



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

Diseño y validación de un instrumento de medida en la comunicación de malas noticias para enfermería

Autor: Don Manuel González Cabrera

Director de la tesis: Juan Miguel Martínez Galiano, Sergio Martínez Vázquez

Departamento: Enfermería

Fecha: Noviembre 2024

ISBN:
Licencia CC

RUJJA

Tesis:

**“Diseño y validación de
un instrumento de
medida en la
Comunicación de Malas
noticias para
Enfermería”**

Dedicatoria.

A mis hijos, Daniel y Andrea.

A mi madre,

A mi hermana y su marido (mi hermano)

A mi padre, que siempre está a mi lado

Al amor, que me sirve de motor en el día a día...

Agradecimientos:

Cuando pienso en escribir los agradecimientos, me pierdo en la inmensidad. Es tanto lo que tengo que agradecer, que no sé por dónde empezar. Sería justo empezar agradeciendo a Ana Raquel, que fue la primera persona que me puso en el camino en el que me encuentro ahora mismo, alguien que me mostró la humanidad y amabilidad en la investigación. Siempre recordaré nuestras reuniones en su despacho, que no sólo eran una lección de conocimientos, sino que me daba lecciones de vida.

En ese camino me encontré con Antonio, que hoy no está a nuestro lado, pero que, sin duda, de algún modo se encuentra acompañándonos en este proceso.

Quiero agradecer a mis compañeros, que han estado a mi lado durante todo este tiempo, y que han pasado poco a poco a obtener el título de amigos en lugar de compañeros, y por permitirme ser el Guadiana, apareciendo y desapareciendo continuamente en la montaña rusa de la vida.

A mis hijos, que en los últimos días solo me decían, “papa, por favor, que se acabe la tesis, que no te pongan más deberes tus maestros, que esto es una pesadilla, y que lo que queremos es estar contigo”, ellos han sido el motor de mi vida, la alegría, el amor, el cariño, en definitiva, todo lo que puede uno soñar y la vida te regala. Nunca imaginé, si viviera mil vidas, tener la suerte que tengo de tenerlos a mi lado. Sois los seres más maravillosos que habitan la tierra y por supuesto mi corazón.

Agradecer a mi madre, hermana, Roberto, Raúl y Oscar, por ser la familia que sin duda son la mejor familia que se puede tener.

Agradecer a María Jesús (comadre) y José Manuel, por ser dos ángeles que la vida ha puesto en mi camino, y demostrarme que su corazón es aún más

grande si cabe, que su gran valía profesional, de ellos decir que son admirables en todas las facetas de la vida.

Me gustaría agradecer a todas las enfermeras y enfermeros que han contribuido a la cumplimentación del cuestionario, porque sin ellos sería imposible haberlo realizado.

Quiero agradecer a Ana, por su apoyo y por no haber perdido nunca la fe en mí, y empujarme a seguir hacia adelante y pese a todo seguir a mi lado. Se que, si siguiera agradeciendo, con nombres propios, sería imposible llegar a un final.

Pensar que, gracias a muchos corazones, la vida me dio una segunda oportunidad para poder verla con unos ojos más amables y llenos de ilusión, y que gracias a ellos un 23 noviembre volví a ver la luz del día. Esos días de luz que hicieron entre sombras que alguien maravilloso e irremplazable me dejara físicamente para unirse en mi corazón hasta que deje de latir, “te quiero Papá”. Quiero pedir disculpas a todos aquellos que deberíais estar en estos agradecimientos, y que no os menciono, pero si os cabe alguna duda de mi gratitud, por favor, sólo tenéis que mirarme a los ojos y la sentiréis.

También quiero agradecer enormemente a Antonio Hernández, por su gran colaboración y generosidad. Por su disponibilidad, aun sabiendo su falta de tiempo. Por estar siempre dispuesto a compartir sus conocimientos y enseñarme tanto. Y hacerme ver como una persona que pertenece a otra galaxia en investigación está dispuesto a ponerse a mi lado y mostrarme los enigmas de los análisis estadísticos (gracias).

Agradecer a Sergio, mi director, que con su ilusión, motivación y entusiasmo me ha ayudado a estar donde estoy, mostrando siempre amabilidad

y profesionalidad, siempre estando dispuesto a ayudarme y a guiarme, por todo eso y por mil cosas más darte las gracias.

Y, por último, quiero agradecer a mi director de tesis, Juan Miguel Martínez Galiano, que por mucho que exponga aquí, no sería suficiente para expresar mi gratitud. Desde que lo conocí hace ya algunos años cuando en sus inicios éramos profesores asociados, lo he visto crecer como profesional, pero lo que más me ha marcado, es como ha crecido exponencialmente como persona, y si alguien se le ocurre mirar su currículum, puede imaginar cómo es su interior, lleno de riqueza y fuerza. Gracias a él hoy puedo presentar esta tesis, ya que sin él hubiera sido imposible hacerlo. Puedo decir que he tenido la suerte de tener como director a un “amigo”. Y aunque a él no le gusta que le dé las gracias, se las doy desde el corazón.

ARTÍCULO PUBLICADO.



ARTÍCULO PUBLICADO.

Diseño y validación de un cuestionario sobre comunicación de malas noticias en enfermería: un estudio piloto.

Por:

Manuel González Cabrera^{1,2, *}, Ana Raquel Ortega Martínez³, Juan Miguel Martínez-Galiano^{2,4}, Antonio Hernández Martínez⁵, Laura Parra-Anguita² y Antonio Frías Osuna¹

¹Servicio de Urgencias y Cuidados Intensivos, Hospital Universitario San Agustín, 23700 Linares, España

²Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, 23071 Jaén, España

³Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de Jaén, 23071 Jaén, España

⁴Consortio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 28029 Madrid, España

⁵Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Castilla la Mancha, 13071 Ciudad Real, España

*Autor a quien debe dirigirse la correspondencia.





Int. J. Environ. Res. Salud Pública **2020**, *17* (2), 457;

Presentación recibida: 12 de diciembre de 2019 / Revisado: 2 de enero de 2020 / Aceptado: 7 de enero de 2020 / Publicado: 10 de enero de 2020



Article

Design and Validation of a Questionnaire on Communicating Bad News in Nursing: A Pilot Study

Manuel González-Cabrera ^{1,2,*} , Ana Raquel Ortega-Martínez ³ ,
Juan Miguel Martínez-Galiano ^{2,4}, Antonio Hernández-Martínez ⁵ , Laura Parra-Anguita ² 
and Antonio Frías-Osuna ²

¹ Department of Emergency and Critical Care, San Agustín University Hospital, 23700 Linares, Spain

² Nursing department, Faculty of Health Sciences, University of Jaen, 23071 Jaen, Spain;

jgaliano@ujaen.es (J.M.M.-G.); lparra@ujaen.es (L.P.-A.); afrias@ujaen.es (A.F.-O.)

³ Department of Psychology, Faculty of Humanities and Education Sciences, University of Jaen, 23071 Jaen, Spain; arortega@ujaen.es

⁴ Consortium for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health (CIBERESP), 28029 Madrid, Spain

⁵ Nursing department, Faculty of Nursing, University of Castilla la Mancha, 13071 Ciudad Real, Spain;
antomatron@gmail.com

* Correspondence: mgonzale@ujaen.es

Received: 12 December 2019; Accepted: 7 January 2020; Published: 10 January 2020



Abstract: Communicating bad news (CBN) is a fundamental skill in nursing; nevertheless, few instruments exist for its evaluation. This study presents a questionnaire designed to measure nurses' knowledge and ability of CBN, as well as the analysis of its psychometric properties. Based on a literature search, the initial dimensions of CBN were identified to construct the questionnaires' items, which were evaluated by experts for the validity of the items' contents. Construct validity and reliability of the resulting questionnaire was carried out in a sample of 71 nurses of an Andalusian university hospital. A questionnaire with 25 items was constructed with a high internal consistency (Cronbach's alpha 0.816). The content validity was evaluated via a literature review and additionally by the assessment of seven experts. The Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO) obtained a score of 0.683, and the Bartlett test of sphericity a value of $p < 0.001$. The principal component analysis supported a construct of four dimensions. This questionnaire was found to be a valid and reliable instrument with a high internal consistency for the evaluation of CBN knowledge and skills of nursing professionals.

Keywords: communicating bad news; questionnaire; nursing; validation

ÍNDICES.



ÍNDICES.

INDICE GENERAL.

DEDICATORIA pág.....	iv
AGRADECIMIENTOS pág	v
ARTÍCULO PUBLICADO pág.....	ix
INDICE pág	2
INDICE DE TABLAS pág.....	6
INDICE DE FIGURAS pág	7
ABREVIATURAS pág.....	9
RESUMEN pág	12
ABSTRACT pág	18
1. MARCO CONCEPTUAL pág.....	23
1.1. Comunicación pág	24
1.1.1. Definición de la comunicación pág	24
El proceso de comunicación pág.....	24
1.1.1.1. Elementos de la comunicación pág.....	24
1.1.1.2. Tipos de comunicación pág.....	26
1.1.1.2.1. Comunicación verbal pág	26
1.1.1.2.2. Comunicación no verbal pág.....	28
1.1.3. Habilidades de comunicación pág.....	31
1.2. Comunicación y salud pág	35
1.3. La comunicación y la relación enfermera paciente pág.....	35

1.3.1. Relación de ayuda pág.....	37
1.3.2. Cuidado enfermero y relación de ayuda pág.....	40
1.4. La comunicación de malas noticias pág.....	41
1.4.1. Concepto de mala noticia pág.....	42
1.4.1.1. Tipos de MN pág.....	42
1.4.2. Efectos de la CMN pág.....	43
1.4.2.1. Efecto de la CMN en el paciente pág.....	44
1.4.2.2. Efecto de la CMN en la familia pág.....	46
1.4.2.3. Efecto de la CMN en el profesional que la comunica pág.....	46
1.4.3. ¿Quién debe de dar la mala noticia? Pág.....	47
1.4.4. Papel de la enfermera en la CMN pág.....	49
1.4.5. Marco tico/legislativo pág.....	51
1.4.6. Dificultades de la CMN pág.....	53
1.4.7. ¿Cómo CMN? Pag.....	54
1.4.7.1. Actitudes en la CMN pág.....	55
1.4.7.2. Habilidades y conocimientos en CMN pág.....	56
1.4.8. Necesidad de mejora de la CMN pág.....	61
1.5. Protocolos en CMN pág.....	62
1.5.1. Protocolo SPYKES pág.....	63
1.5.2. Protocolo ABCDE pág.....	68
1.5.3. Guía Almansa pág.....	69
1.5.4. El modelo de Vijayakumar Narayanan: protocolo BREAKS pág.....	70
1.5.5. Protocolo EPICEE pág.....	72
1.5.6. El modelo de Ahmed Salem. Protocolo IGAD pág.....	75
1.5.7. El modelo de versión adaptada por Villa López ABCDEE pág.....	75

1.6. Herramientas en la evaluación de la comunicación pág	76
1.6.1. ¿Quién puede realizar la medición de la relación clínica? pág.....	78
1.6.2. Métodos de evaluación de la comunicación clínica pág	80
1.6.3. Elementos de un instrumento de medida de la comunicación pág.....	81
1.6.4. Instrumentos de medida de la comunicación clínica en España pág ...	105
1.6.5. Herramientas de evaluación en CMN pág.....	106
1.6.6. Herramientas de evaluación de CMN en enfermería pág.....	106
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO pág	109
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO pág	114
3.1. Objetivo general pág	115
3.2. Objetivos específicos pág.....	115
4. METODOLOGÍA pág.....	117
4.1. Diseño y elaboración del cuestionario pág	118
4.1.1. Búsqueda bibliográfica pág	118
4.1.2. Identificación de variables y elaboración de ítems pág	119
4.1.3. Panel de expertos pág.....	126
4.2. Estudio piloto pág.....	127
4.3. Aplicación del instrumento: propiedades psicométricas pág	128
4.4. Participantes pág.....	128
4.4.1. Población de estudio pág	128
4.4.2. criterios de selección pág	129
4.4.3. Tamaño de la muestra pág.....	129
4.5. Variables pág	130
4.5.1. Variables independientes pág	130
4.5.2. Variables dependientes pág	134

4.6. Recogida de datos pág	134
4.7. Análisis estadístico pág.....	134
4.8. Normas éticas pág	137
5. RESULTADOS pág	140
5.1. Descripción de la muestra pág	141
5.2. Puntuación y distribución del CMNE pág	152
5.3. Validación del cuestionario pág.....	153
5.3.1. Validez de contenido pág	153
5.3.2. Validez de constructo pág	153
5.3.3. Validez criterio pág.....	160
5.3.3.1. Validez convergente pág.....	160
5.3.4. Consistencia interna pág.....	166
5.3.5. Estabilidad temporal pág.....	168
5.3.6. Análisis factorial confirmatorio pág.....	168
6. DISCUSIÓN pág	172
7. CONCLUSION pág	181
8. BIBLIOGRAFÍA pág	184
9. ANEXOS pág	208

INDICE DE TABLAS

Marco teórico.

Tabla 1. Protocolo EPICEE pág	74
Tabla 2. Herramientas de evaluación de la comunicación pág	85
Tabla 3. Instrumentos de medición de la comunicación clínica pág.....	94
Tabla 4. Ejemplos de cuestionarios que miden la relación clínica y sus principales características pág	96

Resultados.

Tabla 5. Características de la muestra pág.....	149
Tabla 6. Puntuación y distribución del CMNE pág.	152
Tabla 7. Evaluación de ítems por expertos pág.....	154
Tabla 8. Matriz de correlación anti imagen pág.	156
Tabla 9. Varianza total explicada pág	157
Tabla 10. Matriz de componente rotada. Componentes principales pág.....	159
Tabla 11. Puntuación media del CMNE e interrelación pág	164
Tabla 12. Confiabilidad del cuestionario CMNE pág	167
Tabla 13. Análisis factorial confirmatorio. Valores del modelo original y valores tras correlación de errores pág.....	169

INDICE DE FIGURAS

Marco teórico.

Figura 1. Elementos básicos de la comunicación humana pág..... 27

Figura 2. Marco de la Guía Calgary Cambridge pág 33

Resultados.

Figura 3. Sexo biológico pág..... 141

Figura 4. Franja horaria de trabajo pág 142

Figura 5 Entidad de trabajo pág 143

Figura 6. Tipo de contrato pág 144

Figura 7. Experiencia profesional pág 144

Figura 8. Perfil formativo pág 145

Figura 9. Formación en CMN en grado y postgrado pág 146

Figura 10. Consideración de la CMN competencia enfermera pág 146

Figura 11. Percepción de preparación para afrontar CMN pág..... 147

Figura 12. Preocupación para afrontar la comunicar de malas noticias pág .. 148

Figura 13. Enfermeras que han comunicado malas noticias pág..... 149

Figura 14. Validez convergente de CMNE con EHC pág 166

Figura 15. Diagrama de trayectoria escala CMNE pág 170

ABREVIATURAS.

Guía CC. Guía de observación de Calgary Cambridge.

RAE. Real Academia Española.

MN. Mala noticia.

CMN. Comunicación mala noticia.

MPCC. Patient-Centered Clinical Method. Método clínico centrado en el paciente.

CCI. Coeficiente de correlación intraclase.

RIAS. *Roter's Interaction Analysis System.*

MAAS. Maastricht History-taking and Advice Checklist.

PPPC. Patient Perception of Patient Centeredness.

RCRS. Rochester Communication Rating Scale.

ACIR. Arizona Clinical Interview Rating Scale.

EPPIC. Escala de Percepción del Paciente de la Interacción en la Consulta.

EHC-PS. Escala para medir las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud.

WOS. Web of Science.

LILACS. Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

CINAHL. Índice acumulativo de literatura de enfermería y salud afines.

PUBMED. Base de datos de libre acceso de la base de datos MEDLINE.

MEDLINE. Base de datos de la biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos.

BV-SSPA. Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

DECS. Descriptores de Ciencias de la Salud.

MESH. Medical Subject Heading. Encabezamiento de materias médicas.

DE. Desviación estándar.

IVC. Índice de Validez de Contenido.

KMO. Prueba Kaiser-Meyer-Olkin.

AFE. análisis factorial exploratoria.

AFC. Análisis factorial confirmatorio.

CMNE. Comunicación malas noticias en enfermería.

EHC. Escala de habilidades de comunicación en enfermería.

RMSEA. Chi-cuadrado y Error cuadrático medio de aproximación.

CFI. Índice de ajuste comparativo

TLI. Índice de Tucker-Lewis

NFI. Índice de ajuste normalizado.

PRATIO. Ratio de parsimonia

PCFI. Índice de ajuste comparativo de parsimonia.

PNFI. Índice de ajuste normalizado de parsimonia

AIC. Criterio de información de Akaike.

ICC. Coeficiente de correlación intraclase.

ACP. Análisis de componentes principales.

BAS. Breaking Bad News Assessment Schedule.

CSQ. Communication Skill Questinnaire.

RESUMEN



RESUMEN.

RESUMEN.

Introducción.

La comunicación con el paciente y su familia es un componente básico y fundamental en el proceso de atención a la salud. Los profesionales de enfermería en su labor diaria se enfrentan a la difícil tarea de la comunicación de malas noticias. Los pacientes y familiares receptores de malas noticias suelen recordar donde, cuando y como reciben esa mala noticia, lo que nos lleva a entender la importancia de esta acción tan cotidiana y a la vez importante. Esta acción de comunicar puede desencadenar situaciones de estrés, agresivas, y emocionalmente desbordantes, tanto en los pacientes como en sus familiares, pudiendo ocasionar emociones tales como ansiedad, rabia, tristeza, etc., tanto en los receptores de dichas noticias como en los profesionales que las comunican. Dada la importancia de la comunicación de malas noticias es indispensable que los profesionales de la salud posean unos conocimientos, actitudes y habilidades para realizar la comunicación de malas noticias y así cubrir con una excelencia profesional esta competencia. Existe en la literatura protocolos de comunicación de malas noticias principalmente dirigidos al colectivo médico, y en particular al campo de la oncología, sin embargo para los profesionales de enfermería, no se han identificado herramientas específicas que las ayuden y evalúen en este proceso. Haciéndose notar la laguna existente en el campo de la comunicación de las malas noticias en los profesionales de

enfermería, no habiéndose encontrado ninguna herramienta que evalúe la comunicación de las malas noticias, así como la posible identificación de carencias en dichos profesionales en cuanto a los conocimientos, habilidades y actitudes y poder implementarse con una formación continuada si fuese necesaria.

Objetivos.

Diseñar, elaborar y validar un instrumento válido y confiable de medida que permita evaluar la comunicación de las malas noticias en los profesionales de enfermería en España, siendo necesario para alcanzar este objetivo general, Identificar los constructos que formaran un instrumento de valoración de comunicación de mala noticias para profesionales de enfermería, Determinar la validez de contenido del instrumento, determinar las características psicométricas del instrumento así como conocer los factores asociados a la comunicación de malas noticias.

Metodología.

Para diseñar y elaborar el cuestionario se ha realizado una búsqueda exhaustiva búsqueda bibliográfica tanto en bases nacionales como internacionales (Scopus, Cuiden Plus, Web of Science (WOS), ENFISPO, LILACS, CINAHL, PUBMED, BV-SSPA...) utilizando descriptores DeCS y MESH con sus correspondientes combinaciones con operadores booleanos. Se identificaron las variables de estudio para la creación de los ítems en función de las habilidades, conocimientos y actitudes en comunicación de malas noticias. Una vez realizado el cuestionario de 31 ítems fue evaluado por 10 expertos, mediante los principios del método Delphi con dos rondas de evaluación. A través de una muestra de conveniencia de 74 enfermeras se realizó un estudio

piloto, donde se mantuvo el cuestionario en su formato inicial. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para conocer las propiedades psicométricas en una población de estudio principalmente de profesionales del área sanitaria de Jaén. Se realizó un análisis estadístico mediante un análisis descriptivo empleando frecuencias absolutas para las variables cualitativas y la media con las desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Para la validez de contenido se analizaron la relevancia de los ítems a través del índice de validez de contenido. En el análisis de la validez de contenido se analizaron tanto la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) como la prueba de esfericidad de Bartlett, dando paso a la realización de un análisis factorial exploratorio realizándose una rotación Varimax para asignar los ítems a los factores. A continuación se estudió la validez de criterio mediante la relación entre CMNE y EHC utilizándose el coeficiente de correlación de Spearman y el de Pearson. Se realizó un análisis factorial confirmatorio para la confirmación del ajuste de modelo a través de los valores estadísticos de ajuste absoluto. RMSEA, CFI, TLI, NFI, PRATIO, PCFI, PNFI y AIC. Para analizar la confiabilidad estudiando la consistencia interna mediante el valor alfa de Cronbach. Para finalizar se evaluó la estabilidad temporal mediante la fiabilidad intraobservador utilizando la prueba test-retest, empleándose el coeficiente de correlación intraclase.

Resultados.

Participaron un total de 218 profesionales de enfermería, de ellos, el 23,5% (51) fueron hombres, mientras que el 76,6(167) fueron mujeres, con una media de edad de 39.40 años (DE12.19). El 83.0% (181) trabajaba en el sector público, el 6,4% (14) en el sector privado, así el 6.9% (15) compaginaban la actividad en ambas entidades, mientras que el 3.7% (8) no trabajaban en la

actualidad. El mayor porcentaje, un 40.8% (89) tenían una experiencia laboral > de 10 años. El 51.8% (113) habían recibido formación de comunicación de malas noticias durante su formación de pregrado frente al 48.2% (105) que no las habían recibido. Mientras que en postgrado sólo habían realizado formación en comunicación de malas noticias el 29.8% (65) frente a los al 70.2% (153) que no la habían realizado. Se validó el contenido del cuestionario a través del análisis de los juicios emitidos por 10 expertos que dio como resultado un elevado acuerdo de idoneidad. Para la validez de constructo se obtuvo un resultado de la prueba de KMO de 0.931 y de la prueba de esfericidad de Bartlett < 0.001 que situó todos los valores de los ítems por encima de 0.818. Se observó al realizar el análisis factorial exploratorio 4 componentes que explicaban el 61.96% del total de la varianza. Se obtuvo en la validez de criterio, mediante la validez convergente a través de un análisis bivariado sobre los factores sociodemográficos una relación estadísticamente significativa $p < 0.05$ en cuanto al sexo, importancia de formación o nivel de formación al enfrentarse a la comunicación de malas noticias. Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson en la validez de criterio utilizando la escala EHC en relación con el CMNE observándose $r = 0.545$ (IC 95%: 0.44-0.63) $p < 0.001$. Así la consistencia interna obtuvo un valor de α de Cronbach de 0.944. Para la determinación de la estabilidad temporal del CMNE se realizó la prueba del test-retest obteniéndose un ICC de acuerdo absoluto de 0.791 (IC: 95% 0.58-0.90). Así para la realización del AFC se obtuvieron los valores RMSEA = 0.079, TLI = 0.881, CFI = 0.881, NFI = 0.812 y PCFI = 0.792

Conclusión.

El cuestionario de comunicación de malas noticias en enfermería (CMNE), se muestra como una herramienta adecuada, en base a unas buenas propiedades psicométricas, alta confiabilidad y validez tanto de contenido como de constructo. El ser mujer, grado de preparación y percepción de la necesidad de formación en comunicación de malas noticias se asocia a una mayor puntuación en el CMNE.

ABSTRACT.

Introduction.

Communication with patients and their families is a basic and fundamental component in the health care process. Nursing professionals in their daily work face the difficult task of communicating bad news. Patients and family members who receive bad news often remember where, when and how they receive that bad news, which leads us to understand the importance of this action that is so common and at the same time important. This action of communicating can trigger stressful, aggressive and emotionally overwhelming situations, both in patients and their families, and can cause emotions such as anxiety, anger, sadness, etc., both in the recipients of said news and in the professionals who communicate it. Given the importance of communicating bad news, it is essential that health professionals have the knowledge, attitudes and skills to communicate bad news and thus cover this competence with professional excellence. There are protocols in the literature for communicating bad news, mainly aimed at the medical community, and in particular at the field of oncology, however, for nursing professionals, there are no specific tools to help and evaluate them in this process. It is worth noting the gap that exists in the field of communicating bad news among nursing professionals, as there is no tool to evaluate the communication of bad news, as well as the possible identification of deficiencies in these professionals in terms of knowledge, skills and attitudes and to be able to implement it with ongoing training if necessary.

Objectives.

To design, develop and validate a valid and reliable measurement instrument that allows the evaluation of the communication of bad news in nursing professionals in Spain. To achieve this general objective, it is necessary to identify the constructs that will form an instrument for assessing the communication of bad news for nursing professionals, to determine the content validity of the instrument, to determine the psychometric characteristics of the instrument as well as to know the factors associated with the communication of bad news.

Methodology.

To design and prepare the questionnaire, an exhaustive bibliographic search was carried out in both national and international databases (Scopus, Cuiden Plus, Web of Science (WOS), ENFISPO, LILACS, CINAHL, PUBMED, BV-SSPA...), using DeCS and MESH descriptors with their corresponding combinations with Boolean operators. The study variables were identified for the creation of the items based on the skills, knowledge and attitudes in communicating bad news. Once the 31-item questionnaire was completed, it was evaluated by 10 experts, using the principles of the Delphi method with two rounds of evaluation. A pilot study was carried out using a convenience sample of 74 nurses, where the questionnaire was maintained in its initial format. A descriptive, cross-sectional observational study was carried out to determine the psychometric properties in a study population mainly of health professionals from Jaén. A statistical analysis was performed using a descriptive analysis using

absolute frequencies for qualitative variables and the mean with standard deviation for quantitative variables. For content validity, the relevance of the items was analyzed through the content validity index. In the content validity analysis, both the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test and the Bartlett sphericity test were analyzed, leading to the performance of an exploratory factor analysis using a Varimax rotation to assign the items to the factors. Next, the criterion validity was studied through the relationship between CMNE and EHC using the Spearman and Pearson correlation coefficients. A confirmatory factor analysis was performed to confirm the model fit through the absolute fit statistical values: RMSEA, CFI, TLI, NFI, PRATIO, PCFI, PNFI and AIC. To analyze reliability, studying internal consistency using Cronbach's alpha value. Finally, temporal stability was assessed by intraobserver reliability using the test-retest test, employing the intraclass correlation coefficient.

Results.

A total of 218 nursing professionals participated, of which 23.5% (51) were men, while 76.6% (167) were women, with an average age of 39.40 years (SD12.19). 83.0% (181) worked in the public sector, 6.4% (14) in the private sector, and 6.9% (15) combined their work in both entities, while 3.7% (8) were not currently working. The highest percentage, 40.8% (89), had >10 years of work experience. 51.8% (113) had received training in communicating bad news during their undergraduate training, compared to 48.2% (105) who had not. While in postgraduate studies only 29.8% (65) had received training in communicating bad news compared to 70.2% (153) who had not. The content of the questionnaire was validated through the analysis of the judgments issued by 10

experts, which resulted in a high level of suitability agreement. For construct validity, a KMO test result of 0.931 was obtained and Bartlett's sphericity test < 0.001 , which placed all item values above 0.818. When performing the exploratory factor analysis, 4 components were observed that explained 61.96% of the total variance. In criterion validity, through convergent validity through a bivariate analysis of sociodemographic factors, a statistically significant relationship $p < 0.05$ was obtained regarding sex, importance of training or level of training when dealing with the communication of bad news. Pearson's correlation coefficient was used for the validity of the criterion using the EHC scale in relation to the CMNE, observing $r=0.545$ (CI 95%: 0.44-0.63) $p<0.001$. Thus, the internal consistency obtained a Cronbach's α value of 0.944. To determine the temporal stability of the CMNE, the test-retest test was performed, obtaining an ICC of absolute agreement of 0.791 (CI: 95% 0.58-0.90). Thus, for the realization of the AFC, the values RMSEA = 0.079, TLI = 0.881, CFI = 0.881, NFI = 0.812 and PCFI = 0.792 were obtained.

Conclusion.

The Communication of Bad News in Nursing (CMNE) questionnaire is shown to be an appropriate tool, based on good psychometric properties, high reliability and validity of both content and construct. Being a woman, degree of preparation and perception of the need for training in communicating bad news are associated with a higher score on the CMNE.

