		.536		.392	Claridad Emocional
TMMS16		.620		.489	Claridad Emocional

5. – Resultados.

Tabla 5.12. Continuación.

Ítem	F1	F2	F3	Com.	Propuesta original Fernández-Berrocal et al. (2004).
Factor 3- Reparación Emocional					
TMMS17			.737	.511	Reparación Emocional
TMMS18			.873	.721	Reparación Emocional
TMMS19			.693	.455	Reparación Emocional
TMMS20			.830	.633	Reparación Emocional
TMMS21			.482	.361	Reparación Emocional
TMMS22			.499	.359	Reparación Emocional
TMMS24			.448	.334	Reparación Emocional
Número de ítems	7	8	7		

Posteriormente, se efectuó un AFC para contrastar la validez de la escala mediante MVR para estimar el modelo. El modelo inicial derivado del AFE estaba integrado por 22 ítems no mostró un buen ajuste (ver tabla 5.13.). Después de la eliminación de tres ítems (TMMS5, TMMS6 y TMMS22) con cargas factoriales reducidas ($<.50$) y valores residuales estandarizados elevados ($<.20$), se obtuvo un modelo que presentaba un buen ajuste.

En la tabla 5.13, se pueden observar los principales indicadores de bondad de ajuste para determinar el adecuación de la escala. El modelo definitivo presenta un chi-cuadrado significativo ($S-B\chi^2 = 370.20$; $df = 149$; $p <.05$) y un valor del chi-cuadrado normado ($\chi^2/df = 3.58$) que indicaba un buen ajuste ya que muestra un valor inferior a cinco. El RMSEA mostró un valor de .057, que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable. Asimismo, el resto de índices indican un buen ajuste del modelo: el NNFI = .90; el CFI = .91; y el IFI=.91. Por último, la fiabilidad de la escala fue de .89.

Tabla 5.13. Índices de bondad de ajuste de la escala de TMMS24.

Modelo	S-B χ^2 (gl)	χ^2 (gl)	χ^2/ gl	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
22 ítems, 3 factores	702.77 (206)	995.66 (206)	4.83	.073 (.067-.079)	.83	.81	.84
19 ítems, 3 factores	370.20 (149)	533.11 (149)	3.58	.057 (.050-.065)	.91	.90	.91

La validez convergente parece adecuada ya que los ítems de las escalas están significativamente correlacionados con las variables latentes que se suponía que medían. En todos los casos los valores de t para las variables oscilaron desde 7.93 hasta 17.29 ($t > 1.96$) y fueron significativas a nivel de .05. No obstante, en la tabla 5.14.

podemos comprobar que las cargas de cada factor promedio son reducidas en algunos indicadores ($<.70$), destacando los ítems TMMS7 ($\lambda = .52$), TMMS8 ($\lambda = .56$), TMMS21 ($\lambda = .57$). y el TMMS24 ($\lambda = .56$).

Tabla 5.14. Resultados del análisis factorial confirmatorio con cargas factoriales, alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta y la varianza media extraída para la escala TMMS24.

Ítems	Carga Factorial	Alfa de Cronbach (IC)	FC	AVE
	Factor 1- Atención Emocional	.80 (.77-.83)	.80	.45
TMMS2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	.70		
TMMS3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	.83		
TMMS4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	.70		
TMMS7	A menudo pienso en mis sentimientos	.52		
TMMS8	Presto mucha atención a cómo me siento	.56		
	Factor 2- Claridad Emocional	.87 (.85-.89)	.87	.46
TMMS9	Tengo claros mis sentimientos	.61		
TMMS10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	.68		
TMMS11	Casi siempre sé cómo me siento	.74		
TMMS12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	.65		
TMMS13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	.64		
TMMS14	Siempre puedo decir cómo me siento	.73		
TMMS15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	.64		
TMMS16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	.71		
	Factor 3- Reparación Emocional	.85 (.82-.87)	.85	.49
TMMS17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	.70		
TMMS18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	.84		
TMMS19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	.69		
TMMS20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	.80		
TMMS21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	.57		
TMMS24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	.56		

Nota. FC=Fiabilidad Compuesta; AVE=Varianza media extraída; IC=Intervalo de Confianza alpha de Crombach.

5. – Resultados.

Para evaluar la validez discriminante comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 5.15. Asimismo, se comprobó que la raíz cuadrada del AVE era superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981), cumpliéndose dicho criterio para todas las dimensiones.

Los coeficientes de las diversas medidas de fiabilidad oscilaron, en el caso del alpha de Cronbach y de la FC, entre .80 y .87 (ver tabla 5.14), superando el valor mínimo recomendado (>.70). En cuanto a los indicadores de AVE, presentan valores cercanos al punto de corte (<.50) recomendado, ya que oscilaron entre .45 y .49. (Anexo V).

Tabla 5.15. Matriz de correlaciones interfactorial de la escala de TMMS24.

	F1	F2	F3
Factor 1- Atención Emocional	.67		
Factor 2- Claridad Emocional	.38**	.68	
Factor 3- Reparación Emocional	.24**	.53**	.70

Nota. ** las correlaciones son significativas ($p < .01$), en la diagonal se muestran los valores de la raíz cuadrada del AVE para cada factor.

5.2. Principales descriptivos de las variables objeto de estudio

Después del análisis de las propiedades psicométricas de las escalas, presentamos a continuación los principales resultados descriptivos derivados de las variables objeto de estudio.

En la tabla 5.16. se muestran la media y la desviación típica para cada dimensión de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24. Como podemos observar en la escala ACO las puntuaciones más elevadas corresponden a las dimensiones conativo ($\bar{X}=4.20$; $DT=.81$) y cognitivo ($\bar{X}=4.49$; $DT=.82$). Por el contrario, el factor afectivo muestra una puntuación reducida ($\bar{X}=1.60$; $DT=.89$) que indicaría una evidente tendencia al desacuerdo entre los entrevistados.

En cuanto a los factores de la escala EEEJ, la dimensión referida a la toma de perspectiva muestra la puntuación media más alta ($\bar{X}=4.52$; $DT=.57$), mientras que las

relacionadas con la atención compasiva ($\bar{X}=1.88$; $DT=.90$) y pensar como el paciente ($\bar{X}=2.05$; $DT=1.04$) presentan las medias más reducidas.

Por último, las dimensiones de la escala TMMS24 muestran valoraciones medias similares destacando la de claridad emocional ($\bar{X}=3.84$; $DT=.69$) y la de reparación emocional ($\bar{X}=3.82$; $DT=.77$), seguida de la de atención emocional ($\bar{X}=3.58$; $DT=.77$).

Tabla 5.16. Resultados descriptivos de las dimensiones de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24.

	N	\bar{x}	D.T.
ACO			
Factor 1 – Afectivo	404	1.60	.89
Factor 2 – Conativo	406	4.20	.81
Factor 3 – Cognitivo	417	4.49	.82
EEEJ			
Factor 1- Toma de Perspectiva	413	4.52	.57
Factor 2- Atención Compasiva	421	1.88	.90
Factor 3- Pensar como el paciente	423	2.05	1.04
TMMS24			
Factor 1- Atención Emocional	414	3.58	.77
Factor 2- Claridad Emocional	407	3.84	.69
Factor 3- Reparación Emocional	417	3.82	.77

Nota. \bar{X} =Media; DT =Desviación Típica.

5.3. Impacto de las características sociodemográficas en las variables objeto de estudio

En este punto se analiza la influencia de diversas variables en las variables objeto de estudios: nivel de formación, situación laboral, experiencia docente y realización de algún curso de formación. Para comprobar dicha influencia se utilizó la prueba T para muestras independientes y la prueba ANOVA de un factor, con la

5. – Resultados.

aplicación previa de la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas. Asimismo, se aplicó la prueba de contraste de Bonferroni o, en ausencia de varianzas iguales, la prueba de Tamhane, para determinar las diferencias entre categorías o subgrupos de las variables.

En la tabla 5.17. se muestran las diferencias de los factores de las escalas en función de la experiencia docente. Como podemos observar se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión cognitiva [$F(2,66.58)=3.48$; $p\leq.05$; $\eta^2=.14$] del cuestionario ACO; toma de perspectiva [$F(2,77.86)=7.42$; $p\leq.001$; $\eta^2=.13$], atención compasiva [$F(2,69.21)=4.62$; $p\leq.05$; $\eta^2=.13$] y pensar como el paciente [$F(2,313)=3.61$; $p\leq.05$; $\eta^2=.15$] del cuestionario EEEJ; y en las dimensiones de claridad emocional [$F(2,303)=4.53$; $p\leq.01$; $\eta^2=.17$] y reparación emocional [$F(2,312)=3.96$; $p\leq.05$; $\eta^2=.15$] del cuestionario TMMS24.

En el caso de la dimensión cognitivo de la escala ACO, las pruebas post hoc permitieron comprobar que las diferencias se detectaron entre el grupo con nunca había dado clases ($\bar{X}=4.36$; $DT=.89$) y el que las daba habitualmente ($\bar{X}=4.81$; $DT=.77$). En las dimensiones de EEEJ las diferencias se observaron, para los factores de toma de perspectiva y atención compasiva, entre los que nunca había dado clases y los que las daban habitualmente y entre estos últimos y los que las daban ocasionalmente. En el caso de la dimensión de pensar como el paciente sólo se detectaron diferencias entre los que habían dado clase ocasionalmente ($\bar{X}=3.88$; $DT=.78$) y los que habían dado habitualmente ($\bar{X}=4.12$; $DT=.55$). Para finalizar con las comparaciones por pares de esta variable, las diferencias en los factores de claridad emocional y reparación emocional se observaron entre el grupo con nunca había dado clases y el que las daba habitualmente.

Tabla 5.17. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según la experiencia docente.

Ítems	Nunca		Ocasional-mente		Habitual-mente		F	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
ACO									
Factor 1 – Afectivo	1.74	.96	1.61	.95	1.35	.70	2.68	.08	-
Factor 2 – Conativo	4.05	.85	4.19	.83	4.45	.77	2.68	.07	-
Factor 3 – Cognitivo	4.36	.89	4.45	.83	4.81	.77	3.48	.04*	.14

Tabla 5.17. Continuación.

Ítems	Nunca		Ocasional-mente		Habitual-mente		F	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
EEEJ									
Factor 1- Toma de Perspectiva	4.47	.63	4.45	.59	4.75	.31	7.42	.00***	.13
Factor 2- Atención Compasiva	1.96	.85	2.02	1.04	1.53	.68	4.62	.01**	.13
Factor 3- Pensar como el paciente	2.03	1.04	2.28	1.10	1.72	.90	3.61	.03*	.15
TMMS24									
Factor 1- Atención Emocional	3.48	.77	3.60	.75	3.57	.74	.91	.40	-
Factor 2- Claridad Emocional	3.68	.71	3.86	.68	4.07	.56	4.53	.01**	.17
Factor 3- Reparación Emocional	3.71	.74	3.88	.78	4.12	.55	3.96	.02*	.15

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; \bar{X} = Media; DT= Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, en la tabla 5.18 se muestran las diferencias de medias según el nivel formativo de los entrevistados. Tal y como podemos observar según esta variable sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la dimensión de atención compasiva [$t(356)=2.28$; $p \leq .05$] y claridad emocional [$t(350)=-2.58$; $p \leq .01$]. En el caso del factor de atención compasiva los graduados o diplomados puntuaban con una media ligeramente superior este factor ($\bar{X}=1.89$; $DT=.87$). Sin embargo, en el factor de claridad emocional la puntuación media fue más alta en el caso de los entrevistados con máster o doctorado ($\bar{X}=4.03$; $DT=.63$).

Tabla 5.18. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según el nivel formativo.

Ítems	Grado/ Diplomado (DT)		Máster/Doctorado (DT)		T	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
ACO							
Factor 1 – Afectivo	1.58	.89	1.51	.74	.59	.55	-
Factor 2 – Conativo	4.23	.80	4.36	.73	-1.24	.22	-
Factor 3 – Cognitivo	4.50	.83	4.66	.62	-1.89	.06	-

5. – Resultados.

Tabla 5.18. Continuación.

Ítems	Grado/ Diplomado (DT)		Máster/Doctorado (DT)		T	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
EEEJ							
Factor 1- Toma de Perspectiva	4.54	.54	4.52	.62	.26	.79	-
Factor 2- Atención Compasiva	1.89	.87	1.64	.80	2.28	.02*	.12
Factor 3- Pensar como el paciente	2.00	1.03	2.05	1.02	-.37	.71	-
TMMS24							
Factor 1- Atención Emocional	3.57	.76	3.68	.80	-1.11	.27	-
Factor 2- Claridad Emocional	3.80	.69	4.03	.63	-2.58	.01**	.14
Factor 3- Reparación Emocional	3.83	.73	3.86	.81	-.24	.81	-

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; \bar{X} = Media; DT= Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a las diferencias según la situación laboral, en la tabla 5.19. comprobamos que sólo el factor cognitivo de la escala ACO muestra diferencias estadísticamente significativas [$F(2,154.10)=3.37$; $p \leq .05$; $\eta^2=.13$] en las puntuaciones de los grupos. No obstante, la prueba post hoc de Tamhane no detectó diferencias en las comparaciones según los distintos grupos. Como se puede apreciar las diferencias para este factor son bastante reducidas, siendo el grupo con plaza fija el que muestra una puntuación más destacada ($\bar{X}=4.61$; DT=.69).

Tabla 5.19. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según la situación laboral.

Ítems	Temporal (DT)		Interinidad (DT)		Plaza fija (DT)		F	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
ACO									
Factor 1 – Afectivo	1.61	.86	1.62	.98	1.55	.84	.30	.74	-
Factor 2 – Conativo	4.10	.82	4.18	.88	4.29	.76	1.73	.18	-
Factor 3 – Cognitivo	4.40	.86	4.38	.98	4.61	.69	3.37	.04*	.13

Tabla 5.19. Continuación.

Ítems	Temporal (DT)		Interinidad (DT)		Plaza fija (DT)		F	p valor	Efecto	
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT				
EEEJ										
Factor 1- Toma de Perspectiva	4.54	.54	4.52	.60	4.52	.57	.04	.96	-	
Factor 2- Atención Compasiva	1.79	.84	1.92	.95	1.88	.88	.48	.62	-	
Factor 3- Pensar como el paciente	1.99	1.02	2.07	1.09	2.04	1.01	.13	.88	-	
TMMS24										
Factor 1- Atención Emocional	3.64	.77	3.46	.82	3.62	.74	1.86	.16	-	
Factor 2- Claridad Emocional	3.86	.55	3.81	.71	3.83	.72	.17	.85	-	
Factor 3- Reparación Emocional	3.80	.70	3.83	.84	3.80	.74	.07	.93	-	

Nota. . * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; \bar{X} = Media; DT= Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

Por último, en la tabla 5.20. se muestran las puntuaciones medias de las dimensiones de las tres escalas según la formación recibida con cursos específicos sobre cómo relacionarse con los pacientes y los familiares. En este caso se observaron diferencias estadísticamente significativas para el factor conativo [$F(2,139.94)=3.87$; $p \leq .05$; $\eta^2=.11$] y el de toma de perspectiva [$F(2,135.91)=3.50$; $p \leq .05$; $\eta^2=.08$]. Tanto para el factor conativo como para el de toma de perspectiva se observaron diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones medias del grupo que no había recibido ninguna formación y los que habían recibido bastante formación.

Tabla 5.20. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según la formación a través de cursos específicos.

Ítems	Ninguno (DT)		Poca formación (DT)		Bastante formación (DT)		F	p valor	Efecto	
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT				
ACO										
Factor 1 – Afectivo	1.61	.88	1.59	.89	1.42	.81	.84	.43	-	
Factor 2 – Conativo	4.15	.92	4.22	.69	4.45	.60	3.87	.02*	.11	
Factor 3 – Cognitivo	4.50	.83	4.45	.88	4.70	.57	2.85	.06	-	

5. – Resultados.

Tabla 5.20. Continuación.