MARCO

CONCEPTUAL



1. MARCO CONCEPTUAL.

1.1. COMUNICACIÓN

La comunicación es tan antigua como la vida. Todos los individuos se comunican continuamente, incluso desde el mismo momento del nacimiento a través del llanto, que en un futuro se transformará en discurso (Pablo, 2003). Resulta imposible no comunicar, de hecho, Watzlawick y col (1981) indicaron que *“no es posible no comportarse, no emitir mensajes, ni interactuar, intentar no comunicarse es un falso dilema porque el silencio también es comunicación”* (Watzlawick et al., 1981). El ser humano es por excelencia un generador de **procesos comunicativos**, transmitiendo experiencias, expectativas y habilidades de carácter lingüístico.

1.1.1 Definición de comunicación

El término comunicación proviene del latín *“communicatio”*, siendo la acción y efecto de comunicar o comunicarse que a su vez proviene del término *“communicare”* que significa *“hacer a una persona participe de lo que se tiene”* (Real Academia Española, 2024.).

El ser humano siempre ha vivido en comunidad, estableciéndose en grupos sociales interrelacionados, siendo, por tanto, la comunicación un elemento consustancial a nuestra especie (de Miguel Pascual, 2006), entendiendo la comunicación como el medio de unión o conexión a través del cual se transmiten

mensajes con familiares, amigos, clientes, pacientes, compañeros..., en los cuales se recibe e intercambia diferente tipo de información e ideas (Thompson, 2008).

La definición del concepto de comunicación, aun pareciendo fácil, se plantea complicada. Ya en 1976 algunos autores hacían referencia a la existencia de 126 definiciones diferentes (Dance & Larson, 1976). Algunos ejemplos de esas definiciones se detallan a continuación

- *"El proceso por el cual intercambiamos o compartimos significados mediante un conjunto común de símbolos"* (William et al., 2007).
- *"El intercambio de información entre personas. Significa volver común un mensaje o una información"* (Chiavenato, 2006).
- *"Comunicación es la transferencia y la comprensión de significados"* (Robbins, 2005).
- *"El proceso por el cual intercambiamos o compartimos significados mediante un conjunto común de símbolos"* (Lamb et al., 2006).
- *"El proceso mediante el cual, el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos"* (Thompson, 2008).
- *"Un proceso continuo por el cuál una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito y oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacios u otros símbolos"* (Mejía Lopera, 2006).

1.1.2. El proceso de comunicación.

El proceso de comunicación, entendido como **la transmisión de información**, ha sido descrito en la bibliografía atendiendo a diferentes modelos en los que se analizan los distintos elementos que constituyen la comunicación, así como sus interacciones (Shannon & Weaver, 1948; Jacobson, 1960; Maletzke & Fernsehen, 1963; Eco, 1968; Alsina et al, 2001; Butragueño, 2017;).

1.1.2.1 Elementos de la comunicación.

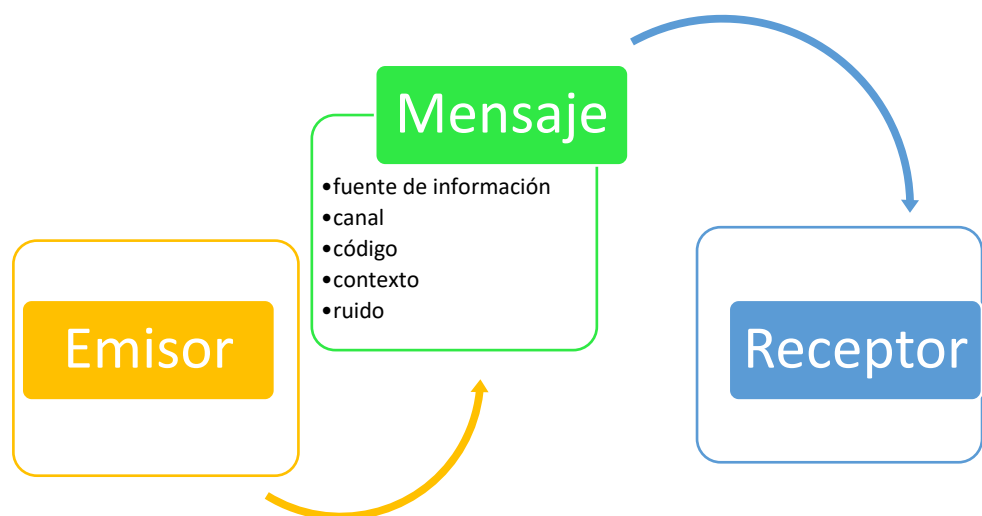
Los elementos que componen la comunicación (Shannon & Weaver, 1948; Jacobson, 1960; Maletzke & Fernsehen, 1963; Eco, 1968; Alsina et al, 2001; Pelayo & Cabrera, 2001; Butragueño, 2017) son los que se detallan a continuación y quedan representados en la **Fig.1**.

- Fuente de información que genera el mensaje que se quiere transmitir.
- Mensaje/ ideas/información/significados comprensibles: Representa el conjunto de datos a transmitir, la producción comunicable sobre la cual actúan diferentes factores como pueden ser las intenciones o propósitos del comunicador. Está constituido por la combinación de los signos organizados con el objetivo de transmitirlo a un receptor. En su formación hay que considerar la función que es la intención del emisor al construir el mensaje, ej. función emotiva, estética, metalingüística o referencial entre otras.
- Emisor/Transmisor/comunicador/: Es aquel que codifica el mensaje que se quiere transmitir al receptor y posee la capacidad de organizar la información a partir de las normas de la lengua.
- Señal/código: La señal representa el signo o símbolo de un sistema convencional de codificación mientras que el código hace referencia al

conjunto de símbolos combinables para producir las distintas estructuras de comunicación.

- Ruido/fuente de ruido: Interferencia con capacidad de distorsionar una señal y de esta forma modificar el mensaje que se quiere transmitir
- Receptor/destino: Es aquel que recibe la señal.
- Canal/medio de comunicación/contacto: Medio por el que se tramite la señal al receptor por parte del emisor. Los medios de comunicación comprenden todos los medios técnicos para la transmisión de los mensajes, cuya importancia afecta tanto a la forma de comunicar como al tratamiento y selección de los mensajes que se quieren transmitir. Por contacto se entiende tanto el canal físico como la realidad psicológica que conecta al emisor y al receptor del mensaje.
- Contexto: El conjunto de realidades culturales y físicas en las que se puede incluir el mensaje.

Figura 1. Elementos básicos de la comunicación humana.



Fuente: Elaboración propia.

1.1.2.2. Tipos de comunicación.

Aunque la **comunicación escrita** es una pieza clave en el campo de la salud y es esencial para el funcionamiento y desarrollo de la enfermería (Austin, 2007), la **comunicación verbal** y **no verbal** también desempeña un papel fundamental.

1.1.2.2.1. La comunicación verbal.

La comunicación verbal es el tipo de comunicación más utilizada y se entiende como la comunicación que se transmite a través del lenguaje oral mediante los sonidos y las palabras (Santos & Shiratori, 2008). Se caracteriza por poseer la capacidad de recibir un feedback inmediato (Belda, 2012). Dentro de la comunicación verbal, se puede incluir una modalidad denominada *comunicación paraverbal*, que hace referencia a las variaciones de la voz, como el énfasis, la velocidad, la entonación, el tono y las pausas y que no debe ser subestimada puesto que se ha considerado como la causante del 40% del impacto del mensaje (Ramos, 2002).

1.1.2.2.2. La comunicación no verbal.

Por comunicación no verbal se entiende el conjunto de las expresiones transmitidas de forma inconsciente la mayoría de las veces por diferentes actitudes corporales y no por palabras. En la comunicación no verbal es importante prestar atención a la coordinación entre lo que se quiere comunicar y la manera en la que se actúa ante la comunicación (Alba-Leonel et al., 2012), ya que gracias a ella se puede confirmar o negar el mensaje que se transmite, considerando que siempre está presente (Santos & Shiratori, 2008). Aunque la comunicación puede realizarse sin usar el mensaje verbal mediante la

comunicación no verbal, es improbable poder comunicarse de forma verbal sin usar los mensajes no verbales (Travelbee, 1979). Dentro de la comunicación no verbal se pueden diferenciar varias modalidades (Anderson & Marlett, 2004; Cestero Mancera, 2006; Santos & Shiratori, 2008; Belda, 2012).

- **Cinésica o lenguaje del cuerpo.** Engloba el análisis de los movimientos y posiciones del cuerpo humano que matizan el significado de los enunciados verbales. Aunque la cinésica trata sobre todas las partes del cuerpo, se centra fundamentalmente en las expresiones faciales por su utilidad en la demostración de sensaciones o contacto corporal. Se han diferenciado tres categorías básicas en los signos quinésicos:
 - Gestos: movimientos psicomusculares con valor comunicativo:
 - Gestos faciales (ojos, cejas...).
 - Gestos corporales (hombros, manos, dedos...).
 - Maneras: formas de hacer movimientos.
 - Posturas. Son las posiciones estáticas que adoptan el cuerpo para de forma activa o pasiva comunicar, p.ej. brazos en jarra, brazos o piernas cruzadas.
- **Paralenguaje.** Estudia los sonidos por parte del emisor, cualidades y modificadores fónicos que pueden considerarse indicadores sonoros de las reacciones emocionales y fisiológicas ya que, dependiendo de su uso pueden fortalecer, matizar o atenuar la emoción del mensaje.
 - Las cualidades del sonido pueden ser tono, timbre, intensidad, cantidad. Los modificadores fónicos o tipos de voz, dependiendo de cómo se empleen, puede llevar a que un mismo mensaje pueda

comunicar realidades distintas. Ejemplo: “que buen color de cara...”.

- Las reacciones emocionales o fisiológicas (conscientes o inconscientes) como suspiros, risas, bostezos, llantos o gritos pueden causar gran impacto en la comunicación.
- La utilización de elementos cuasi-léxicos, como consonantizaciones o vocalizaciones convencionales también ejercen gran poder en la comunicación. Ejemplos: ¡Aja! ¡Ah!, ¡uf!, ¡psi-psa!...
- La ausencia de sonidos también puede comunicar:
 - Pausas. Pueden indicar cambio de turno, petición de apoyo, etc.
 - Silencios. Cambio de hablante, corrección, duda, titubeos, etc.
- **Proxémica.** Revela el uso que hacen los seres humanos del espacio para comunicarse y está relacionada con el comportamiento en aspectos tan importantes como la proximidad, la territorialidad o la orientación entre otros.
- **Cronémica.** Analiza la concepción, estructuración y uso que hace del tiempo el ser humano y dentro de los tres tipos de tiempo que estudia (social, conceptual e interactivo) se plantea la importancia que este último tiene por su valor informativo.
- **Tacésica.** Estudia el tacto en situaciones en las que los intervinientes se tratan, como puede ser el saludo o la despedida, acciones que se realizan

en función del “status” social y la diversidad de género (Santos & Shiratori, 2008).

1.1.3. Habilidades de comunicación

Antes de estudiar las habilidades de comunicación, se hace interesante realizar una perspectiva histórica evolutiva, analizando los cambios ocurridos en la comunicación que han dado lugar a un giro en la concepción de la propia comunicación.

Así, a fin de mejorar la comunicación surgieron dos perspectivas básicas (Anderson & Marlett, 2004; Moore et al., 2010), el enfoque del “**lanzamiento de la bala**” y el enfoque del “**Frisbee**” o “*lanzamiento del platillo*”.

El enfoque del “**lanzamiento de la bala**”, es originario de la Grecia clásica, y definía la comunicación enfatizando en el mensaje bien concebido y bien entregado. Este modelo se ha mantenido hasta el siglo XX. Desde la perspectiva de este enfoque se entendía la comunicación efectiva constituida por los siguientes elementos: contenido, entrega y persuasión. Sin existir la noción de “feedback”, surge el enfoque “**Frisbee**” en los años cuarenta, con dos conceptos nuevos, la “*confirmación*” (reconocer y apoyar a otra persona) y, en segundo lugar, el concepto de “*entendimiento mutuo*” en un terreno común, representándolo en el juego de lanzar el “frisbee”, para que el otro pueda cogerlo y de esa forma volverlo a lanzar partiendo de la confianza y la precisión (Moore et al., 2010). Posteriormente surgió la **teoría de Baker**. Este autor introdujo una nueva idea a la que denominó “*identificación recíproca*”, alcanzado un entendimiento mutuo y consciente, consolidando la comunicación incluso en el silencio (Baker, 1955), y dando opción a los momentos en los que existe

incomodidad entre entrevistador y paciente, en los que se puede crear incluso una amenaza o tensión, lo que conlleva a la resolución de conflictos gracias al modelo de la “*toma de decisiones compartida*” o “*reconocimiento recíproco*” (Starfield et al., 1981; Moore et al., 2010; Costa-Alcaraz et al., 2011). A partir de todas estas ideas Kurtz describió la “**comunicación efectiva**” fundada en cinco principios que aplicada a la comunicación con los pacientes queda recogida a continuación:

1º Interacción mutua, entendida como un intercambio o feedback, estableciéndose un terreno común de mutuo entendimiento.

2º Reducción de la incertidumbre innecesaria, evitando así la distracción del paciente gracias a la precisión, la eficacia y la relación.

3º Planificación basada en los resultados que pretendemos conseguir.

4º Dinamismo y flexibilidad, para reaccionar ante distintas situaciones en consonancia con las diferentes circunstancias y los distintos pacientes.

5º Seguir un modelo helicoidal para conseguir la comprensión completa, volviendo a la información de forma espiral hasta conseguir niveles de comprensión mayor.

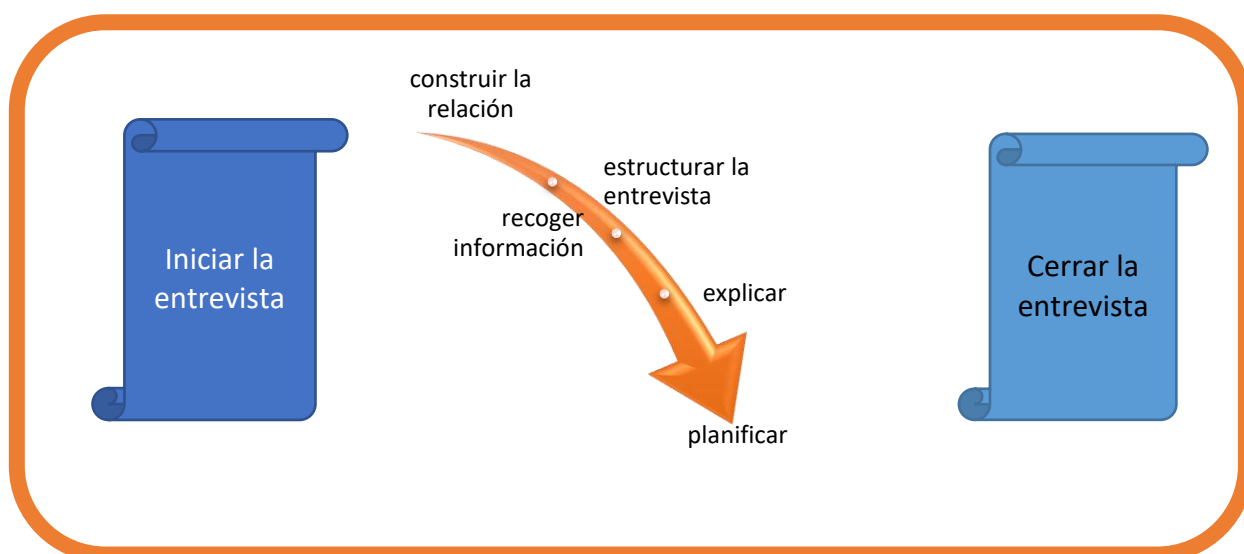
Ante estos principios, cabe preguntarse cuáles son las **habilidades específicas de comunicación** que deben existir en una entrevista con los pacientes.

Inicialmente existía la creencia de que las habilidades de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes eran una habilidad innata de los profesionales (Moore et al., 2010), habiendo en principio un rechazo ante la posibilidad de enseñanza por parte de los profesionales. Sin embargo, es evidente que existen habilidades específicas para la comunicación

efectiva (Silverman et al., 2005), y así en el ámbito de la medicina basada en la entrevista con los pacientes existe la *Guía de Observación de Calgary Cambridge* (Guía CC) (Kurtz & Silverman, 1996) (**Anexo 1**), que consta de 71 ítems en los que se hace un amplio recorrido sobre la habilidad comunicacional. No obstante, todas las habilidades son necesarias siempre y van a depender de la situación o resultados que se persigan (Moore et al., 2010).

El marco esencial de la estructura de la **Guía CC** hace referencia a las siguientes tareas recogidas en la **Fig. 2**: Construir la relación, dar estructura a la entrevista, iniciar la entrevista, recoger información, explicar, planificar y cerrar la entrevista.

Figura 2. Marco de la Guía Calgary Cambridge.



Fuente: Elaboración propia a partir de (Moore et al., 2010).

Como es sabido, la comunicación es la clave del éxito o incluso del fracaso en la interacción personal y puede incluso reflejar el resultado y la productividad

profesional. En una comunicación de calidad y eficaz deben aparecer como habilidades comunicativas las siguientes (Mendoza-Granada, 2016):

- **Flexibilidad:** Es la capacidad de adaptarse a situaciones inesperadas, demostrando sensibilidad a la variación de las condiciones y estímulos del ambiente, así como la capacidad de respetar las necesidades y sentimientos de con quien se comunica.
- **Agudeza:** Es la capacidad de estar alerta, actuar con vivacidad y saber responder a las respuestas verbales y no verbales para conseguir un resultado de éxito en el proceso comunicativo.
- **Receptividad:** Se entiende como una condición interna o personal que permite captar estímulos, mensajes o respuestas ante los rastros comunicativos que le llegan en el proceso comunicativo.
- **Preparación cuidadosa:** Es la capacidad de captar los estímulos recibidos y en base a esa información responder adecuadamente.
- **Estímulo:** Consiste en transmitir esperanza, ayudando e inspirando valentía.
- **Uso del silencio:** Una vez que se llega a un proceso comunicativo compartido, el uso del silencio puede llegar a ser tan eficaz como las palabras, explicando nuestra postura, afianzando nuestras palabras e incluso puede utilizarse en determinadas situaciones como un uso terapéutico.

1.2. COMUNICACIÓN Y SALUD

La relación entre la comunicación y la salud, se ha venido afianzando en los últimos tiempos. Responsables profesionales de ambos campos han insistido en reconocer que una buena relación de esta dimensión de la vida, puede afectar de forma directa a la salud y concretamente a la calidad de vida de los individuos, familias y sociedades (Pintos et al., 2000). La comunicación en todos sus niveles (masiva, comunitaria e interpersonal) tiene un papel fundamental en la modificación y refuerzo de conductas, normas sociales, conocimientos y en general cambios sociales que contribuyen a mejorar la calidad de vida (Mosquera, 2003).

1.3. LA COMUNICACIÓN Y LA RELACION ENFERMERA PACIENTE.

A mediados del siglo XIX, desde los inicios más recientes de la disciplina enfermera, **Florence Nightingale** ya planteaba la necesidad y la importancia de la comunicación en la **relación enfermera/paciente** (Belda, 2012). Esta afirmación se ha visto reforzada por numerosos pensadores y pensadoras. **Hildegard E Peplau** consideraba la comunicación como la base del modelo enfermero, siendo el rol de enfermería la capacidad de comprender y conocer la conducta y los sentimientos de los pacientes y sus familiares en base al conocimiento de su propia conducta y de esta forma establecer la relación de ayuda (Benavent Garcés, 2001). Siguiendo en esta línea, **Virginia Henderson** y **Dorotea Orem**, en sus más que afianzadas y conocidas teorías como la *Teoría de las Necesidades* o la *Teoría General de la Enfermería* respectivamente, establecen la relación entre la parte psicosocial del ser, ante la relación de ayuda,

suplencia, etc., entre la enfermería y los pacientes y sus familiares, relacionando de forma directa la influencia de la comunicación en los valores éticos y morales de los seres humanos y sus relaciones interpersonales, considerando éste el punto de partida del valor único de la dignidad junto con la justicia, intimidad, afecto o la verdad en la labor ética y moral de la labor asistencial por parte de la profesión enfermera (G. Tomás & Postigo, 2007).

La comunicación, unida al control de los síntomas y el apoyo emocional, son los instrumentos básicos que utiliza el profesional de enfermería en el día a día de su labor profesional (B. V. López, 2007), estableciendo un aval de calidad en la relación enfermera-paciente (de Haro-Fernández & Martínez-López, 2002). La comunicación es, por tanto, un recurso transcendental en todo el proceso de cuidar (Orem, 1993). Teniendo en cuenta una perspectiva holística de la enfermería, el hecho de que las enfermeras integren en sus cuidados la comunicación, favorece el establecimiento de una relación afectiva, de consenso y cooperación con el paciente lo cual permite a la propia enfermera empatizar con los sentimientos y acciones del paciente (Orem, 1993; Ibarrondo, 2001), lo que será clave para establecer una relación de confianza que permita al paciente consultar todas las dudas y preguntas que le surjan (de Haro-Fernández & Martínez-López, 2002). En este contacto estrecho con los pacientes, en momentos difíciles, de riesgo vital y existencial, el uso adecuado de la comunicación es una señal de identidad que distingue a la enfermería de otras profesiones (Maldonado, 2012). De hecho, el desarrollo de una serie de habilidades y destrezas comunicativas no solo va a favorecer el bienestar físico y psicológico de los pacientes, sino que también consigue otros objetivos en el proceso salud/enfermedad (ej. adherencias a tratamientos)(Maldonado, 2012).

Por tanto, la comunicación con el paciente debe ser un proceso de creación de relaciones (Zoppi & Epstein, 2001), condicionado por muchos factores como refleja Mejía Lopera: *“un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”* (Mejía Lopera, 2006) .

1.3.1. La relación de ayuda.

El término **ayuda** proviene del latín, *“adiuvare”*, que significa *“provocar alivio”*, por lo tanto, el significado de este término es hacer más llevadero el sufrimiento y aliviar las cargas que produce este sufrimiento (C. Tomás & Ángel, 2009). Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), ayudar se define como *“prestar cooperación, auxiliar socorrer, hacer un esfuerzo, valerse de la cooperación o ayuda de alguien”* (de la Lengua Española, 2014). Otras definiciones de la relación de ayuda la describen como *“un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento”* (Bermejo, 1999) .

La relación de ayuda es un fenómeno muy frecuente en los ámbitos más diversos de la vida (Madrid Soriano, 2005), siendo una forma especial de relación humana, cuyo fin es satisfacer las necesidades humanas básicas. A diferencia de la ayuda que puedan proporcionar diferentes colectivos, los profesionales de enfermería cuentan con un conocimiento mucho más detallado y con un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades aprendidas con el fin de utilizar sus recursos de forma consciente, controlada, metódica e intencionada con el fin de proporcionar dicha ayuda.

La relación de ayuda tiene que ser una relación valiosa en la relación personal e íntima en el querer ayudar y recibir ayuda, siendo honestos intelectual y emocionalmente, con un consentimiento mutuo basado en la confianza, donde el demandante necesita información, consejo, comprensión, tratamiento e instrucción, que dependerán en gran medida de la comunicación transparente eficaz, verbal y no verbal del otro interlocutor (C. Tomás & Ángel, 2009).

La relación de ayuda se puede entender desde **dos perspectivas** diferentes:

- **Desde un sentido estrictamente profesional.** Se han descrito dos tipos: **counseling** y **psicoterapia**.
 - El término **counseling** significa “*relación de ayuda*”, “*consejo*”, “*consejo asistido*”, y se refiere a una relación terapéutica dirigida a personas con un tipo de problema específico que necesita apoyo para tomar decisiones, superar crisis, adherencias a tratamientos, etc. Para ello emplea técnicas psicológicas de ayuda y asesoramiento, centrándose en el paciente y/o sobre sus problemas o síntomas. Se caracteriza por dominio afectivo y conductual, necesitando de actitudes y habilidades centradas en la comunicación asertiva, solución de problemas y control emocional. El counseling en la actualidad ha demostrado ser una herramienta eficaz y útil para los profesionales de enfermería (Arranz et al., 2005; Willaing & Ladelund, 2005), tanto para asegurar adherencias a tratamientos como ya se mencionado anteriormente, como para superar dificultades en la relación con pacientes y sus familiares.

- **Psicoterapia.** Se entiende como el proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a su consulta. La diferencia con el counselling, es que mientras que este intenta mantener el *statu quo* del paciente o recuperarlo, la psicoterapia se dirige principalmente a pacientes con dificultades estructurales de personalidad que le ocasionan un sufrimiento especial.

Tanto la **psicoterapia** como el **counselling** son herramientas de relación de ayuda que exploran y entienden el problema y se basan en el contacto directo personal y necesariamente deben de contar con una serie de actitudes y habilidades (escucha, empatía, etc,) para desempeñar una relación de ayuda de calidad (C. Tomás & Ángel, 2009).

- **Desde el enfoque de ejercicio de una profesión de ayuda.**

Bajo este epígrafe se engloba la ayuda prestada por los profesionales (enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos...) a personas en situaciones de necesidad. Aparecen por tanto dos roles bien definidos: **ayudante** y **ayudado**. En estas situaciones la relación de ayuda surge tras presentarse una dificultad que conlleva un sufrimiento que para poder ser solventado o hacerlo más llevadero requiere el deseo de ser ayudado y una predisposición de ayuda. En estas situaciones surgen interacciones entre el profesional y la persona en dificultad. Son las denominadas "*interacciones de ayuda*", y en ellas la comunicación

representa un elemento clave y fundamental para ofrecer cuidados de calidad (Bermejo, 1999).

1.3.2. Cuidado enfermero y relación de ayuda.

La relación entre el cuidado enfermero y la relación de ayuda, pasa indudablemente por comprender su relación con las relaciones humanas. Así Fontanals et al., (Fontanals et al., 1994) indicaba *“sea cual sea el área de trabajo, los enfermeros han constatado que sus pacientes piden, fundamentalmente, ser acogidos, escuchados y comprendidos, de lo que se deduce que ofrecer unos cuidados efectivos desde el punto de vista técnico, no es suficiente para prestar unos cuidados de calidad”*. Por tanto, la relación de ayuda no es una parte más del proceso de atención de enfermería sino algo intrínseco a los cuidados enfermeros. En esta línea se afirma que *“en el fondo subyace el convencimiento de que para realizar bien las profesiones de salud no es suficiente con poseer una competencia científico-técnica, sino que es necesaria también una buena capacidad de comunicar. Un buen diagnóstico, una buena adherencia al tratamiento, un buen soporte emocional, la comunicación de una mala noticia (MN), la solicitud del consentimiento informado, el informe de voluntades anticipadas, etc, tareas propias de agentes de salud, tendrán tanto más éxito y serán realizadas tanto más a la medida de la dignidad de la persona cuanto más diestro sea el profesional en la relación de ayuda”* (García Férez & Alarcos, 2002).

Partiendo de que la formación científico-técnica es imprescindible, algunos autores han destacado que existe una carencia de conocimientos en torno a la relación de ayuda (C. Tomás & Ángel, 2009), afirmando que los profesionales no

están preparados para ayudar, acompañar y entender a los pacientes en los momentos difíciles, existiendo una desproporción entre los conocimientos técnicos y los aspectos humanos recibidos para el desempeño de la actividad profesional (C. Tomás & Ángel, 2009). Por tanto, debe de considerarse la unión de las competencias técnicas y las competencias de relación como fundamento y base de los cuidados enfermeros (García Marco et al., 2004; Guallart Calvo, 2004).

Aunque se ha demostrado ampliamente que la comunicación es una pieza fundamental en los cuidados de salud y aun siendo un pilar básico en los cuidados de enfermería, las dificultades en la comunicación interpersonal resultan ser uno de los factores más estresantes para las enfermeras (Adán & García, 2013).

La relación de ayuda en el cuidado enfermero va encaminada fundamentalmente a aquellas estrategias dirigidas al tratamiento del malestar y las alteraciones físicas y aquellos cuidados de enfermería que buscan tranquilizar al paciente y los familiares, atenuando el miedo y la ansiedad frente a enfermedades y tratamientos, así como en situaciones difíciles que pueden derivarse de pérdidas, duelos, modificaciones del esquema corporal, incluso a la toma de decisiones importantes o la aceptación como fase final de una enfermedad (Ortega Galán, 2012).

1.4. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

El proceso de comunicación de las enfermeras con los pacientes está íntimamente ligado a la **comunicación de malas noticias** (CMN), siendo una de las tareas más complejas y difíciles a las que se enfrenta los profesionales de

enfermería. Un hecho que refleja la importancia de este proceso comunicativo es que los receptores de malas noticias difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fueron comunicadas (García Marco et al., 2004; Gao, 2011; Abbaszadeh et al., 2014; Aein & Delaram, 2014).