Ítems	Ninguno (DT)		Poca formación (DT)		Bastante formación (DT)		F	p valor	Efecto	
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT				
EEEJ										
Factor 1- Toma de Perspectiva	4.47	.65	4.53	.48	4.69	.44	3.50	.03*	.08	
Factor 2- Atención Compasiva	1.82	.81	1.91	.93	1.78	.97	.59	.56	-	
Factor 3- Pensar como el paciente	1.96	1.03	2.14	1.03	1.74	.95	3.02	.05	-	
TMMS24										
Factor 1- Atención Emocional	3.56	.82	3.54	.72	3.79	.68	1.87	.15	-	
Factor 2- Claridad Emocional	3.76	.73	3.86	.68	3.98	.54	2.14	.12		
Factor 3- Reparación Emocional	3.75	.77	3.87	.78	3.97	.62	2.39	.10		

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; \bar{X} = Media; DT = Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

5.4. Análisis de las relaciones entre las variables

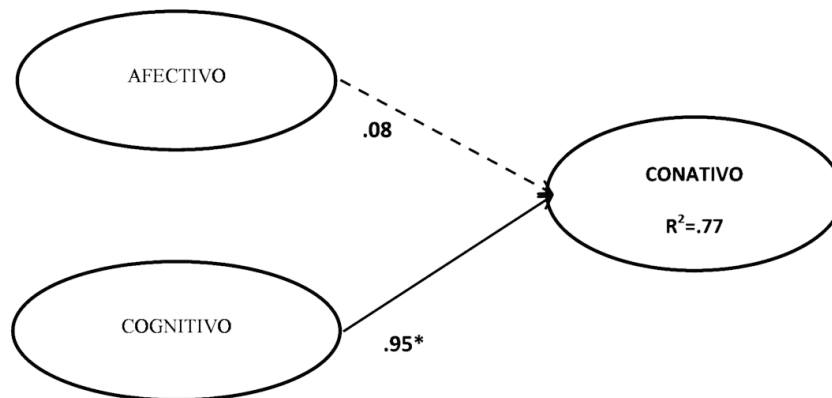
En este apartado comprobaremos las relaciones entre las diferentes variables objeto del estudio. En primer lugar comprobaremos las relaciones entre los tres componentes de la escala ACO, seguidamente analizaremos las relaciones y el sentido entre las variables objeto de estudio mediante correlaciones de Pearson entre las medias de las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS24 con las variables de edad, experiencia docente y experiencia asistencial. A continuación, comprobaremos las relaciones entre las variables de las escalas mediante diversos análisis de regresión lineal múltiple en las que las variables predictoras serán las dimensiones de EEEJ y TMMS y las variables dependientes o resultado serán las dimensiones de ACO.

5.4.1. Modelo de relaciones causales ACO

Para comprobar las relaciones entre las dimensiones de ACO se realizó un modelo de relaciones causales con el programa EQS 6.2. con el que contrastar las hipótesis planteadas en el capítulo 4. De este modo, en el modelo planteado las

puntuaciones medias de las dimensiones de afectivo y cognitivo eran las variables predictoras del factor conativo. Para la estimación del modelo se utilizó el método Robusto de Estimación de Máxima Verosimilitud (MLR) con la finalidad de corregir la ausencia de normalidad detectada por el coeficiente Mardia ($>.5$). Los resultados del modelo de relaciones causales mostraron un buen ajuste global del mismo: [(S-B $\chi^2=525.05$, gl=272, $p<.01$); ($\chi^2=1332.374$, gl=272); (χ^2 /gl=4.89); (RMSEA=.045; IC=.040-.051); NNFI=.90; CFI=.91; IFI=.91)]. En la figura V.1 se muestran los coeficientes estandarizados de cada una de las relaciones que han resultado ser predictores estadísticamente significativas de la variable conativo.

El modelo explicó un 77% ($R^2=.77$) de la varianza y se comprobó que sólo el factor de cognitivo muestra una relación estadísticamente significativa en sentido positivo ($\beta=.95$).



Nota. *Indica relación estadísticamente significativa $*=p\leq .05$; χ^2 /gl=4.89; RMSEA=.045 (IC=.040-.051); NNFI=.90; CFI=.91; IFI=.91.

Figura V.1. Modelo de relaciones causales entre las dimensiones de ACO.

5.4.2. Correlaciones entre variables ACO, EEEJ, TMMS24, edad, experiencia docente y experiencia asistencial

En este apartado se muestran los resultados referidos a las correlaciones realizadas entre las dimensiones de las escalas de EEEJ, TMMS24, ACO y las variables de edad y experiencia asistencial. Tal y como se ha realizado con el resto de análisis estadísticos, las correlaciones se han realizado con el modelo final obtenido de los AFC previos. Como podemos observar en la tabla 5.21., una correlación estadísticamente

5. – Resultados.

significativa ($p \leq .05$) entre todas las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS24, excepto entre la dimensión de afectivo y la de atención emocional ($r = -.07$; $p > .05$).

Las correlaciones entre pares de factores de cada escala por separado mostraron coeficientes más altos, destacando principalmente las relacionadas con las dimensiones de ACO considerados como buenos (oscilaron entre $-.64$ y $.77$). En el caso de la escala de EEEJ se pueden considerar moderados ya que oscilaron entre $-.29$ y $.44$, mientras que entre los pares de factores de la escala de TMMS24 se consideran bajos entre atención emocional y claridad emocional ($r = .38$) y reparación emocional ($r = .24$), mientras que fue moderada entre los factores de reparación emocional y claridad emocional ($r = .53$).

Por otro lado, se observó la existencia de un coeficiente reducido de correlación estadísticamente significativo entre la edad y la dimensión de conativo ($r = .14$). La experiencia asistencial no mostró correlaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables analizadas.

Tabla 5.21. Matriz de correlaciones entre las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS y las variables edad y experiencia asistencial.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad	1									
2. Experiencia asistencial	.71**	1								
3. Afectivo	-.09	.02	1							
4. Conativo	.14*	-.03	-.64**	1						
5. Cognitivo	.10	-.10	-.75**	.77**	1					
6. Toma de Perspectiva	-.02	-.04	-.38**	.46**	.42**	1				
7. Atención Compasiva	.11	.01	.31**	-.24**	-.29**	-.44**	1			
8. Pensar como el paciente	.06	.08	.20**	-.22**	-.19**	-.29**	.40**	1		
9. Atención Emocional	-.08	-.14	-.07	.13*	.10*	.23**	-.12*	-.06	1	
10. Claridad Emocional	-.01	-.03	-.24**	.34**	.27**	.33**	-.20**	-.16**	.38**	1
11. Reparación Emocional	.05	.17	-.13**	.33**	.20**	.36**	-.15**	-.16**	.24**	.53**

Nota. ** las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < .01$); * $p < .05$.

5.4.3. Regresión lineal múltiple

A continuación, se presentan los análisis de regresión lineal múltiple jerárquica con las dimensiones de ACO como variables criterio y las de EEEJ y TMMS24 como variables predictoras (ver tabla 5.22.). En un primer paso, se incluyeron todas las dimensiones del cuestionario EEEJ, y en el segundo paso, las variables de TMMS24. En el primer paso, solo la dimensión toma de perspectiva de EEEJ fue predictora significativa de las diferentes dimensiones de ACO. En este paso los factores de EEEJ predijeron un 18% de la varianza de afectivo ($F=23.96$), un 21% de cognitivo ($F=31.07$) y un 25% de conativo ($F=35.58$).

La inclusión en el segundo paso de las dimensiones de TMMS24 como predictoras no mejoró significativamente la explicación del modelo ya que el incremento en R^2 osciló entre .02 y .03. No obstante, la dimensión de claridad emocional mostró un coeficiente beta estadísticamente significativo para las tres dimensiones de ACO: $\beta=-.20$ para afectivo, $\beta=.17$ para cognitivo y $\beta=.16$ para conativo. En el caso de la dimensión de toma perspectiva los coeficientes fueron los siguientes: $\beta=-.34$ para afectivo; $\beta=.38$ para cognitivo y $\beta=.41$ para conativo.

Tabla 5.22. Análisis de regresión para las dimensiones de las escalas EEEJ y TMMS24 sobre las dimensiones de ACO (Afectivo, Cognitivo y Conativo).

Variable	Afectivo		Cognitivo		Conativo	
	ΔR^2	B	ΔR^2	β	ΔR^2	B
Paso 1	.18***		.21***		.25***	
Toma de Perspectiva		-.35***		.40***		.47***
Atención Compasiva		.09		-.10		.02
Pensar como el paciente		.06		-.02		-.11*
Paso 2	.03**		.02*		.03**	
Toma de Perspectiva		-.34***		.38***		.41***
Atención Compasiva		.08		-.09		.03
Pensar como el paciente		.05		-.02		-.10
Atención Emocional		.05		-.04		-.05
Claridad Emocional		-.20**		.17**		.16**
Reparación Emocional		.10		-.05		.08
Total R^2 corregida	.19***		.22***		.27***	

Nota. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Así pues la varianza total explicada fue del 19% para afectivo, 22% para cognitivo y 27% para conativo. En resumen sólo las dimensiones de toma de perspectiva de la escala EEEJ y la de claridad emocional de TMMS24 realizaron contribuciones a la predicción de los factores de la escala ACO.

5.5. Influencia del género

A continuación se analiza la posible influencia de la variable género según las variables objeto de estudio. Para lo cual primero se analizarán las diferencias en las variable objeto de estudio en función del sexo, seguidamente se analizaran las correlaciones entre las variable objeto de estudio para hombres y mujeres, y por último se analizaron los modelos de regresión en función del sexo. Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas se ha utilizado la prueba estadística t para muestras independientes con la aplicación previa de la prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianzas. Las correlaciones se analizarán mediante el coeficiente de Pearson y, por último, se comprobaran los coeficientes Beta de las variables predictoras sobre las dimensiones de ACO en la regresión línea múltiple jerárquica en función del género.

5.5.1. Comparativa para las variables ACO, EEEJ y TMMS24

En la tabla 5.23. se pueden observar las medias y desviaciones típicas (DT) para las dimensiones de ACO, EEEJ y TMMS24 según el género. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en el caso de las dimensiones de toma de perspectiva [$t(390) = 2.27$; $p = .01$] y atención compasiva [$t(147.82) = -2.10$; $p = .04$]. Las mujeres muestran una tendencia hacia al acuerdo ($\bar{X} = 4.57$; $DT = .50$) ligeramente más destacada que los hombres ($\bar{X} = 4.39$; $DT = .72$) en los aspectos relacionados con la toma de perspectiva. En el caso de la atención compasiva las mujeres presentan una tendencia hacia al desacuerdo ($\bar{X} = 1.82$; $DT = .86$) ligeramente más acusada que los hombres ($\bar{X} = 2.03$; $DT = .98$).

5. – Resultados.

Tabla 5.23. Ítems de las escalas de ACO, EEEJ y TMMS24 según el género.

Ítems	Mujer (DT)		Hombre (DT)		T	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
ACO							
Factor 1 – Afectivo	1.55	.87	1.65	.91	.92	.36	-
Factor 2 – Conativo	4.23	.82	4.21	.76	.21	.83	-
Factor 3 – Cognitivo	4.54	.80	4.40	.88	1.48	.14	-
EEEJ							
Factor 1- Toma de Perspectiva	4.57	.50	4.39	.72	2.27	.01**	.20
Factor 2- Atención Compasiva	1.82	.86	2.03	.98	-2.10	.04*	.10
Factor 3- Pensar como el paciente	1.99	1.03	2.18	1.02	-1.62	.11	-
TMMS24							
Factor 1- Atención Emocional	3.58	.77	3.57	.77	.16	.87	-
Factor 2- Claridad Emocional	3,83	,69	3,83	,69	-.06	.95	-
Factor 3- Reparación Emocional	3,81	,77	3,84	,76	-.26	.79	-

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; \bar{X} = Media; DT= Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 5.24. se muestran los promedios según el género de los ítems que integran cada una de las dimensiones de la escala original de TMMS-24. Como podemos observar no existen diferencias estadísticamente significativas según el género en ninguna de las dimensiones de la escala

Tabla 5.24. Promedio de los ítems de las dimensiones de escala original TMMS-24 según el género.

Ítems	Mujer (DT)		Hombre (DT)		T	p valor	Efecto
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT			
TMMS24							
Atención Emocional (8 ítems)	27.60	5.55	27.38	5.47	.33	.74	-
Claridad Emocional (8 ítems)	30.60	5.50	30.65	5.52	-.06	.95	-
Reparación Emocional (8 ítems)	31.40	5.45	31.48	5.69	-.13	.90	-

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; \bar{X} = Media; DT= Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

En la figura V.2. podemos observar la distribución porcentual de la muestra de enfermeras según su puntuación promedio teniendo en cuenta el baremo de cada una de las dimensiones del TMMS-24 original. Como podemos observar la mayor parte de las mujeres se encuentran en el rango intermedio de la baremación para las tres dimensiones: el 65.20% entre 25 y 35 para la atención emocional; el 66.67% entre 24 y 34 para la claridad emocional; y 63.04% entre 24 y 34 para la reparación emocional. Esto indicaría una adecuada atención, claridad y reparación emocional.

Distribución de las enfermeras según el baremo del TMMS-24

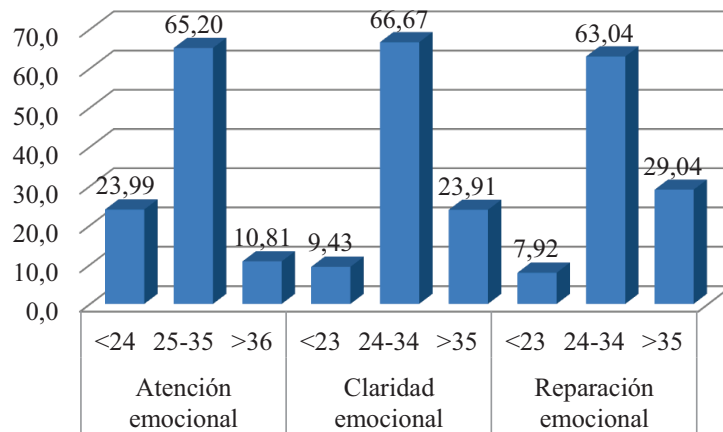


Figura V.2. Distribución porcentual de la muestra de enfermeras según la puntuación promedio en cada una de las dimensiones del TMMS-24.

Del mismo modo, en la figura V.3. se muestra la distribución porcentual de la muestra de enfermeros según su puntuación promedio teniendo en cuenta el baremo de cada una de las dimensiones del TMMS-24 original. En el caso de los hombres, observamos que la mayoría se encuentran también en el rango intermedio del baremo establecido para este colectivo para cada una de las dimensiones del TMMS-24: el 70.21% entre 22 y 32 para la atención emocional; el 64.52% entre 26 y 35 para la claridad emocional; y 64.21% entre 24 y 35 para la reparación emocional. Esto indicaría una adecuada atención, claridad y reparación emocional.

Distribución de los enfermeros según el baremo del TMMS-24

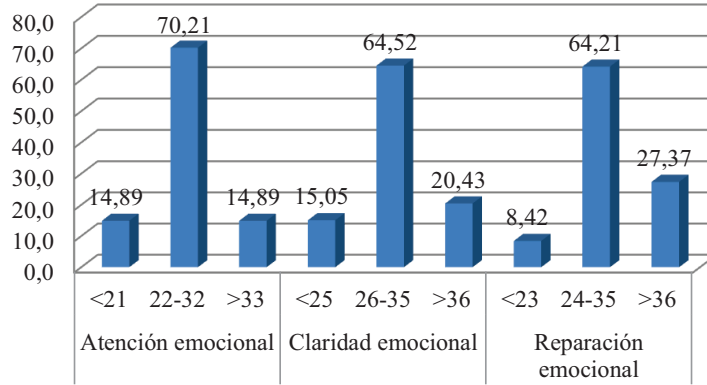


Figura V.3. Distribución porcentual de la muestra de enfermeros según la puntuación promedio en cada una de las dimensiones del TMMS-24.