1.4.1. Concepto de malas noticias.

Desde el punto de vista sanitario, el concepto de “*mala noticia*” (MN) más aceptado es el establecido por Buckman: “*la mala noticia es aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro*” (Adebayo et al., 2013; Arbabi et al., 2010; Guerra, 2011). De un modo más amplio, la **mala noticia** puede definirse como “*toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento positivo del suceso* (Ptacek & Eberhardt, 1996)”.

1.4.1.1. Tipos de malas noticias

Aunque parece clara la definición que se plantea de MN, el abanico de posibles MN es realmente amplio.

De acuerdo con la **gravedad** a la que se refiere la MN, estas se clasifican en **tres grandes grupos** (Rodríguez Salvador, 2010):

- Un primer grupo de MN hace referencia a aquellas noticias que para el profesional de la salud pueden parecer banales, p.ej. una fractura, o un tratamiento doloroso, exigente o cruento, que visto desde el punto de vista profesional no reviste gravedad y por tanto su “*juicio*” sobre la valoración de MN sería ínfimo. Sin embargo, desde el punto de vista

subjetivo del paciente podría ser un cambio importante en la realización de su vida normal (trabajo, evento familiar...). La reacción ante este tipo de MN va a estar también ligada a la experiencia del paciente, la edad, los valores, las creencias, así como a las obligaciones familiares y personales entre otras (Vandekieft, 2001; Rodríguez Salvador, 2010).

- Un segundo grupo está constituido por aquellas noticias que pueden unir, no sólo un diagnóstico o situación cuanto menos preocupante, sino que se acompañan de un momento inoportuno. Este segundo grupo demuestra que una MN tiene dos componentes, uno objetivo que atiende a la severidad y un segundo componente que depende del paciente y por tanto es subjetivo (Rodríguez Salvador, 2010).
- Un tercer grupo englobaría a aquellas noticias que indican aspectos más severos como enfermedades graves y/o terminales, que aun dependiendo del componente subjetivo del paciente que recibe la noticia, van a ensombrecer drásticamente el futuro del paciente (Rodríguez Salvador, 2010).

1.4.2. Efectos de la mala noticia

En líneas generales se ha comprobado que existe una similitud de respuestas ante determinadas enfermedades, así como en el contenido de los mensajes emitidos en esas situaciones. Sin embargo, son las características del individuo que recibe la MN y de su entorno las que determinarán la forma de percibir dicha MN (Melero Lacasia & García-Orellán, 2016). Teniendo en cuenta, como se ha descrito previamente, que aquellos que reciben una mala noticia, no olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada (Fallowfield, 1993; Arbabi et al., 2010;

Gao, 2011; Adebayo et al., 2013; Abbaszadeh et al., 2014; Aein & Delaram, 2014), es necesario aceptar que las MN van a generar efectos ingratos tanto en el paciente y su familia como en el profesional que las transmite (Martín Hernández & Trujillo Matienzo, 2009).

1.4.2.1. Efectos de la comunicación de malas noticias en el paciente.

En tiempos anteriores, existía una **actitud paternalista** por parte del profesional que comunicaba la **mala noticia**. Se pensaba que de esta forma se protegía a los pacientes puesto que se tenía la idea de que la sinceridad podía ser perjudicial e incluso cruel para el paciente (Oken, 1961) en contraposición a la actitud de los pacientes de querer saber sobre su situación y diagnóstico (Meredith et al., 1996). aunque sí que es cierto que existen diferentes tipos de pacientes con preferencias también distintas en cuanto a la información que desean recibir (Martín Hernández & Trujillo Matienzo, 2009). De hecho, ha sido descrito que cuando se oculta información al paciente se le impide al propio paciente tomar sus propias decisiones autónomas respecto a los aspectos terapéuticos adecuados en función de sus objetivos personales, lo que acaba provocando alteraciones no solo físicas sino también emocionales como angustia y ansiedad (Centeno-Cortés & Núñez-Olarte, 1994; Glass & Cluxton, 2004; Gold, 2004; Abbaszadeh et al., 2014). Pero también hay que tener en cuenta que la CMN puede igualmente generar en los pacientes **ansiedad** y **depresión** (Spiegel & Giese-Davis, 2003), derivando en una afectación de la calidad de vida y en algunos casos puede afectar a la capacidad de hacer frente a su tratamiento y enfermedad (Zachariae et al., 2003) e incluso puede afectar a la supervivencia como queda demostrado en pacientes diagnosticados de

cáncer (De Boer et al., 1999; Jones et al., 2006 ; Abbaszadeh et al., 2014; Aein & Delaram, 2014). Por tanto, hay que tener presente que revelar la verdad en la CMN sin tener en cuenta la sensibilidad y la consideración de apoyar al paciente y fomentar la ayuda en la toma de futuras decisiones sobre su proceso, puede ocasionar en los pacientes más molestia y dolor incluso que la mentira de su situación (Lind et al., 1989; Narayanan et al., 2010).

En este sentido, el efecto que la mala noticia ejerza en el paciente y su interpretación, así como la reacción emocional que desencadene esta mala noticia, va a depender en gran medida de equilibrio emocional que tenga el propio paciente. Este equilibrio emocional se va a ver influenciado por sus características socio-económicas y culturales, la gravedad de la enfermedad o de la noticia, el apoyo social, los estilos de afrontamiento, las creencias espirituales, la edad y las experiencias previas similares entre otros aspectos (Payán, 2012).

Tanto la comunicación como la no comunicación de malas noticias genera emociones adversas en los pacientes, por lo que también hay que tener en cuenta la cantidad de información que se debe de dar en función del nivel de necesidades y comprensión de los pacientes, siendo el exceso de información un posible motivo para incrementar el miedo, ansiedad y confusión (Managheb et al., 2013). Para atenuar este efecto se debe de comunicar la noticia de forma **integral, prudente, hábil y discreta** para que los pacientes cuenten con el control sobre las consecuencias presentes y futuras de su proceso (Singer & Koch, 1997; Avery, 2002; Abbaszadeh et al., 2014).

1.4.2.2. Efectos de la comunicación de malas noticias en la familia

Aunque generalmente la CMN se centra en el paciente, existen malas noticias que van a producir daños devastadores no solo en el paciente sino también en su familia, provocando en ambos, intensas **reacciones emocionales** (Martín Hernández & Trujillo Matienzo, 2009). Ante esta situación es indispensable llevar a cabo la CMN con la familia evitando así la denominada “*conspiración del silencio*” (Barbero Gutiérrez, 2006; Ortega Galán, 2012), de tal forma que se atenúe su efecto negativo en la familia y de este modo quede involucrada junto con el paciente y el equipo sanitario en la atención y coordinación de los cuidados (Martín Hernández & Trujillo Matienzo, 2009; Abbaszadeh et al., 2014; Aein & Delaram, 2014).

1.4.2.3. Efectos de la comunicación de malas noticias en el profesional que comunica.

El proceso de comunicación no tiene por qué ser estresante en la labor diaria del profesional sanitario, sin embargo, cuando se entremezclan la comunicación de buenas noticias y la comunicación de malas noticias se generan situaciones de ansiedad, estrés, miedo (Abbaszadeh et al., 2014; Aein & Delaram, 2014) e incluso el profesional siente dudas de si realmente está preparado para dicha comunicación o incluso de si posee las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para CMN (Llompert López, 2018).

1.4.3. ¿Quién debe dar la mala noticia? Multidisciplinariedad en la comunicación de malas noticias

En un principio habría que considerar que **todo profesional de la salud** que interviene en un proceso asistencial está obligado a informar dentro de sus competencias y funciones. Aunque tradicionalmente se ha atribuido al médico esta función (Ab et al., 2007; Díaz, 2006), la esencia de cuidar y el medio de atender las necesidades del paciente viene por el canal de la comunicación, lo que conlleva a entender que todo profesional involucrado en el cuidado del paciente también es responsable de la comunicación con el mismo (Warnock, 2014).

En este punto, resulta interesante analizar cuál es el profesional mejor cualificado o que se encuentra en mejor situación para comunicar una mala noticia (Mirón González, 2010). En este sentido, la sociedad en general asume que la CMN es una función **del profesional médico** (Mirón González, 2010; Burgers et al., 2012), defendiendo que “*sea el profesional que atiende directamente al paciente y el que tenga mayor información sobre el proceso y las alternativas terapéuticas*” el que lleve a cabo esa comunicación (A. S. López, 2008). Sin embargo, dada la idiosincrasia de esta acción y su repercusión tanto en el paciente y su familia como en el profesional que la comunica, diferentes estudios han recomendado que, en el momento de dar malas noticias, deben de estar presentes además del personal médico, otros responsables del cuidado familiarizados con el paciente y familia (A. S. López, 2008; Aein & Delaram, 2014). De hecho, es un hecho objetivo que en estas situaciones los pacientes consultan nuevamente a otros profesionales los mismos interrogantes que han sido comunicadas por el médico (M. L. Bascuñán, 2013), por tanto, la

intervención de distintos profesionales en la información de los pacientes y su familia puede ser problemático por poder plantearse en algunos casos contradicciones. Es por ello que se propone que *“la coordinación y definición de roles dentro del equipo de salud sea un desafío ineludible”* y *“el equipo de salud debe definir de antemano quienes se harán cargo de esta tarea”* (Benítez del Rosario & Salinas Martín, 2000; M. L. Bascuñán, 2013).

Continuando con el dilema de determinar cuál es el profesional más indicado en la CMN, es evidente el hecho de que son las **enfermeras** las que pasan mayor tiempo junto al paciente y su familia y ello genera un mayor conocimiento de su realidad (Farrell, 1999), por eso se apuesta por las enfermeras como una de las mejores opciones en la CMN (Farrell, 1999; Abbaszadeh & Ehsani, 2014). Además, los pacientes experimentan la sensación de un mayor apoyo de las enfermeras frente al recibido por el personal médico (Rassin et al., 2006) y enfatizan su preciada colaboración (Arber & Gallagher, 2003), lo que no solo las señala, sino que las enfatiza como un elemento clave en la CMN: La enfermera debe de estar presente cuando el médico comunica malas noticias, no sólo por la CMN en sí misma, sino *“para poder planificar una estrategia de ayuda y un soporte emocional adecuado al paciente y/o familia”* (García Valdés & Suárez Marín, 2013).

En la actualidad, existen nuevas perspectivas que indican que la responsabilidad de la CMN debe de recaer en un **equipo multidisciplinar**, dando respuesta a las necesidades de una **atención integral** (Almanza Muñoz & Holland, 1999; Aein & Delaram, 2014; Del Valle García, 2006). Estos equipos multidisciplinarios cuentan con muchas profesiones y profesionales que aportan

habilidades y conocimientos y en los que se incluyen disciplinas como medicina, enfermería, psicología, asistentes sociales, fisioterapia, psiquiatría, terapia ocupacional y asesoramiento espiritual (Barbero Gutiérrez, 2006; Ortega Galán, 2012). No obstante, existen situaciones realmente complejas en las que se diferencian los equipos multidisciplinares y los interprofesionales, ya que estos últimos cuentan con las ventajas de no ser tan rígidos y relajar los compartimentos estancos de los multidisciplinares. En cualquier caso, el trabajo en equipo ayuda a una mayor calidad en el proceso de CMN que cuando este mismo proceso es desempeñado por un profesional aislado (Ortega Galán, 2012). Sin embargo, pese al planteamiento multidisciplinar de la CMN, existen estudios que siguen poniendo en duda si es el método más efectivo frente a la unidisciplina, aunque en todos ellos se concluye que los profesionales implicados en la CMN deben de tener una formación específica en este campo (Abel et al., 2001; Aein & Delaram, 2014).

1.4.4. Papel de la enfermería en la comunicación de malas noticias

La labor de informar a pacientes y familiares ha sido hasta la actualidad una responsabilidad del colectivo médico, asumida socialmente como ya se ha indicado anteriormente (Mirón González, 2010c). No obstante, en los últimos tiempos esta idea ha cambiado fruto del aumento de la participación de la enfermería en diferentes funciones asistenciales. Así, el papel de la enfermera como gestora en el proceso del cuidado facilita las funciones de evaluar, promover y mejorar el cuidado con calidad y seguridad desde su función de liderazgo, estableciéndose la habilidad de *saber comunicarse* como una

habilidad indispensable para su práctica diaria (Estefo Agüero & Paravic Klijn, 2010).

Price y col (Price et al., 2006) en su estudio definen los diferentes tipos de roles de la enfermera en el proceso de la CMN:

-- **Rol de líder**, dirigiendo las condiciones más favorables para realizar la CMN.

-- **Rol de facilitadora** y apoyo. tanto de los familiares como de los pacientes.

-- **Rol de educadora** y profesora, de la información que se demanda en la nueva situación.

-- **Rol de defensora del trabajo en equipo**, fomentando y siendo el nexo de unión del trabajo en equipo (Mirón González, 2010).

Considerando la idea del trabajo de un **equipo multidisciplinar**, la habilidad de comunicación, no sólo se hace presente en los cuidados ofrecidos al paciente y a la familia, sino que está presente también en el trabajo diario de todo el equipo. Analizando el papel de la enfermera, ésta se sitúa en un lugar estratégico para conseguir una relación terapéutica óptima entre paciente, familia y equipo sanitario (Belda, 2012). Debido a esta posición estratégica, el paciente se dirige en primer lugar a la enfermera cuando le acontece algo importante (García Marco et al., 2004). Sin embargo, las enfermeras siguen percibiendo que la función de CMN es propia del médico, es decir, es una competencia ajena a la enfermería (Pérez Fernández et al., 2009). Algunos autores van más allá y establecen que la CMN no consiste en informar sobre un diagnóstico como algo puntual, si no que *“se trata de un proceso relacionado con cualquier situación que resulte negativa según la percepción individual del paciente sobre su presente y su*

futuro” (Astudillo et al., 2023).

Por otro lado, existen estudios heterogéneos e incluso contradictorios. Así por ej. algunos autores defienden que es una actividad inherente a los médicos (Peña & Solé-Balcells, 2010) e incluso consideran que la existencia de más profesionales que comuniquen la mala noticia puede llevar a contradicciones y las consecuencias que se deriven para el paciente y familia serían contraproducentes (M. Bascuñán et al., 2007). Incluso otros estudios defienden que no son las enfermeras las que deben de CMN, sino que son los médicos los que deben de ser los que las comuniquen (Abbaszadeh et al., 2014).

1.4.5 Marco ético/legislativo de la comunicación en enfermería

Ante la heterogeneidad de estudios cabe preguntarse si realmente es una función de enfermería la comunicación de malas noticias. Para responder a esta pregunta es necesario analizar aspectos legislativos y deontológicos.

La comunicación en enfermería queda reflejada en el **Código Deontológico de Enfermería** en su **Capítulo II: la enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os**. En sus artículos 10 y 11 indica:

Artículos 10: *“Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando este se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”* (Comité-de-Enfermería, 1988).

Artículo 11: *“La Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda*

del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado” (Comité-de-Enfermería, 1988).

En cuanto al **marco legislativo**,

- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. **Capítulo I:** Principios generales. **Artículo 1.** **Ámbito de aplicación. Punto 6:** “*Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente*” (Alventosa del Río, 2003). Esta ley, sin profundizar en razones de etnia, religión y cultura, incide directamente en la CMN (Zahedi, 2007, 2010; Abbaszadeh et al., 2014).

Una vez definidos los aspectos éticos/legislativos, sigue surgiendo la duda de **qué pueden** y **qué deben** de comunicar los profesionales de enfermería. Es necesario, por tanto, describir que en el campo de la **labor asistencial** de Enfermería existen tres niveles de responsabilidad y actuación atendiendo al grado de autonomía en la toma de decisiones, **nivel independiente** y **niveles dependiente e interdependiente** (Tellez & García, 2012) que se detallan a continuación:

- **Nivel independiente.** Se reconoce legalmente toda acción que es responsabilidad de Enfermería y por la tanto no necesita de la dirección ni supervisión de otros profesionales. Basándose en los *Diagnósticos de Enfermería* la enfermera/o puede dar toda la información necesaria ya que

se parte de la habilidad, destreza y conocimiento en el desempeño del cuidado.

- **Nivel dependiente e interdependiente.** Este apartado se encuentra más dirigido a orientar, aclarar dudas, ofrecer los recursos necesarios para su información o llegar a informar al paciente si la situación o el contexto lo hicieran necesario (Pérez Fernández et al., 2009).

Por tanto, se puede considerar que la CMN en Enfermería es una **función legítima** tanto propia como dentro del equipo multidisciplinar.

1.4.6. Dificultades de la comunicación de malas noticias

Puesto que la CMN no es una actividad placentera, sino que, al contrario, produce dolor y sufrimiento en el paciente y su familia y en el propio profesional encargado de llevarla a cabo, es una tarea sumamente difícil de realizar para el profesional sanitario (Narayanan et al., 2010). De hecho, la CMN se entiende probablemente como una de las tareas más difíciles a la que se deben enfrentar los profesionales de salud (de Lima, 2003). Se han descrito numerosos factores que dificultan la CMN entre los que destacan **factores socioculturales, factores propios del paciente y también factores propios del profesional sanitario** como temor a causar dolor, a expresar sus propias emociones, fracaso terapéutico o incluso temor legal entre otros (de Lima, 2003; Díaz, 2006; B. V. López, 2007). Además, son también numerosos los estudios que demuestran que el modo de CMN es esencial de manera que una práctica inadecuada conlleva a un mayor sufrimiento psicológico y problemas en la adherencia al tratamiento, mientras que una CMN de forma adecuada contribuye a una mayor

aceptación, comprensión y adaptación tanto del paciente como de su familia a la nueva etapa que se plantea (Payán, 2012; Ptacek & Eberhardt, 1996).

1.4.7. Cómo comunicar malas noticias

La comunicación necesita de una formación previa, no exenta de esfuerzo, dedicación y habilidades (Farrell, 1999; Melero Lacasia & García-Orellán, 2016). Considerando que el proceso de comunicación es algo implícito que determina la calidad y la efectividad de los cuidados resulta necesario resaltar su importancia ya desde la formación, tanto de Grado como de Postgrado en enfermería, enfatizando en la necesidad del aprendizaje de habilidades en el arte de comunicar que como se ha mencionado en otros apartados de esta Tesis Doctoral, es inherente a la praxis del cuidar (Mirón González, 2010d). Diferentes estudios han demostrado que la ausencia de esta habilidad comunicadora provoca insatisfacción en los pacientes, repercutiendo negativamente en las diferentes competencias técnico-sanitarias (Sánchez-Teruel et al., 2015) lo que pone de manifiesto la necesidad del profesional de alcanzar un nivel de excelencia en esta competencia (Saiote & Mendes, 2011; Aein & Delaram, 2014; Abbaszadeh et al., 2014; Little & Bolick, 2014; Achury Saldaña et al., 2015; González-Cabrera et al., 2020).

La mayor parte de las **guías de práctica clínica** sobre CMN van dirigidas al colectivo médico y por lo general al campo de la oncología (Park et al., 2010; Shaw et al., 2012; Achury Saldaña et al., 2015), sin embargo, las enfermeras, que en su labor diaria se enfrentan a la difícil y a la vez frecuente tarea de CMN (Park et al., 2010; Saiote & Mendes, 2011; Martis & Westhues, 2013) no poseen este tipo de herramientas específicas que les ayuden, orienten e incluso evalúen

este proceso de CMN (Koch et al., 2017). Diversos estudios muestran las lagunas existentes en el conocimiento, actitud y habilidad en CMN, justificando la necesidad de crear un instrumento que sirva para evaluar cómo se transmiten las MN e identificar la necesidad de formación continuada en esta materia (Martis & Westhues, 2013; Abbaszadeh et al., 2014; ; Aein & Delaram, 2014; Achury Saldaña et al., 2015; Baile, 2015; Warnock, 2014), debido a las importantes consecuencias que provocan la carencia de estas habilidades tanto en los pacientes y en su familia, como en los propios profesionales (Pérez Fernandez et al., 2009; Saiote & Mendes, 2011; Linda Baer & Elizabeth Weinstein MD, 2013; Pereira et al., 2013; Little & Bolick, 2014).

1.4.7.1. Actitudes en la comunicación de malas noticias.

Considerando la propia naturaleza de la CMN, es importante conocer las actitudes del profesional que las lleva a cabo, así como su capacidad de adaptación. En este sentido, algunos autores consideran que *“existe un vínculo entre recibir malas noticias y el despliegue de la capacidad de Coping”* (Almanza Muñoz & Holland, 1999), que puede ser descrito como *“el enfrentamiento a una dificultad inusual en una situación en la cual el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas es requerida”* (Holland & Rowland, 1989). De manera específica, algunos estudios de la actitud de las enfermeras en la CMN, como los llevados a cabo por Rassing, establecieron que las enfermeras tenían una alta predisposición a estar durante la CMN, algo que era muy valorado por médicos y pacientes. Los resultados también mostraban que los médicos tenían una mayor experiencia que las enfermeras en la CMN, aunque el entrenamiento de ambos colectivos era muy similar (Mirón González,

2010; Rassin et al., 2006). En cualquier caso, entre las actitudes más destacables que el profesional encargado de la CMN debe tener, hay que resaltar el **afecto** en lugar de cordialidad y la **cercanía** que debe reemplazar a la formalidad para que de ese modo se cree clima de escucha, empatía y asertividad (Núñez et al., 2006).

1.4.7.2. Habilidades y conocimientos en comunicación de malas noticias.

La CMN entraña una serie de dificultades, necesitando como ya se ha comentado a lo largo de esta Tesis Doctoral, de un conjunto de **habilidades** y **conocimientos** para su transmisión, siendo muy importante conocer la metodología básica para el abordaje de estos difíciles momentos. Todo ello se puede conseguir mediante la formación específica en entrevista clínica de los profesionales de salud (Núñez et al., 2006).

Antes de CMN es necesario una preparación previa por parte del profesional, para lo cual es necesario que haga frente a sus sentimientos personales, tales como fracaso, culpa u otras emociones derivadas de la noticia dada. Este proceso contribuye al **autocuidado del profesional**, basado en el conocimiento de sí mismo (Núñez, et al., 2006). Además de la actitud del profesional intervienen otros factores como son (Jurkovich et al., 2000):

- Claridad del mensaje.
- Manejo del tiempo empleado en el mensaje.
- El espacio o lugar donde se informa de la MN.

Otra habilidad clave en la CMN, es **saber escuchar** y para ello existen unas premisas fundamentales como son evitar la anticipación, no intentar retenerlo todo, aceptar críticas y no fingir atención (Núñez, et al., 2006). Según el antropólogo Edward Hall (Hall, 1990), la comunicación no verbal supone un 60% del peso total. Por tanto, hay que considerar también aspectos como:

- **Lugar.** La comunicación de una mala noticia en un despacho o habitación privada frente a un pasillo o un área común es una manifestación de respeto.
- **Situación.** Si el profesional se sitúa al lado del paciente en lugar de frente se aumenta el grado de implicación.
- **Posición.** La CMN no debe realizarse de pie sino sentado. Esta posición sentada predispone a emplear el tiempo necesario.
- **Movimiento.** Una inclinación o una aproximación al paciente transmite una mayor implicación.
- **Postura.** una postura abierta, representada por una posición no defensiva (ej. brazos o piernas cruzadas), transmiten mayor predisposición a la comunicación.
- **Contacto visual.** Un contacto visual a la misma altura, al igual que mutuo, ayuda a mantener una disposición buena para la comunicación.
- **Aspecto físico.** Es importante cuidar el aspecto físico a la hora de CMN.

Además, la orientación de la CMN, no como transmisión de información únicamente, sino también considerando la empatía con el paciente y la familia

hace que el paciente aumente su capacidad para hacer frente al tratamiento y a la propia enfermedad (Zachariae et al., 2003). En este sentido, uno de los hechos que más positivamente influyen es el **contacto físico** con los pacientes y familiares, ej. tocar un hombro o sujetar las mano mientras se comunica la mala noticia. De igual modo, incluso se ha recomendado que la distancia entre los interlocutores esté comprendida entre los 45 y 120 cm (Núñez et al., 2006).

Existen además una serie de **habilidades generales** para la comunicación terapéutica (Ruiz Moral, 2004). Algunas de ellas son:

a) Recibir de forma correcta:

El primer contacto es de especial importancia puesto que de él deriva la primera impresión, no existiendo una segunda oportunidad. Se debe intentar no caer en estereotipos ni juicios prematuros. Además, se debe promover una equidad en la relación, puesto que el paciente en cierto modo se coloca en una “*situación de inferioridad*” (Cibanal Juan et al., 2003; Ruiz Moral, 2004; González Aller, 2014). Para ello algunas técnicas a seguir son: (Alcaraz et al., 2008; González Aller, 2014):

- Saludar al paciente refiriéndonos por su nombre, evitando una acción mecánica y fría.
- Mostrar una expresión acogedora y agradable.
- Invitar a que el paciente, la familia y el profesional mantengan una posición cómoda que transmita una disposición a no tener prisa, paralelamente a la muestra de cortesía e interés.
- Mostrar actitud de escucha.

Esta actitud debe mantenerse tras el primer contacto con el fin de mantener un clima de “relación de calidad” (Alcaraz et al., 2008; Nuño Gutiérrez, 2011).

b) Escucha activa.

La escucha activa promueve una relación de respeto y confianza, ayudando al paciente a desahogarse y no sentirse solo en el proceso. Representa mucho más que oír a alguien; va dirigida a comprender al paciente y para ello se debe tener una reactividad baja, dejando momentos de silencio, sin interrupciones, dando tiempo a que el paciente verbalice sus pensamientos y elabore su propio discurso (Ruiz Moral, 2004; González Aller, 2014; Nuño Gutiérrez, 2011).

c) Mostrar empatía.

No se debe confundir el término empatía con la simpatía (González Aller, 2014; Ruiz Moral, 2004) y tampoco debe indicar que la enfermera está de acuerdo o acepta los planteamientos o la exposición del paciente (Nuño Gutiérrez, 2011; González Aller, 2014). Con una **actitud empática**, la enfermera mantiene disposición para comprender el estado emocional y la situación existencial a la que se enfrenta el paciente (Alcaraz et al., 2008; Nuño Gutiérrez, 2011; González Aller, 2014), por tanto, la empatía debe entenderse como la **solidaridad emocional**, así como la legitimación de esta emoción por parte del profesional hacia el paciente y familia (Núñez, et al., 2006).

d) Preguntar de forma eficaz.

Para llevar a cabo esta habilidad es muy eficaz emplear la *técnica de cono*. Para ello se parte de preguntas abiertas para ir redirigiéndolas poco a poco y terminar cerrándolas (Ruiz Moral, 2004; Mercado et al., 2008;

Ruiz Moral et al., 2011; González Aller, 2014). De esta forma, se evita que el paciente se sienta interrogado y que el profesional parezca ávido de información, al contrario, conseguirá acercarse al objetivo que no debe ser otro que resolver los problemas y obtener la información necesaria para ayudar al paciente (Cibanal Juan et al., 2003).

e) Integración de la información.

Este proceso consiste en conocer **qué siente** y **qué piensa** el paciente, integrando sus problemas e inquietudes, al igual que sus creencias y valores ante el problema o la nueva situación planteada (González Aller, 2014; Ruiz Moral, 2004).

f) Negociar.

Las dificultades que se pueden plantear ante la comunicación de una mala noticia son evidentes, pero para que esta interacción pueda resultar más eficaz es necesario una negociación, fomentando los recursos y fortalezas para afrontar los problemas que la nueva situación ha planteado (Ruiz Moral, 2004; Vidal et al., 2009; González Aller, 2014).

g) Motivar.

Ante la nueva situación que se puede plantear, debe de existir una motivación por lo que conlleva el nuevo status tanto de los pacientes como de los profesionales (Ruiz Moral, 2004; Nuño Gutiérrez, 2011; González Aller, 2014).

Por tanto, unificando todas estas habilidades habría que incidir desde la perspectiva del profesional en crear las condiciones favorables, mostrar respecto y empatía, fomentar y creer en el potencial del sujeto y ser consciente del miedo que conlleva y desde la perspectiva del paciente

habría que considerar el grado de amenaza o malestar que supone la MN, sin descartar que ante situaciones de crisis aparezcan grados altos de motivación. Para aumentar esta motivación es interesante hacer partícipe del control al propio paciente y conocer sus expectativas, así como sus creencias y valores.