5.5.2. Correlaciones entre ACO, EEEJ y TMMS24

En este apartado se muestran los resultados de las correlaciones según el género entre los factores que integran cada uno de los cuestionarios analizados. En la tabla 5.25. podemos observar que tanto en los hombres como en las mujeres existe una correlación estadísticamente significativa entre la mayoría de dimensiones de las tres escalas. Para los dos grupos, las correlaciones más altas se observaron entre las dimensiones de cada escala por separado. En este sentido, destacan las correlaciones entre pares de factores de la escala ACO, tanto para hombres ($r=-.70$ entre afectivo y conativo; $r=-.79$ entre afectivo y cognitivo; y $r=.81$ entre cognitivo y conativo) como para las mujeres ($r=-.63$ entre afectivo y conativo; $r=-.73$ entre afectivo y cognitivo; y $r=.77$ entre cognitivo y conativo). Como se puede observar, en el caso de los hombres los coeficientes fueron más elevados que para las mujeres en la mayoría de correlaciones. En cualquier caso, los valores de la mayoría de las correlaciones entre pares de factores de la escala ACO para los dos grupos pueden considerarse como buenos ya que presentan valores entre .60 y .80.

Por otro lado, en el grupo de las mujeres no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de la escala ACO y la de atención emocional de la escala TMMS24. Sin embargo, en los hombres no se detectaron

correlaciones significativas entre las dimensiones de afectivo y cognitivo con reparación emocional; y tampoco entre la variable conativo y la de atención emocional.

En cuanto a la edad, en las mujeres, esta correlacionada significativamente y en sentido positivo con las variables conativo ($r=.19$), cognitivo ($r=.19$) y atención compasiva ($r=.14$). No obstante, los valores de las correlaciones son bajos ya que son inferiores a $.20$. En cambio para la muestra de los hombres no se observó ninguna correlación estadísticamente significativa entre la edad y las variables objeto de estudio.

5. – Resultados.

Tabla 5.25. Matriz de correlaciones según el género entre las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS24 y la variable edad.

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
1.																			
2.	-0.06																		
3.	0.02	.19**																	
4.	-0.06	.19**			.81**														
5.	0.06	.00			.63**	.43**			.52**										
6.	0.06	.14*			.59**	.28*			.63**	.19**									
7.	-0.01	.06			.32**	.17**			.29**	.22**									
8.	0.03	-.12			-.22*	-.02			.21*	.06									
9.	0.05	-.02			-.25**	-.25**			.32**	.35**									
10	0.2	.00			-.05	-.17**			.23*	.37**									
									.00	.26**									
									.30**	.41**									
									.30**	.30**									
									.29**	.23**									
									.28**	.28**									
									.36**	.41**									
									.14*	.14*									
									.29**	.30**									
									.30**	.37**									
									.30**	.30**									
									.17**	.17**									
									.30**	.41**									
									.26*	.26*									
									.21**	.21**									
									.36**	.36**									
									.26*	.26*									
									.14*	.14*									
									.22*	.22*									
									.36**	.36**									
									.21**	.21**									
									.41**	.41**									
									.36**	.36**									
									.26*	.26*									
									.14*	.14*									
									.30**	.30**									
									.41**	.41**									
									.26*	.26*									
									.21**	.21**									
									.36**	.36**									
									.57**	.57**									

Nota. 1=Edad; 2=Afectivo; 3=Conativo; 4=Cognitivo; 5=Toma de perspectiva; 6=Atención compasiva; 7=Pensar como el paciente; 8=Atención emocional; 9=Claridad emocional; 10=Reparación emocional; H=Hombre; M=Mujer; ** las correlaciones son estadísticamente significativas (p<.01); * p<.05.

5.5.3. Regresión lineal múltiple

Para finalizar con el capítulo de resultados se presentan los análisis de regresión lineal múltiple jerárquica en función del sexo con las dimensiones de ACO como variables criterio y las de EEEJ y TMMS24 como variables predictoras (ver tabla 5.26). Siguiendo el mismo procedimiento realizado en la regresión con toda la muestra, en el primer paso, se incluyeron todas las dimensiones del cuestionario EEEJ, y en el segundo paso, las variables de TMMS24. Así pues, en el caso de las mujeres comprobamos que en el primer paso la dimensión toma de perspectiva de EEEJ fue predictora significativa de las diferentes dimensiones de ACO, mientras que la de pensar como el paciente también fue predictora para el factor de conativo. En el caso de la muestra de hombres la única dimensión predictora fue la de atención compasiva sobre todos los factores de la escala ACO.

En este paso los factores de EEEJ predijeron un 10% de la varianza de afectivo ($F=5.33$), un 16% de cognitivo ($F=16.57$) y un 22% de conativo ($F=23.03$), en la muestra de mujeres; mientras que en la muestra de hombres predijeron un 36% de la varianza de afectivo ($F=20.65$), un 31% de cognitivo ($F=17.23$) y un 45% de conativo ($F=30.58$).

Del mismo modo que en el caso de la regresión para la muestra general, la inclusión en el segundo paso de las dimensiones de TMMS24 como predictoras no mejoró significativamente la explicación del modelo ya que el incremento en R^2 osciló entre .01 y .09 en el caso de los hombres y entre .02 y .05 para las mujeres. En este paso se observó que la dimensión de claridad emocional mostró un coeficiente beta estadísticamente significativo para dos de las dimensiones de ACO en el caso de las mujeres: $\beta=-.26$ para afectivo y $\beta=.14$ para conativo. En el caso de la dimensión de toma perspectiva los coeficientes en las mujeres fueron los siguientes: $\beta=-.16$ para afectivo; $\beta=.36$ para cognitivo y $\beta=.37$ para conativo. También, mostró una relación significativa con la dimensión de conativo el factor de pensar como el paciente ($\beta=-.12$).

En el caso de los hombres, la dimensión de reparación emocional mostró un coeficiente beta estadísticamente significativo sobre la dimensión de afectivo ($\beta=.23$) y cognitivo ($\beta=-.29$). Asimismo, los coeficientes en este segundo paso para la dimensión de atención compasiva fueron los siguientes: $\beta=-.59$ para afectivo; $\beta=.50$ para cognitivo y $\beta=.62$ para conativo. En cuanto a la varianza total explicada, en el caso de las mujeres

5. – Resultados.

fue del 13% para afectivo, 16% para cognitivo y 23% para conativo, mientras que para los hombres fue de 36%, 36% y 42%.

Así pues, para las mujeres, las dimensiones de toma de perspectiva de la escala EEEJ y la de claridad emocional de TMMS24 realizaron contribuciones a la predicción de los factores de la escala ACO. Dichas contribuciones se observaron en sentido positivo sobre los factores de conativo y cognitivo y en sentido negativo sobre afectivo tanto para las variables de toma de perspectiva y claridad emocional. También, contribuyó a la predicción la variable pensar como el paciente en sentido negativo sobre el factor de conativo.

En el caso de los hombres, las variables que contribuyeron a la predicción de los factores de ACO fueron las referidas a la atención compasiva en sentido negativo sobre afectivo y en sentido positivo sobre conativo y cognitivo. También la variable de reparación emocional contribuyó a explicar el modelo en sentido negativo sobre cognitivo y en sentido positivo sobre afectivo.

Tabla 5.26. Análisis de regresión según el género para las dimensiones de las escalas EEEJ y TMM524 sobre las dimensiones de ACO (Afectivo, Cognitivo y Conativo).

Variable	Afectivo						Cognitivo						Conativo					
	ΔR^2		B		ΔR^2		B		ΔR^2		B		ΔR^2		B			
Predictores	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Paso 1	.36	.10			.31	.16			.45	.22								
Toma de Perspectiva			-	-.22***			-	.40***							-	.44***		
Atención Compasiva			-.56***	.11			.49***	.00							.64***	.07		
Pensar como el paciente			.10	.07			-.14	-.01							-.07	-.14*		
Paso 2	.04	.05			.09	.02			.01	.03								
Toma de Perspectiva			-	-.16*			-	.36***							-	.37***		
Atención Compasiva			-.59***	.10			.50***	.00							.62***	.08		
Pensar como el paciente			.12	.05			-.18	.00							-.06	-.12*		
Atención Emocional			-.05	.07			.04	-.06							-.04	-.04		
Claridad Emocional			-.09	-.26***			.20	.12							.14	.14*		
Reparación Emocional			.23*	.03			-.29**	.03							-.04	.10		
Total R ² corregida	.36	.13			.36	.16			.42	.23								

Nota. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; - = el análisis de regresión no incluye esta variable

CAPÍTULO VI.
DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los últimos años la comunicación con el paciente constituye uno de los aspectos que cada vez va cobrando mayor importancia (Freimuth et al., 2006). Es un hecho que la comunicación se considera fundamental para que el paciente alcance mejores resultados de salud (Davies et al., 2008; Thorne et al., 2013; Van Os et al., 2005), y para proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad (Posma et al., 2009). Tanto es así que, la Estrategia de Cronicidad del año 2012, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en España, (Ferrer, Orozco, & Roman, 2012) establece como hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad, “**Mejorar la comunicación** con las personas, **personalizar el trato** y **humanizar los cuidados**”. Para ello, las enfermeras tal y como se define en dicha Estrategia de Cronicidad 2012, tienen un papel incuestionable en el **apoyo a los autocuidados**, y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de las personas, sobre todo por su perfil clínico y de educadoras con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y de los cuidadores. Así pues, gran parte de dicha competencia profesional, se realizará por medio de una comunicación eficaz y empática con el paciente (Sørensen, 2009).

La comunicación enfermera-paciente en definitiva es una comunicación interpersonal que al igual que sucede con gran parte de los comportamientos humanos, puede verse influenciada por una gran cantidad de variables internas y externas. De entre todas las variables que pueden incidir destacamos variables internas como: los conocimientos y actitudes de las propias enfermeras (Mellor et al., 2007; Mullan & Kothe, 2010), la inteligencia emocional y la empatía de los profesionales (McQueen, 2004). Dichas variables pueden actuar como barreras y/o como facilitadoras, promoviendo o dificultando una comunicación eficaz con el paciente (Kooker et al., 2007).

Desde esta perspectiva la presente investigación resulta especialmente interesante por dos motivos fundamentales. En primer lugar porque en el contexto enfermero la investigación sobre comunicación es limitada (Ugarte, 2008). En segundo

lugar porque pretende conocer la actitud de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar, sus niveles de inteligencia emocional y empatía así como analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación, entendiendo que la propia comunicación posee una gran repercusión sobre los resultados del paciente (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Peyravi, 2014), su satisfacción (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000) y sobre calidad del cuidado (Adams, & Iseler, 2014; Mercer & Reynolds, 2002).

Para ello tal y como se planteó anteriormente, se establecieron los siguientes objetivos y subobjetivos de investigación: (1) analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio, (2) determinar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar, (3) estudiar los niveles de inteligencia emocional en una muestra de enfermeras, (4) examinar los niveles de empatía en una muestra de enfermeras, (5) analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar en las enfermeras y por último, (6) examinar el rol del sexo en la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional, y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar de las enfermeras.

En lo que refiere al primer objetivo propuesto, en el que se pretendía analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio, fue necesario contar con instrumentos adecuados para la evaluación de la empatía de las enfermeras en el entorno asistencial, y en el contexto español (EEEJ). Además de disponer de un instrumento de medición de las actitudes hacia la comunicación de las enfermeras. Dada la inexistencia de un instrumento para medir las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar, se diseñó un instrumento siguiendo las recomendaciones de la International Test Commission (ITC, 2001). Para ello, se recurrió primero a un panel de 10 expertos, luego a una prueba piloto de 105 profesionales y por último se analizaron las propiedades psicométricas de los 62 ítems en una muestra de 414 enfermeras. La versión resultante fue un instrumento de 25 ítems distribuidos en tres dimensiones: cognitivo (4 ítems), afectivo (12 ítems) y conativo (9 ítems) que cumple con los indicadores de bondad de ajuste destacados por la literatura. El modelo de relaciones causales para las dimensiones de ACO mostró un buen ajuste, comprobando que sólo el factor cognitivo presentaba una relación estadísticamente significativa en sentido positivo con el componente conductual o conativo. La no

relación con la dimensión afectiva se puede explicar por ser una dimensión más influida por el fenómeno de deseabilidad social.

En cuanto al cuestionario (JSPE) versión S, dado que no estaba adaptado al contexto español, se realizó la traducción y adaptación (EEEJ) siguiendo los estándares de la ITC (Hambleton, 2005; Muñiz, & Hambleton, 2000).

Seguidamente se procedió a analizar las propiedades psicométricas tanto del EEEJ como del TMMS24. En el caso de las escalas EEEJ y TMMS24, los análisis factoriales exploratorios, confirmaron las soluciones factoriales de los estudios previos. En el caso de la escala de EEEJ se eliminaron cuatro ítems tras la aplicación de los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio. En la escala de TMMS24 se eliminaron cinco ítems de la propuesta original. De este modo, el modelo final para la escala EEEJ está integrado por 15 ítems distribuidos en tres dimensiones: toma de perspectiva (9 ítems), atención compasiva (4 ítems) y pensar como el paciente (2 ítems). El modelo final para la escala TMMS24 está compuesto por 19 ítems distribuidos en tres dimensiones: atención emocional (5 ítems), claridad emocional (8 ítems) y reparación emocional (6 ítems).

En relación al segundo de los objetivos, en el que se pretendía determinar las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar. Se estableció como hipótesis que las enfermeras presentarían actitudes favorables hacia la comunicación con el paciente y/o familiar. Los datos obtenidos parecen confirmar la hipótesis planteada, ya que en la escala ACO las enfermeras muestran una puntuación media alta en todas las dimensiones, obteniéndose puntuaciones más elevadas en la dimensión cognitiva y conativa, y menores en el componente afectivo, el cual constituye una dimensión invertida al preguntar sobre el estrés que produce la comunicación. Los ítems de la dimensión cognitiva hacen referencia a aspectos relacionados con la importancia para las enfermeras de: la orientación del paciente y/o familiar en la unidad, la información que puede ayudar en la recuperación, la información sobre los cuidados al alta y por último a la colaboración con otros miembros del equipo sanitario. Las puntuaciones medias de esta dimensión fueron de (\bar{X} =4.49; DT=.82), con lo que podrían considerarse altas. Los ítems de la dimensión conativa se relacionan con lo que habitualmente realizan las enfermeras respecto al paciente y /o familiar sobre: comprobar la comprensión de la información al ingreso, fomentar preguntas al respecto, aspectos relacionados con la orientación en la unidad (horas de visita, rutinas), reforzar,

facilitar y clarificar la información al paciente para obtener el consentimiento informado, comprobar la comprensión de la información al alta y de su puesta en práctica, dejar tiempo para la realización de preguntas y cómo colaborar durante la realización del procedimiento. Las puntuaciones de esta dimensión son de (\bar{X} =4.20; DT=.81), por lo que también pueden considerarse altas (Likert 1 a 5). Por último, los ítems de la dimensión afectiva se relacionan con situaciones relacionadas con el ingreso, procedimiento y alta del paciente que generan ansiedad en las enfermeras. En esta dimensión, se muestra una puntuación baja (\bar{X} =1.60; DT=.89) por lo que indica que no se experimenta esta situación por parte de las enfermeras. Estos resultados nos indican que las enfermeras consideran que la comunicación con el paciente y/o familiar es importante, no les suele generar ansiedad y por lo general, se comunican con los pacientes. Es por ello, por lo que se puede destacar la importancia de estos resultados en cuanto al trabajo que día a día desarrollan las enfermeras y la ausencia de estudios previos, motivo por el que no podemos comparar estos resultados con otras investigaciones.