1.4.8. Necesidad de mejora en la comunicación de malas noticias.

Puesto que la sencillez no es la característica de la CMN, la enfermera que la lleva a cabo debe de estar dotada de habilidades y conocimientos para desempeñarla desde un **abordaje integral**. En este sentido también resulta interesante conocer la percepción que los profesionales tienen de sus propias habilidades para la CMN.

En estudios llevados a cabo para valorar la autopercepción que tienen las enfermeras de sus habilidades se resalta la necesidad de desarrollo de dichas habilidades. Así, existen datos que subrayan esta necesidad (calificación de 4.86 sobre 5 en una escala de Likert) (Rosenzweig et al., 2008), además coinciden en que las habilidades son enseñables y que la formación en CMN es fundamental (calificación de 3.97 sobre 5 y 4.16 sobre 5 respectivamente) (Arbabi et al., 2014). Estos estudios concluyen que el entrenamiento de las habilidades sociales mejora la comunicación entre los profesionales y los pacientes (León Rubio et al., 1991).

Puesto que la competencia de la comunicación terapéutica eficaz no es innata, las enfermeras no solo tienen la necesidad de mantenerse actualizadas, sino que también deben tener un compromiso con la formación (González Aller, 2014). Ante la falta de formación en técnicas de afrontamiento como es la

comunicación de malas noticias (M. Fernández et al., 2009.; Narayanan et al., 2010), en los últimos tiempos ha aumentado la necesidad de integrar en los programas de grado y posgrado las habilidades de comunicación de malas noticias (Núñez et al., 2006). Numerosos autores han mostrado esta **necesidad de formación** no solo teórica sino también han puesto de manifiesto la necesidad de incluir destrezas comunicativas a través de la experiencia (Colletti et al., 2001; Van-der Hofstadt Román et al., 2006). En concreto, en el profesional de enfermería la formación en CMN es escasa, generalista, autodidacta y poco estructurada (F. S. Sánchez et al., 2008; González-Cabrera et al., 2020). Las habilidades de comunicación pueden mejorarse con programas de capacitación estructurados, conferencias didácticas, discusiones de grupo, juegos de roles, etc. (Rosenbaum et al., 2004; Narayanan et al., 2010).

1.5. PROTOCOLOS EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

El término protocolo es muy utilizado en la vida cotidiana, y sirve para guiar una conducta o acción, mediante una serie de pautas, reglas y conductas. La Real Academia Española (RAE) (Diccionario de La Lengua Española | Edición Del Tricentenario | RAE - ASALE, 2024.) define protocolo como “*secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.*” o “*conjunto de reglas que se establecen en el proceso de comunicación entre dos sistemas*”. En el caso de la CMN, existen protocolos de comunicación que ayudan en este proceso (González-Cabrera et al., 2020). La enfermería se puede beneficiar del uso de protocolos de comunicación de malas noticias que han sido creados específicamente para su disciplina, así como de otros creados para equipos multidisciplinares (Mirón González, 2010). De hecho, existen protocolos de CMN

creados para la disciplina médica que podrían ser utilizados por los profesionales de la enfermería, aunque no sean específicos. Algunos de ellos son:

- El modelo recomendado de Robert Buckman y Baile: **Protocolo SPYKES** (Baile, 2000; Buckman, 1984).
- El modelo de Rambow y McPhec: **Protocolo ABCDE** (Melet, 2004).
- El **modelo de Almansa**. Guía de CMN (Almanza Muñoz, 2003).
- El modelo de Vijayakumar Narayanan: **Protocolo BREAKS** (Narayanan et al., 2010).
- El **protocolo EPICEE** (Buckman et al., 2000).
- El modelo de Ahmed Salem. **Protocolo IGAD** (Salem & Salem, 2013).

Igualmente, el protocolo de CMN específico para enfermería es:

- El modelo de versión adaptada por Villa López: **Protocolo ABCDEE** (B. V. López, 2007).

A continuación, se detalla cada uno de estos protocolos.

1.5.1. Protocolo SPYKES.

El protocolo SPIKES fue creado por Robert Buckman dirigido para el colectivo médico de oncología. Este protocolo persigue cuatro objetivos esenciales:

1. Determinar el conocimiento y expectativas del paciente, así como su predisposición a escuchar la MN.
2. Proporcionar información inteligible acorde a los deseos y necesidades de los pacientes.
3. Apoyar al paciente, utilizando las herramientas adecuadas para atenuar el impacto emocional.

4. Desarrollar una estrategia para el paciente contando con su colaboración.

Para el cumplimiento de estos cuatro objetivos, el protocolo SPYKES cuenta con seis pasos con habilidades específicas. Aunque no todas las malas noticias requieren de estos seis pasos, sí es preciso seguir siempre el orden secuencial (Baile, 2000).

Los seis pasos del protocolo SPYKES son:

1º. S – Setting up the interviews. Configuración de la entrevista.

Antes de iniciar la CMN, es necesario realizar un ensayo mental mediante un plan previo de cómo CMN, así como prever reacciones emocionales negativas tanto del paciente como de los familiares. Aunque la CMN pueda genera malestar, hay que tener siempre presente que su desempeño va ser fundamental para planificar el futuro del paciente.

El entorno físico, puede influir en la comunicación, por tanto, se hace necesario evitar distracciones, para lo cual se recomienda:

- Construir un ambiente privado, siendo idóneo tener una sala dispuesta para este fin, aunque si no se dispone de ella, se buscará la forma más privada posible para la CMN.
- Involucrar a otras personas importantes para el paciente (familia, amigos) siempre que el propio paciente así lo decida.
- Sentarse. Relaja al paciente y no transmite prisa y no existen barreras entre ambos interlocutores.
- Establecer contacto con el paciente tanto visual como físico, lo que ayuda a establecer una buena relación con el paciente.
- Manejar el tiempo y las interrupciones (F. García Díaz, 2006).

2º. P – Perception. Percepción.

Este protocolo sigue el axioma de “*antes de decir, pregunte*”, es decir, antes de comenzar a aportar información conviene, mediante preguntas abiertas, conocer detalladamente, qué sabe el paciente sobre su proceso o situación. En caso de que alguna información de la que dispone es falsa, es importante corregirle. Estas preguntas también tienen como objetivo determinar si está participando o, por el contrario, puede estar ya negando la situación mediante ilusiones, omisión de detalles, o expectativas poco realistas (Baile, 2000).

3º. I – Invitation. Invitación.

Aunque la mayoría de los pacientes expresan deseos de obtener información, esto no se cumple en todos los casos, por lo que es necesario, o bien esperar a que exprese explícitamente su deseo de información, o bien explorar hasta dónde quiere o no saber sobre su proceso, respetando su opinión (Baile, 2000).

4º. K - Giving knowledge and information to the patient. Conocimiento.

En este cuarto paso, se está ya cerca del momento de comunicar la mala noticia. En esta fase se puede intentar disminuir el impacto y facilitar el procesamiento de la información. Este apartado, que tiene una característica unidireccional, sigue pautas sencillas:

1. Comenzar a partir del nivel de comprensión y vocabulario del paciente.
2. Utilizar palabras no técnicas
3. Evitar la brusquedad excesiva: ej. “*tiene muy mala pinta su cáncer y al menos que reciba un tratamiento inmediato se va a morir*”

4. Ir dando la información en pequeñas dosis e ir comprobando periódicamente la comprensión por parte del paciente.

5. Cuando el pronóstico es malo, o irreversible, hay que evitar frases como: *“no hay nada más que podemos hacer por ti”*. Esta actitud es incompatible con el hecho de que los pacientes tienen otros objetivos terapéuticos, como puede ser el alivio de los síntomas o el control del dolor (Baile, 2000).

5º. E – Addressing the patient’s emotions with empathic responses. Empatía.

Uno de los retos más difíciles en la CMN es la respuesta a las emociones del paciente tras comunicarle la MN. Estas reacciones emocionales pueden ser desde el silencio, el llanto, la incredulidad, la negación o la ira. Esta reacción emocional puede conllevar un estado de shock, pena o aislamiento. Es en este momento, cuando el profesional puede ofrecer su apoyo y solidaridad mediante una respuesta empática. Esta respuesta consta también de cuatro etapas:

1. Observar la emoción que manifiesta el paciente.
2. Identificar las emociones experimentadas por el paciente, para ello utilizar preguntas abiertas que permitan identificar lo que está pensando o sintiendo en ese momento el paciente.
3. Identificar el motivo de la emoción. Aunque a menudo está relacionado con la MN, el profesional debe asegurarse de ello preguntándose al paciente.
4. Tras haber comunicado la MN y darle un breve tiempo al paciente para que exprese sus sentimientos, será necesario demostrarle al paciente que se ha conectado con él haciendo una declaración de dicha conexión. Ejemplo:

- “Médico: Lo siento decir que la radiografía muestra que la quimioterapia no parece estar funcionando [pausa]. Desafortunadamente, el tumor ha crecido poco”.
- “Paciente: ¡He tenido miedo de esto! [Llantos]”
- “Médico: [Mueve la silla más cercana, ofrece al paciente un pañuelo de papel, y hace una pausa.] Yo sé que esto no es lo que quería escuchar. Deseo que las noticias fueran mejores”.

Mientras dure la explosión de emociones es difícil continuar con otras cuestiones, por lo que es necesario continuar en este punto hasta que se establezca una conexión con el paciente. Todos estos sentimientos y emociones expresados por los pacientes son legítimos y pueden estar disfrazados de muchas formas (enojo, decepción... etc.). Independientemente de la emoción que muestre el paciente hay que seguir empatizando, colaborando en reducir el aislamiento, expresando solidaridad y como tal, validando los sentimientos, pensamientos y emociones como algo normal y previsible (Baile, 2000).

6º. S – Strategy and Summary. Estrategia y Resumen.

Se sabe que los pacientes que conocen un plan para el futuro son menos propensos a sentir ansiedad, sin embargo, antes de pasar a trazar el plan, es necesario conocer si el paciente está preparado para este paso. La presentación de las opciones, además de ser un mandato legal, implica compartir con el paciente la toma de decisiones, reduciéndose, si es el caso, la sensación de

fracaso por parte del profesional. Este plan debe de ser claro sin llevar al paciente a malinterpretar la información que conduzca a una confusión (Baile, 2000).

1.5.2. Protocolo ABCDE (Vandekieft, 2001; Melet, 2004; Mirón González, 2010):

Este protocolo de CMN es muy semejante al protocolo SPIKES, y consta de 5 pasos

1. Preparación del paciente. En este primer paso se incluye no solo la preparación del espacio físico, sino también la preparación mental y emocional del profesional que va a CMN.
2. Conocer cuánto sabe el paciente y qué quiere saber. Este paso es la fusión de los pasos 2 (percepción) y 3 (invitación) del anteriormente expuesto protocolo SPIKES.
3. Comunicarse correctamente, evitando el uso de tecnicismos y eufemismos. Se debe concluir con un resumen de la información.
4. Comprender la reacción del paciente y en función de ella, ofrecer el apoyo emocional necesario.
5. Estimular y valorar las emociones. Ofrecer una respuesta multidisciplinar tras conocer lo que siente el paciente y fomentar la toma de decisiones conjunta desde una visión realista.

1.5.3. Guía de Almanza (Almanza Muñoz, 2003).

Esta Guía, aunque en esencia va dirigida al colectivo médico, puede ser empleada por otros colectivos. Consta de 10 puntos esenciales para la CMN.

- a) Establecer una adecuada relación médico-paciente.
- b) Conocer la historia médica.
- c) Conocer al paciente desde una perspectiva persona, es decir, como persona.
- d) Preparación física del lugar de la entrevista.
- e) Organización del tiempo.
- f) Cuidar los aspectos de la comunicación.
- g) Cuidado y atención de familiares o amigos.
- h) Detectar alguna emergencia médica, así como la posibilidad del suicidio.
- i) Incluir la dimensión humanista del paciente y abordarla desde esta perspectiva.
- j) Trabajar en los sentimientos generados en el profesional y en el paciente.

1.5.4. El modelo de Vijayakumar Narayanan: Protocolo BREAKS

(Narayanan et al., 2010).

Este modelo respetando su antecesor (modelo SPIKES), ofrece una alternativa de seis pasos que continua en la línea nemotécnica de sus antecesores. BREAKS:

- **B** – **Background. Antecedentes.** Es necesario tener un conocimiento previo del historial del paciente para de esta forma poder anticiparse a cualquier pregunta que pueda surgir por parte del paciente y la familia. Este paso es muy necesario puesto que hoy en día con las tecnologías de información que se manejan, los

pacientes tienen muchas más preguntas que hace algunos años cuando el acceso a la información era más reducido. Entre los antecedentes que debe conocer el profesional sanitario están:

- Enfermedad del paciente y su progreso
- Habilidades de afrontamiento del paciente.
- Estado emocional del paciente.
- Nivel educativo.
- Sistemas disponibles para el apoyo del paciente y familia.
- Antecedentes culturales y étnicos.
- Orientación cultural.

La preparación del entorno físico se resalta también como muy importante. Acciones como apagar el móvil, eliminar las barreras físicas entre profesional y paciente, mantener el contacto visual y planificar el tiempo también son herramientas útiles en esta fase.

- **R – Rapport. Relación.** Es necesario establecer una buena relación con el paciente sin caer en una actitud paternalista y condescendiente. Una buena relación paciente-profesional afianza la continuidad de la comunicación. Para ello es importante evitar actitudes hostiles, favorecer un clima de confianza que permita al paciente expresarse y realizar preguntas abiertas, manteniendo siempre una postura cómoda.
- **E – Explore: Explorar.** Conocer qué sabe el paciente acerca de su proceso facilita el inicio de la CMN. En este punto hay que ser conscientes de que muchos pacientes conocen la gravedad de su situación o incluso el diagnóstico y el posible pronóstico, llegando

incluso a no necesitar la CMN, sino únicamente confirmar la MN. Para tener constancia de lo anterior, el profesional debe de explorar numerosos indicios como son la historia, las dificultades del proceso, las investigaciones llevadas a cabo, los pensamientos sobre su enfermedad, así como las creencias del paciente. Resulta también interesante involucrar a personas de confianza para el paciente como pueden ser familia, amigos etc. En este apartado es necesario evitar hacer “*garantías prematuras*”, es decir, el profesional no debe adelantarse en sus respuestas hasta no conocer realmente la intranquilidad o preocupación del paciente. De igual modo, no deben facilitarse pronósticos absolutos sin que se basen en una conclusión real, p.ej. aportar datos de longevidad a un paciente sólo desde el punto de vista estadístico.

- **A – Announce. Anunciar.** Los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico y datos sobre su proceso, pero también tienen derecho a no saberlo, por lo que se debe de obtener el consentimiento para CMN. Se debe de ir aportando información en pequeñas dosis y de forma progresiva. De igual modo, en esta etapa es importante el lenguaje corporal, reflejando emociones para entablar una confianza mutua. No deben de utilizarse tecnicismos ni como monólogos extensos. La información debe ser comprensible y con frases cortas.
- **K – Kindling. Astillas.** En este apartado es importante considerar que la forma de afrontar la MN las distintas personas, es diferente. Puede haber respuesta de muchos tipos: silencio, levantarse y

andar alrededor de la consulta, negación de la realidad, lágrimas, humor negro...; Todas estas respuestas son posibles. Es necesario crear un ambiente adecuado para que se liberen y se expresen. Es posible que, en este momento, la comunicación se interrumpa y el paciente no atienda a más información, por lo que hay que cerciorarse de que sigue escuchando. Si se continúa dando información es necesario asegurarse de la comprensión por parte del paciente, e igualmente es necesario no aportar datos no realistas para evitar la denominada, “*escucha deferencial*” en la que el paciente o la familia solo escuchan lo que quieren oír. Si el paciente muestra una negación de la realidad hay que tratarla, aunque sea una difícil tarea, ya que puede hacer que el paciente rechace tratamientos o planes de cuidados.

- **S** – Summary. Resumir. Al finalizar la sesión se debe de realizar un resumen en el que se incluyan las preocupaciones que el paciente haya expresado y se destaquen como apartados más importantes lo planes de tratamiento y cuidados.

1.5.5. Protocolo EPICEE.

En el mismo año que se realizó en protocolo SPIKES (Baile, 2000), se tradujo al castellano con la denominación protocolo EPICEE (Buckman et al., 2000). Las siglas se corresponden a los siguientes términos (**Tabla 1**).

Tabla 1. Protocolo EPICEE:

E	ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lugar físico apropiado. ▪ Conocer si el paciente quiere ser acompañado por alguna persona de confianza. ▪ Mantener contacto visual y físico. ▪ Planificar el tiempo y evitar interrupciones. ▪ Demostrar interés y respeto hacia el paciente.
P	PERCEPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precediendo a comunicar la MN, determinar qué quiere saber el paciente. ▪ Personalizar la información atendiendo a la situación del paciente. ▪ Tener en cuenta el grado de comprensión y características culturales del paciente. ▪ Considerar respuestas verbales y no verbales del paciente.
I	INVITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar hasta dónde quiere conocer. ▪ pedir permiso para comunicar la MN.
C	COMUNICAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar la información de forma clara y sin tecnicismos. ▪ Proporcionar la información en pequeñas dosis para facilitar su asimilación. ▪ Revisar periódicamente el grado de comprensión por parte del paciente. ▪ Evitar falsas previsiones optimistas. ▪ Evitar una franqueza que pueda ocasionar un daño innecesario. ▪ No comunicar información sobre periodos de supervivencia. ▪ Aceptar las interrupciones como parte de la comunicación.
E	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener una actitud empática hacia el paciente, explorando sus emociones. ▪ Hacer comprender al paciente que entendemos su situación. ▪ Permitir llantos y silencios. ▪ Proceder a identificar las emociones y normalizarlas. ▪ Mantener respeto sobre la emoción e indagar sobre ella. ▪ Concluir mostrando apoyo.
E	ESTRATEGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumir y comprobar lo comprendido de la información dada. ▪ Establecer un plan de trabajo y establecer un seguimiento. ▪ Comprobar que el equipo asistencial está preparado para responder a las necesidades del paciente y la familia.

Elaboración propia. Fuente: Buckman (Buckman et al., 2000).

1.5.6. El modelo de Ahmed Salem. Protocolo IGAD (Salem & Salem, 2013).

Ahmed Salem estableció un protocolo de CMN específico para los pacientes musulmanes, en base a las diferencias culturales entre occidente y las comunidades musulmanas.

1.5.7. El modelo de versión adaptada por Villa López: Protocolo ABCDEE (B. V. López, 2007) (específico para enfermería)

Este protocolo de CMN es una adaptación del protocolo ABCDEE y consta de 7 etapas, recomendándose ir en orden, sin evitar ninguna y marcadas por el ritmo que determine el paciente. Las 7 etapas son:

- **1ª etapa. Preparar el entorno:** Al igual que el protocolo ABCDEE, se realizará una revisión de la historia del paciente y se preparará un ambiente confortable e íntimo sin interrupciones (teléfonos, visitas...). De igual modo se valorará la posibilidad de que el paciente este acompañado por personas de su confianza. En cualquier caso, se favorecerá un ambiente de respeto, interés y se intentará transmitir calma.
- **2ª etapa. ¿Qué sabe el paciente?** En esta etapa se debe conocer qué sabe el paciente sobre su proceso.
- **3ª etapa. ¿Qué y cuánto quiere saber?** Hay que aunar qué sabe el paciente y qué quiere saber con lo que el profesional va a informar, respetando siempre la opción por parte del paciente de querer o no ser informado de su proceso.
- **4ª etapa. Información.** Es la etapa donde se aporta la información que hay que comunicar, utilizando siempre un lenguaje apropiado, libre de

tecnicismos médicos. En esta etapa la comunicación tiene que ser bidireccionalidad, asegurando la comprensión de la información una vez comunicada.

- **5ª etapa.** *Apoyo al paciente/familia.* Una vez comunicada la MN se pueden desencadenar numerosas situaciones y emociones. En esta etapa, el profesional debe ser conscientes de ello y proporcionar el apoyo necesario tanto al paciente como a la familia.
- **6ª etapa.** *Plan de cuidados.* En este punto, se debe de continuar al lado del paciente y de la familia, elaborando un plan de cuidados sobre su proceso basado en las expectativas que se plantean. Además, el profesional debe ayudar a combatir miedos y preocupaciones, así como a aliviar síntomas.
- **7ª etapa.** *Autochequeo del profesional.* En esta etapa el comunicador analiza lo experimentado en la comunicación, tanto los sentimientos como las actitudes y una vez identificados podrá reflexionar sobre ellos para mejorar su desarrollo profesional y poder mantener una salud mental buena y evitar así los posibles problemas desencadenantes como puede ser el *síndrome de burnout* o *síndrome del quemado*.

1.6. HERRAMIENTAS DE EVALUACION EN LA COMUNICACIÓN.

Una característica fundamental de la comunicación clínica es que se puede evaluar en sí misma, así como sus efectos. De hecho, aplicando el método científico se pueden evaluar las habilidades, las técnicas comunicativas y los conocimientos) (Gavilán, 2008). Existen dos tipos de evaluación: **evaluación sumativa** y evaluación formativa.

La **evaluación sumativa** pretende determinar si el profesional es capaz de acreditar su competencia clínica, entendiéndose como competencia profesional *“el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores, y reflexión de la práctica diaria para el beneficio del individuo y de la comunidad a la que sirve”* (Epstein & Hundert, 2002).

Por otro lado, la **evaluación formativa** tiene como fin evaluar un área concreta dentro del aprendizaje, teniendo como objetivo incentivar a los profesionales en las habilidades, conductas y actitudes comunicativas (Pendleton et al., 2003).

En una relación clínica hay dos tipos de elementos medibles (Ruiz Moral, 2004), las **conductas y comportamientos** por un lado y la **percepción de la interacción** por otro. Además, en una relación clínica se distinguen dos dimensiones, una de **contenido** (hace referencia *al lenguaje verbal e información semántica, es decir a las palabras que se pretenden transmitir en el mensaje*) y otra de **relación** (referida *a las experiencias subjetivas e intangibles de cómo se relacionan entre sí los participantes*). Estas dos dimensiones, aunque se pueden definir de forma separada, están unidas, por lo que invita a hablar más que de “comunicación” de “relación” lo que permite hablar de la comunicación como algo “*multidimensional*” (Zoppi & Epstein, 2002; Duffy et al., 2004; Ruiz Moral, 2004;).

En el ámbito internacional en los últimos años se han desarrollado algunos modelos teóricos que analizan la relación clínica con el paciente. En 1999 en el conocido como *Consenso Kalmazoo* (Makoul, 2001a), se recogieron un conjunto de tareas esenciales mediante las cuales se garantizaba una relación clínica efectiva. Este compendio de tareas era de utilidad para aprender, enseñar y medir la relación clínica. Para ello, se analizaron seis protocolos:

- Calgary-Cambridge Observation Guide (Kurtz et al., 2017; Kurtz & Silverman, 1996).
- Brown Interview Checklist (Novack et al., 1992)
- Three Function Mode (Cohen-Cole & Bird, 1991)
- Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model (Keller & Carroll, 1994)
- SEGUE Framework (Makoul, 2001b)
- Patient-Centered Clinical Method (MPCC) de Western Ontario (M. Stewart et al., 2013).

En el documento final se incluyeron siete puntos básicos que se enumeran a continuación y que conforman un instrumento para evaluar la comunicación clínica (Schirmer et al., 2005):

- 1º Construcción de la relación clínica.
- 2º Abrir la discusión.
- 3º Obtener información.
- 4º Entender la perspectiva del paciente.
- 5º Compartir la información.
- 6º Alcanzar un acuerdo sobre los planes y problemas.
- 7º Cierre de la consulta.

1.6.1. ¿Quién puede realizar la medición de la relación clínica?

La evaluación de la relación clínica se puede realizar desde dos perspectivas:

- ✓ **Evaluador externo:** Detectará e identificará tanto las **conductas** como los **comportamientos** en la entrevista. Estos evaluadores externos pueden ser tutores, supervisores, profesores, auditores, examinadores o un observador externo entrenado.
- ✓ **Profesional sanitario:** El profesional sanitario realiza un proceso de “**AUTOEVALUACIÓN**”. El profesional sanitario tiene así, la capacidad de medir tanto la percepción que tiene sobre la entrevista, como, a través de un instrumento estandarizado, describir y analizar las conductas que ha desarrollado en la entrevista (Gavilán, 2008); para ello es necesaria la **honestidad** por parte del profesional ya que existe un enorme sesgo de conveniencia que puede llevar a una actitud “*políticamente correcta*” (Mead & Bower, 2000). Esto explica que en ocasiones exista escasa concordancia entre la autoevaluación realizada por los profesionales sanitarios y la evaluación llevada a cabo por observadores externos (Epstein et al., 2005).

Por otro lado, la autoevaluación llevada a cabo por los profesionales puede tener dos componentes fundamentales: un **componente formativo** (el profesional puede identificar sus propias necesidades de aprendizaje, “*aprendizaje autodirigido*” y de esta forma él mismo se responsabiliza de su aprendizaje) y un **componente investigador** (valorando el profesional sanitario su competencia comunicativa para ser utilizada en la investigación) (Gavilán, 2008).

1.6.2. Métodos de evaluación de la comunicación clínica.

Para llevar a cabo la evaluación de la comunicación clínica se han descrito fundamentalmente tres métodos (Duffy et al., 2004):

a) **Observación en consulta.**

Puede ser una observación directa, o mediante grabaciones de la relación clínica. El observador a partir de este material evalúa las conductas y comportamientos de los profesionales mediante cuatro sistemas (Epstein et al., 2005):

- Sistemas de codificación. Divide en segmentos la interacción clínica y el observador dictamina si se realiza o no un comportamiento durante la entrevista.
- Sistemas de análisis interaccional. Se enfatiza en el análisis del comportamiento socioemocional frente a las habilidades.
- Lista de comprobación. Mediante una lista (checklist) se dicta de forma dicotómica si se realizan determinadas conductas y si estas son adecuadas o satisfactorias (Newble & Cannon, 2001).
- Escalas. Mediante una escala tipo Likert, el observador valora determinadas tareas o conductas llevadas a cabo por el profesional. Estas escalas pueden ser de dos tipos: escalas evaluativas (valoran comportamientos y actuaciones) y escalas afectivas (valoran el tono emocional) (Stiles & Putnam, 1995; Newble & Cannon, 2001).

Las **escalas evaluativas** junto con los **checklist** son empleadas para medir **conductas y habilidades** en tareas concretas. Aunque las escalas dan más información sobre los encuentros clínicos, es necesario el entrenamiento de los observadores para tener más

objetividad y mayor fiabilidad (Boon & Stewart, 1998; Schirmer et al., 2005a).

b) **Encuestas.**

c) **Exámenes.**

1.6.3. Elementos de un instrumento de medida de la comunicación.

Cualquier instrumento de medida de la comunicación debe abarcar el contenido, la forma de medir, así como los criterios de calidad de los instrumentos. De forma detallada:

A) **Contenidos.** Los contenidos de los instrumentos de medida tienen que responder a **qué hay que medir**, determinando no sólo la importancia del objetivo que se quiera medir, sino también la facilidad y susceptibilidad de su medición (Ruiz Moral, 2004). Para ello se han diferenciado 5 categorías, utilizadas para caracterizar, medir y codificar las interacciones clínicas:

a) **Categoría por contenido:** Determina lo que se quiere decir y lo que se dice desde el punto de vista semántico. Ej. Campbell, basándose en entrevistas videograbadas, estableció 5 categorías compuestas por 30 ítems (tratamiento y diagnóstico psicosocial, información, afiliación, diagnóstico y tratamiento somático, afiliación y control) (J. D. Campbell et al., 1990).

b) **Actos de habla o instrumentales:** Representa la acción que se realiza cuando se dice algo, existiendo cinco tipos de actos: aconsejar, interpretar, preguntar, reflejar e informar (Ruiz Moral, 2004).

c) **Conductas comunicativas no verbales** (Ruiz Moral, 2004).

d) **Actividades conjuntivas:** Engloba actos o situaciones no verbales que se presentan a lo largo de la comunicación, por ejemplo, el manejo de elementos electrónicos durante la entrevista (teléfonos, interrupciones etc.).

e) **Valoración emocional de la entrevista** (Ruiz Moral, 2004).

B) **Forma de medir.** Puedes ser una valoración de forma descriptiva o evaluativa.

C) Requisitos de los instrumentos de medida en la comunicación clínica.