En cuanto al tercer objetivo, estudiar los niveles de inteligencia emocional en una muestra de enfermeras. Se planteó la hipótesis que establecía, para las enfermeras, unos niveles de inteligencia emocional adecuados. Los datos obtenidos parecen confirmar la hipótesis planteada. Los resultados de este estudio en lo referente a la inteligencia emocional medida mediante el TMMS24 versión española, muestran unos niveles medio altos, lo que permitirá confirmar la hipótesis de partida, destacando la dimensión claridad emocional (\bar{X} =3.84; DT=.69) y la de reparación emocional (\bar{X} =3.82; DT=.77), seguida de la de atención emocional (\bar{X} =3.58; DT=.77). Estos resultados sugieren que la dimensión atención emocional es la que presenta los menores niveles, aspecto a destacar ya que como se indica en estudios como el de Gohm, (2003) los niveles moderados de atención emocional, son indicativos de una mayor eficiencia emocional. Estos resultados están en la misma línea de otros estudios publicados que utilizaron el mismo instrumento, donde las enfermeras presentaban niveles adecuados en las tres dimensiones, percepción emocional, claridad y reparación (Limonero et al., 2004; Augusto Landa et al., 2006; Aradilla-Herrero et al., 2014). Los estudios referenciados utilizan muestras más reducidas.

En lo referente al cuarto objetivo de examinar los niveles de empatía de las enfermeras, se hipotetizó que las enfermeras presentarían unos niveles medios de

empatía. Los resultados de esta investigación indican que las enfermeras presentan niveles de orientación empática altos, lo que parece confirmar la hipótesis de partida. En cuanto a los factores de la escala (EEEJ), la dimensión referida a la toma de perspectiva muestra la puntuación media más alta (\bar{X} =4.52; DT=.57), mientras que las relacionadas con la atención compasiva (\bar{X} =1.88; DT=.90) y pensar como el paciente (\bar{X} =2.05; DT=1.04) presentan las medias más reducidas. En la interpretación de estos resultados se debe considerar que los ítems relacionados con la atención compasiva y pensar como el paciente, son ítems redactados negativamente que deben calificarse de forma invertida. El autor en la escala original pretendía evitar la tendencia a estar de acuerdo o no constantemente, es decir el estilo de respuesta de aquiescencia. La bibliografía destaca que existe una variación importante en los niveles de empatía de los profesionales de enfermería, algunos autores informan de altos niveles de empatía (Bailey, 1996; Watt-Watson et al., 2000), mientras que otros observan un bajo nivel de empatía (Daniels et al., 1988; Reid-Ponte, 1992). Algunos estudios realizados con el mismo instrumento con estudiantes de enfermería, muestran niveles medios (Ouzouni, & Nakakis, 2012) y otros ligeramente por debajo del rango adecuado (Ward et al., 2009; Yanik, & Saygili, 2014; Fields et al., 2011). Todo ello podría estar reflejando la necesidad de contar con una herramienta fiable y válida para medir la empatía en las enfermeras.

Una vez presentadas las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en este estudio y analizados los niveles de cada una de las variables objeto de estudio. En este momento parece adecuado abordar nuestro quinto objetivo de investigación, en el que se planteaba analizar la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional y las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar. La hipótesis planteaba (5.1) que la inteligencia emocional y la empatía se relacionarán positiva y significativamente con actitudes positivas hacia la comunicación de las enfermeras con el paciente y/o familiar. Se comprobó que existía una correlación estadísticamente significativa entre todas las dimensiones de las escalas ACO, EEEJ y TMMS24, excepto entre la dimensión afectiva y la de atención emocional, más sujetas a efectos de discapacidad social. La edad sólo mostró una correlación estadísticamente significativa en sentido positivo con la dimensión comportamental, aunque fue muy reducida. Lo que parece confirmar parcialmente la hipótesis planteada.

Seguidamente, con el objetivo de profundizar sobre el estudio del impacto de la IE y la empatía sobre ACO, se realizaron una serie de modelos de regresión lineal múltiple jerárquica. La hipótesis 5.2 establecía que la inteligencia emocional y la empatía influyen en las actitudes hacia la comunicación de las enfermeras con el paciente y/o familiar.

Los resultados de esta investigación parecen confirmar la hipótesis anterior ya que los modelos de regresión lineal múltiple jerárquica mostraron que las variables de toma de perspectiva de la escala EEEJ y la de claridad emocional de TMMS24 realizaron contribuciones a la predicción de los factores de la escala ACO. Los coeficientes beta permitieron comprobar que la relación se presentaba en sentido negativo para las dos dimensiones sobre la de afectivo, mientras que se producían en sentido positivo sobre conativo y cognitivo.

En este sentido, parece necesario destacar que en el instrumento de empatía EEEJ, la dimensión que describe el componente cognitivo de la empatía es la toma de perspectiva (Hojat, 2012) y en el cuestionario de IE (TMMS-24), los altos niveles de claridad y reparación emocional, disminuyen las reflexiones y pensamientos intrusivos (Ramos, Fernandez-Berrocal & Extremera, 2007). Por este motivo, altos niveles de empatía e IE, pueden predecir actitudes favorables hacia la comunicación en todas sus dimensiones, afectivas, cognitivas y conductuales.

Es por ello, por lo que parece lógico pensar que en la medida en la que las enfermeras son capaces de considerar la perspectiva del paciente EEEJ y tienen una mayor claridad emocional (TMMS24), les supone una menor dificultad o estrés comunicarse con los pacientes (componente afectivo del ACO), le dan mayor importancia a la comunicación con el paciente (dimensión cognitiva) y tienen una mayor tendencia a comunicarse con los pacientes (dimensión conativa).

Estos resultados confirman la hipótesis planteada y se encuentra en línea con la literatura, en la que se indica que la IE influye notablemente en la capacidad de empatizar y comunicarse de manera efectiva, (Freshwater & Stickle, 2004; Agarwal et al., 2010). Las enfermeras deben mostrar competencias de IE y empatía (McQueen, 2004; Mercer, & Reynolds, 2002). La inteligencia emocional se relaciona con las habilidades comunicativas (Cherry, Fletcher, & O'Sullivan, 2013), y una alta inteligencia emocional, con niveles altos de empatía (McQueen, 2004). La IE y la

empatía son competencias que facilitan la comunicación incluso en momentos de estrés (Arond-Thomas, 2004).

A continuación se procedió a analizar la relación que ciertas variables sociodemográficas podían tener con las variables objeto de estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la experiencia docente de los entrevistados, destacando las diferencias en las valoraciones de las dimensiones de EEEJ, de claridad emocional y reparación emocional de la escala TMMS-24. En cambio, las variables referidas a la situación laboral, nivel formativo y realización de cursos de formación específicos, no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los indicadores objeto de estudio.

En el último de los objetivos, se planteaba examinar el rol del sexo en la relación existente entre la empatía, la inteligencia emocional y las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar de las enfermeras. Se delimitaron varias hipótesis, la primera hipótesis (6.1.1.), planteaba que las enfermeras mostrarían mayores niveles de inteligencia emocional que los enfermeros y la segunda (6.1.2), que las enfermeras presentarían mayores niveles de empatía respecto a los enfermeros. Los resultados no confirman la primera de las hipótesis (6.1.1.), ya que no se observan diferencias significativas en las respuestas de hombres y mujeres, respecto a las tres dimensiones de la escala. Futuras investigaciones deberían ahondar sobre estos datos, debido a que en la literatura se encuentra estudios (Fernandez-Berrocal et al., 2004; van Dusseldorp et al., 2011; Thayer, Rossy, Ruiz-Padial, & Johnsen, 2003) que comprueban que existen diferencias en la IE entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes mostraban una mayor atención y focalización hacia sus sentimientos. Uno de los motivos por los que podría explicarse es por una mayor proporción de mujeres que de hombres en la muestra, aspecto bastante habitual en el contexto enfermero (Chan, Creedy, Chua, & Lim, 2011).

Respecto a la segunda hipótesis los resultados la confirman parcialmente puesto que la influencia del género sólo mostró diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de toma de perspectiva y pensar como el paciente. Las mujeres valoran, con una media ligeramente superior, los aspectos referidos a la toma de perspectiva, aunque los dos grupos se muestran de acuerdo. En el caso de pensar como el paciente los dos colectivos se muestran en desacuerdo con estos aspectos, aunque son las

mujeres las que valoran, con una media ligeramente inferior, esta variable. La literatura refiere al respecto, diferencias ligeramente superiores en mujeres (Fields et al., 2011).

En relación al último de los subobjetivos (6.2) en el que se pretendía estudiar el efecto del sexo en las relaciones entre las variables objeto de estudio. Para ello, se procedió en primer lugar a analizar las correlaciones entre hombres y mujeres y seguidamente las diferencias en los modelos de regresión jerárquica.

En el grupo de las mujeres existe una correlación estadísticamente significativa entre la mayoría de las dimensiones de las escalas analizadas, excepto entre las comportamentales de la escala ACO y la de atención emocional de la escala TMMS24. En la muestra de hombres, también se comprobó que todas las variables estaban correlacionadas significativamente, excepto entre las dimensiones afectivo y cognitivo con reparación emocional. Tampoco se detectaron entre la variable comportamental conativo y la de atención emocional. Estos resultados sugieren, en el caso de las mujeres, que no existe relación entre la atención emocional y las actividades en torno a la comunicación que desarrollan diariamente. Una posible explicación podría ser, tal y como afirma el profesor Barón- Cohen (2005), que las mujeres en general son más emocionales y por lo tanto, esta diferencia se considera algo innato que no influye en las actividades sobre comunicación con el paciente. En el caso de los hombres, no se relaciona la importancia que le dan a la comunicación y los sentimientos que les genera con la reparación emocional (capacidad de regular las emociones). Estos resultados nos podrían indicar que los hombres, en general, son más sistemáticos prestando menor atención a sus emociones y gestionándolas de una manera más racional (Barón- Cohen, 2005), por lo que la actitud que tienen en torno a la comunicación con el paciente, en sus tres dimensiones, no se ve afectada.

Además, se observó una correlación estadísticamente significativa en sentido positivo entre la edad y las variables conativo, cognitivo y atención compasiva en el caso de las mujeres pero no en el caso de los hombres.

Por último, considerando los modelos predictivos de ACO en base a EEEJ y TMMS24, se comprobó que, en las mujeres, las dimensiones de toma de perspectiva y pensar como el paciente (esta sólo sobre conativo) de la escala de EEEJ y la de claridad emocional de TMMS24, realizaron contribuciones a la predicción de los factores de la escala ACO, mientras que, en los hombres, fueron las referidas a la atención compasiva

y reparación emocional. En este sentido, en el caso de las mujeres, podríamos afirmar que la toma de perspectiva se refiere a la dimensión cognitiva de la empatía y la claridad emocional, a la habilidad de comprensión de los sentimientos, por lo que en la medida en la que la dimensión cognitiva de la empatía e IE aumenta, es más fácil tener una actitud más favorable hacia la comunicación con el paciente. En los hombres, la capacidad de regular la emociones adecuadamente y prestar menor atención a las emociones, puede indicar una actitud más favorable hacia la comunicación con el paciente. Una vez más las diferencias generales en los hombres y mujeres respecto a las emociones (Baron- Cohen, 2005), podría explicar estas diferencias. Además de las diferencias atribuidas a características extrínsecas de socialización y a características intrínsecas de roles sexuales aprendidos (Eagly, 1995).

A modo de conclusión de los resultados, se considera importante destacar la relevancia del presente estudio para la disciplina enfermera. Dado que se ha elaborado un instrumento de medición de actitudes hacia la comunicación con el paciente, con propiedades psicométricas adecuadas mediante metodologías complejas. Este instrumento, nos permite afirmar que la actitud que muestran las enfermeras de nuestra muestra hacia la comunicación con el paciente es favorable. Además, se ha aportado evidencia empírica sobre la fiabilidad y validez de otros dos instrumentos para la medición de la IE y de la empatía en una muestra considerable (atendiendo a los tamaños muestrales de otros estudios) de enfermeras de hospitales de la provincia de Valencia. Estos hallazgos confieren un carácter innovador a la investigación y se consideran importantes por su repercusión sobre los resultados de salud del paciente (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Peyravi, 2014), satisfacción con la atención (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000) y calidad de los cuidados prestados (Posma, van Weert, Jansen, & Bensing, 2009).

6.1. Limitaciones y futuras líneas de trabajo

Tras la discusión de los resultados, se analizan las limitaciones y futuras líneas de trabajo de esta investigación.

Una de las limitaciones que comparten muchos estudios y este no es una excepción, hace referencia a la muestra. Los procedimientos de muestreo habitualmente no son probabilísticos y generalmente no son representativas del conjunto de las enfermeras, por lo que se hace difícil poder generalizar los resultados encontrados. Se sugiere en el futuro realizar un muestreo probabilístico estratificado. No obstante, el tamaño de la muestra es superior a muchos de los estudios desarrollados en el área, por lo que representa una primera aproximación muy útil para el estudio del fenómeno.

Otra limitación, hace referencia al uso de autoinformes para la recogida de datos, constituyen una herramienta habitual en la investigación, pero puede introducir sesgos por el fenómeno de deseabilidad social, (Edwards, 1957), por lo que sería recomendable poder recurrir a otro tipo de instrumentos de heterocumplimentación y/o de medidas objetivas externas.

Tras la descripción de las limitaciones, surgen nuevas líneas de trabajo futuro, dirigidas a aumentar el tamaño de la muestra y a mejorar el procedimiento de muestreo. Además, para contribuir al desarrollo de la disciplina enfermera, tanto en el plano académico como profesional, se plantea:

- Analizar el impacto que tienen las variables estudiadas sobre la propia calidad de los cuidados (nº de reingresos hospitalarios, días de estancia hospitalaria,..) y su impacto económico.
- Describir el impacto que tienen las variables estudiadas sobre la satisfacción del paciente.
- Plantear una estrategia de intervención, de acuerdo a los resultados, sobre las variables estudiadas en el plano asistencial.
- Profundizar en las diferencias de género de estas variables, ya que tendría implicaciones para formación de los futuros profesionales.
- Analizar el impacto que tienen las variables estudiadas sobre los estudiantes de enfermería.

- Plantear una estrategia de intervención de acuerdo al análisis de los resultados de las variables estudiadas en el plano académico.

6.2. Aportaciones del estudio

De acuerdo con todo lo expuesto hasta el momento, parece que la actual investigación ha cumplido con todos los objetivos propuestos, por lo que se considera relevante destacar las aportaciones para la disciplina enfermera tanto desde el plano académico como desde el plano profesional.

En primer lugar, en este estudio se ha desarrollado una herramienta nueva, con propiedades psicométricas adecuadas que permite conocer la actitud de las enfermeras hacia la comunicación con el paciente y/o familiar (ACO). Así como, la traducción y adaptación de un instrumento para medir los niveles de empatía de las enfermeras (EEEJ). Esta información se considera importante para incluir en los programas de formación de desarrollo de habilidades empáticas, además de permitir el estudio de las relaciones de esta variable con otras variables importantes para las enfermeras. En esta misma línea se han determinado las propiedades psicométricas del TMMS-24 en el plano enfermero mediante metodologías de trabajo complejas. Esta información es relevante para incluir en los programas de formación para el desarrollo de habilidades de inteligencia emocional, así como para estudiar relaciones entre ésta y otras variables importantes en enfermería.

Por otro lado, se han estudiado los niveles de empatía, inteligencia emocional y actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o familiar de las enfermeras. Todas ellas variables de gran importancia, en el contexto enfermero, por sus repercusiones sobre las enfermeras, trabajo en equipo (Hojat, Bianco, Mann, Massello, & Calabrese, 2015), burn out, estrés, salud mental, liderazgo (Parks, 2015; Gentry, Weber, & Sadri, 2007) y sobre los propios pacientes, la adherencia al tratamiento (DiMatteo et al., 1993; Dimatteo et al., 2002), un diagnóstico más preciso (Neumann et al., 2009), mayor satisfacción de los pacientes (Zachariae et al., 2003) y una disminución de los errores, (Ward et al., 2009). Es importante destacar que a pesar que son variables que pueden mejorarse a través del aprendizaje y práctica (Buyuk, Rizalar, Güdek, & Güney, 2015; Wilkinson & Aldridge, 1998) la bibliografía refleja que las enfermeras no han recibido formación. Por último, se demuestra cómo las actitudes de las enfermeras hacia la

6. – Discusión y conclusiones.

comunicación con el paciente y/o familiar son favorables, y se realizan diariamente actividades de comunicación al ingreso, realización de un procedimiento y alta del paciente.