Existen unas recomendaciones que fundamentan estos requisitos basados en los criterios de Kraan et al., (H. F. Kraan et al., 1995) y que se detallan a continuación:

- 1) Que esté fundamentado en un modelo de relación clínica bien definido
- 2) Que las categorías observables de las habilidades de relación clínica y los métodos de medición estén ambos justificados.
- 3) Que tenga una validez documentada, en particular la convergente/divergente y la de constructo
- 4) Que tenga una fiabilidad documentada con datos apropiados, sobre todo la del interobservador.
- 5) Que sea fácilmente aplicable y se aporten datos sobre su factibilidad (número de ítems, número de categorías de respuesta, legibilidad entre otros)
- 6) Que sea apropiada tanto como herramienta de feedback formativo como para la evaluación sumativa

Existen otros autores que consideran como criterios imprescindibles que debe de tener un instrumento de medida en la relación clínica la **validez**, la **fiabilidad**, la **aplicabilidad** y el **impacto educacional** (Pendleton, 1984).

Finalmente, en el *Segundo Informe de Kalamazoo* se establecieron como requisitos imprescindibles para medir la relación clínica la **fiabilidad**, la **validez**, la **generalización**, la **credibilidad** y los **costes adecuados** (Duffy et al., 2004).

En la elaboración de un cuestionario de comunicación para evaluar la comunicación entre el profesional sanitario, además de los criterios del consenso de Kalamazoo (Duffy et al., 2004), algunos expertos en comunicación han establecido una serie de recomendaciones como son la **medición por observadores externos**, con múltiples encuentros y que los instrumentos posean **indicadores de fiabilidad y validez** potentes. En caso de que no fueran lo suficientemente potentes, esto se compensará con una aplicabilidad adecuada a la destreza de los evaluadores (Schirmer et al., 2005b). Finalmente, otro grupo de expertos, en base a aspectos teóricos y prácticos acerca de la medición de la comunicación, emitió recomendaciones en relación a los instrumentos de medida. Algunas de ellas se detallan a continuación (Epstein et al., 2005):

- Los conceptos que se van a medir han de ser claros.
- El nombre que define la escala debe de ser acorde al constructo que se va a medir.
- Los instrumentos deben de medir tanto los comportamientos del profesional sanitario como los aspectos de la interacción de este con el paciente.
- Atender al contexto en que se sitúa el paciente y el profesional en cada momento.
- Proceso de validación adecuado, incluyendo la validez del constructo.

En la literatura anterior a la década de los 90 ya existían herramientas para evaluar la comunicación, o más concretamente las entrevistas médico- paciente (Boon & Stewart, 1998) que quedan recogidas en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Herramientas de evaluación de la comunicación.

	HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN.	DESCRIPCION	Nº DE ITEMS	FIABILIDAD	VALIDACION	UTILIDAD	OBSEVACIONES
1	Arizona Clinical Interview Rating (ACIR)(Stillman et al., 1976, 1977; STILLMAN et al., 1986)	Evaluación de la habilidad de entrevistar en las áreas de: organización, cronograma, comunicación, cuestionario, documentación y relación. Escala de 5 puntos	16 (habilidades específicas)	Fiabilidad entre evaluadores: 0.52-0.87 Fiabilidad intraobservador: 0.85-0.90; Consistencia interna: alpha de Crobach: 0.80	Validación de constructo: demostrado	Evaluación de estudiantes de medicina	Necesita evaluación externa mediante grabación de vídeo durante la entrevista
2	Brown University Interpersonal Skill Evaluation (BUISE)(Burchard & Rowland-Morin, 1990)	Evaluación de las habilidades interpersonales de los médicos en las categorías: relación, habilidades, procedimientos clínicos, retroalimentación y cierre. Escala de 7 puntos	37	Fiabilidad entre evaluadores: 0.91	No ha sido demostrado	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (prácticas)	Requiere evaluación externa de la entrevista grabada en video
3	Guías de observación CALGARY-CAMBRIDGE Entrevista, explicación y planificación con el paciente(S. M. Kurtz & Silverman, 1996b).	Evaluación de interacciones grabadas en video	37	No determinado	No determinado	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (en entornos de práctica)	Requiere evaluación externa de la entrevista en tiempo real
4	Cambell et al. Evaluación de aprendices (L. M.	Evaluación de interacciones para determinar las	77	Fiabilidad entre evaluadores: 0.2-0.5	No determinado	Utilizado en la evaluación	Requiere evaluación externa de 2 a 4 h

	Campbell et al., 1993, 1995; L. M. Campbell & Murray, 1996)	competencias de los aprendices grabadas en video				de estudiantes de medicina en entornos de prácticas.	de entrevistas grabadas en video
5	Formulario de calificación diaria del rendimiento clínico del estudiante(White et al., 1991)	Formulario de evaluación diaria para calificar a los profesionales de salud.	66	No determinado	La validez del constructo ha sido demostrada	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina	Requiere evaluación externa por parte del supervisor
6	Evaluación de habilidades interpersonales de Hopkin(Bartlett et al., 1984; Grayson et al., 1977)	Evaluación de las habilidades interpersonales de MD en 4 categorías: sensibilidad; intercambio de información; organización; y factores ambientales	14	Fiabilidad entre evaluadores = 0,52; confiabilidad intra-evaluador = 0.77	No determinado	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (en entornos de práctica)	Requiere evaluación externa de la entrevista grabada en video
7	Lista de verificación de habilidades interpersonales y de comunicación(Cohen et al., 1996).	Los pacientes evalúan las habilidades de los estudiantes durante un "caso" de 20 minutos.; escala Likert	17	Fiabilidad entre casos = 0,65	Se demostró la validez convergente (correlacionada con una escala de calificación no validada)	Utilizado en la evaluación de estudiantes de medicina.	Requiere pacientes estandarizados para evaluar a los estudiantes en tiempo real
8	Formulario de calificación de habilidades interpersonales(Cope et al., 1991; Kopelow et al., 1992)	Los pacientes estandarizados evalúan sus percepciones del entrevistador; escala Likert	13	Los coeficientes de fiabilidad oscilaron entre 0,68 y 0,85	ninguno	Utilizado en la evaluación de estudiantes	Requiere pacientes entrenados y estandarizados para evaluar a los

						de medicina y médicos.	estudiantes en tiempo real
9	Las técnicas de Lovett et al. Para entrevistar el formulario de evaluación por pares (Lovett et al., 1990)	Evaluación por pares de las habilidades de entrevista; sí / no a comportamientos específicos; evaluación global clasificada en una escala de 4 puntos, desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo	22	Ninguno	ninguno	Utilizado en la evaluación de entrevistas con pacientes psiquiátricos en un taller.	Requiere observación por pares de la entrevista y evaluación por pares
10	Lista de verificación de Maastricht y lista de verificación de consejos (H. Kraan et al., 1989; H. F. Kraan & Crijnen, 1987)	Evaluación de habilidades específicas.	68	Porcentaje de acuerdo entre observadores = 0.70–0.90; fiabilidad entre evaluadores (escalas individuales) = 0.00–0.98	Se ha demostrado la validez convergente y divergente (comparación con pruebas de conocimiento médico, calificaciones globales de expertos, autoevaluaciones)	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (en entornos de práctica)	Requiere una evaluación externa de la entrevista grabada en video: los observadores requieren extensas sesiones de capacitación
11	Medida de atención centrada en el paciente (Boon & Stewart, 1998)	Evaluación de la percepción del médico sobre su cuidado de los últimos 10 pacientes atendidos; autoinforme; escala Likert	14	Consistencia interna = 0.85 (alfa de Cronbach)	La validez de constructo (nivel de entrenamiento) ha sido demostrada	Utilizado en la evaluación de estudiantes de medicina	Autoinforme; no es necesario un observador externo

						(en entornos de práctica)	
12	Mapa de consulta de Pendelton / Escala de de calificación(Pendleton, 1984; Schofield & Arntson, 1989)	El mapa de consulta proporciona un método para describir una consulta. La escala de consulta está diseñada para evaluar una consulta; escala analógica visual	Mapa = 11; Escala = 14	Ninguno	ninguno	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (en entornos de práctica)	Requiere evaluación externa de la entrevista grabada en video
13	SEGUE Framework(Makoul, 2001b; Makoul et al., 1995)	Evaluación de tareas específicas de comunicación; escala nominal (es decir, sí / no)	Corto 25; largo 31	Fiabilidad entre evaluadores = 0,88; Confiabilidad intra-evaluador = 0.98	Se ha demostrado la validez convergente (correlacionada con la satisfacción del paciente)	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina y residentes; uso en la práctica médica general	Puede usarse para evaluar encuentros grabados en video, grabados en audio o en tiempo real; incluye sección para comentarios
14	Índice estándar de comunicación (SIC) / Índice estándar de discriminación (SID) / Escala de niveles de respuesta (LRS)(Anthony, 1973; Carkhuff, 1969; Engler et al., 1981)	SIC es una cinta de video de estímulos utilizada para obtener respuestas auxiliares clasificadas en el LRS (escala de 9 puntos). SID es una cinta de video de 4 respuestas de muestra a cada uno de los estímulos en el SIC, que se le pide al participante que clasifique en el LRS	SIC: 16; SID: 64; LRS: 1 (escala de 9 puntos)	Fiabilidad entre evaluadores = 0,89; confiabilidad de tasa de tasa = 0,93 a 0,95	Ninguno	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (en entornos de práctica)	Requiere evaluación externa de respuestas

15	Evaluación telefónica de TALK(Kosower, 1995; Kosower, Inkelis, & Seidel, 1996; Kosower, Inkelis, Berman, et al., 1996)	Evaluación de las habilidades de comunicación interpersonal de los médicos por teléfono; escala Likert	22	Fiabilidad entre evaluadores identificada como 'buena'	Se ha demostrado la validez aparente (evaluada por un panel de expertos)	Utilizado en la enseñanza y evaluación de estudiantes de medicina (en entornos de atención pediátrica)	Se ha modificado para evaluar la comunicación interpersonal durante las entrevistas médicas.
16	Análisis del proceso de interacción de Bales(Bales, 1968; Carter et al., 1982; Lewis et al., 1991; M. A. Stewart, 1984; T. J. Stewart et al., 1981)	Un proceso de análisis de las transcripciones de interacciones grabadas en audio entre el paciente y el médico.	12 categorías de codificación	Fiabilidad entre evaluadores = 0,61–0,92; fiabilidad de tasa de tasa = 0,81–0,96	Se ha demostrado la validez convergente (correlacionada con el cumplimiento, la satisfacción del paciente; cierta correlación con RIAS)	Se utiliza en entornos médicos y hospitalarios generales.	Requiere un amplio análisis de las transcripciones; los codificadores deben estar entrenados
17	Sentencia de consulta general de Bensing(Bensing, 1991)	Evaluación de grabaciones de video de interacciones médico-paciente; 10 puntos	1	Entre evaluadores: alfa de Cronbach = 0,88; entre casos: alfa de Cronbach = 0,83 (n = 103)	Se ha demostrado la validez aparente y convergente (correlación con variables de comunicación y satisfacción del paciente)	Se utiliza en entornos de práctica general.	Calificación única basada en criterios implícitos; requiere un gran panel de 'jueces' para ser confiable

18	Método de Butler et al. Para el análisis de interacción de consultas médico / paciente (Butler et al., 1992)	Un proceso de análisis de las transcripciones de las interacciones audiograbadas entre el paciente y el médico en términos del contenido y la forma de la comunicación.	22 categorías de codificación	Confiabilidad entre evaluadores = 0.10–1.00 (Kappa) para diferentes variables; generalmente "bueno"	Ninguno	Utilizado en entorno clínico	Requiere un amplio análisis de las transcripciones; los codificadores deben estar entrenados
19	Lista de verificación de comportamiento de Byrne-Long con valores de puntuación (Byrne & Long, 1976)	Se usa para identificar la incidencia de comportamientos médicos específicos durante una consulta grabada en audio	85 categorías de codificación	No disponible	No disponible	Utilizado en entornos clínicos	Requiere un amplio análisis de las transcripciones; los codificadores deben estar entrenados
20	Lista de verificación de comunicación y toma de decisiones (Makoul et al., 1995)	Los registros mencionan un tema y quién inició la discusión del tema	24	Fiabilidad entre evaluadores = 0.70–1.00	La validez aparente ha sido demostrada (respaldada por la transcripción)	Se utiliza para evaluar las visitas de atención primaria.	Se centra en la comunicación y la toma de decisiones con respecto al tratamiento.
21	Medidor de estilo de comunicador (D. B. Buller & Street Jr, 1991; M. K. Buller & Buller, 1987; Norton, 1978)	Cuestionario del paciente para evaluar el estilo de comunicación de los médicos; Escalas Likert	Forma original = 51; forma corta = 36	La confiabilidad interna de las variables varía de 0.37–0.82	Se ha demostrado la validez convergente (correlacionada con la satisfacción)	Utilizado en la clínica ambulatoria general	Se puede administrar por teléfono; mide las percepciones de los participantes sobre la interacción
22	Código de observación de Davis (DOC) (Bertakis & Callahan, 1992; Callahan & Bertakis, 1991, 1993)	Utiliza definiciones operativas para observar la ocurrencia en intervalos sucesivos de comportamientos específicos en la interacción médico-	20 categorías de codificación	Porcentaje de acuerdo entre evaluadores = 83% a 84% (interacciones grabadas en video); 78%	Se ha demostrado la validez aparente (panel de expertos); prueba de	Se utiliza en entornos de consulta general para pacientes externos	Requiere un análisis exhaustivo de cintas de video o interacciones en vivo; los codificadores

		paciente; sí / no codificación de comportamientos; usa video grabado o interacciones en vivo		(interacciones en vivo)	validez convergente (no correlacionad a con la revisión de las conductas de los médicos; el DOC era un instrumento más sensible)		deben estar entrenados
23	Escala de orientación médico- paciente (DPOS)(Krupat, 1996)	Evalúa las actitudes hacia la relación médico- paciente que mantienen tanto médicos como pacientes; escala Likert	18	Fiabilidad interna = 0,73 y 0,75 para las dos escalas (Alfa de Cronbach); (n = 260)	Utilizado en la práctica general	Los pacientes y los médicos responden a preguntas idénticas.	
24	Escala de calificación de la entrevista de práctica general (Verby et al., 1979)	Evaluación de la entrevista grabada en video con el paciente; clasificado en una escala de 4 puntos	17	Fiabilidad entre evaluadores = 0,87; confiabilid ad intra- evaluador = 0.80			
25	Medición de Kaplan de la comunicación médico- paciente(Kaplan et al., 1989)	Un proceso de análisis de las transcripciones de interacciones médico- paciente grabadas en audio	30 categorías de codificació n	No reportado	Se ha demostrado la validez convergente (correlaciona da con 'mejor salud')	Utilizado en un entorno clínico general ambulatorio (un estudio incluyó pacientes	Requiere un amplio análisis de las transcripciones; l os codificadores deben estar entrenados

						con cáncer de mama)	
26	Lista de verificación de Lehmann-Cote(Lehmann et al., 1990)	Una evaluación de la calidad de la entrevista médica (grabada en video), centrada en la cortesía, el respeto y la comunicación; escala dicotómica presente / ausente	41 en total; 21 pruebas de fiabilidad aprobadas	Porcentaje de acuerdo entre observadores > 70%	Se probó la validez convergente (sin correlación con la Escala de interacción médico-paciente Smith-Falvo)	Utilizado en el entorno clínico de medicina familiar.	Requiere análisis de cintas de video; los codificadores deben estar entrenados
27	Niveles de participación Modelo(Marvel, 1993; Marvel et al., 1993)	Una evaluación de los encuentros médicos con pacientes a lo largo de un continuo de asesoramiento psicosocial.	5 niveles	Porcentaje de acuerdo entre observadores = 73% a 88%	Ninguno reportado	Se utiliza en entornos clínicos de medicina familiar	Evalúa el nivel más alto alcanzado durante la interacción; interacciones grabadas en video
28	Sistema de comportamiento de comunicación médica (MCBS)(Wolraich et al., 1986)	Un recuento de frecuencia de los comportamientos del proveedor de atención médica y del paciente durante una consulta; se puede hacer desde cintas de audio o en tiempo real	23 categorías de codificación	Porcentaje de acuerdo para todos los comportamientos > 70%	Se ha demostrado la validez convergente (alguna correlación con RIAs)	Utilizado en la práctica general	Requiere un extenso análisis de cintas de audio; los codificadores deben estar entrenados
29	Escala de competencia de comunicación médica (MCCS)	Una escala de autoinforme para medir las percepciones de los médicos y los pacientes sobre la competencia de comunicación propia y ajena durante una	37 ítems (versiones para pacientes); 40 ítems (versión médica)	Consistencia interna: las confiabilidades alfa para las subescalas oscilaron entre 0.83-0.92	La validez de constructo (refleja tendencias en la literatura) ha	Utilizado en la práctica general	Versiones de preguntas para médicos y pacientes; permite la comparación de sus

		entrevista médica; Escalas Likert			sido demostrada		percepciones de la interacción
30	Instrumento de comunicación médico/paciente(Wa itzkin, 1985)(Waitzkin et al., 1996)	Evaluación de la transcripción de la interacción médico- paciente grabada en audio	12	Fiabilidad entre evaluadores 0.8	Ninguno reportado	Utilizado en la práctica en USA y México	Los codificadores deben de estar entrenados. Está disponible en inglés y español

Fuente. Elaboración propia (Boon & Stewart, 1998).

De igual forma, con anterioridad al año 2008, también habían sido descritos instrumentos de medición de la comunicación clínica muy relevantes que cumplía con todas las garantías de calidad antes mencionadas (**Tabla 3**):

Tabla 3. Instrumentos de medición de la comunicación clínica.

Roter's Interaction Analysis System (RIAS).
Maastricht History-taking and Advice Checklist (MAAS)
Patient Perception of Patient Centeredness (PPPC).
Rochester Communication Rating Scale (RCRS).
Stiles Verbal Response Modes.
Bales Interaction Process Analysis.
Arizona Clinical Interview Rating Scale (ACIR).
SEGUE Framework.
Common Ground Instrument.
Davis Observation Code.
Escala de Percepción del Paciente de la Interacción en la Consulta. EPPIC
Cuestionario GATHA. GHATA.

Fuente. Elaboración propia.(Gavilán, 2008).

En líneas generales y como se ha mencionado anteriormente, todo cuestionario debe de someterse a una serie de preguntas (Gavilán, 2008):

- **Fines:** *¿El cuestionario está diseñando para fines de evaluación sumativa, formativa o investigación?* Respondiendo a la pregunta ¿para qué?

- **Contenidos:** *¿Qué mide el cuestionario?* (conductas o percepciones). Con el cuestionario, *¿qué se mide realmente?* *¿Las conductas comunicativas, o bien se mide las percepciones de los sujetos involucrados en la comunicación?*
- **Evaluador:** *¿Quién mide?* La medición puede ser realizada por múltiples actores: instructores, profesores, tutores, examinadores, pacientes, o incluso por el propio profesional mediante la autoevaluación.
- **Formato:** *¿Cómo se mide?* Checklist, escalas de medición, encuestas.
- **Factibilidad:** *¿Es práctico?* Se evidencia por la facilidad de uso, pudiéndose interpretar como fácil, moderado o difícil. Se analiza el número total de ítems, así como la necesidad de entrenamiento de los evaluadores entendiéndose como factible, limitado o incluso complejo.
- **Validez:** *¿Es válido?* *¿Se ha sometido el instrumento a un proceso de validación?*
- **Fiabilidad:** *¿Es fiable?* *¿Los datos que aporta el cuestionario tienen concordancia interobservador, consistencia interna, fiabilidad intraobservador y de la generalidad?*

Atendiendo a los instrumentos y según los criterios antes mencionados, en la siguiente tabla (**Tabla 4**) se recogen algunos ejemplos de cuestionarios y sus principales características.

Tabla 4: Ejemplos de cuestionarios que miden la relación clínica y sus principales características.

Nombre	Autor, año	Fines	Contenido	Evaluador	Formato	Factibilidad	Validez	Fiabilidad
RIAS (Roter et al., 1987) *	Roter, 1987	Investigación	Conductas	Observadores externos	Sistema de codificación de conductas	39 categorías. Difícil. Excesivo tiempo (3-4 veces duración del caso). Entrenamiento complejo y largo (duración 25 h.)	Aparente. Contenido. Constructo. Convergente. Sensibilidad al cambio	Interobservador: 0,74-0,84 (r). No evaluada intraobservador, consistencia generalizabilidad

<p>MAAS(H. F. Kraan & Kraan, Crijnen, 1987)*</p>	<p>1987</p>	<p>Evaluación sumativa y formativa, investigación</p>	<p>Conducta</p>	<p>Observadores externos, autoevaluación, profesores, pacientes simulados</p>	<p><i>Checklist</i> de actos del habla y categorías de contenido</p>	<p>68 ítems. Dificultad moderada. Moderado tiempo. Entrenamiento moderado</p>	<p>Constructo. Convergente. No evaluados validez aparente, de contenido ni sensibilidad al cambio</p>	<p>Interobs.: 70-90 (porcentaje de acuerdo). Generalizabilidad: 8-12 casos †. No calculadas intraobservador ni consistencia</p>
<p>PPPC(M. Stewart et al., 2004) *</p>	<p>Stewart, 2004</p>	<p>Evaluación formativa e investigación</p>	<p>Percepción</p>	<p>Pacientes reales, autoevaluación, tutor</p>	<p>Encuesta</p>	<p>14 ítems. Fácil. Escaso tiempo. No precisa entrenamiento</p>	<p>Aparente. Constructo. Convergente (con MPCC). No evaluada validez de contenido ni sensibilidad al cambio</p>	<p>Consistencia: 0,71 (α). No calculados inter ni intraobservador, ni generalizabilidad</p>

RCRS (Epstein et al., 2004)	Epstein, 2004	Evaluación sumativa, investigación	Percepción	Pacientes simulados	Encuesta	19 ítems. Fácil. Escaso tiempo. No precisa entrenamiento	Aparente. Contenido. Convergente. No evaluadas validez constructo ni sensibilidad al cambio	Interobs.: 0,45-0,83 (CCI). Consistencia: 0,76-0,85 (α). Generalizabilidad: 18-27 casos. No medida la intraobservador
------------------------------------	---------------	------------------------------------	------------	---------------------	----------	--	---	---

Stiles (Stiles, 1978)	Stiles, 1978	Investigación	Conducta	Observador externo	Sistema de codificación de categorías de contenido	64 categorías. Difícil. Excesivo tiempo. Entrenamiento complejo	Convergente. Constructo. No evaluada validez aparente, contenido ni sensibilidad al cambio	Interobs.: 0,69-0,90 (κ). Consistencia: 0,58-0,70 (α). No calculadas intraobservador ni generalizabilidad
Bales (Bales, 1953)	Bales, 1950	Investigación	Conducta	Observador externo	Sistema de codificación	12 categorías. Difícil. Excesivo tiempo.	Convergente (con <i>RIAS</i>). Constructo.	Interobs.: 0,61-0,92 ‡. Intraobs.: 0,81-0,96 ‡. No calculadas

						Entrenamiento complejo	No evaluados validez aparente, contenido ni sensibilidad al cambio	consistencia ni generalizabilidad
ACIR (Stillman et al., 1977)	Stillman, 1977	Evaluación sumativa y formativa	Conducta	Profesores, examinadores, pacientes simulados	Escala evaluativa y afectiva	16 ítems. Fácil. Escaso tiempo. Entrenamiento limitado	Constructo. Convergente. Sensible al cambio. No evaluada validez aparente ni de contenido	Interobs.: 0,52-0,87 †. Intraobs.: 0,85-0,90 †. Consistencia: 0,80 (α). No datos generalizabilidad

SEGUE (Makoul, 2001b)	Makoul, 2001	Evaluación sumativa y formativa, investigación	Conducta	Profesores, pacientes simulados, observadores externos	<i>Checklist</i>	32 ítems. Fácil. Escaso tiempo. Entrenamiento factible	Aparente. Contenido. Constructo. Sensibilidad al cambio	Interobs.: 0,8-1,0 (Kn). Intraobs.: 0,83-1,0 (Kn) No calculados consistencia interna ni generalizabilidad
Common (Lang et al., 2004)	Lang, 2004	Evaluación sumativa y formativa, investigación	Conducta	Observadores externos, profesores, pacientes simulados	Escala medición evaluativa	21 ítems. Dificultad moderada. Escaso tiempo (50 min. / caso). Entrenamiento factible	Aparente. No evaluados validez de contenido, constructo, convergente ni sensibilidad al cambio	Interobs.: 0,60-0,95 (r). Intraobs.: 0,09-0,95 (r). Generalizabilidad: 5 casos. No calculada consistencia interna

<p>Davis(Callahan & Bertakis, 1991)¹⁰²</p>	<p>Callahan, 1991</p>	<p>Investigación, evaluación sumativa</p>	<p>Conducta</p>	<p>Evaluar externo, examinador</p>	<p>Sistema de codificación</p>	<p>20 categorías. Dificultad moderada. Excesivo tiempo. Entrenamiento complejo</p>	<p>Aparente. Constructo. No presenta convergencia. No evaluada validez contenido</p>	<p>Interobs.: 0,83-0,92 ‡. No calculados intraobservador ni consistencia interna ni generalizabilidad</p>
--	-----------------------	---	-----------------	------------------------------------	--------------------------------	--	--	---

GATHA (Ruiz Moral et al., 2001) *	Ruiz, 2001	Investigación, evaluación formativa y sumativa	Conducta	Evaluador externo, tutor	<i>Checklist</i>	27 ítems. Fácil. Escaso tiempo (30 min/caso). Entrenamiento factible	Aparente. Contenido. Constructo. Sensibilidad al cambio. No evaluada validez convergente	Interobs.: 0,42-0,82 (κ). Intraobs.: 0,94-1,0 (CCI). Consistencia: 0,76 (α). No calculada generalizabilidad
EPPIC (Ruiz-Moral et al., 2006)*	Ruiz, 2006	Investigación	Percepción	Paciente	Encuesta	10 ítems. Fácil. Escaso tiempo. No precisa entrenamiento	Aparente. Contenido. Convergente. Constructo. No evaluada sensibilidad al cambio	Consistencia: 0,80 (α). No evaluada fiabilidad inter ni intraobservador ni generalizabilidad

Fuente: Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en consultas de medicina y enfermería (Gavilán, 2008).

Nombre: Nombre del cuestionario, escala o método de medición. **Autor:** Autor principal del cuestionario. **Año:** Año de publicación de la versión evaluada. *: Cuestionario del que existen varias versiones. Los datos de la tabla son los de la versión referenciada, excepto para el caso de †, en el que se aportan los datos correspondientes a una versión más corta y actual. ‡: No explicitado en el artículo original el tipo de indicador utilizado. **Interobs.:** Fiabilidad interobservador. **Interobs.:** Fiabilidad intraobservador. **r:** Coeficiente de correlación de Pearson. **α:** Índice alfa de Cronbach. **CCI:** Coeficiente de correlación intraclase. **K:** Índice kappa. **Kn:** Índice Kn de acuerdo. **h.:** Tiempo de medición expresado en horas. **Min.:** Tiempo de medición expresado en minutos.

RIAS: *Roter's Interaction Analysis System.* **MAAS:** *Maastricht History-taking and Advice Checklist.* **PPPC:** *Patient Perception of Patient Centeredness.* **RCRS:** *Rochester Communication Rating Scale.* **Stiles:** *Stiles' Verbal Response Modes.* **Bales:** *Bales' Interaction Process Analysis.* **ACIR:** *Arizona Clinical Interview Rating Scale.* **SEGUE:** *SEGUE Framework.* **Common:** *Common Ground Instrument.* **Davis:** *Davis Observation Code.* **GATHA:** *Cuestionario GATHA.* **EPPIC:** *Escala de Percepción del Paciente de la Interacción en la Consulta.*

1.6.4. Instrumentos de medida de la comunicación clínica en España.

Son pocos los instrumentos validados utilizados en España de los que existen referencias bibliográficas:

- ❖ En Andalucía (Jaén) existen tres **cuestionarios validados para la comunicación entre médicos y pacientes en Atención Primaria.**
- ❖ Existen herramientas que evalúan la **comunicación/ relación profesional-paciente, en el ámbito general de la salud.**

A nivel genérico, dirigido a todos los profesionales de la salud están disponibles:

- **Cuestionario EHC-PS** (Leal-Costa et al., 2016): Escala para medir las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud. La creación de este cuestionario, parte del constructo a medir es avalado por un grupo de expertos en la creación de los ítems, así como la evaluación de los ítems en función de esos expertos y ensayos preliminares de dicha escala.
- **Escala de Percepción del Paciente de la interacción Comunicativa en la Consulta**
- ❖ A nivel más restrictivo, relacionados con los **profesionales médicos** están disponibles diferentes instrumentos:
 - **GHATA BASE (Anexo 2).**
 - **GAHTA REAL (Anexo 3).**
 - **GATHA RES (Anexo 4).**

- ❖ Dirigido a **médicos y enfermeras**:
 - **Cuestionario CICAA** (Ruiz-Moral & de Torres, 2006; Gavilán, 2008) (**Anexo 5**)
- ❖ Dirigido a **enfermería**
 - **GHATA ENFERMERÍA**: en el ámbito de la atención primaria.
 - **EHC**. Escala sobre habilidades de comunicación en profesionales de Enfermería (Leal-Costa et al., 2019). (**Anexo 6**).

1.6.5. Herramientas de evaluación en comunicación de malas noticias.

En relación a la evaluación del proceso de comunicación de malas noticias existen a dos cuestionarios orientados fundamentalmente al colectivo médico tanto de habla inglesa como alemana. Son el *Breaking Bad News Assessment Scale (BAS)* (Miller et al., 1999) (**Anexo 7**) y el *Bad News Consultation Assessment Scale (ACGS)* respectivamente (Wand et al., 2008).

1.6.6. Herramientas de evaluación de comunicación de malas noticias en enfermería.

Como ya se ha comentado con anterioridad, la formación en CMN en el profesional de enfermería es escasa, autodidacta, poco estructurada y generalista (F. S. Sánchez et al., 2008). No existe ningún instrumento validado que valore las habilidades y conocimientos en CMN (Saiote & Mendes, 2011

Pirie, 2012; Little & Bolick, 2014; Aein & Delaram, 2014; Baile, 2015; Warnock, 2014; Achury Saldaña et al., 2015).

JUSTIFICACIÓN



2. JUSTIFICACIÓN.

La CMN puede resultar una tarea difícil, agresiva y producir situaciones emocionalmente inestables. Por ende, es vital que los profesionales de la salud desarrollen y/o mejoren el conocimiento, las actitudes y habilidades necesarias para esta difícil tarea (Arbabi et al., 2010; Saiote & Mendes, 2011; Little & Bolick, 2013; (Aein & Delaram, 2014; Warnock, 2014; Abbaszadeh et al., 2014; Baile, 2015; Achury Saldaña et al., 2015). La importancia de la comunicacion de malas noticias puede verse reflejada en el hecho de que los pacientes y sus familiares cuando reciben una mala noticia difícilmente olvidan cómo, cuándo y dónde fue recibida, así como quién se la dio (Aein & Delaram, 2014; Warnock, 2014). Se hace por tanto evidente la necesidad de que los profesionales de enfermeria tengan una competencia excelente en la habilidad de CMN, ya que es sabido que, aunque la propia MN en su contenido, es inevitable e importante, mejorando las habilidades comunicativas, la forma de transmitir e incluso el lugar donde se transmite puede mitigar el impacto producido. Revisando la bibliografía existente se observa que la mayoría de las guías de práctica clínica acerca de CMN van dirigidas a médicos y, por lo general, al campo específico de la oncología (Park et al., 2010; Shaw et al., 2012; Ali, 2013; Abbaszadeh et al., 2014). No se ha identificado en la literatura ningún instrumento dirigido al personal de enfermería,

a pesar de ser los profesionales que están en un contacto más directo con el usuario.

Las enfermeras en su trabajo diario, se enfrentan a la difícil y frecuente tarea de CMN (Park et al., 2010; Saiote & Mendes, 2011; Little & Bolick, 2014), sin embargo, no disponen de este tipo de herramienta que puede orientar, ayudar y evaluar en el proceso de CMN (Koch et al., 2017).

Existe una brecha en CMN acerca de los conocimientos, habilidades y actitudes avalada por varios estudios, que justifican la necesidad de crear un instrumento que evalúe como son comunicadas la MN, resaltando la necesidad de una educación continua en dicha tarea (Saiote & Mendes, 2011; Little & Bolick, 2013; Abbaszadeh et al., 2014; Aein & Delaram, 2014; Baile, 2015; Achury Saldaña et al., 2015).

Todo esto se justifica aún más, cuando se denota que la falta de dichas habilidades puede derivar importantes consecuencias no sólo ya para los pacientes y familiares, sino para los propios profesionales que comunican la MN (Little & Bolick, 2014; Pereira et al., 2013; Linda Baer & Elizabeth Weinstein MD, 2013; Aein & Delaram, 2014; M. G. Fernández et al., 2018).

En la actualidad sólo se han identificado dos instrumentos específicos para la CMN, y van orientados a médicos de habla inglesa y alemana y que sean aplicados en esos países. Concretamente estos cuestionarios son “Breaking Bad News Assessment Scale” (BAS) (Miller et al., 1999), y el cuestionario “Bad News Consultation Assessment Escala” (ACBS) (Wand et al., 2008). Así también existen protocolos de CMN, que ofrecen metodologías básicas para comunicarlás como pueden ser: el protocolo SPYKES de Rober Buckman (Buckman, 1984); Setting, perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy

y Summary, el protocolo ABCDE (Buckman, 1984; Baile et al., 2000; Mirón González, 2010) el protocolo BREAKS (Narayanan et al., 2010), así como el protocolo ABCDEE adaptado para enfermería (B. V. López, 2007). Sin embargo, se puede observar que la formación en CMN para los profesionales de enfermería es escasa, desestructurada, autodirigida y generalista (Mirón González, 2010), no existiendo un instrumento validado para evaluar las habilidades, actitudes y conocimiento en CMN (Saiote & Mendes, 2011; Little & Bolick, 2013; Aein & Delaram, 2014; Warnock, 2014; Achury Saldaña et al., 2015; Baile, 2015). Por estas razones, se ha propuesto la idea de diseñar una herramienta válida y fiable para evaluar los conocimientos, actitudes y habilidades en la comunicación de malas noticias en los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS



3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

Diseñar, elaborar y validar un instrumento válido y confiable de medida que permita evaluar la comunicación de las malas noticias en los profesionales de enfermería en España

3.2. Objetivos específicos.

Para alcanzar el objetivo general se marcan los siguientes objetivos específicos.

1º Identificar los constructos que formaran un instrumento de valoración de comunicación de mala noticias para profesionales de enfermería

2º Determinar la validez de contenido del instrumento.

3º Determinar las características psicométricas del instrumento.

4º Conocer los factores asociados a la comunicación de malas noticias

METODOLOGÍA



4. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño y elaboración del cuestionario.

4.1.1. Búsqueda bibliográfica.

Como primer paso en la elaboración del instrumento de CMNE, se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos tanto nacionales como internacionales (Scopus, Cuiden plus, Web Of Science (WOS) ENFISPO, LILACS, CINAHL, PUBMED, BV-SSPA Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Gerión...). Para ello se utilizaron palabras claves incluidos en el vocabulario descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS), así como los términos MESH: << Cuestionario> < Enfermería> <comunicación de malas noticias> <breaking bad news> <nursing> <questionary> < truth disclosure> <communication> con sus correspondientes combinaciones con los operadores lógicos, operadores booleanos y funciones avanzadas en la introducción del texto en las cajas de búsqueda. Con el fin de obtener la información necesaria en la literatura técnica y científica es salud disponible en las fuentes de información de la Biblioteca Virtual en Salud, así como en formato papel.

Una vez revisada la bibliografía existente, se comprobó que no existía ningún cuestionario similar en la literatura que evaluara la CMN en enfermería, por ello, para la elaboración del cuestionario se partió de los protocolos de CMN existentes y en función de ellos se establecieron las dimensiones a valorar y por ende los ítems.

Se procedió según la siguiente estructura:

4.1.2. Identificación de variables y elaboración de ITEMS.

Se establecen como variables de estudio para la creación de los ítems:

- Habilidades de comunicación de malas noticias.
- Conocimientos en comunicación de malas noticias.
- Actitudes en comunicación de malas noticias.

1) Habilidades de comunicación de malas noticias por el profesional de enfermería. Entendiéndose conceptualmente como la capacidad que poseen las enfermeras para comunicar malas noticias en su campo habitual de trabajo, y entendiéndose mala noticia como aquella noticia que afecta negativamente a las expectativas de la persona, bien por ser ella la directamente afectada por la enfermedad o por ser alguna persona de su entorno la afectada.

Para la realización de las dimensiones en base al constructo definido, basándonos en el protocolo recomendado por Buckman (Baile et al., 2000): SPIKES, para la comunicación de malas noticias y con la aportación de Rabow y McPhec (Rabow et al., 2000) en su protocolo al que denomina ABCDE, unido al protocolo recomendado por Villa López (B. V. López, 2007) en el que insta dos nuevas etapas, de las cuales nos quedaríamos con la que incorpora el plan de cuidados dentro de dicho protocolo, implementados por los protocolos incluidos en su estudio por Luz Bascuñan (Luz Bascuñán & Luengo-Charath, 2022), establecemos seis dimensiones para valorar nuestro cuestionario CCMN, a saber:

- I. Preparación.
- II. Percepción.
- III. Invitación.
- IV. Conocimiento.
- V. Empatía.
- VI. Estrategia.

2) Continuando con una dimensión relacionada con la actitud en la comunicación de malas noticias de los profesionales de enfermería, entendiéndose como actitud de los profesionales de enfermería en la comunicación de malas noticias en el ámbito de la salud como una tarea desafiante y delicada que al igual que requiere habilidades especiales, su actitud es crucial para garantizar que este proceso se realice de manera compasiva, efectiva y respetuosa, describiendo los elementos clave que conforman esta actitud:

a) **Empatía y Sensibilidad:**

- **Empatía:** Los profesionales deben ponerse en el lugar del paciente y de sus familiares para comprender sus sentimientos y perspectivas. La empatía implica reconocer y validar las emociones del receptor.
- **Sensibilidad:** Es fundamental ser consciente del impacto emocional de las malas noticias y manejar la situación con tacto y delicadeza. La sensibilidad ayuda a mitigar el choque y el dolor que pueden experimentar los pacientes y sus familias.

b) **Claridad y Honestidad:**

- **Claridad:** Es esencial proporcionar la información de manera clara y comprensible, evitando el uso de jerga médica que pueda confundir o angustiar más al paciente.
- **Honestidad:** Comunicar la verdad de manera directa pero compasiva. Es importante no dar falsas esperanzas, pero también ofrecer la información de una forma que sea soportable para el paciente.

c) **Paciencia y Tiempo:**

- **Paciencia:** Permitir que el paciente y sus familiares procesen la información a su propio ritmo. Responder a sus preguntas y preocupaciones sin apresurarlos.
- **Tiempo:** Dedicar el tiempo necesario para la conversación, asegurándose de que no se sientan apresurados y que tengan la oportunidad de expresar sus emociones y dudas.

d) **Apoyo Emocional:**

- **Presencia:** Estar presente y disponible para el paciente y su familia durante y después de la comunicación de las malas noticias. Asegurarse de que no se sientan solos en el proceso.
- **Recursos:** Ofrecer recursos adicionales como apoyo psicológico, grupos de apoyo o información sobre el manejo de la situación.

e) **Competencia Profesional:**

- **Formación:** Contar con formación específica en habilidades de comunicación y manejo de situaciones difíciles. La preparación es clave para manejar adecuadamente estas situaciones.

- **Experiencia:** La experiencia en la comunicación de malas noticias puede mejorar la capacidad del profesional para manejar estas situaciones de manera efectiva.

f) **Respeto y Dignidad:**

- **Respeto:** Tratar al paciente y a sus familiares con respeto, manteniendo su dignidad en todo momento. Esto incluye respetar sus creencias, valores y preferencias.
- **Autonomía:** Respetar la autonomía del paciente, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su propia atención y tratamiento.

La combinación de estos elementos permite a los profesionales de enfermería manejar la comunicación de malas noticias de una manera que minimiza el sufrimiento y apoya al paciente y su familia durante un momento difícil. Se implementa con otra dimensión en la que se insertan ítems relacionados con los conocimientos que poseen los profesionales de enfermería en la CMN previos.

Para comunicar malas noticias de manera efectiva, los profesionales de enfermería deben poseer una combinación de conocimientos teóricos y prácticos que les permitan manejar esta tarea con sensibilidad y competencia. Aquí se describen los conocimientos esenciales:

a) **Conocimiento de Psicología y Reacciones Emocionales:**

- **Teorías del Duelo:** Comprender las etapas del duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) y cómo varían entre los individuos.

- **Emocionales:** Reconocer las diversas reacciones emocionales que los pacientes y sus familias pueden experimentar, como shock, incredulidad, tristeza, enojo y miedo.

b) **Técnicas de Comunicación:**

- **Comunicación Verbal:** Uso de un lenguaje claro y sencillo, evitando tecnicismos médicos que puedan confundir al paciente o sus familiares.
- **Comunicación No Verbal:** Importancia de la postura, el contacto visual, los gestos y el tono de voz en la transmisión de empatía y comprensión.
- **Escucha Activa:** Habilidades para escuchar atentamente, demostrar interés genuino y responder adecuadamente a las preguntas y preocupaciones del paciente.

c) **Modelos de Comunicación Estructurados:**

- **Protocolo SPIKES:**
 - **S (Setting):** Preparar el entorno adecuado para la conversación.
 - **P (Perception):** Evaluar la comprensión y percepción del paciente sobre su situación.
 - **I (Invitation):** Invitar al paciente a decidir cuánto quiere saber.
 - **K (Knowledge):** Proporcionar información de manera gradual y comprensible.
 - **E (Emotions):** Responder con empatía a las emociones del paciente.
 - **S (Strategy and Summary):** Resumir la información y planificar los siguientes pasos.

- **Protocolo BREAKS** (Background, Rapport, Explore, Announce, Kindling, Summarize):
 - **B** (Background): Conocer el contexto del paciente.
 - **R** (Rapport): Establecer una buena relación.
 - **E** (Explore): Explorar lo que el paciente ya sabe.
 - **A** (Announce): Anunciar la noticia con claridad.
 - **K** (Kindling): Manejar las emociones con empatía.
 - **S** (Summarize): Resumir y planificar los pasos futuros.
- d) **Conocimiento Médico y Clínico:**
- **Información Precisa:** Tener un conocimiento detallado sobre el diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento del paciente.
 - **Manejo de Situaciones Clínicas:** Estar al tanto de los protocolos y procedimientos para manejar diferentes situaciones clínicas y emergencias.
- e) **Aspectos Éticos y Legales:**
- **Confidencialidad:** Conocer y aplicar las leyes y normas sobre la confidencialidad de la información del paciente.
 - **Consentimiento Informado:** Entender la importancia del consentimiento informado y asegurarse de que el paciente comprende la información proporcionada para tomar decisiones informadas.
- f) **Cultura y Diversidad:**
- **Competencia Cultural:** Reconocer y respetar las diferencias culturales y religiosas que pueden influir en la percepción y respuesta a las malas noticias.

- **Adaptación del Mensaje:** Ajustar el enfoque y el lenguaje utilizado en función de las necesidades culturales y lingüísticas del paciente.

g) **Recursos y Apoyo:**

- **Servicios de Apoyo:** Conocer los recursos disponibles, como servicios de psicología, trabajo social, cuidados paliativos y grupos de apoyo, y cómo derivar a los pacientes a estos servicios.
- **Red de Apoyo Profesional:** Saber cuándo y cómo buscar apoyo y supervisión profesional para manejar el impacto emocional de comunicar malas noticias.

h) **Autocuidado y Gestión del Estrés:**

- **Estrategias de Autocuidado:** Conocer técnicas para el manejo del estrés y el autocuidado para mantener el bienestar emocional y profesional.
- **Apoyo Profesional:** Buscar y utilizar el apoyo de colegas y supervisores para afrontar las cargas emocionales que conlleva la comunicación de malas noticias.

Estos conocimientos permiten a los profesionales de enfermería abordar la comunicación de malas noticias con una base sólida y multifacética, garantizando que el proceso sea lo más humano, claro y comprensivo posible.

Se elaboran una serie de ítem para cubrir estas ocho dimensiones, incluyéndolas en el cuestionario provisional. siguiendo las recomendaciones de los 10 expertos para que abarcara todo el contenido necesario para que los profesionales de enfermería sean capaces de ser evaluados en cuanto a las habilidades, conocimientos y actitudes en CMN. En la redacción de los ítems, se

adaptaron las indicaciones de autores como DeVellis (Brown & Room, 2021), entre las que encontramos que los ítems no fueran demasiado largos, que primase la claridad, así como que no contuviesen dobles ideas, y evitando las respuestas en negativo.

4.1.3. Panel de expertos.

Una vez realizado el cuestionario de comunicación de malas noticias, el cual está compuesto por 31 ítems, se decide contar con la opinión de 10 expertos, basándonos en los principios del método Delphi, para lo cual establecemos el anonimato de los intervinientes, respuesta del grupo de forma estadística. Con ello buscamos un consenso basado en la discusión de estos 10 expertos acerca del cuestionario.

Los expertos son elegidos no sólo por ser grandes conocedores del tema sobre el que se realiza el estudio, sino que deben presentar una pluralidad en sus planteamientos. Método de validación de contenido recomendados por Escurra Mayaute (Escurra Mayaute, 1988). Se contactó con ellos en principio telefónicamente, y a continuación personalmente, por el que se les invitó a participar en calidad de expertos para la investigación en la creación de un cuestionario de comunicación de malas noticias para enfermería.

Se le proporciona el cuestionario CMNE para que sea analizado (vía email y en soporte papel), con la siguiente valoración de cada uno de sus ítems, atendiendo a cuatro apartados como son: redacción, comprensión, pertinencia y valoración personal, según una escala de Likert con cinco posibles respuestas, unida a la posibilidad de que ante cada uno de los ítems puedan aportar sus observaciones al respecto si las consideraban oportunas (**Anexo 8**).

La valoración del cuestionario por los expertos incluyó dos rondas:

En la primera ronda la evaluación de los jueces sugirió cambios en razón a ciertos matices en la redacción de algunos ítems del cuestionario. Se realizó las correcciones oportunas en función a las directrices marcadas por los expertos, obteniéndose la versión 1 del cuestionario.

A continuación se llevó a cabo una segunda ronda de evaluación por los expertos del cuestionario, con los mismos apartados de evaluación anteriores referentes a la redacción, comprensión, pertinencia y valoración personal. Resultando de esta segunda consulta un consenso unánime por parte de todos los expertos y con la consiguiente aprobación del texto final de cuestionario.

4.2. Estudio piloto.

Se eligió a una muestra de conveniencia de 74 enfermeras en activo pertenecientes al servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital universitario San Agustín de Linares, administrándole el cuestionario (versión 1). Una vez cumplimentado dicho cuestionario se realizó su análisis y obtención de resultados (González-Cabrera et al., 2020). De esta muestra se eligieron 18 enfermeras, a las cuales se les hizo una entrevista personal para que valoraran y emitieran las opiniones oportunas acerca del cuestionario CMNE. Esta valoración se hizo en función a la comprensión de los ítems y su extensión o si existía alguna dificultad en su cumplimentación. Tras la opinión de los participantes se mantuvo el cuestionario en su formato inicial (versión 1).

4.3. Aplicación del instrumento para conocer las propiedades psicométricas.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de recogida de datos psicométricos mediante un cuestionario de comunicación de malas noticias en los profesionales de enfermería.

4.4. Participantes.

4.4.1. Población de estudio.

La población de estudio corresponde con los profesionales de enfermería que realizan su labor asistencial en el área sanitaria de Jaén incluyéndose:

- Centros hospitalarios:
 - Hospital Universitario San Agustín de Linares.
 - Hospital de alta resolución de Alcaudete.
 - Hospital Universitario de Jaén.
 - Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda.
 - Hospital Alto Guadalquivir.
 - Hospital Alta Resolución Sierra de Segura.
- Centros de Atención Primaria (AP):
 - Distrito de AP de Jaén, Jaén Nordeste, Jaén norte, Jaén Sur
 - Área de gestión Sanitaria de Norte de Jaén, Jaén Nordeste y norte de Jaén.

- Residencias de mayores de la provincia de Jaén, Así como los profesionales de enfermería que realizan su labor asistencial en centros privados, Mutuas y centros concertados de Jaén.

4.4.2. Criterios de selección:

- Criterios de inclusión.
 - Profesionales de Enfermería que posean el título de diplomado/graduado que estén en activo en su labor asistencial.
- Criterios de exclusión.
 - Profesionales de Enfermería que no estén en activo, o en su labor asistencial no se encuentre la competencia de CMN. (sindicatos, gestores, dedicación administrativa, etc.)

4.4.3. Tamaño de la muestra.

Se hizo una estimación del tamaño muestral adecuada siguiendo las recomendaciones de algunos autores, estos proponen entre 5 y 10 participantes por ítems, otros opinan que sea entre 2 y 3, o incluso entre 4 y 10, no siendo el número mínimo de participantes inferior a 200 (Vet et al., 2005; Stevens, 2012; Kline, 2014; Roco Videla et al., 2021). Finalmente participaron 218 enfermeras.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia que fue pilotado previamente en 20 enfermeras de diferentes edades, sexo, servicio de trabajo y nivel formativo. Este cuestionario no necesitó ninguna modificación. En este cuestionario se incluía las

variables y los instrumentos que se describen a continuación de forma más detallada.

4.5. Variables.

Las variables del estudio, son todas las variables incluidas en el cuestionario con sus valores computables.

4.5.1. Variables independientes:

- Datos relacionados con el profesional:
 - Sexo: variable cualitativa dicotómica.
 - Masculino
 - femenino
 - Edad. Variable cuantitativa.
 - Lugar de trabajo actual. Variable cualitativa dicotómica.
 - Público
 - Privado
 - Ambos
 - En este momento no trabajo.
 - Puesto de trabajo actual.
 - Urgencias.
 - UCI.
 - Cuidados paliativos.

- Hospitalización.
- Quirófano.
- Consultas.
- Gestora de casos.
- Enfermería de familia.
- Desempleado en la actualidad.
- Otro.
 - Especificación del puesto.
- Turno de trabajo. Variable cualitativa policotómica.
 - Diurno.
 - Rotatorio.
 - Guardias.
 - Noches.
- Tipo de contrato(actual). Variable cualitativa policotómica.
 - Interino.
 - Estatutario.
 - Eventual.
 - Otro.
 - Especifica tipo de contrato.

- Experiencia profesional (años de servicios prestados). Variable cuantitativa continua.
 - < 1 año.
 - 1- 5 años
 - > 5- 10 años.
 - > 10 años.

- Perfil formativo. Variable cualitativa policotómica.
 - Diplomado/grado.
 - Experto.
 - Master.
 - Doctor.
 - Especialidad.
 - Especialidad realizada.

- Formación previa en grado en CMN. Variable cualitativa dicotómica.
 - Sí.
 - No.

- Formación de postgrado en CMN. Variable cualitativa dicotómica.
 - Sí.

- No.
- Consideración de la necesidad de formación en comunicación de malas noticias. variable cualitativa dicotómica.
 - Sí.
 - No.
- Consideración de la CMN como parte de las competencias de las enfermeras. Variable cualitativa dicotómica.
 - Sí.
 - No.
- Percepción del grado de preparación para comunicar malas noticias. Variable cualitativa policotómica.
 - Nada.
 - Poco
 - Algo.
 - Bastante.
 - Mucho.
- Grado de preocupación para la comunicación de las malas noticias. Variable cualitativa policotómica.
 - Nada.

- Poco.
- Algo.
- Bastante.
- Mucho.

4.5.2. Variables dependientes:

Valor del cuestionario de comunicación de malas noticias en enfermería y recogida de datos.

4.6. Recogida de datos.

Se contacto con enfermeras de todos los servicios de los centros sanitarios participantes, se les explico el proyecto y tras la aceptación se les paso el cuestionario para que lo cumplimentasen cuando pudiesen. Se estableció un grupo de mensajes instantáneos para resolver las posibles dudas y que la respuesta fuese homogénea a todos los participantes.

4.7. Análisis estadístico.

Se realizó un **análisis descriptivo** empleando las frecuencias absolutas para las variables cualitativas, y la media con las desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas.

A continuación se determinó la validez del cuestionario, donde se analizaron la validez de contenido, la validez del constructo así como la validez de criterio.

Para la **validez de contenido** se analizaron la relevancia de los ítems que forman parte del cuestionario, a través de la determinación del índice de validez de contenido (IVC)(Lawshe CH, 1975).en el cual se establece que los valores obtenidos deben ser superiores a 0.80 (Davis, 1992; Almanasreh et al., 2019).

En el análisis de la **validez de constructo** se analizaron tanto la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) como la prueba de esfericidad de Bartlett, que indican si es apropiado realizar un análisis factorial exploratorio (EFA), que no permite conocer los factores subyacentes mediante el análisis de componentes principales (ACP). Los valores de KMO para poder decir que el EFA es apropiado deben de ser >0.6 , aproximándose lo más posible al valor 1, mientras que la esfericidad de Bartlett debe de ser inferior a 0.05 que consiste en ser la prueba de hipótesis estadística, de tal forma que se rechaza la hipótesis nula de esfericidad y así poder decir que el modelo factorial es adecuado y que es capaz de explicar los datos. En el EFA se utilizó la rotación Varimax y de esa forma, permitir asignar los ítems a los factores. Se empleó el criterio de Kaiser, para determinar el número de factores. Mantiene factores con valores mayores del valor unitario (Tabachnick et al., 2013).

El siguiente paso fue estudiar la **validez de criterio convergente**, para lo cual, se estudió la relación entre CMNE y EHC, Al comparar instrumentos que cuantifican constructos semejantes y sus resultados presentan correlaciones significativas, afirmamos que estos “convergen”. Para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, y el de Pearson, con lo que se esperaba obtener un rendimiento psicométrico aceptable, con una correlación superior a 0.60 (convergente). También se estudió la relación de los ítems de CMNE y EHC mediante el test de análisis de varianza de tendencia lineal (ANOVA) Al valorar sus 4 dimensiones podemos comprobar que correlaciona según los aspectos evaluados.

A continuación se determinó la **validez de criterio concurrente** con el fin de ver la relación entre la comunicación de malas noticias en enfermería y

algunos factores que se piensa que pueden estar asociados a dicha comunicación, como puede ser edad, sexo, formación, experiencia profesional, tipo de contrato, lugar de trabajo, entidad de contratación, formación especializada, grado de preocupación ante la comunicación, percepción del grado de preparación, valoración de conocimientos, formación de grado y postgrado, percepción de necesidad de formación, y de competencia profesional. Con este fin se realizó un análisis bivalente, con los datos obtenidos tanto de las variables cuantitativas como cualitativas. Estableciéndose que los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0.05$.

Para determinar el **análisis factorial confirmatorio** se emplearon para confirmar el ajuste de modelo, los valores estadísticos de ajuste absoluto: Chi-cuadrado y Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA); medidas de ajuste incremental: Índice de ajuste comparativo (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI) e Índice de ajuste normalizado (NFI); medidas de ajuste de parsimonia: Ratio de parsimonia (PRATIO), Índice de ajuste comparativo de parsimonia (PCFI), Índice de ajuste normalizado de parsimonia (PNFI) y el Índice de criterio de información de Akaike (AIC).

A continuación, se analizó la **confiabilidad**, estudiando la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), con el fin de evaluar en que magnitud los ítems del instrumento están correlacionados entre sí y como miden un mismo concepto. Este valor estadístico es uno de los más utilizado en la actualidad para la evaluación de la confiabilidad de un cuestionario, sus valores oscilan entre 0 y 1. Donde sus valores son considerados como: $\alpha > 0.9$ es considerado como excelente, $\alpha > 0.8$ como bueno, $\alpha > 0.7$ como aceptable, α

> 0.6 como cuestionable, $\alpha > 0.5$ como pobre y cuando el valor se sitúa con un $\alpha > 0.5$ se considera inaceptable (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

Para finalizar se evaluó la estabilidad temporal, mediante la fiabilidad intraobservador mediante la prueba test-retest. Se utilizó una muestra de 33 enfermeras que cumplimentaron en cuestionario, y posteriormente pasadas 48-72 horas se les volvió a suministrar el cuestionario para su nueva cumplimentación. Empleándose para su valoración el coeficiente de correlación intraclase (ICC).

4.8. Normas éticas.

Este estudio tiene adherencia clara a los cuatro fundamentos que conocemos como: Consistencia, coherencia, Replicabilidad y Predicción.