Así mismo, se han estudiado las relaciones entre las variables objeto de estudio, así como la influencia del sexo en dichas relaciones. En este punto, parece relevante destacar, que no existen estudios previos que desarrollen estas relaciones.

En el plano teórico o académico, se plantea la reflexión de una necesidad de formar a los estudiantes en habilidades de inteligencia emocional, empatía y actitudes favorables hacia la comunicación con el paciente y/o familiar. La bibliografía refleja carencias formativas y hay estudios como el de Smith et al. (2009) reportan que la IE y la empatía incrementan la calidad del aprendizaje de los estudiantes y es efectiva para la toma de decisiones, pensamiento crítico y gestión del conocimiento (Cerit, & Beser, 2014; McMillan & Shannon, 2011). En este caso, la simulación clínica, se muestra como una de las estrategias educativas más adecuadas para mejorar estas habilidades (Tschannen et al., 2011). Además, no debemos obviar que la formación en estas habilidades, redundará en enfermeras mejor formadas (Rchaidia, Dierckx de Casterlé, De Blaeser, & Gastmans, 2009) y con mayores habilidades de liderazgo (Crosby, & Shields, 2010).

En general los resultados obtenidos permitirán el desarrollo de estrategias y programas formativos que faciliten el trabajo y los resultados enfermeros, al mejorar la comunicación con el paciente.

A modo de conclusión, podemos afirmar que tanto el mundo académico como el asistencial, actualmente se enfrentan a retos importantes entorno a este tema. En primer lugar, el sistema educativo necesita familiarizarse con el concepto de educación interprofesional (equipo de entrenamiento y simulación centrado en la comunicación interprofesional, que permite a las enfermeras y médicos trabajar juntos) y garantizar que se convierte en una parte del plan de estudios del estudiante de enfermería. En segundo lugar, los hospitales necesitan iniciar un proceso para educar y entrenar a enfermeras en estas habilidades (Tschannen et al., 2011).

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acosta, F. J. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Adams, K. L., & Iseler, J. I. (2014). The relationship of bedside nurses' emotional intelligence with quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), 174-181.
- Agarwal, R., Sands, D. Z., Schneider J. D., & Smaltz, D. H. (2010). Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in US hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 55(4), 265-281.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior* McGraw-Hill Education (UK).
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-0979.2004.0328.x>
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1405-1416.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 363-382. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01087.x>
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitás-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63.
- Allport, G. W. (1935). *Attitudes*. A handbook of social psychology (pp.798-844). Worcester, MA, US: Clark.

Referencias bibliográficas.

- Altuntas, S., & Akyil, R. (2011). Relationship between emotional intelligence and leadership behavior of turkish male nursing students. *HealthMED*, 5(6), 2097-2104.
- American Association of Colleges of Nursing (2008). *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice*, Oct.20, 2008
<http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BaccEssentials08.pdf>
- Anderson, E. B. (2002). Patient-centeredness: A new approach. *Nephrology News & Issues*, 16(12), 80-82.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. doi: 10.1037/0033-2909.103.3.411
- Anthony, M. K., & Preuss, G. (2002). Models of care: The influence of nurse communication on patient safety. *Nursing Economics*, 20(5), 209-215.
- Apker, J., Propp, K. M., Ford, W. S. Z., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2012). Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega*, 66(1), 39-55.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014). Perceived emotional intelligence in nursing: Psychometric properties of the trait Meta-Mood scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 955-966. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12259>
- Aring, C. D. (1958). Sympathy and empathy. *Journal of the American Medical Association*, 167(4), 448-452.
- Arocena, F. A. L. (2005). Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 10(1), 117-126.
- Arond-Thomas, M. (2004). Understanding emotional intelligence can help alter problem behavior. *Physician Executive*, 30(5), 36-39.
- Augusto Landa, J. M., Berrios-Martos, M. P., López-Zafra, E., & Aguilar Luzón, M. C. (2006). Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 479-493.

- Augusto Landa, J. M., Lopez-Zafra, E., Berrios Martos, M., & Aguilar-Luzon, M. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 888-901. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005>
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3364-3372. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x>
- Bailey, S. (1996). Levels of empathy of critical care nurses. *Australian Critical Care*, 9(4), 121-127.
- Balandin, S., Hemsley, B., Sigafos, J., Green, V., Forbes, R., Taylor, C., & Parmenter, T. (2001). Communicating with nurses: The experiences of 10 individuals with an acquired severe communication impairment. *Brain Impairment*, 2(02), 109-118.
- Baron, R. M. (2006). The bar-on model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25.
- Baron, R. & Byrne, D. (2002). *Psicología social* (8a ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Baron-Cohen, S. (2005). *La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres* (pp. 15-24). Barcelona: Editorial AMAT.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91-100. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.28.2.91>.
- Bauer, J., Blanchard, T., & January, T. (2010). In my flesh I see god: A neurobiological perspective on being human. *Tikkun*, 25(1), 43-45.
- Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R., & Griffin, M. T. Q. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*, 31(4), 396-401.
- Bechara, A. (2004). The role of emotion in decision-making: Evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain and Cognition*, 55(1), 30-40.
- Becker, F. (2007). Nursing unit design and communication patterns: What is "real" work? *HERD : Health Environments Research & Design Journal*, 1(1), 58-62.
- Beltran, L. R. (2011). *Comunicación para la salud del pueblo: Una revisión de conceptos básicos*. OPS
- Benavent, A., Ferrer, E., & Francisco, C. (2001). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: DAE,

Referencias bibliográficas.

- Bennett, M. J. (2001). *The empathic healer: An endangered species?* Academic Press.
- Bentler, P. M. (2004). *EQS 6 structural equations modeling software*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Berjano, E., & Pinazo, S. (2001). El proceso de comunicación fundamentación y modelos teóricos. *Interacción Social y Comunicación*, 17-56. Valencia: Tirant lo Blanch
- Berlo, D. K. (1977). Communication as process: Review and commentary. *Communication Yearbook*, 1, 11-27.
- Berrios Martos, M. P., Augusto Landa, J. M., & Aguilar Luzón, María del Carmen. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index De Enfermería*, 15(54), 30-34.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de mayer y salovey. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 54, 63-94.
- Blanco, J. T. (2010). Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del observatorio de comunicación y salud. *Rev Esp Com Salud*, 1, 77-97.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179.
- Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 41(4), 323-328. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001>
- Boyatzis, R. E., Goleman, D., & Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory (ECI). *Handbook of Emotional Intelligence*, (pp.343-362). San Francisco: Jossey-Bass
- Boykins, A. D. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. *ABNF Journal*, 25(2), 40-5.
- Brataas, H., Thorsnes, S., & Hargie, O. (2010). Themes and goals in cancer outpatient - cancer nurse consultations. *European Journal of Cancer Care*, 19(2), 184-191. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.01040.x>

- Brennan, P. F., Anthony, M., Jones, J., & Kahana, E. (1998). Nursing practice models: Implications for information system design. *Journal of Nursing Administration*, 28(10), 26-31.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-62). Newbury Park, CA: Sage.
- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65-74.
- Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Burgio, L. D., Allen-Burge, R., Roth, D. L., Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Gerstle, J., & Bankester, L. (2001). Come talk with me improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist*, 41(4), 449-460.
- Burgio, L. D., Stevens, A., Burgio, K. L., Roth, D. L., Paul, P., & Gerstle, J. (2002). Teaching and maintaining behavior management skills in the nursing home. *The Gerontologist*, 42(4), 487-96.
- Buyuk, E. T., Rizalar, S., Güdek, E., & Güney, Z. (2015). Evaluation of empathetic skills of nurses working in oncology units in samsun, turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 131-139.
- Byrne, B. M. (2009). *Structural equation modeling with amos: Basic concepts, applications, and programing*. (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x>
- Campbell, E. M., Redman, S., Moffitt, P. S., & Sanson-Fisher, R. W. (1996). The relative effectiveness of educational and behavioral instruction programs for patients with NIDDM: A randomized trial. *The Diabetes Educator*, 22(4), 379-386.
- Campbell-Yeo, M., Latimer, M., & Johnston, C. (2008). The empathetic response in nurses who treat pain: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 711-719.

Referencias bibliográficas.

- Carmines, E. & McIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. In G. Bohrnstedt & E. Borgatta, (eds.), *Social Measurement: Current Issues* (pp. 65–115)., Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(9), 5497-5502. doi:10.1073/pnas.0935845100 [doi]
- Caruso, D., Mayer, J., & Salovey, P. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Cen, H. T., Yilmaz, F. T., Unuvar, O. P., & Demirkaya, F. (2012). Emphatic skill levels of primary health care workers/Birinci basamak saglik hizmetlerinde gorev yapan saglik calisanlarinin empatik beceri duzeyleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 6-13.
- Cerit, E., & Beser, N. G.. (2014). Levels of emotional intelligence of nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 936-945.
- Chan, E. A., Jones, A., Fung, S., & Wu, S. C. (2012). Nurses' perception of time availability in patient communication in hong kong. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 1168-1177.
- Chan, M. F., Creedy, D. K., Chua, T. L., & Lim, C. C. (2011). Exploring the psychological health related profile of nursing students in singapore: A cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3553-3560. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03807.x>
- Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., & Russell, G. (2002). Communication skills: Some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 12-21.
- Charlton, C. R., Dearing, K. S, Berry, J. A, & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(7), 382-8. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00336.x
- Chein, I. (1948). Behavior theory and the behavior of attitudes: Some critical comments. *Psychological Review*, 55(3),175-188.<http://dx.doi.org/10.1037/h0054019>

- Cherry, M. G., Fletcher, I., & O'Sullivan, H. (2013). Exploring the relationships among attachment, emotional intelligence and communication. *Medical Education*, 47(3), 317-325. doi:http://dx.doi.org/10.1111/medu.12115
- 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. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.003
- Chou, S., Chen, T., Woodard, B., & Yen, M. (2005). Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13(2), 75-84.
- Christenfeld, N., & Gerin, W. (2000). Social support and cardiovascular reactivity. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 54(5), 251-257.
- Cibanal, J. L., Arce, M. C., & Balsa, M. C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Cisneros, J. (2002). El concepto de la comunicación: El cristal con que se mira. *Ambitos: Revista Internacional De Comunicación*, 7, 49-82.
- Clèries, X. (2006). *La comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.
- Codier, E., Muneno, L., Franey, K., & Matsuurza, F. (2010). Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 940-948. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01610.x
- Collins, S. (2005). Explanations in consultations: The combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education*, 39(8), 785-796. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02222.x
- Conte, J. M. (2005). A review and critique of emotional intelligence measures. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 433-440.
- Cooley, C. H. (1992). *Human nature and the social order*. New Brunswick (USA) and London (UK): Transaction Publishers.
- Costa, X. C., Borrell, F., Epstein, R., Rubiano, E. K., Aresté, J. E., & Martínez-Carretero, J. (2003). Aspectos comunicacionales: El reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria*, 32(2), 110-117.

Referencias bibliográficas.

- Covington, H. (2003). Caring presence. delineation of a concept for holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing : Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 21(3), 301-317.
- Crosby, F. E., & Shields, C. J. (2010). Preparing the next generation of nurse leaders: An educational needs assessment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(8), 363-368. doi:<http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20100503-09>
- Cummings, G., Estabrooks, C., & Hayduk, L. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: The responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 54(1), 2-12.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognoli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016-2025. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x>
- Curtis, K., Tzannes, A., & Rudge, T. (2011). How to talk to doctors-a guide for effective communication. *International Nursing Review*, 58(1), 13-20.
- Dailey, M., Loeb, B., & Peterman, C. (2007). Communication, collaboration, and critical thinking quality outcomes. *Patient Safety and Quality Healthcare*, 4(6), 22-30.
- Daniel, G. (1996). *La inteligencia emocional*. Kairós: Barcelona
- Daniels, T. G., Denny, A., & Andrews, D. (1988). Using microcounseling to teach RN nursing students skills of therapeutic communication. *The Journal of Nursing Education*, 27(6), 246-252.
- Davies, N. J., Kinman, G., Thomas, R. J., & Bailey, T. (2008). Information satisfaction in breast and prostate cancer patients: Implications for quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(10), 1048-1052.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- De Almeida, I. M., da Silva, R. M., Bonfim, I. M., & Fernandes, A. (2010). Nursing communication in nursing care to mastectomized women: A grounded theory study. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18(1), 54-60.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. doi:3/2/71 [pii]

- Dimatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care, 40*(9), 794-811.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., . . . Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychology, 12*(2), 93-102.
- Dobbs, D., Baker, T., Carrion, I. V., Vongxaiburana, E., & Hyer, K. (2014). Certified nursing assistants' perspectives of nursing home residents' pain experience: Communication patterns, cultural context, and the role of empathy. *Pain Management Nursing, 15*(1), 87-96. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.06.008>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly, 83*(4), 691-729.
- Dossey, L. (2003). Samueli conference on definitions and standards in healing research: Working definitions and terms. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 9*(3), 10-12.
- Duhamel, F., & Talbot, L. R. (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing, 10*(1), 12-32.
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., . . . Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Library, 12*.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T., & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with asperger syndrome using the multifaceted empathy test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(3), 464-473.
- Eagly, A. H. (1995). The science and politics of comparing women and men. *American Psychologist, 50*(3), 145-158.
- Edwards, A. L. (1957). Social desirability and probability of endorsement of items in the interpersonal check list. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 55*(3), 394-396.

Referencias bibliográficas.

- Efkarpidis, A., Efkarpidis, P., & Zyga, S. (2012). A study of the emotional intelligence of employees at a district hospital of greece. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), 36-42.
- Eide, H., Sibbern, T., & Johannessen, T. (2011). Empathic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: An evaluation using interaction analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1242-1253.
- Eisenberg, E. M., Murphy, A. G., Sutcliffe, K., Wears, R., Schenkel, S., Perry, S., & Vanderhoef, M. (2005). Communication in emergency medicine: Implications for patient safety 1 this study was funded by a generous grant from the national patient safety foundation. *Communication Monographs*, 72(4), 390-413.
- Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317-331.
- James Poon Teng Fatt. (2002). Emotional intelligence: For human resource managers. *Management Research News*, 25(11), 57-74.
- Fazio, R. H., & Roskos-Ewoldsen, D. (2005). Acting as we feel. *Persuasion: Psychological Insights and Perspectives*, , 281-303.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., & Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: Un estudio preliminar. *Revista Electrónica De Motivación y Emoción*, 4, 1-15.
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the trait meta-mood scale 1, 2. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.
- Ferrer, Orozco, & Roman, (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27(1), 80-94. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0163278703261206>
- Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the jefferson scale of physician empathy: Health provider – student version. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 287-293. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2011.566648>

- Finke, E. H., Light, J., & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing, 17*(16), 2102-2115.
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health, 17*(5), 339-353. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50. doi:10.2307/3151312
- Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C., & Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today, 35*(3), 510-517.
- Freimuth, V. S., Massett, H. A., & Meltzer, W. (2006). A descriptive analysis of 10 years of research published in the journal of health communication. *Journal of Health Communication, 11*(1), 11-20.
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry, 11*(2), 91-98.
- Frich, L. M. H. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing, 44*(2), 137-153.
- Friedemann-Sánchez, G., Griffin, J. M., Rettmann, N. A., Rittman, M., & Partin, M. R., (2008). Communicating information to families of polytrauma patients: A narrative literature review. *Rehabilitation Nursing, 33*(5), 206-13.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity--two key health professional values: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics, 11*(6), 587-599.
- Gallardo, K., Maya, G., & Vásquez, M. L. (2011). La comunicación: Llave maestra para la aplicación de valores humanísticos y altruistas en el cuidado de niños. *Cultura Del Cuidado, 8*(1), 5-16.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic.
- Gardner, H. (1995). Reflections on multiple intelligences: Myths and messages. *Phi Delta Kappan, 77*, 200-209.

Referencias bibliográficas.

- Gentry, W. A., Weber, T. J., & Sadri, G. (2007). Empathy in the workplace: A tool for effective leadership. *A Center for Creative Leadership White Paper*. Retrieved from [Http://www.Ccl.org/leadership/pdf/research/EmpathyInTheWorkplace.Pdf](http://www.Ccl.org/leadership/pdf/research/EmpathyInTheWorkplace.Pdf),
- Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Peyravi, H. (2014). Nurse as a facilitator to professional communication: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 294-303.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3, doi:10.1186/1748-5908-3-36.
- Gohm, C. L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: Individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 594-607.
- Goleman, D. (2004). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 82(1), 82-91.
- Gordon, M. B., Melvin, P., Graham, D., Fifer, E., Chiang, V. W., Sectish, T. C., & Landrigan, C. P. (2011). Unit-based care teams and the frequency and quality of physician-nurse communications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(5), 424-428.
- Grover, S. M. (2005). Shaping effective communication skills and therapeutic relationships at work: The foundation of collaboration. *AAOHN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53(4), 177-182.
- Gustafsson, M., & Borglin, G. (2013). Can a theory-based educational intervention change nurses' knowledge and attitudes concerning cancer pain management? A quasi-experimental design. *BMC Health Services Research*, 13, doi:10.1186/1472-6963-13-328.
- Gysels, M., Richardson, A., & Higginson, I. J. (2005). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: A systematic review of training methods. *Supportive Care in Cancer*, 13(6), 356-66. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-004-0732-0>
- Habermas, J. (1993). *Teoría de la acción comunicativa, complementos y estudios previos*. México: Editorial Rei.
- Hagerty, B. M., & Patusky, K. L. (2003). Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 145-150.

- Haidet, P., & Paterniti, D. A. (2003). Building a history rather than taking one: A perspective on information sharing during the medical interview. *Archives of Internal Medicine*, 163(10), 1134-1140.
- Hambleton, R. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. In R. Hambleton, P. Merenda & C. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Harman, H. H. (1980). *Análisis factorial moderno*. Madrid: Saltés.
- Harper, M. G., & Jones-Schenk, J. (2012). The emotional intelligence profile of successful staff nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(8), 354-362. doi:http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20120615-44
- Harrison, P. A., & Fopma-Loy, J. L. (2010). Reflective journal prompts: A vehicle for stimulating emotional competence in nursing. *Journal of Nursing Education*, 49(11), 644-652. doi:http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20100730-07
- Higginson, I. J., Koffman, J., Hopkins, P., Prentice, W., Burman, R., Leonard, S., . . . Shipman, C. (2013). Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the psychosocial assessment and communication evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in intensive care and during clinical uncertainty. *BMC Medicine*, 11(1), 213. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-11-213
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316.
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, Desarrollo, Medición y Resultados*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Hojat, M., Bianco, J. A., Mann, D., Massello, D., & Calabrese, L. H. (2015). Overlap between empathy, teamwork and integrative approach to patient care. *Medical Teacher*, 37(8), 755-758.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: Experience with the jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1(1) 25-41.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., & Xu, G. (1995). Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: A follow-up study of jefferson medical college graduates. *Academic Medicine*, 70(4), 305-312.

Referencias bibliográficas.

- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Magee, M. (2001). The jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Horak, B. J., Guarino, J. H., Knight, C. C., & Kweder, S. L. (1991). Building a team on a medical floor. *Health Care Management Review*, 16(2), 65-71.
- Humpel, N., Caputi, P., & Martin, C. (2001). The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 55-60. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00191.x>
- Humphrey, R. H. (2002). The many faces of emotional leadership. *The Leadership Quarterly*, 13(5), 493-504.
- Hurley, J. (2008). The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(5), 379-385. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01243.x>
- Hurley, J., Linsley, P., MacLeod, S., & Ramsay, M. (2012). The movement of knowledge and benefit: The product of applied ethics and emotional intelligence to mental health research. *Journal of Research in Nursing*, 17(5), 455-463. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1744987111415154>
- Ickes, W., Gesn, P. R., & Graham, T. (2000). Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Personal Relationships*, 7(1), 95-109.
- Ickes, W., Stinson, L., Bissonnette, V., & Garcia, S. (1990). Naturalistic social cognition: Empathic accuracy in mixed-sex dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(4), 730-742.
- Ilievová, L., Juhásová, I., & Baumgartner, F. (2013). Opportunities for emotional intelligence in the context of nursing. *Journal of Health Sciences*, 3(1), 20-25.
- International Test Commission. (2001). International guidelines for test use. *International Journal of Testing*, 1(2), 93-114.
- James Poon Teng Fatt. (2002). Emotional intelligence: For human resource managers. *Management Research News*, 25(11), 57-74.
- Juvé-Udina, M. E., Pérez, E. Z., Fabrellas, N., González, M., Romero, M., Castellà, M., Vila, N., & Matud, C. (2014). Basic nursing care: Retrospective evaluation of

- communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(1), 65-72.
- Kable, A. K., Gibberd, R. W., & Spigelman, A. D. (2002). Adverse events in surgical patients in australia. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 14(4), 269-276.
- Kaissi, A., Johnson, T., & Kirschbaum, M. S. (2003). Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. *Nursing Economics*, 21(5), 211-218.
- Kalisch, B. J. (1971). An experiment in the development of empathy in nursing students. *Nursing Research*, 20(3), 202-210.
- Kalisch, B. J., & Begeny, S. M. (2005). Improving nursing unit teamwork. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), 550-556.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware Jr, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3), 110-127.
- Kilner, E., & Sheppard, L. A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18(3), 127-137.
- Kleinginna Jr, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5(4), 345-379.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104(3), 410-418.
- Kooker, B. M., Shoultz, J., & Codier, E. E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 23(1), 30-36.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*, 302(12), 1284-1293.
- Kristjánsdóttir, G. (1992). Empathy: A therapeutic phenomenon in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 1(3), 131-140.

Referencias bibliográficas.

- LaMonica, E. L., Wolf, R. M., Madea, A. R., & Oberst, M. T. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Research and Theory for Nursing Practice*, 1(3), 197-213.
- Lagunes-Córdoba, R., & Hernández-Manzanares, M. A. (2012). Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes. *Aquichan*, 12(3), 252-262.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, 293(9), 1100-1106.
- Layton, J. M. (1979). The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Research in Nursing & Health*, 2(4), 163-176.
- Lee, M. A., & Yom, Y. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 545-555.
- Lefevre, F. V., Waters, T. M., & Budetti, P. P. (2000). A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28(3), 258-266.
- Liedtka, J., & Whitten, E. L. (1997). Building better patient care services: A collaborative approach. *Health Care Management Review*, 22(3), 16-24.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., . . . Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7318), 908-911.
- Liu, J., Mok, E., & Wong, T. (2006). Cancer and palliative care: Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in beijing, china. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 188-196. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01291.x>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: a computer program to fit the exploratory Factor Analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers*, 38(1), 88-91. doi: 10.3758/BF03192753
- Lucas, V., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. A. (2008). The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: The moderating effect of span of control. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 964-973. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00856.x
- Luker, K. A., Austin, L., Caress, A., & Hallett, C. E. (2000). The importance of 'knowing the patient': Community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 775-782.
- Macdonald, L., Stubbe, M., Tester, R., Vernall, S., Dowell, T., Dew, K., . . . Raphael, D. (2013). Nurse-patient communication in primary care diabetes management: An exploratory study. *BMC Nursing*, 12, doi:http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-12-20
- MacCallum, R. & Austin, J. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annual Review of Psychology*. 51, 201-226.
- Magnus, V. S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU—patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 167-180.
- Manojlovich, M., Antonakos, C. L., & Ronis, D. L. (2009). Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 18(1), 21-30. doi:http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009353
- Manojlovich, M., & DeCicco, B. (2007). Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 16(6), 536-543. doi:16/6/536 [pii]
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530.
- Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1(1), 7-39.

Referencias bibliográficas.

- McCallin, A., & Bamford, A. (2007). Interdisciplinary teamwork: Is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing Management*, 15(4), 386-391. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00711.x>
- McMillan, L. R., & Shannon, D. (2011). Program evaluation of nursing school instruction in measuring students' perceived competence to empathetically communicate with patients. *Nursing Education Perspectives*, 32(3), 150-154.
- McQueen, A. (2000). Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 723-731.
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy1. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543.
- Mellor, P., Chew, D., & Greenhill, J. (2007). Nurses attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a mult-purpose health service (MPHS). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 37-41.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, 9-11.
- Michan, S., & Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: A literature review. *Australian Health Review*, 23(3), 201-208.
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51(3), 197-206.
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N., . . . Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, 15(5), 653-667
<http://dx.doi.org/10.1037/emo0000034>
- Miller, D. (1987). Strategy making and structure: Analysis and implications for performance. *Academy of Management Journal*, 30(1), 7-32.
- Mompart, M.P. (2004). La problemática del conocimiento enfermero. *Educare* 21,11.
Recuperado de:
<http://enfermeria21.com/educare/educare11/enseñando/enseñando3.ht>
- Monica, E. L. L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing & Health*, 4(4), 389-400.
- Montes-Berges, B., & Augusto, J. M.. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in

- nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01059.x>
- Morgan, J., Blount, D., & Buzio, A. (2002). The experiences of adults with cerebral palsy during periods of hospitalisation. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(4), 8-14.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlveen, K. H. (1992). Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice? *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 273-280.
- Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 103-109.
- Müggenburg, M. C., & Riveros-Rosas, A. (2012). Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 36-44.
- 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), 374-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2010.05.007>
- Musitu, G. (1996). *Manual de Psicología de la Comunicación*. Valencia: CSV.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339-346.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Núñez, S. R. G., & Cid-Henríquez, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*, 15(1), 129-140.
- Muñiz, J., & Hambleton, R. (2000). Adaptación de los tests de unas culturas a otras [Test adaptation across cultures]. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2, 129-149.
- O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing: A reflection on practice. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 138-143. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00273.x>
- O'Leary, K. J., Wayne, D. B., Landler, M. P., Kulkarni, N., Haviley, C., Hahn, K. J., . . . Williams, M. V. (2009). Impact of localizing physicians to hospital units on

Referencias bibliográficas.

- nurse—physician communication and agreement on the plan of care. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1223-1227.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-1113-7>
- Otani, K., Kurz, R. S., & Barney, S. M. (2004). The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management*, 49(3), 181-196.
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., & Dunagan, W. C. (2009). Patient satisfaction: Focusing on "excellent". *Journal of Healthcare Management*, 54(2), 93-102.
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2012). An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal*, 6(3), 534-552.
- Park, R. J., EN. (2014). Accessing patient information leads. *Kai Tiaki : Nursing New Zealand*, 20(1), 36-37.
- Parks, E. S. (2015). Listening with empathy in organizational communication. *Organization Development Journal*, 33(3), 9-22.
- Parnell, R. B., & Onge, J. L. S. (2015). Teaching safety in nursing practice: Is emotional intelligence a vital component? *Teaching and Learning in Nursing*, 10(2), 88-92.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2014.11.001>
- Pasquali, A. (1980). *Comprender la comunicación* Caracas.
- Passalacqua, S., di Rocco, Z. C., Di Pietro, C., Mozzetta, A., Tabolli, S., Scoppola, A., . . . Abeni, D. (2012). Information needs of patients with melanoma: A nursing challenge. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 625-32.
- Peitchinis, J. A., & Sepúlveda, S. D. (1982). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes en los servicios asistenciales* España: Editorial Alhambra.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat, 79
- Perraud, S., Delaney, K. R., Carlson-Sabelli, L., Johnson, M. E., Shephard, R., & Paun, O. (2006). Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: The therapeutic relationship in 21st century. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(4), 215-226.
- Piette, J. D., Weinberger, M., & McPhee, S. J. (2000). The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: A randomized, controlled trial. *Medical Care*, 38(2), 218-230.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.

- Platt, F. W., & Platt, C. M. (1998). Empathy: A miracle or nothing at all? *JCOM*, 5(2), 30-33.
- Polack, E. P., Richmond, V. P., & McCroskey, J. C. (2008). *Applied communication for health professionals*. Kendall: Hunt Publishing Company.
- Posma, E. R., van Weert, J. C., Jansen, J., & Bensing, J. M. (2009). Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*, 8. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-8-1>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Basic nursing: Essentials for practice*. Mosby Incorporated.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62.
- Pronovost, P., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P. A., Simmonds, T., & Haraden, C. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of Critical Care*, 18(2), 71-75.
- Quinn, J. F., Smith, M., Ritenbaugh, C., Swanson, K., & Watson, M. J. (2003). Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(3), 65-79.
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care : QHC*, 10 Suppl 2, 32-37.
- Ramos, N. S., Fernandez-Berrocal, P., & Extremera, N. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition and Emotion*, 21(4), 758-772.
- Ramritu, P. L., & Croft, G. (1999). Needs of parents of the child hospitalised with acquired brain damage. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 209-216.
- Rchaidia, L., Dierckx de Casterlé, B., De Blaeser, L., & Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review. *Nursing Ethics*, 16(5), 528-542. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0969733009106647>
- Reeves, A. (2005). Emotional intelligence: Recognizing and regulating emotions. *AAOHN Journal*, 53(4), 172-176.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., & Cunha, M. P. (2010). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, 30(9), 1419-1437.

Referencias bibliográficas.

- Reid-Ponte, P. (1992). Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. *Cancer Nursing, 15*(4), 283-292.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*(5), 363-370.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing, 31*(1), 226-234.
- Riesman, D. (1968). *Tradición oral y tradición escrita*. Barcelona: El Aula Sin Muros. Ediciones De Cultura.
- Riquelme, A., Ortigosa, J.M., & Martín, M. (2012). La comunicación con el enfermo y el manejo de la información sobre la enfermedad. En J.M. Minguet (Ed), *Manual de Atención Psicosocial* (pp. 105-120). Barcelona: Instituto Monsa de Ediciones.
- Robillard, A. B. (1994). Communication problems in the intensive care unit. *Qualitative Sociology, 17*(4), 383-395.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(12), 600-607.
- Rogers, C. R., & Koch, S. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework*. McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist, 5*(2), 2-10.
- Rogers, M. E. (1961). *Educational revolution in nursing*. Macmillan.
- Rokeach, M. (1968). A theory of organization and change within Value-Attitude Systems1. *Journal of Social Issues, 24*(1), 13-33.
- Romanelli, F., Cain, J., & Smith, K. M. (2006). Emotional intelligence as a predictor of academic and/or professional success. *American Journal of Pharmaceutical Education, 70*(3), 1-69.
- Roselló, F. T. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas* Fundación mapfre.
- Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine, 81*(1), 82-85.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components, 3*, 1-14.

- Rosete, D., & Ciarrochi, J. (2005). Emotional intelligence and its relationship to workplace performance outcomes of leadership effectiveness. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(5), 388-399.
- Ruiz, M. A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Sappington, J., & Kelley, J. H. (1996). Modeling and role-modeling theory: A case study of holistic care. *Journal of Holistic Nursing : Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 14(2), 130-141.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research*. (pp. 399-419). Newbury Park, CA: Sage.
- Serrano, M. M. (1978). Bases para una epistemología general de las ciencias sociales. *Reis*, (3), 17-55.
- Shutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., & et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141(4), 523-36.
- Shafipour, V., Mohammad, E., & Ahmadi, F. (2014). Barriers to nurse-patient communication in cardiac surgery wards: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 6(6), 234-37475.
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 559-564.
- Shapiro, L. E., & Tiscornia, A. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. México: Vergara Editor, S.A.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 714-722.
- Sheehan, C. A., Perrin, K. O., Potter, M. L., Kazanowski, M. K., & Bennett, L. A. (2013). Engendering empathy in baccalaureate nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 456-464.

Referencias bibliográficas.