Como principios bioéticos se respetan los principios como son:

- Autonomía, todos los sujetos del estudio conocen y consienten participar en el estudio.
- Igualdad. Partiendo que el derecho a la salud lo tienen que tener todos sin atender a ninguna condición que los diferencie: sexo, raza... etc.
- Pluralismo. Este principio respeta las diferencias que debe haber entre los sujetos.
- No maleficencia. Se establece como principio que dicha actividad clínica no tiene como objetivo dañar la salud tanto comunitaria como individual.
- Beneficencia. Las acciones deber ir dirigidas a la mejora de la calidad de vida.
- Laicidad. La práctica no debe estar influida por las morales de los profesionales.

En el estudio se respeta los principios de la ética de la verdad:

- Publicidad. El estudio se hace público.
- Manifestación de conflicto de intereses.
- Se establece como cláusula de garantías:

Para garantizar que no se vulneran los principios éticos, se pone en conocimiento del comité de ética provincial y obteniéndose su aprobación el 23/02/2017 al **proyecto de investigación MGC17 (Anexo 9)**, así como la autorización por escrito de los centros que así no lo exigieron para la realización de estudio. (**Anexo 10**) Los participantes del estudio son informados de su inclusión en dicho estudio, siendo en todo momento voluntario y anónimo. Establecer antes de comenzar una clara manifestación de conflictos de intereses por parte de los investigadores para el conocimiento general del objetivo del estudio y su posible interpretación.

RESULTADOS



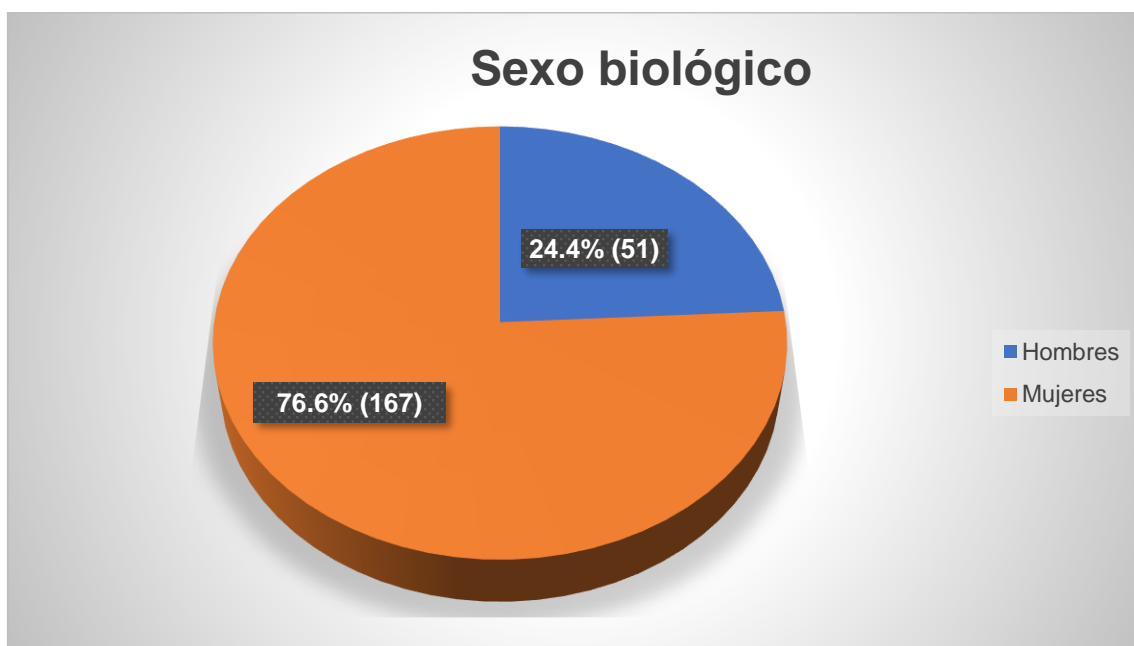
5. RESULTADOS.

5.1. Descripción de la muestra.

- **Sexo y edad.**

Participaron un total de 218 profesionales de enfermería, de los cuales el 23.4% (51) fueron hombres mientras que el 76.6% (167) eran mujeres con una media de edad de 39.40 años (DE=12.19 años) como se puede observar en la **Figura 3.**

Figura 3. Sexo biológico.



- **Puesto de trabajo.**

El puesto de trabajo actual de los participantes fue en urgencias en un 18.3% (40), en UCI el 7.3% (16), en hospitalización el 20.6% (45), en centro de salud un 15.1% (33), en consultas el 4.6% (10), en quirófano un 4.6% (10), en

cuidados paliativos un 1.8% (4), en centros sociosanitarios el 5.0% (11), como desempleados un 3.2% (7) y otros el 19.3% (42).

- **Servicios de desempeño laboral.**

Los servicios en los que desarrollaba su labor era: en pediatría un 1.8% (4), en salud laboral 1.8% (4), en docencia universitaria el 3.2% (7), en paritorio el 2.3% (5), en hemodiálisis un 0.5% (1), en oncología el 0.9% (2), en medicina interna el 1.8% (4), en urgencias hospitalarias un 0.5% (1), en urgencias extrahospitalarias el 3.7% (8), en supervisión el 1.4% (3), en puesto de dirección un 0.5% (1), en radiología el 1.4% (3), en salud mental un 0.5% (1), en centro de transfusiones el 0.5% (1), en puesto de gestión un 0.5% (1), en residencia geriátrica el 0.9% (2), en el servicio 112 un 0.5% (1), de volante un 0.5% (1), en centro educativo el 0.5% (1) y no especificaron su lugar de trabajo un 76.6% (167).

- **Franja horaria de trabajo.**

Según la franja horaria en la que realizaban su trabajo, la mayoría trabajaba en turno rotatorio, el 51.4% (112), seguidas de las enfermeras en turno diurno 32.6% (71), a continuación están las enfermeras en turno de guardia con un 14.7% (32) y por último sólo en turno de noche con un 1.4% (3). **Figura 4.**

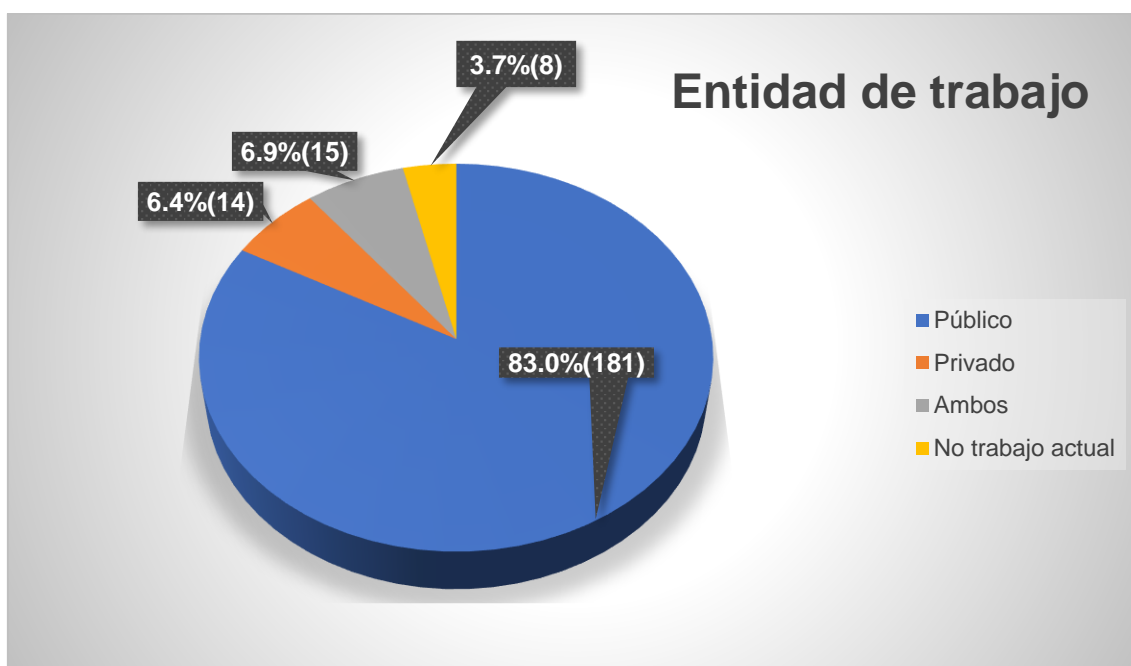
Figura 4. Franja horaria de trabajo.



- **Entidad de trabajo.**

El 83.0% (181) trabaja en el sector público, el 6.4% (14) solo desarrolla su labor en el ámbito privado mientras que un 6.9% (15) informan que trabajan compaginando la actividad laboral en el sistema público y el privado, del mismo modo un 3.7% (8) manifiesta que no está trabajando en la actualidad. **Figura 5.**

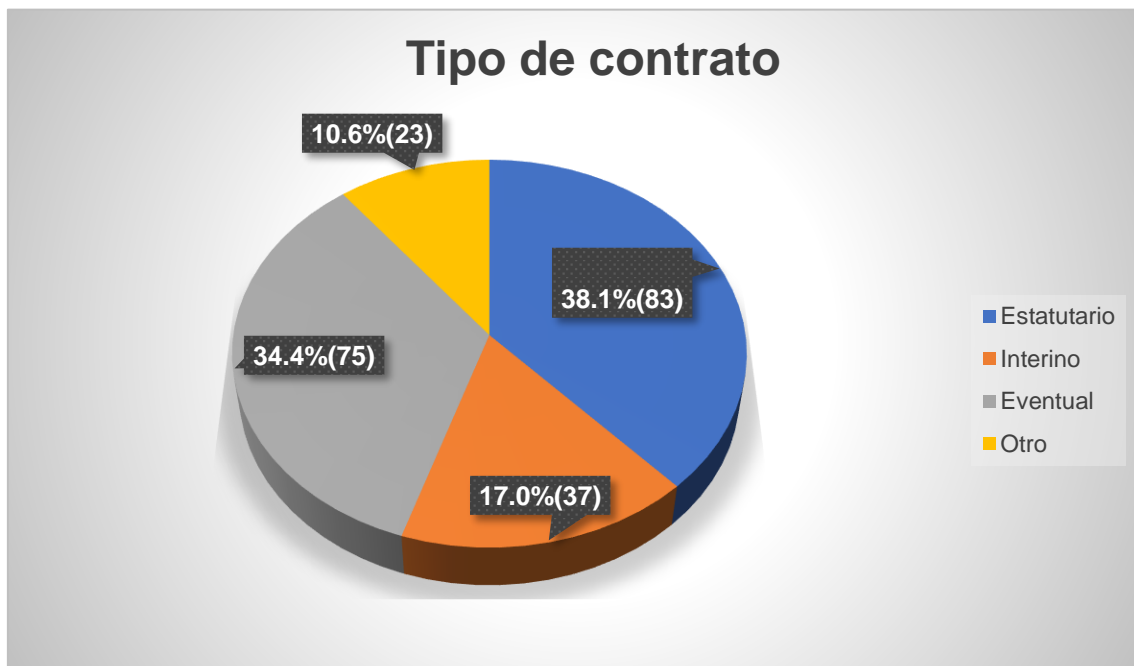
Figura 5. Entidad de trabajo.



- **Tipo de contrato.**

En cuanto al tipo de contrato la mayoría tenían un contrato de estatutario 38.1% (83), seguidos de los contratos eventuales 34.4% (75), con contratos interinos el 17.0% (37) y por último otro tipo de contrato 10.6% (23). **Figura 6.**

Figura 6. Tipo de contrato.



○ **Experiencia laboral.**

En lo que a la experiencia profesional se refiere los que habían trabajado con un rango >10 años suponían el 40.8% (89), siendo decreciente, en el rango de >5 a 10 años de experiencia con el 28.0% (61), seguido de las enfermeras > 1 y 5 años trabajados 22.9% (50), y las que han trabajado por un periodo de tiempo de 1 año o inferior a 1 año que son el 8.3% (18). **Figura 7.**

Figura 7. Experiencia profesional.



- **Perfil formativo.**

El perfil formativo de los participantes era: diplomados y graduados el 52.8% (115), habían realizado estudios de experto el 4.1% (9), habían realizado algún master el 38% (61). El 11.9 (26) afirmó tener una especialidad, entre las que fueron: como en enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) un 2.8% (6), en enfermería Familiar y Comunitaria el 4.6% (10), en enfermería del Trabajo un 0.9% (2), en Enfermería de Salud Mental un 1.4%, (3) en enfermería pediátrica un 2.3% (5), en enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos un 0.5% (1), y en Enfermería geriátrica el 0.9% (2). Así el 3.2% (7) poseían estudios de doctorado.

Figura 8.

Figura 8. Perfil formativo.

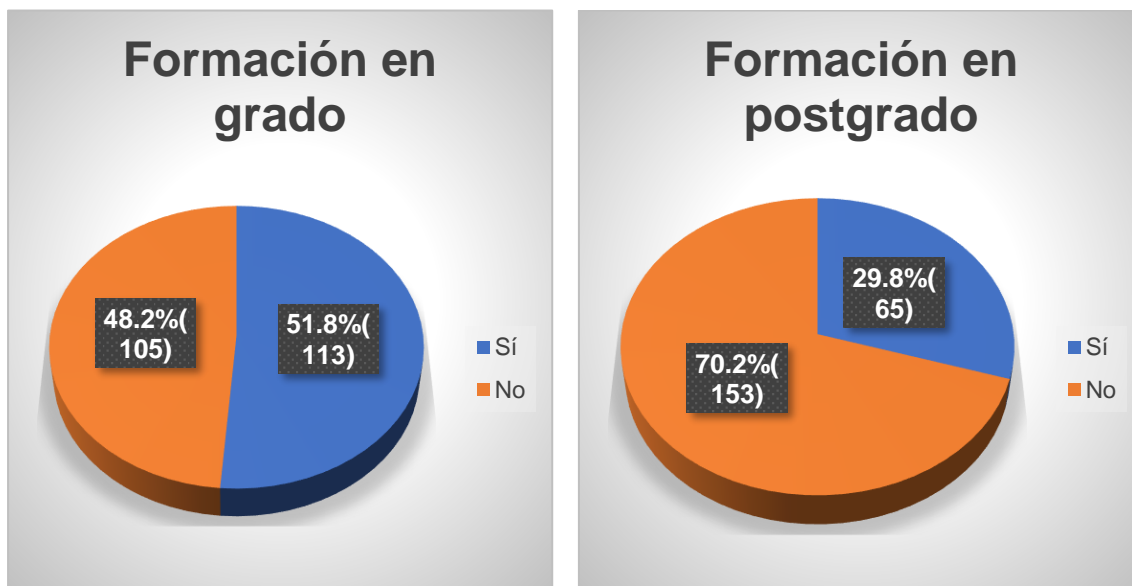


- **Formación en CMN.**

El 51.8% (113) habían recibido formación de comunicación de malas noticias durante su formación de pregrado frente al 48.2% (105) que no las habían recibido. Mientras que en postgrado sólo habían realizado formación en

comunicación de malas noticias el 29.8% (65) frente a los al 70.2% (153) que no la habían realizado. **Figura 9.**

Figura 9. Formación en CMN en grado y postgrado.



o **Competencia enfermera CMN.**

De los 218 participantes que se les preguntó si consideraban que la comunicación de malas noticias formaba parte de las competencias de enfermería, casi en su totalidad, es decir, el 93.6 % (204) afirmaba que el CMN entraba en las competencias de las funciones de enfermería y sólo el 6.4% (14) no la consideraba como una función de enfermería. **Figura 10.**

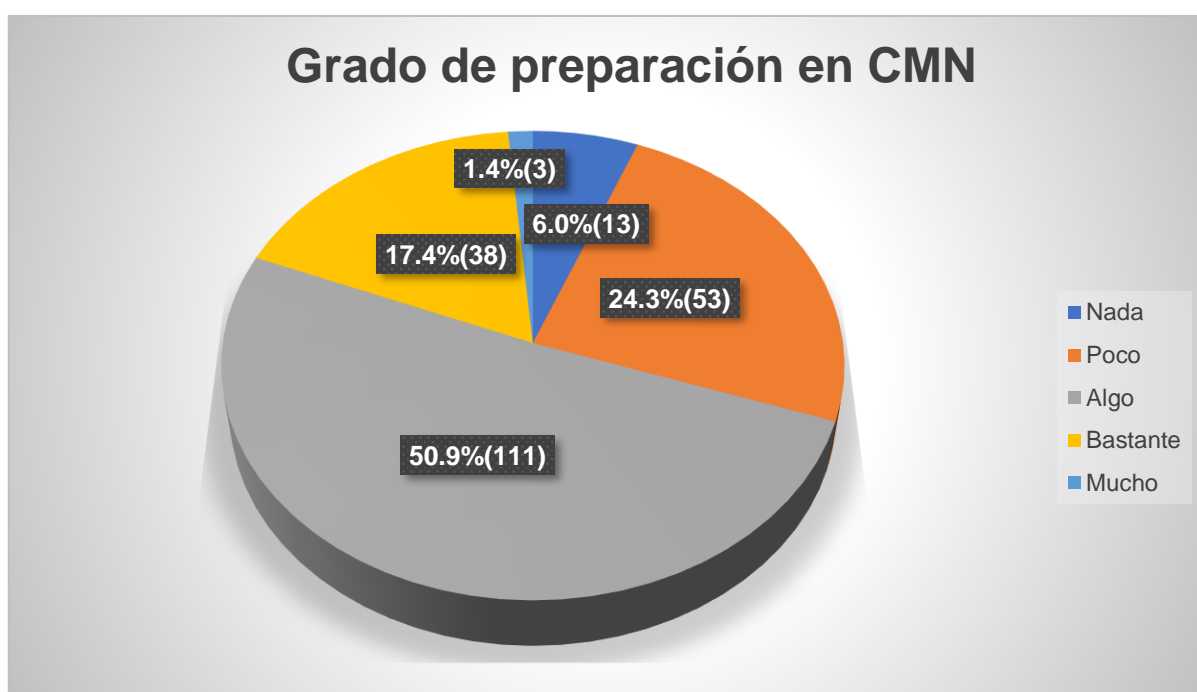
Figura 10. Consideración de la CMN competencia enfermera.



- **Grado de preparación en CMN.**

A la hora de responder sobre si se sentían preparados para abordar la tarea de comunicar una mala noticia el mayor porcentaje 50.9% (111) se sentían algo preparados para comunicarlas, mientras que el 17.4% (38) si se sentían bastante preparados, e incluso el 1.4% (3) si se consideraban muy preparados, el 24.3% decía sentirse poco preparados e incluso el 6.0% (13) llegó a afirmar que no se sentían nada preparados. **Figura 11.**

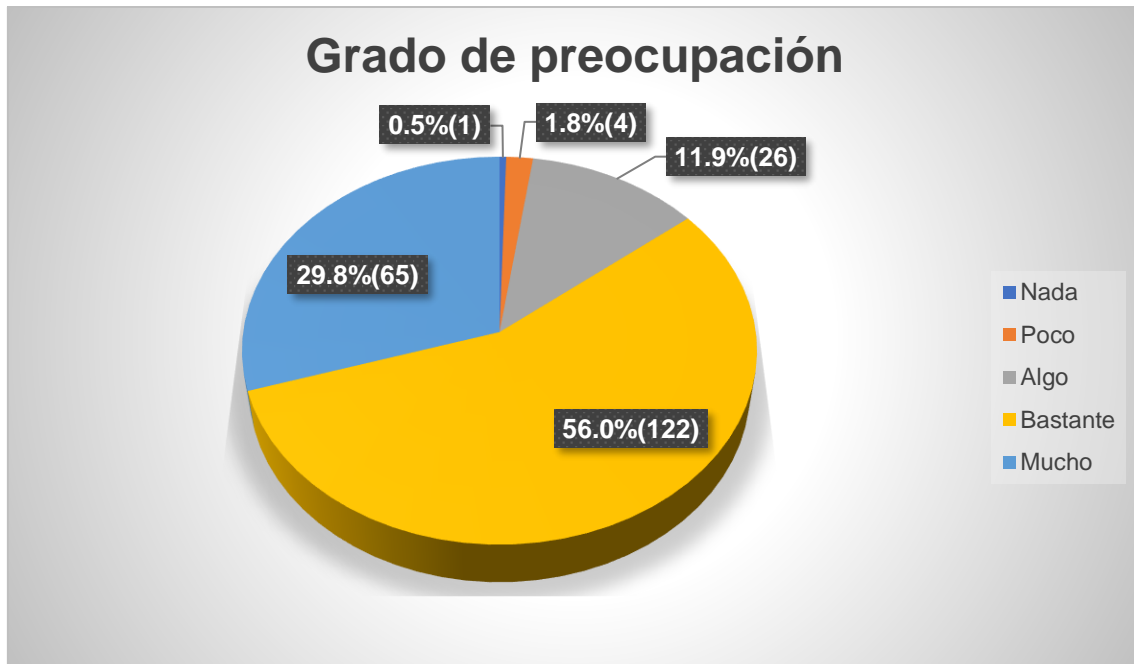
Figura 11. Percepción de preparación para afrontar CMN.



- **Grado de preocupación en CMN.**

Más de la mitad de la muestra, un 56.0% (122) afirmaba que se sentían bastante preocupadas a la hora de comunicar una mala noticia, el 29.8% (65) decían estar muy preocupadas, sólo se sentían algo preocupadas el 11.9% (36) con un 1.8% (4) respondiendo que un poco y llegando a contestar que no se sentían nada preocupada a la hora de comunicarla el 0.5% (1). **Figura 12.**

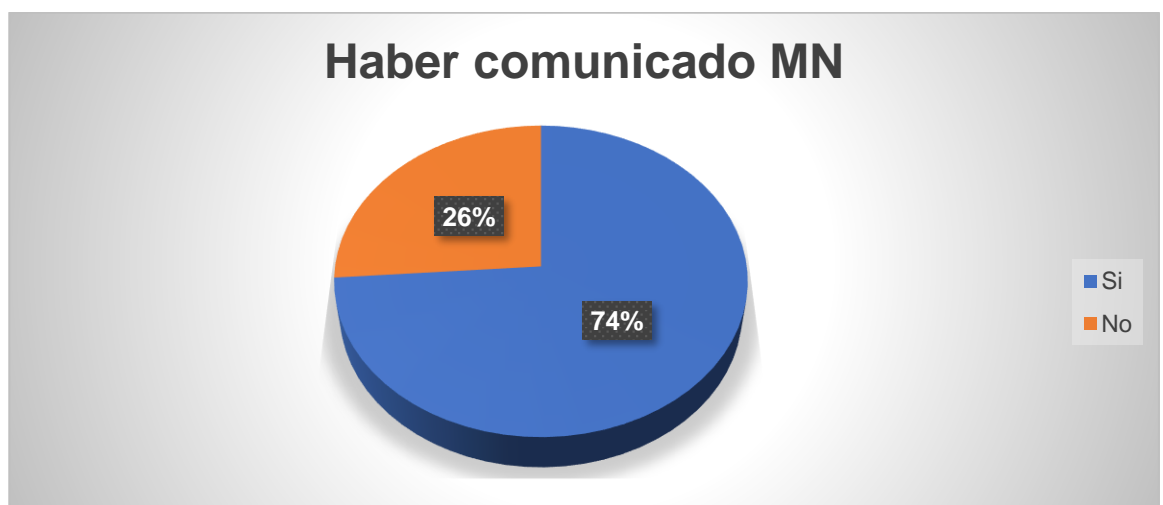
Figura 12. Preocupación para afrontar la comunicar de malas noticias.



○ **Enfermeras que han comunicado MN y lugar realizado.**

El 26.1% (57) de las enfermeras afirmó no haber comunicado nunca una mala noticia, sin embargo el 73.9% (161) si había realizado esta tarea en su carrera profesional. **Figura 13.**

Figura 13. Enfermeras que han comunicado malas noticias.



De las enfermeras que habían comunicado malas noticias, el 70.0% (146) concretaron el lugar de trabajo donde lo habían hecho, quedando reflejado de la siguiente forma: en las urgencias hospitalarias 11.5% (25), en urgencias extrahospitalarias el 5.9% (12), en UCI un 7.3% (16), en cuidados paliativos el 5.0% (11), en hospitalización un 17.4% (38), en atención primaria el 6.4% (14), en unidades de salud mental el 0.9% (2), en centros sociosanitarios el 1.4% (3), en residencias de ancianos un 5.5% (12), en paritorios el 2.3% (5), en oncología un 3.2% (7) y el ámbito de la pediatría un 0.5% (1).

En cuanto a la puntuación media de la escala CMNE se situó en 103.13 puntos (SD = 16.6).

Las características de la muestra estudiada pueden analizarse con más detalle en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Características de la muestra

Variable	
Puntuación CMNE media (DE)	103.13 (16.6)
Sexo biológico n (%)	
Hombre	51 (23.4)
Mujer	167 (76.6)
Lugar de trabajo actual n (%)	
Público	181 (83.0)
Privado	14 (6.4)
Ambos	15 (6.9)
No trabajo actualmente	8 (3.7)
Puesto de trabajo actual n (%)	
Urgencias	40 (18.3)
UCI	16 (7.3)
Hospitalización	45 (20.6)
Enfermera familia	33 (15.1)
Consultas	10 (4.6)
Quirófano	10 (4.6)
Cuidados paliativos	4 (1.8)
Centro sociosanitario	11 (5.0)

Desempleado	7 (3.2)
Otro	42 (19.3)
Especialidad n (%)	
Pediatría	4 (1.8)
Salud laboral	4 (1.8)
Docencia Universitaria	7 (3.2)
Paritorio	5 (2.3)
Hemodialisis	1 (0.5)
Oncología	2 (0.9)
Medicina interna	4 (1.8)
Urgencias Hospitalarias	1 (0.5)
Urgencias Extrahospitalarias	8 (3.7)
Supervisora	3 (1.4)
Dirección	1 (0.5)
Radiología	3 (1.4)
Ambiguo	1 (0.5)
Salud mental	1 (0.5)
Centro transfusion	1 (0.5)
Gestión	1 (0.5)
Residencia geriátrica	2 (0.9)
112	1 (0.5)
Volante	1 (0.5)
Centro educativo	1 (0.5)
Turno de trabajo n (%)	
Rotatorio	112 (51.4)
Diurno	71 (32.6)
Guardias	32 (14.7)
Noches	3 (1.4)
Tipo de contrato (actual) n (%)	
Estatutario	83 (38.1)
Interino	37 (17.0)
Eventual	75 (34.4)
Otro	23 (10.6)
Experiencia profesional n (%)	
< 1 año	18 (8.3)
1-5 años	50 (22.9)
5-10 años	61 (28.0)
> 10 años	89 (40.8)
Perfil formativo n (%)	
Diplomado/Grado	115 (52.8)
Experto	9 (4.1)
Máster	61 (28.0)
Especialidad	26 (11.9)
Doctorado	7 (3.2)

Formación previa en grado	
¿Ha recibido comunicación en malas noticias? n (%)	
Sí	113 (51.8)
No	105 (48.2)
Formación en postgrado	
¿ha recibido formación de CMN) n (%)	
Sí	65 (29.8)
No	153 (70.2)
¿Considera que es necesaria la formación en CMN? n (%)	
Sí	217 (99.5)
No	1 (0.5)
¿Considera que la CMN forma parte de la labor de enfermería? n (%)	
Sí	204 (93.6)
No	14 (6.4)
Grado de preparación para la CMN n (%)	
Nada	13 (6.0)
Poco	53 (24.3)
Algo	111 (50.9)
Bastante	38 (17.4)
Mucho	3 (1.4)
Grado de preocupación para CMN n (%)	
Nada	1 (0.5)
Poco	4 (1.8)
Algo	26 (11.9)
Bastante	122 (56.0)
Mucho	65 (29.8)
¿Ha comunicado malas noticias alguna vez? n (%)	
Sí	161 (73.9)
No	57 (26.1)
Si ha realizado la comunicación de malas noticias Alguna vez, especifica en que servicio n (%)	
Urgencias hospitalarias	25 (11.5)
Urgencias extrahospitalarias	11 (5.0)
UCI	16 (7.3)
Cuidados paliativos	11 (5.0)
Hospitalización	38 (17.4)
Atención primaria	14 (6.4)
Salud mental	2 (0.9)
Centro sociosanitario	3 (1.4)
Residencia ancianos	12 (5.5)
Servicio de partos	5 (2.3)
Oncología	7 (3.2)

112	2 (0.9)
Ambiguo	3 (1.4)
Pediatría	1 (0.5)

5.2. Puntuación y distribución del CMNE.

Respecto a las respuestas de los participantes en el cuestionario de CMNE, las opciones de respuesta más elegidas fueron; la de siempre en el ítem 28 con 78.9% (172), el ítem 6 con 73.9% (161), el ítem 5 con 72.9% (159), el ítem 13 con 71.1% (155), seguido del ítem 4 con 67% (146). En contraposición con las opciones menos marcadas, fueron con la respuesta nunca en los ítems 4, 5, 6, 13, 14, 21 y 25, la opción casi nunca en los ítems 6, 13 y 28 y la opción siempre en el ítem 7, todas ellas con una elección <1% (2) en cada una.

Todas las opciones de respuesta de los participantes, así como su distribución obtenida en el instrumento de medida para la evaluación de la comunicación de malas noticias se pueden ver en la **Tabla 6**.

Tabla 6. Puntuación y distribución del CMNE.

Ítem	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)
CMNE1	5 (2.3)	12 (5.5)	48 (22.0)	82 (37.6)	71 (32.6)
CMNE2	10 (4.6)	19 (8.7)	55 (25.2)	89 (40.8)	45 (20.6)
CMNE3	35 (16.1)	71 (32.6)	63 (28.9)	36 (16.5)	13 (6.0)
CMNE4	2 (0.9)	7 (3.2)	20 (9.2)	43 (19.7)	146 (67.0)
CMNE5	2 (0.9)	4 (1.8)	13 (6.0)	40 (18.3)	159 (72.9)
CMNE6	1 (0.5)	1 (0.5)	8 (3.7)	47 (21.6)	161 (73.9)
CMNE7	123 (56.4)	61 (28.0)	19 (8.7)	13 (6.0)	2 (0.9)
CMNE8	3 (1.4)	14 (6.4)	48 (22.0)	75 (34.4)	78 (35.8)
CMNE9	16 (7.3)	35 (16.1)	63 (28.9)	60 (27.5)	44 (20.2)
CMNE10	10 (4.6)	43 (19.7)	58 (26.6)	62 (28.4)	45 (20.6)

CMNE11	4 (1.89)	17 (7.8)	39 (17.9)	77 (35.3)	81 (37.2)
CMNE12	3 (1.4)	7 (3.2)	33 (15.1)	57 (26.1)	118 (54.1)
CMNE13	1 (0.5)	1 (0.5)	20 (9.2)	41 (18.8)	155 (71.1)
CMNE14	2 (0.9)	3 (1.4)	25 (11.5)	72 (33.0)	116 (53.2)
CMNE15	21 (9.6)	48 (22.0)	65 (29.8)	59 (27.1)	25 (11.5)
CMNE16	39(17.9)	66 (30.3)	77 (35.3)	27 (12.4)	9 (4.1)
CMNE17	5 (2.3)	24 (11.0)	64 (29.4)	82 (37.6)	43 (19.7)
CMNE18	4 (1.8)	20 (9.2)	45 (20.6)	83 (38.1)	66 (30.3)
CMNE19	5 (2.3)	17 (7.8)	54 (24.8)	89 (40.8)	53 (24.3)
CMNE20	3 (1.4)	5 (2.3)	26 (11.9)	73 (33.5)	111 (50.9)
CMNE21	2 (0.9)	7 (3.2)	23 (10.6)	70 (32.1)	116 (53.2)
CMNE22	3 (1.4)	12 (5.5)	41 (18.8)	89 (40.8)	73 33.5)
CMNE23	4 (1.8)	10 (4.6)	51 (18.8)	92 (42.2)	61 (28.0)
CMNE24	3 (1.4)	8 (3.7)	29 (13.3)	78 (35.8)	100 (45.9)
CMNE25	2 (0.9)	6 (2.8)	26 (11.9)	84 (38.5)	100 (45.9)
CMNE26	7 (3.2)	35 (16.1)	47 (21.6)	75 (34.4)	54 (24.8)
CMNE27	9 (4.1)	30 (13.8)	64 (29.4)	55 (25.2)	60 (27.5)
CMNE28	4 (1.8)	0 (0.0)	18 (8.3)	24 (11.0)	172 (78.9)

5.3. Validación del cuestionario.

5.3.1. Validez de contenido.

En cuanto a la validez del contenido, el análisis de los juicios emitidos por los expertos dio como resultado un elevado acuerdo en la idoneidad de los ítems, excluyendo únicamente 3 ítems por presentar puntuaciones medianas superiores a 2, quedando conformado la primera versión del cuestionario con 28 ítems. Los ítems eliminados fueron el 9, 24 y 25 (**Tabla 7**). Este cuestionario volvió a ser valorado en una segunda ocasión por los 10 expertos, y se aprobó la idoneidad de todos los ítems, obteniéndose una puntuación mediana de cada uno de ellos de entre 1 y 2 puntos (máximo acuerdo).

Tabla 7. Evaluación de ítems por expertos.

Elementos	Redacción	Comprensión	Pertinencia	Evaluación global
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)
Ítem 1	1.5 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 2	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 3	2.0 (2)	2.0 (2)	2.0 (3)	2.0 (2)
Ítem 4	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 5	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 6	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 7	2.0 (2)	1.5 (1)	1.0 (1)	1.5 (2)
Ítem 8	2.0 (2)	2.0 (2)	1.0 (1)	2.0 (2)
Ítem 9	3.0 (1)	3.0 (1)	1.5 (1)	2.0 (2)
Ítem 10	2.5 (2)	2.0 (2)	2.0 (3)	2.5 (2)
Ítem 11	1.0 (1)	1.0 (1)	2.5 (3)	1.5 (3)
Ítem 12	2.0 (3)	1.5 (1)	1.0 (1)	2.0 (2)
Ítem 13	2.0 (3)	1.5 (2)	2.0 (2)	1.5 (2)
Ítem 14	1.5 (2)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 15	2.5 (2)	2.0 (1)	1.0 (1)	1.5 (1)
Ítem 16	2.0 (2)	1.5 (1)	2.0 (2)	1.5 (2)
Ítem 17	1.5 (1)	1.0 (1)	1.5 (3)	1.0 (1)
Ítem 18	2.0 (2)	2.0 (1)	1.5 (2)	2.0 (1)
Ítem 19	1.5 (2)	1.5 (1)	1.0 (1)	1.5 (1)
Ítem 20	1.5 (2)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)

Ítem 21	2.0 (1)	1.5 (2)	1.5 (2)	1.5 (1)
Ítem 22	2.0 (1)	2.0 (0)	2.0 (1)	2.0 (1)
Ítem 23	1.5 (1)	2.0 (2)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 24	2.0 (2)	3.0 (1)	2.0 (2)	2.0 (2)
Ítem 25	2.5 (3)	2.5 (3)	2.0 (2)	2.5 (2)
Ítem 26	1.5 (1)	1.5 (2)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 27	2.0 (1)	2.0 (2)	1.0 (1)	1.5 (1)
Ítem 28	1.0 (1)	2.0 (2)	1.0 (2)	1.5 (2)
Ítem 29	1.5 (2)	1.5 (1)	1.5 (1)	1.5 (1)
Ítem 30	2.0 (3)	2.0 (2)	1.0 (1)	1.0 (1)
Ítem 31	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)	1.0 (1)

***IQR: Rango intercuartil.**

Redacción. (1 punto: Muy bien redactado; 2 puntos: Bien redactado; 3 puntos: Aceptable; 4 puntos: Mal redactado; 5 puntos: Muy mal redactado). **Comprensión.** (1 punto: Mucho; 2 puntos: Bastante; 3 puntos: Regular; 4 puntos: Poco; 5 puntos: Muy poco). **Pertinencia.** (1 punto: Muy relevante, 2 puntos: Bastante relevante; 3 puntos: Relevante; 4 puntos: Poco relevante; 5 puntos: Nada relevante). **Valoración global.** 1 punto: Muy buena; 2 puntos: Buena; 3 puntos: Regular; 4 puntos: Mala; 5 puntos: Muy mala).

5.3.2. Validez de constructo.

La prueba KMO presentó un valor de 0.925 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue <0.001. En este análisis se observó en la matriz de correlaciones anti imagen que todos los valores se situaron por encima de 0.811 a excepción del ítem 7 con un valor de 0.494 y del ítem 16 con un valor de 0.562. Por lo que se decidió su exclusión. De esta forma la escala pasó a tener 26 ítems con un valor en la prueba KMO presentó un valor de 0.931y la prueba de esfericidad de

Bartlett de <0.001, y todos los valores aumentaron su valor y se situaron por encima de 0.818 como se puede apreciar en la **Tabla 8**.

Tabla 8. Matriz de correlación anti imagen.

28 ITEMS		TRAS ELMINAR 7 Y 16	
IMCMN 1	0.911	IMCMN 1	0.914
IMCMN 2	0.900	IMCMN 2	0.908
IMCMN 3	0.914	IMCMN 3	0.913
IMCMN 4	0.941	IMCMN 4	0.941
IMCMN 5	0.897	IMCMN 5	0.895
IMCMN 6	0.927	IMCMN 6	0.928
IMCMN 7	0.494	IMCMN 8	0.920
IMCMN 8	0.911	IMCMN 9	0.949
IMCMN 9	0.948	IMCMN 10	0.907
IMCMN 10	0.895	IMCMN 11	0.943
IMCMN 11	0.945	IMCMN 12	0.948
IMCMN 12	0.946	IMCMN 13	0.940
IMCMN 13	0.936	IMCMN 14	0.928
IMCMN 14	0.930	IMCMN 15	0.818
IMCMN 15	0.811	IMCMN 17	0.931
IMCMN 16	0.562	IMCMN 18	0.926
IMCMN 17	0.929	IMCMN 19	0.928
IMCMN 18	0.925	IMCMN 20	0.925
IMCMN 19	0.933	IMCMN 21	0.937
IMCMN 20	0.924	IMCMN 22	0.952
IMCMN 21	0.938	IMCMN 23	0.960
IMCMN 22	0.951	IMCMN 24	0.972
IMCMN 23	0.959	IMCMN 25	0.954
IMCMN 24	0.969	IMCMN 26	0.894
IMCMN 25	0.956	IMCMN 27	0.905
IMCMN 26	0.889	IMCMN 28	0.945

IMCMN 27	0.894
IMCMN 28	0.940

A continuación, se procedió a un análisis factorial exploratorio AFE, que nos permite decidir si los ítems elegidos se comportan de la forma esperada. Se obtuvieron 4 componentes que explicaban el 61.96% de la varianza que se puede ver en la **Tabla 9**.

Tabla 9. Varianza total explicada.

Componentes	Valores propios iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% Acumulado	Total	% de varianza	% Acumulada	Total	% de varianza	% acumulada
1	11.499	44.227	44.227	11.499	44.227	44.227	5.171	19.890	19.890
2	1.937	7.450	51.677	1.937	7.450	51.627	4.457	17.142	37.032
3	1.624	6.244	57.922	1.624	6.244	57.922	3.703	14.242	51.274
4	1.049	4.037	61.958	1.049	4.037	61.958	2.778	10.684	63.958
5	1.020	3.925	65.883						
6	0.847	3.259	69.142						
7	0.803	3.089	72.231						
8	0.692	2.660	74.891						
9	0.632	2.429	77.321						
10	0.570	2.191	79.511						
11	0.528	2.032	81.543						
12	0.500	1.923	83.466						
13	0.481	1.850	85.316						
14	0.473	1.818	87.134						
15	0.392	1.509	88.643						
16	0.385	1.479	90.122						
17	0.342	1.316	91.438						
18	0.335	1.290	92.728						

19	0.321	1.235	93.963
20	0.288	1.106	95.070
21	0.278	1.068	96.138
22	0.249	0.957	97.095
23	0.232	0.893	97.988
24	0.203	0.781	98.768
25	0.180	0.692	99.460
26	0.140	0.540	100.000

*Método de extracción. Análisis de los componentes principales.

El primer componente obtenido, que corresponde a la percepción y empatía, estaba formado por los ítems 11, 12, 13, 14, 17, 21, 24, 25 y 28, que explicaban el 44.23 % de la varianza. El segundo componente, correspondiente a la preparación del entorno, invitación y estrategia, estaba formado por los ítems 1, 2, 3, 8, 9, 10, 26 y 27 y explicó el 7,45 % de la varianza. El tercer componente, que aborda la información y acción de comunicación, estuvo formado por los ítems 15, 18, 19, 20, 22 y 23 y representó el 6.24 % de la varianza. Y el cuarto componente que consiste en la forma de comunicación, estuvo formado por los ítems 4, 5 y 6 que representó el 4.24 % de la varianza. En la **Tabla 10** puede apreciarse estos componentes.

Tabla 10. Matriz de componente rotada. Análisis de componentes principales.

Ítems	Componentes			
	1. Percepción y empatía	2. Preparación del entorno, invitación y estrategia	3. Información. Acción de comunicación.	4. Forma de comunicación.
CMNE 1		0.499		
CMNE 2		0.677		
CMNE 3		0.713		
CMNE 4				0.684
CMNE 5				0.749
CMNE 6				0.703
CMNE 8		0.556		
CMNE 9		0.709		
CMNE 10		0.747		
CMNE 11	0.496			
CMNE 12	0.649			
CMNE 13	0.654			
CMNE 14	0.731			
CMNE 15			0.523	
CMNE 17	0.497			
CMNE18			0.606	
CMNE 19			0.758	
CMNE 20			0.600	
CMNE 21	0.608		0.583	
CMNE 22			0.566	
CMNE 23			0.535	
XMNE 24	0.599			
CMNE 25	0.628			
CMNE 26		0.552		
CMNE27		0.624		
CMNE 28	0.552			

*Método de rotación. Varimax y Normalización de Kaiser.

5.3.3. Validez criterio.

5.3.3.1. Validez convergente.

Se realizó la validez convergente mediante análisis bivariado sobre los factores sociodemográficos y las puntuaciones del cuestionario obteniéndose una relación estadísticamente significativa $p < 0.05$ con el sexo de las enfermeras, cuando las enfermeras valoraban la importancia de la formación en la comunicación de malas noticias, así como en el nivel o de formación que presentaban sobre la materia a la hora de enfrentarse a la comunicación de malas noticias.

- **Sexo y edad.**

En los valores obtenidos se observa que los hombres presentan una puntuación de 97.78 (DE 14.74), algo inferior a valor obtenido por las mujeres 104.76 (DE = 16.27) observándose una relación estadísticamente significativa ($p = 0.007$).

- **Entidad de trabajo.**

Los valores respecto al lugar de trabajo, se sitúa el valor más alto los que desempeñan su función en el sector público 103.06 (DE = 15.67), comparado con el sector privado con valores de 102.79 (DE = 15.79), siendo los desempleados los que arrojaban un valor más bajo de 102.75 (DE = 32.23) y los que trabajaba en ambos sectores un 104.53 (DE = 12.10) no encontrándose relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

- **Puesto de trabajo.**

Con respecto al puesto actual de trabajo resaltan los valores de los trabajadores en centros sociosanitarios con que arrojan un valor medio de 109.82

(DE = 12.03), en contraposición con el valor medio de los trabajadores de los servicios de urgencias con 98.07 (DE = 12.99) muy semejante con los desempleados 97.57 (DE = 34.02) no encontrándose relación estadísticamente significativa.

- **Franja horaria de trabajo.**

En cuanto al turno de trabajo, aporta una mayor puntuación el turno diurno 105.60 (DE = 14.30) y la menor puntuación la dan los trabajadores en turnos de guardia 100.16 (DE = 12.32), no hallándose relación estadísticamente significativa.

- **Tipo de contrato.**

Los profesionales con contrato interino puntuaban con 107.27 (DE = 13.84) siendo los profesionales estatutarios los que arrojaban un valor más bajo 101.14 (DE = 17.15) sin relación estadísticamente significativa.

- **Experiencia laboral.**

Respecto a la experiencia profesional fueron los profesionales < 1 año los que ofrecieron una puntuación media más alta 106.22 (DE = 23.51) mientras que los situados en la franja de experiencia laboral de 5-10 años presentaron una puntuación media de 101.10 (DE = 13.07) sin encontrar relación estadísticamente significativa.

- **Perfil formativo.**

Los profesionales de enfermería con titulación de doctor dieron cifras superiores a la media del cuestionario con 110.71 (DE = 10.13), seguidos de los titulados con experto universitario con 105.11 (DE = 17.29), a continuación las enfermeras que contaban con una especialidad reconocida dando una

puntuación de 103.23 (DE = 15.99), después están los titulados diplomados y graduados con 102.75 (DE = 18.14) y por último están las enfermeras con titulación de master que arrojaron un valor de 102.64 (DE = 12.45), no encontrándose relación estadísticamente significativa en estos parámetros.

- **Formación en CMN.**

El valor medio obtenido en el cuestionario por las enfermeras que habían o no recibido formación en sus estudios reglados de malas noticias fue: las que habían recibido formación dieron una puntuación de 103.89 (DE = 16.10) y las que no la habían recibido 102.30 (DE = 16.27) sin relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), así las que habían recibido formación en CMN en postgrado dieron valores de 105.23 (DE = 15.86) y las que no la habían recibido 102.23 (DE = 16.26) sin relación estadísticamente significativa.

- **Necesidad de formación.**

Las enfermeras que consideraban necesaria la formación en CMN puntuaron con 103.37 (DE = 15.79) frente a la única enfermera que no consideraba necesaria la formación en CMN, encontrándose relación estadísticamente positiva ($p < 0.001$).

- **Competencia enfermera en CMN.**

Las que consideraban que la CMN formaba parte de la labor enfermera dieron un valor de 103.61 (DE = 15.79) y las enfermeras que no la consideraban como función de enfermería 96.14 (DE = 20.29) sin encontrarse relación estadísticamente significativa.

- **Grado de preparación en CMN.**

Así. en la cuestión de si se consideraba preparadas para afrontar la CMN, las que respondieron que se sentían muy preparadas tuvieron una puntuación de 104.33 (DE = 18.58), bastante preparadas 111.16 (DE = 13.75), algo preparadas 103.21 (DE = 14.98), poco preparadas obtuvieron una puntuación de 100.90 (DE= 14.23) y por último las que se consideraban nada preparadas para CMN con una puntuación de 87.77 (DE = 25.81) observando una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

- **Grado de preocupación en CMN.**

En cuanto a la actitud referente a la preocupación de las enfermeras en la CMN se obtuvieron puntuaciones: solo hubo una enfermera que se sentía nada preocupada puntuó con 109.00, poco preocupada con un valor de 98.00 (DE = 11.04), las que se sentían algo preocupadas obtuvieron una puntuación de 105.04 (DE = 11.35), bastante preocupadas con 102.93 (DE = 17.01) y por último la que se sentían muy preocupadas ante la acción de CMN obtuvieron un valor de 102.97 (DE = 16.71), no encontrándose relación estadísticamente significativa

- **Enfermeras que han comunicado MN.**

Las enfermeras que afirmaron haber comunicado malas noticias dieron un valor de 103.50 (DE = 15.38) mientras que las enfermeras que afirmaron no haber CMN su puntuación fue de 102.09 (DE = 18.31), no encontrándose relación estadísticamente significativa. La distribución de las puntuaciones en la escala puede verse en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Puntuación media del CMNE e interrelación.

Variable	CMNE puntuación	P valor (combinado)
	\bar{x} (DE)	
CMNE	103.13 (16.16)	
EHC	90.81 (10.54)	
Edad	39.40 (12.19)	
Sexo biológico		
Hombre	97.78 (14.74)	0.007
Mujer	104.76 (16.27)	
Lugar de trabajo actual		
Público	103.06 (15.67)	0.989
Privado	102.79 (15.59)	
Ambos	104.53 (12.10)	
No trabajo actualmente	102.75 (32.23)	
Puesto de trabajo actual		
Urgencias	98.07 (12.99)	0.277
UCI	104.87 (19.06)	
Hospitalización	100.51 (19.03)	
Enfermera familia	106.88 (11.81)	
Consultas	107.10 (15.49)	
Quirófano	104.60 (10.99)	
Cuidados paliativos	104.25 (23.64)	
Centro sociosanitario	109.82 (12.03)	
Desempleado	97.57 (34.02)	
Otro	104.90 (14.04)	
Rotatorio	102.35 (18.17)	
Diurno	105.60 (14.30)	
Guardias	100.16 (12.32)	
Noches	105.33 (10.41)	
Tipo de contrato (actual)		
Estatutario	101.14 (17.15)	0.295
Interino	107.27 (13.84)	
Eventual	103.41 (13.95)	
Otro	102.69 (21.63)	
Experiencia profesional		
< 1 año	106.22 (23.51)	0.550
1-5 años	104.74 (14.29)	
5-10 años	101.10 (13.07)	
> 10 años	102.98 (17.35)	

Perfil formativo		
Diplomado/Grado	102.75 (18.14)	0.776
Experto	105.11 (17.29)	
Máster	102.64 (12.45)	
Especialidad	103.23 (15.99)	
Doctorado	110.71 (10.13)	
Formación previa en grado		
¿Ha recibido comunicación en malas noticias?		
Sí	103.89 (16.10)	0.470
No	102.30 (16.27)	
Formación en postgrado		
¿ha recibido formación de CMN)		
Sí	105.23 (15.86)	0.211
No	102.23 (16.26)	
¿Considera que es necesaria la formación en CMN?		
Sí	103.37 (15.79)	0.001
No	50.00	
¿Considera que la CMN forma parte de la labor de enfermería?		
Sí	103.61 (15.79)	0.095
No	96.14 (20.29)	
Grado de preparación para la CMN		
Nada	87.77 (25.81)	0.000
Poco	100.90 (14.23)	
Algo	103.21 (14.98)	
Bastante	111.16 (13.75)	
Mucho	104.33 (18.58)	
Grado de preocupación para CMN		
Nada	109.00	0.923
Poco	98.00 (11.04)	
Algo	105.04 (11.35)	
Bastante	102.93 (17.01)	
Mucho	102.97 (16.71)	

¿Ha comunicado malas noticias alguna vez?

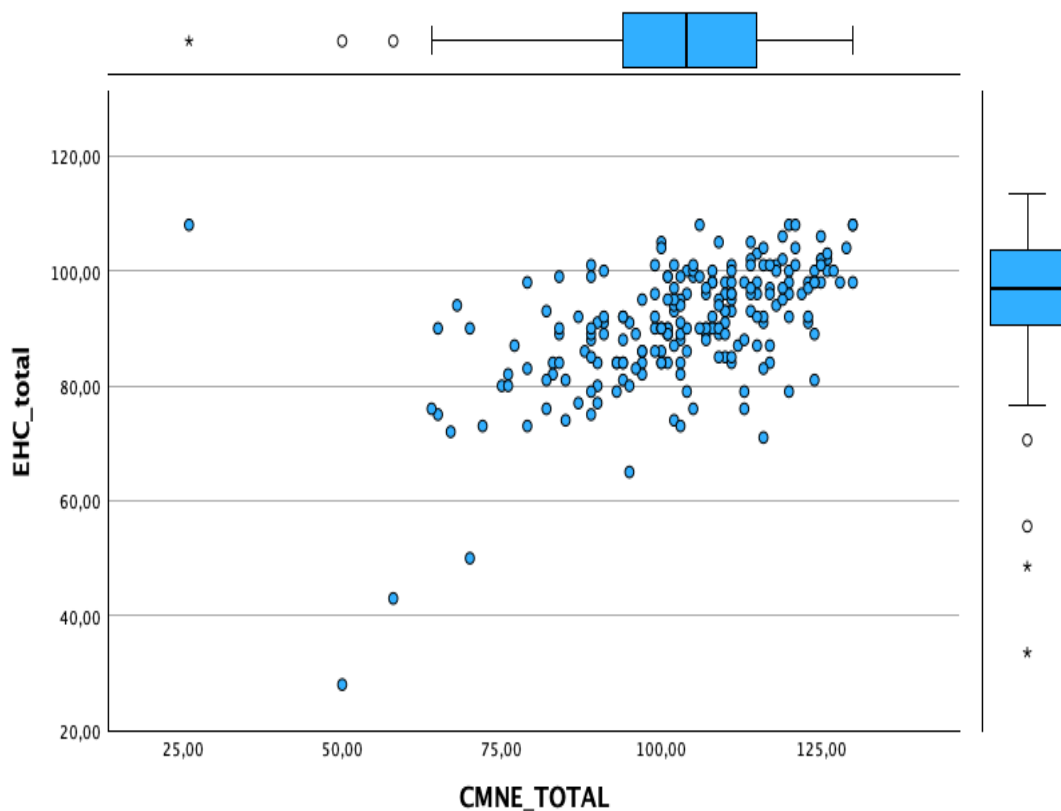
Sí	103.50 (15.38)	0.573
No	102.09 (18.31)	

*En negrita valores estadísticamente significativos.

Para el estudio de la validez de criterio se utilizó el cuestionario con la escala EHC, empleando para ello el coeficiente de correlación de Pearson, así como el coeficiente de correlación de pearson. De esta manera se observó una relación estadísticamente significativa y positiva entre las escalas EHC y el cuestionario CMNE. $r=0.545$ (IC 95%: 0.44 – 0.63), $p<0.001$; se puede ver en la

Figura 14.

Figura 14. Validez convergente de CMNE con EHC.



5.3.4. Consistencia interna.

Para el estudio de consistencia interna se utilizó el α del total del cuestionario. Así, para la escala CMNE se obtuvo un $\alpha=0.935$. En la escala

completa, la mayor mejora en α se consiguió eliminando los ítems 7 y 16 hasta 0.944, considerando que con estos ítems el α en cada ítem era > 0.930 y sin ellos > 0.940 , se procedió a eliminarlos. Los valores para cada factor sin los ítems 7 y 16 se muestran en la **Tabla 12**. Con estos resultados obtenidos se determina la fiabilidad y consistencia interna del cuestionario, ya que los valores de alfa de Cronbach oscilan entre 0 y 1, siendo más consistente cuanto más se aproxima al valor 1 y por ende más fiable.

Tabla 12. Confiabilidad del cuestionario CMNE.

Confiabilidad con todos los ítems del cuestionario CMNE		Confiabilidad cuando se eliminan los ítems 7 y 16 del cuestionario CMNE	
CMNE	Alpha de Cronbach (α)	CMNE	Alpha de Cronbach (α)
Total	0.935	Total	0.944
	Cuando eliminamos el ítem:		
CMNE1	0.933	CMNE1	0.943
CMNE2	0.932	CMNE2	0.942
CMNE3	0.934	CMNE3	0.944
CMNE4	0.934	CMNE4	0,944
CMNE5	0.933	CMNE5	0,943
CMNE6	0.933	CMNE6	0.943
CMNE7	0.940	CMNE8	0.942
CMNE8	0.932	CMNE9	0.943
CMNE9	0.932	CMNE10	0.942
CMNE10	0.931	CMNE11	0.942
CMNE11	0.932	CMNE12	0.942
CMNE12	0.932	CMNE13	0.942
CMNE13	0.932	CMNE14	0.942

CMNE14	0,932	CMNE15	0.947
CMNE15	0,936	CMNE17	0.942
CMNE16	0.939	CMNE18	0.941
CMNE17	0.931	CMNE19	0.944
CMNE18	0.931	CMNE20	0.941
CMNE19	0.933	CMNE21	0.941
CMNE20	0.931	CMNE22	0.941
CMNE21	0.931	CMNE23	0.941
CMNE22	0.931	CMNE24	0.940
CMNE23	0,930	CMNE25	0.941
CMNE24	0.930	CMNE26	0.942
CMNE25	0.931	CMNE27	0.942
CMNE26	0.931	CMNE28	0.943
CMNE27	0.932		
CMNE28	0.932		

5.3.5. Estabilidad temporal.

Con el fin de determinar la estabilidad temporal del CMNE se eligió una muestra aleatoria de 33 profesionales de enfermería a los que se le suministró el cuestionario, y 96 horas de intervalo se les volvió a administrar para su cumplimentación. Como resultado del test-retest se obtuvo un ICC de acuerdo absoluto de 0.791 (IC 95% 0.58-0.90) considerándose como un resultado bueno.

5.3.6. Análisis factorial confirmatorio.

Tras la realización del análisis factorial confirmatorio se observó un buen ajuste del modelo en el índice absoluto RMSEA (0.079), índices de ajuste incremental: TLI (0.868), CFI (0.881), NFI (0.812), y el índice de ajuste parsimonioso PCFI (0.792). En la **Tabla 13** se muestran todos los valores de cada uno de los