- Sheldon, L. K., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141-147.
- Silverman, J., Kurtz, S. M., Draper, J., van Dalen, J., & Platt, F. W. (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford, UK: Radcliffe Pub.
- Simpson, R. L., & Keegan, A. J. (2002). How connected are you? employing emotional intelligence in a High-Tech world. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 80-86.
- Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1624-1636.
- Sørensen, A. L. (2009). Developing personal competence in nursing students through international clinical practice: With emphasis on communication and empathy. *Journal of Intercultural Communication*, 19. Recuperado de: <http://www.immi.se/intercultural/>.
- Southard, E. E. (1918). The empathic index in the diagnosis of mental diseases. *The Journal of Abnormal Psychology*, 13(4), 199-214.
- Spencer, R., Coiera, E., & Logan, P. (2004). Variation in communication loads on clinical staff in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 44(3), 268-273.
- Spickard Jr, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Jama*, 288(12), 1447-1450.
- Sprivilis, P. C., Da Silva, J., Jacobs, I. G., Frazer, A. R., & Jelinek, G. A. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via western australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*, 184(5), 208-212.
- Tanaka, J. S. y Huba, G. H. (1989). A general coefficient of determination for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 42, 233-239. doi: 10.1111/j.2044-8317.1989.tb00912.x
- ter Maten-Speksnijder, A. J, Grypdonck, M. H F, Pool, A., & Streumer, J. N. (2012). Learning opportunities in case studies for becoming a reflective nurse practitioner. *Journal of Nursing Education*, 51(10), 563-569. doi:<http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120820-05>

- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., & Johnsen, B. H. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 349-364.
- Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The polish peasant in europe and america: Monograph of an immigrant group*. University of Chicago Press.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Thorne, S., Oliffe, J. L., Stajduhar, K. I., Oglov, V., Kim-Sing, C., & Hislop, T. G. (2013). Poor communication in cancer care: Patient perspectives on what it is and what to do about it. *Cancer Nursing*, 36(6), 445-453. doi:10.1097/NCC.0b013e31827eeda4 [doi]
- Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes* Macmillan.
- Trevizan, M. A., Almeida, Rodrigo Guimarães dos Santos, Souza, M. C., Mazzo, A., Mendes, I. A. C., & Martins, J. C. A. (2015). Empathy in brazilian nursing professionals: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 22(3), 367-376. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0969733014534872
- Tschannen, D., Keenan, G., Aebersold, M., Kocan, M. J., Lundy, F., & Averhart, V. (2011). Implications of nurse-physician relations: Report of a successful intervention. *Nursing Economics*, 29(3), 127-135.
- Ugarte, A. (2008). El binomio comunicación y salud: Relaciones e investigación. *Cuesta, U.; Menéndez, T.; Ugarte, A.(Coords), Comunicación y Salud. Avances En Modelos y Estrategias De Intervención. Madrid: Editorial Complutense*, 39-47.
- Vaismoradi, M., Salsali, M., Esmailpour, M., & Cheraghi, M. A. (2011). Perspectives and experiences of iranian nurses regarding nurse-physician communication: A content analysis study. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(2), 184-193.
- Van Dusseldorp, L. R. L. C., Van Meijel, B. K. G., & Derksen, J. J. L. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x
- Van Os, T. W. D. P., Van den Brink, R. H. S., Tiemens, B. G., Jenner, J. A., Van der Meer, K., & Ormel, J. (2005). Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of Affective Disorders*, 84(1), 43-51.
- Vielva, J. (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé De Brouwer.

Referencias bibliográficas.

- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J. Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2009). Reliability and validity of the jefferson scale of empathy in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Measurement, 17*(1), 73-88.
- Warelow, P., Edward, K. L., & Vinek, J. (2008). Care: What nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice, 22*(3), 146-153. doi:10.1097/01.HNP.0000318023.53151.33 [doi]
- Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research, 49*(4), 191-200.
- Watzlawick, P., & Beavin, J. (1967). Some formal aspects of communication. *The American Behavioral Scientist (Pre-1986), 10*(8), 4-9.
- Weigl, M., Maller, A., Zupanc, A., & Angerer, P. (2009). Participant observation of time allocation, direct patient contact and simultaneous activities in hospital physicians. *BMC Health Services Research, 9*, doi:http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-110
- Wilkinson, S., Roberts, A., & Aldridge, J. (1998). Nurse, patient communication in palliative care: An evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine, 12*(1), 13-22. doi:http://dx.doi.org/10.1191/026921698675034697
- White, A. A., Wright, S. W., Blanco, R., Lemonds, B., Sisco, J., Bledsoe, S., . . . Pichert, J. W. (2004). Cause-and-effect analysis of risk management files to assess patient care in the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 11*(10), 1035-1041.
- Whitehead, D. (2001). Health education, behavioural change and social psychology: Nursing's contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing, 34*(6), 822-832.
- Wood, N., Farrow, S., & Elliott, B. (1994). A review of primary health-care organization. *Journal of Clinical Nursing, 3*(4), 243-250
- World Health Organization. (1993). *Life skills education for children and adolescents in schools: Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes* Division of Mental Health, WHO.
- Yanik, A., & Saygili, S. (2014). Validity and reliability of the turkish version of jefferson scale of empathy for nursing Students/Hemsirelik öğrencileri için jefferson empati ölçeğinin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi, 34*(1), 111-119.

- Yu, J., & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1790-1806. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05071.x>
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88(5), 658-665.
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438-463.
- Zimmermann, P. G., (2002). Improving employee communication in the clinical setting: A nurse's perspective. *AAOHN Journal*, 50(11), 515-519.

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario Final

Deseamos conocer las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el derecho de información del paciente. El cuestionario es **ANÓNIMO**, no hay respuestas correctas o incorrectas, le rogamos que responda de acuerdo con **SU VERDADERA OPINIÓN**.

I) A continuación le presentamos una serie de enunciados sobre los distintos momentos informativos con los pacientes. Indique el **grado de acuerdo desacuerdo con los mismos** teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
1. Estoy nervioso al colaborar con otros miembros del equipo sanitario cuando tengo que facilitar información que permita la continuidad de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Considero que la información escrita puede apoyar la información al ingreso que facilito al paciente y/o familiar, pero no es suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Es necesario identificar lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me pone nervioso dar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Suelo adaptar el ritmo y velocidad de conversación a la respuesta del paciente y/o familiar cuando facilito información al ingreso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me pone nervioso facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Adapto la información sobre el ingreso a las respuestas verbales y no verbales del paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Es necesario explicar el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Adapto la información sobre el alta que le facilito al paciente y/o familiar a sus respuestas verbales y no verbales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Conozco la información al ingreso que debo comunicar al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Estoy nervioso al identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias del paciente y/o familiar para poner en práctica después del alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Es necesario facilitar información al paciente y/o familiar sobre el procedimiento que voy a realizar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Suelo adaptar el ritmo y velocidad de conversación a la respuesta del paciente y/o familiar cuando facilito información sobre el alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar de los nombres del médico y enfermera responsables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Adapto la información que le facilito al paciente y/o familiar sobre el procedimiento que voy a desarrollar a sus respuestas verbales y no verbales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy nervioso al facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Suelo explicar el procedimiento que le voy a realizar al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Conozco la información sobre los cuidados de enfermería al alta que debo comunicar al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Es necesario reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexos.

obtener el consentimiento informado.					
22.Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	O	O	O	O	O
23.Suelo colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	O	O	O	O	O
24.Estoy nervioso cuando facilito información al ingreso al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
25.Suelo informar al paciente y/o familiar de los nombres del médico y enfermera responsables.	O	O	O	O	O
26.Estoy nervioso al facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
27.Es necesario informar al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	O	O	O	O	O
28.Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con otros Servicios.	O	O	O	O	O
29.Suelo facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
30.Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
31.Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo contactar con otros Servicios.	O	O	O	O	O
32.Me pone nervioso colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	O	O	O	O	O
33.Es necesario facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
34.Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
35.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información al ingreso que le he facilitado.	O	O	O	O	O
36.Es necesario facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	O	O	O	O	O
37.Me pone nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con otros Servicios.	O	O	O	O	O
38.Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información al ingreso en la unidad.	O	O	O	O	O
39.Considero que la información escrita puede apoyar la información sobre los cuidados de enfermería al alta que facilito al paciente y/o familiar, pero no es suficiente.	O	O	O	O	O
40.Estoy nervioso cuando explico el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
41.Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	O	O	O	O	O
42.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre el procedimiento que le voy a realizar.	O	O	O	O	O
43.Estoy nervioso cuando doy tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	O	O	O	O	O
44.Suelo informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	O	O	O	O	O
45.Me pone nervioso facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	O	O	O	O	O
46.Es necesario informar al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
47.Me pone nervioso facilitar información al ingreso al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
48.Suelo reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
49.Me pone nervioso facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
50.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el	O	O	O	O	O

consentimiento informado.					
51.Es necesario facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de los nombres del médico y enfermera responsables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre el alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.Es importante que el paciente y/o familiar sepan los nombres del médico y enfermera responsables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.Suelo dejar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.Estoy nervioso cuando facilito información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.Me pone nervioso identificar lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.Es necesario colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.Me pone nervioso explicar el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Suelo tratar de conocer lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II) A continuación se le presentan una serie de enunciados sobre aspectos relacionados con su práctica profesional. Por favor, indique su acuerdo con cada uno de los enunciados, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
1.La comprensión por parte de la enfermera del estado emocional tanto de los pacientes como de sus familias, es un componente importante en la relación enfermera-paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Los pacientes consideran importante que las enfermeras/os comprendan su estado emocional, puesto que es algo terapéutico de por sí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera/o-paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Los pacientes se sienten mejor cuando las enfermeras/os entienden sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Las enfermeras/os deberían intentar entender lo que les ocurre a sus pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Las enfermeras/os deberían ponerse en el lugar del paciente al prestarle cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.El sentido del humor de las enfermeras/os contribuye a que el paciente mejore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del trabajo de la enfermera/o es limitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Las enfermeras/os deberían intentar pensar como sus pacientes para proporcionar mejores cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Las enfermedades de los pacientes pueden curarse sólo mediante tratamiento médico o quirúrgico, por lo tanto, los lazos emocionales de las enfermeras/os con sus pacientes no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Preguntar al paciente sobre lo que ocurre en su vida personal no ayuda a entender su malestar físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexos.

13.Prestar atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Atender las emociones de los pacientes no es importante al realizar su valoración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.No disfruto leyendo literatura no médica o de artes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente porque somos personas diferentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Es difícil para una enfermera/o ver las cosas desde la perspectiva del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.La comprensión de los sentimientos de los pacientes y sus familias por parte de las enfermeras, no influye en el tratamiento médico o quirúrgico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Las enfermeras/os no deben establecer fuertes lazos personales entre sus pacientes y familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III) A continuación se le presentan una serie de afirmaciones sobre **sus emociones y sentimientos**. Por favor, indique cual considera que es su reacción habitual en los siguientes enunciados redondeando el número que corresponda a su grado de acuerdo o desacuerdo, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
1. Presto mucha atención a los sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A menudo pienso en mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Presto mucha atención a cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo claros mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Casi siempre sé cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Siempre puedo decir cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBSERVACIONES

- A. Centro donde trabaja:**.....
- B. Servicio:**..... **C. Tiempo que trabaja en dicho servicio:**.....
- D. Experiencia asistencial:** Años.....Meses.....
- E. Experiencia docente** Nunca he dado clase He dado clase ocasionalmente Doy clase habitualmente
- F. Experiencia docente:** Años.....Meses.....
- G. Sexo:** Mujer Hombre **H. Edad:**.....**I. Nivel de formación:** Grado/Diplomado Master Doctorado
- J. Situación laboral:** Temporal Interinidad Plaza fija
- K. ¿Ha recibido algún curso específico sobre cómo relacionarse con el paciente y/o familiares? (Ej: Empatía, Inteligencia emocional,...)** No he recibido ningún curso He recibido algún curso (poca formación) He recibido bastante formación al respecto. **En caso afirmativo, indique:** Temática.....Duración.....

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo II Cuestionario piloto

Deseamos conocer las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el derecho de información del paciente. El cuestionario es **ANÓNIMO**, no hay respuestas correctas o incorrectas, le rogamos que responda de acuerdo con **SU VERDADERA OPINIÓN**.

A. Hospital donde trabaja:.....

B. Servicio:..... **C. Tiempo que trabaja en dicho servicio:**.....

D. Años de experiencia asistencial:.....

E. Experiencia docente Nunca he dado clase He dado clase ocasionalmente Doy clase habitualmente

F. Sexo: Mujer Hombre **G. Edad:**..... **H. Nivel de formación:** Grado/Diplomado Master Doctorado

I. Situación laboral: Temporal Interinidad Plaza fija

I) A continuación le presentamos una serie de enunciados sobre los distintos momentos informativos con los pacientes. Indique el **grado de acuerdo desacuerdo con los mismos** teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
1. Es importante que el paciente y/o familiar sepan el nombre del médico y la enfermera responsable de él.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Suelo informar al paciente y/o familiar del nombre del médico y enfermera responsable de él.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy relajado cuando informo al paciente y/o familiar del nombre del médico y enfermera responsable de él.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Conozco la información que debo comunicar al paciente y/o familiar al ingreso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Suelo informar al paciente y/o familiar de cómo contactar con otros Servicios del hospital (Atención al Paciente, el Servicio Religioso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas, las vías para poder hablar con el médico y enfermera responsable de él y la forma de llamar al control de enfermería).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Considero que las tecnologías de la información y comunicación pueden ayudarme a la hora de facilitar información al ingreso al paciente y/o familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Adapto la información sobre el ingreso a las respuestas verbales y no verbales de pacientes y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del nombre del médico y enfermera responsable de él.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Suelo informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas, las vías para poder hablar con el médico y enfermera responsable de él y la forma de llamar al control de enfermería).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo contactar con otros Servicios del hospital (Atención al Paciente, el Servicio Religioso).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Considero que la información escrita puede apoyar la información al ingreso que facilito al paciente y/o familiar, pero no es suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Estoy relajado cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con ciertos Servicios del hospital, como el de Atención al Paciente y el Servicio Religioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información al ingreso en la unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Estoy relajado cuando informo al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas, las vías para poder hablar con el médico y enfermera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

responsable de él y la forma de llamar al control de enfermería).					
16.Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas, las vías para poder hablar con el médico y enfermera responsable de él y la forma de llamar al control de enfermería).	O	O	O	O	O
17.Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con ciertos Servicios del hospital, como el de Atención al Paciente y el Servicio Religioso.	O	O	O	O	O
18.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información al ingreso que le he facilitado.	O	O	O	O	O
19.Suelo adaptar el ritmo y velocidad de conversación a la respuesta del paciente y/o familiar cuando facilito información al ingreso.	O	O	O	O	O
20.Es necesario facilitar información general al paciente y/o familiar sobre el procedimiento (cuándo se realizará, dónde tendrá lugar, duración esperada y persona que lo realizará).	O	O	O	O	O
21.Estoy relajado cuando explico el procedimiento al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
22.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar sobre el procedimiento (experiencias previas, nivel de conocimientos, propósitos, actividades previas).	O	O	O	O	O
23.Estoy nervioso cuando explico el procedimiento al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
24.Es necesario facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
25.Considero que la información escrita puede apoyar la información sobre el procedimiento que facilito al paciente y/o familiar, pero no es suficiente.	O	O	O	O	O
26.Conozco la información sobre el procedimiento que debo comunicar al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
27.Estoy relajado cuando informo al paciente y/o familiar de las sensaciones que experimentará durante la realización del procedimiento y de la mejor forma de cooperar durante el mismo.	O	O	O	O	O
28.Suelo adaptar el ritmo y velocidad de conversación a la respuesta del paciente y/o familiar cuando facilito información sobre el procedimiento	O	O	O	O	O
29.Es necesario dar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	O	O	O	O	O
30.Estoy nervioso cuando facilito información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
31.Considero que las tecnologías de la información y comunicación pueden ayudarme a la hora de facilitar información sobre el procedimiento al paciente y/o familiar,	O	O	O	O	O
32.Suelo facilitar información general al paciente y/o familiar sobre el procedimiento (cuándo se realizará, dónde tendrá lugar, duración esperada y persona que lo realizará).	O	O	O	O	O
33.Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar de las sensaciones que experimentará durante la realización del procedimiento y de la mejor forma de cooperar durante el mismo.	O	O	O	O	O
34.Suelo explicar el procedimiento al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
35.Es necesario facilitar información al paciente y/o familiar sobre el procedimiento (experiencias previas, nivel de conocimientos, propósitos, actividades previas).	O	O	O	O	O
36.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
37.Estoy relajado cuando facilito información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
38.Es necesario informar al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
39.Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
40.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
41.Adapto la información sobre el procedimiento que le facilito al paciente y/o familiar a sus respuestas verbales y no verbales	O	O	O	O	O
42.Estoy relajado cuando doy tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	O	O	O	O	O
43.Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información sobre el procedimiento	O	O	O	O	O
44.Es necesario informar al paciente y/o familiar de las sensaciones que experimentará durante la realización del procedimiento y de la mejor forma de cooperar durante el mismo.	O	O	O	O	O

Anexos.

45.Estoy relajado cuando informo al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	O	O	O	O	O
46.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre el procedimiento.	O	O	O	O	O
47.Es necesario explicar el procedimiento al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
48.Suelo reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
49.Estoy nervioso cuando doy tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	O	O	O	O	O
50.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar de las sensaciones que experimentará durante la realización del procedimiento y de la mejor forma de cooperar durante el mismo.	O	O	O	O	O
51.Es necesario reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	O	O	O	O	O
52.Suelo dejar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	O	O	O	O	O
53.Es necesario facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	O	O	O	O	O
54.Conozco la información sobre los cuidados de enfermería al alta que debo comunicar al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
55.Estoy nervioso al facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	O	O	O	O	O
56.Es necesario colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	O	O	O	O	O
57.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	O	O	O	O	O
58.Estoy nervioso al colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	O	O	O	O	O
59.Es necesario facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
60.Estoy relajado al facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
61.Suelo facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
62.Considero que la información escrita puede apoyar la información sobre los cuidados de enfermería al alta que facilito al paciente y/o familiar, pero no es suficiente.	O	O	O	O	O
63.Estoy relajado al facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	O	O	O	O	O
64.Suelo colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	O	O	O	O	O
65.Adapto la información sobre la planificación del alta que le facilito al paciente y/o familiar a sus respuestas verbales y no verbales.	O	O	O	O	O
66.Estoy relajado al colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	O	O	O	O	O
67.Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información sobre la planificación del alta.	O	O	O	O	O
68.Estoy nervioso al facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
69.Suelo adaptar el ritmo y velocidad de conversación a la respuesta del paciente y/o familiar cuando facilito información sobre la planificación del alta.	O	O	O	O	O
70.Estoy nervioso al identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias del paciente y/o familiar para poner en práctica después del alta.	O	O	O	O	O
71.Considero que las tecnologías de la información y comunicación pueden ayudarme a la hora de facilitar información sobre los cuidados de enfermería al alta al paciente y/o familiar.	O	O	O	O	O
72.Suelo identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias del paciente y/o familiar para poner en práctica después del alta.	O	O	O	O	O
73.Estoy relajado al identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias del paciente y/o familiar para poner en práctica después del alta.	O	O	O	O	O
74.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre la planificación del alta.	O	O	O	O	O
75.Es necesario identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias del paciente y/o familiar para poner en práctica después del alta.	O	O	O	O	O

II) A continuación se le presentan una serie de enunciados sobre su percepción de diferentes aspectos relacionados con su práctica profesional. Por favor, indique su acuerdo con cada uno de los enunciados, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
1.La comprensión por parte de la enfermera del estado emocional tanto de los pacientes como de sus familias, es un componente importante en la relación enfermera-paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Los pacientes consideran importante que las enfermeras/os comprendan su estado emocional, puesto que es algo terapéutico de por sí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera/o-paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Los pacientes se sienten mejor cuando las enfermeras/os entienden sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Las enfermeras/os deberían intentar entender lo que les ocurre a sus pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Las enfermeras/os deberían ponerse en el lugar del paciente al prestarle cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.El sentido del humor de las enfermeras/os contribuye a que el paciente mejore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del trabajo de la enfermera/o es limitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Las enfermeras/os deberían intentar pensar como sus pacientes para proporcionar mejores cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Las enfermedades de los pacientes pueden curarse sólo mediante tratamiento médico o quirúrgico, por lo tanto, los lazos emocionales de las enfermeras/os con sus pacientes no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Preguntar al paciente sobre lo que ocurre en su vida personal no ayuda a entender su malestar físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Prestar atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Atender las emociones de los pacientes no es importante al realizar su valoración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.No disfruto leyendo literatura no médica o de artes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente porque somos personas diferentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Es difícil para una enfermera/o ver las cosas desde la perspectiva del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.La comprensión de los sentimientos de los pacientes y sus familias por parte de las enfermeras, no influye en el tratamiento médico o quirúrgico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Las enfermeras/os no deben establecer fuertes lazos personales entre sus pacientes y familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexos.

III) A continuación se le presentan una serie de afirmaciones sobre **sus emociones y sentimientos**. Por favor, indique cual considera que es su reacción habitual en los siguientes enunciados redondeando el número que corresponda a su grado de acuerdo o desacuerdo, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
1. Presto mucha atención a los sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A menudo pienso en mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Presto mucha atención a cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo claros mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Casi siempre sé cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Siempre puedo decir cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo III. Autorización comité ético de investigación de la universidad de valencia y de los comités éticos de investigación clínica de los hospitales.



01/2016

INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA

Reunidos los miembros del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Arnau de Vilanova, en su sesión del día 27 de enero de 2016, y una vez estudiada la documentación presentada por M^{ra} Carmen Gimenez Espert, como investigador principal, profesora de la Universidad Europea de Madrid, como miembros del equipo, tiene a bien informar que el proyecto de investigación titulado: "Actitudes de las enfermeras ante el derecho de información del paciente y grado de conocimiento de habilidades sociales" se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos.

Fecha de aprobación de la Comisión de Investigación: 18 de enero de 2016

Se emite dictamen favorable a la realización de dicho proyecto.

Y para que conste, lo firma en Valencia con fecha 27 de enero de dos mil dieciseis

Fdo. Dr. Juan Carlos Andreu-Ballester
Presidente del CEIC





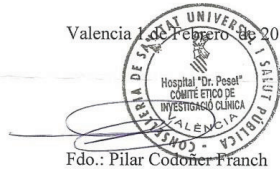
A/A.: M^a Carmen Giménez Espert
Enfermera

Dña. Pilar Codoñer Franch, Secretaria del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Hospital Universitari Dr. Peset.

CERTIFICA:

Que este comité en su reunión celebrada el día 27 de Enero de 2016 ha evaluado y ha aprobado las aclaraciones solicitadas del estudio titulado: **Habilidades sociales y actitudes hacia la comunicación con el paciente de los profesionales de enfermería. Proyecto de investigación. Tesis doctoral Enfermería**
Código Ceic: 136/15

Valencia, 27 de Enero de 2016



Fdo.: Pilar Codoñer Franch

CS 5/1



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comisión de Investigación

APROBACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Esta Comisión tras evaluar en su reunión de 26 de Enero de 2016 el Proyecto de Investigación:

Título:	Actitudes de las enfermera ante el derecho de información del paciente y grado de conocimiento de habilidades sociales		
I.P.:	M ^a Carmen Gimenez Espert	Servicio/Unidad	Dirección enfermería

Acuerda respecto a esta documentación:

- Que cumple con los requisitos exigidos por esta Comisión para su realización, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

	Presente	Ausente	Disculpa
Presidente			
Dr. Ricardo Guijarro Jorge	X		
Dr. Julio Cortijo Gimeno		x	
Dra. Goizane Marcaida Benito			x
Dr. Carlos Sánchez Juan	X		
Dra. Concha Redondo		x	
Dr. Emilio López Alcina	x		
Vocales			
Dr. Alfonso Berrocal Jaime		x	
Dr. Julio Álvarez Pitti	x		
Dr. Miguel Armengot Carceller		x	
Dña. Ángela Garrido Bartolomé			x
Dr. Miguel Sanfeliu Giner	x		
Dra. Concha Riera	x		
Dra. Amparo Esteban Rebolli	x		
Secretario			
D. Carlos Gil Santiago	x		

Lo que comunico a efectos oportunos a martes,
26 de enero de 2016:

Fdo. Dr. Ricardo Guijarro Jorge
Presidente de la Comisión de Investigación:

Anexos.

HOSPITAL PARE JOFRE

Buenos días M^a Carmen,

Disculpa por la tardanza en contestarte, pero no tenía datos para hacerlo hasta ahora.

La comisión de docencia ya se ha reunido y ha decidido aprobar tu solicitud en relación a la recogida de datos para el proyecto de investigación de tu Tesis doctoral.

Un saludo
Isabel Rodríguez Floro
Directora de Enfermería del Hospital Pare Jofré

HOSPITAL CLÍNICO

Hola M^a Carmen

Hablé ayer con la Directora de Enfermería y me dijo que le habían dado el visto bueno a tu investigación.

Lo han derivado al adjunto de enfermería, Luis Llorens para que lo coordine contigo.

Dra. Marta Peiró
Subdirectora Científica
Fundación Investigación Clínico de Valencia
Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA

HOSPITAL DE SAGUNTO

Protocolo de estudio clínico.

Título: *Actitudes de las enfermeras ante el derecho de información del paciente y grado de conocimiento de habilidades sociales.*

Investigador Principal: María del Carmen Giménez Espert

Directores de Tesis: Dr Rafael Sales Orts Universidad de Valencia. Dr Vicente Javier Prado Gascó Universidad Europea Valencia

El estudio se realizará en distintos hospitales públicos y privados de la Comunidad Valenciana. Es un estudio en el que no se recogen datos de pacientes. Consiste en una encuesta anónima a enfermeras de distintos hospitales.

El estudio tiene un dictamen favorable del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Universidad de Valencia.

Por todo ello, el CEIC del hospital de Sagunto considera que este estudio **no precisa evaluación del CEIC**, ya que el estudio ha sido evaluado previamente con un dictamen favorable.

Se recomienda que la investigadora del estudio (María del Carmen Giménez Espert) se ponga en contacto con Dirección de Enfermería para poder establecer el procedimiento para entrevistar a los profesionales de enfermería que decidan participar el estudio sin interferir en sus tareas asistenciales. La persona de contacto es Inmaculada Huguet.

Un saludo

Javier Abad Gimeno.
Secretario del CEIC
Secretario de la Comisión de Investigación
Hospital de Sagunto.

Anexo IV. Modelos de compromiso de confidencialidad y consentimiento informado.

1. Modelo de Confidencialidad

XXX, a XX de XXXXX de 2015

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a la normativa Europea Vigente, le informamos que los datos de carácter personal que voluntariamente nos facilite a través de los cuestionarios de la investigación “Actitudes de las enfermeras ante el derecho de información del paciente y grado de conocimiento de habilidades sociales.”, serán incorporados a una base de datos confidencial.

La finalidad de esta base de datos es el archivo, gestión y análisis de los mismos.

Su participación es totalmente voluntaria y en cualquier momento puede decidir abandonar el estudio.

Los investigadores del proyecto se comprometen a no compartir la información requerida con otras instituciones.

Puede ejercer los derechos de rectificación, cancelación y oposición a través de la dirección de correo electrónico indicada (Rafael.Sales@uv.es), y podremos facilitarle el ejercicio de sus derechos.

Le agradecemos su participación voluntaria en este proyecto.

Un cordial saludo,

Fdo.:

2. Modelo de Consentimiento Informado

XXX, a XX de XXXXX de 2015

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado/a de que la presente investigación sigue la normativa de la Declaración de Helsinki de 1964 y de sus posteriores actualizaciones (la más reciente hecha en Brasil, octubre de 2013), así mismo ha sido informado sobre los beneficios de la investigación –Actitudes de las enfermeras ante el derecho de información del paciente y grado de conocimiento de habilidades sociales —

Manifiesta que también ha sido informado/a que sus datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en esta investigación.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del investigador:

Anexo V Cuestionario versión final depurada tras analizar las propiedades psicométricas

Deseamos conocer las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el derecho de información del paciente. El cuestionario es ANÓNIMO, no hay respuestas correctas o incorrectas, le rogamos que responda de acuerdo con SU VERDADERA OPINIÓN.

I) A continuación le presentamos una serie de enunciados sobre los distintos momentos informativos con los pacientes. Indique el **grado de acuerdo desacuerdo con los mismos** teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
Factor 1. Afectivo					
1.Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Me pone nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con otros Servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Estoy nervioso cuando explico el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Estoy nervioso cuando doy tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Me pone nervioso facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Me pone nervioso facilitar información al ingreso al paciente y/o familiar..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Me pone nervioso facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de los nombres del médico y enfermera responsables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Estoy nervioso cuando facilito información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Me pone nervioso identificar lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Me pone nervioso informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Me pone nervioso explicar el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor 2. Conativo					
13.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información al ingreso que le he facilitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información al ingreso en la unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.Suelo informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Suelo reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre el alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.Suelo dejar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.Suelo facilitar información al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Suelo tratar de conocer lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor 3. Cognitivo					
22.Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.Es necesario informar al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.Es necesario facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.Es necesario colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II) A continuación se le presentan una serie de enunciados sobre aspectos relacionados con su práctica profesional. Por favor, indique su acuerdo con cada uno de los enunciados, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
Factor 1. Toma de perspectiva					
1.La comprensión por parte de la enfermera del estado emocional tanto de los pacientes como de sus familias, es un componente importante en la relación enfermera-paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Los pacientes consideran importante que las enfermeras/os comprendan su estado emocional, puesto que es algo terapéutico de por sí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera/o-paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Los pacientes se sienten mejor cuando las enfermeras/os entienden sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Las enfermeras/os deberían intentar entender lo que les ocurre a sus pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Las enfermeras/os deberían ponerse en el lugar del paciente al prestarle cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.El sentido del humor de las enfermeras/os contribuye a que el paciente mejore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del trabajo de la enfermera/o es limitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor 2. Atención Compasiva					
11.Las enfermedades de los pacientes pueden curarse sólo mediante tratamiento médico o quirúrgico, por lo tanto, los lazos emocionales de las enfermeras/os con sus pacientes no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Preguntar al paciente sobre lo que ocurre en su vida personal no ayuda a entender su malestar físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Prestar atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Atender las emociones de los pacientes no es importante al realizar su valoración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor 3. Pensar como el paciente					
16.Es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente porque somos personas diferentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Es difícil para una enfermera/o ver las cosas desde la perspectiva del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexos.

III) A continuación se le presentan una serie de afirmaciones sobre **sus emociones y sentimientos**. Por favor, indique cual considera que es su reacción habitual en los siguientes enunciados redondeando el número que corresponda a su grado de acuerdo o desacuerdo, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **Totalmente de acuerdo**

Por favor, al contestar marca la opción correcta así y no así

	1	2	3	4	5
Factor 1. Atención emocional					
1. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A menudo pienso en mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Presto mucha atención a cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor 2. Claridad emocional					
6. Tengo claros mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Casi siempre sé cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Siempre puedo decir cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. A veces puedo decir cuáles son mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor 3. Reparación emocional					
14. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBSERVACIONES

A. Centro donde trabaja:.....

B. Servicio:..... C. Tiempo que trabaja en dicho servicio.....

D. Experiencia asistencial: Años.....Meses.....

E. Experiencia docente Nunca he dado clase He dado clase ocasionalmente Doy clase habitualmente

F. Experiencia docente: Años.....Meses.....

G. Sexo: Mujer Hombre H. Edad:.....I. Nivel de formación: Grado/Diplomado Master Doctorado

J. Situación laboral: Temporal Interinidad Plaza fija

K. ¿Ha recibido algún curso específico sobre cómo relacionarse con el paciente y/o familiares? (Ej: Empatía, Inteligencia emocional,...) No he recibido ningún curso He recibido algún curso (poca formación) He recibido bastante formación al respecto. En caso afirmativo, indique: Temática.....Duración.....

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN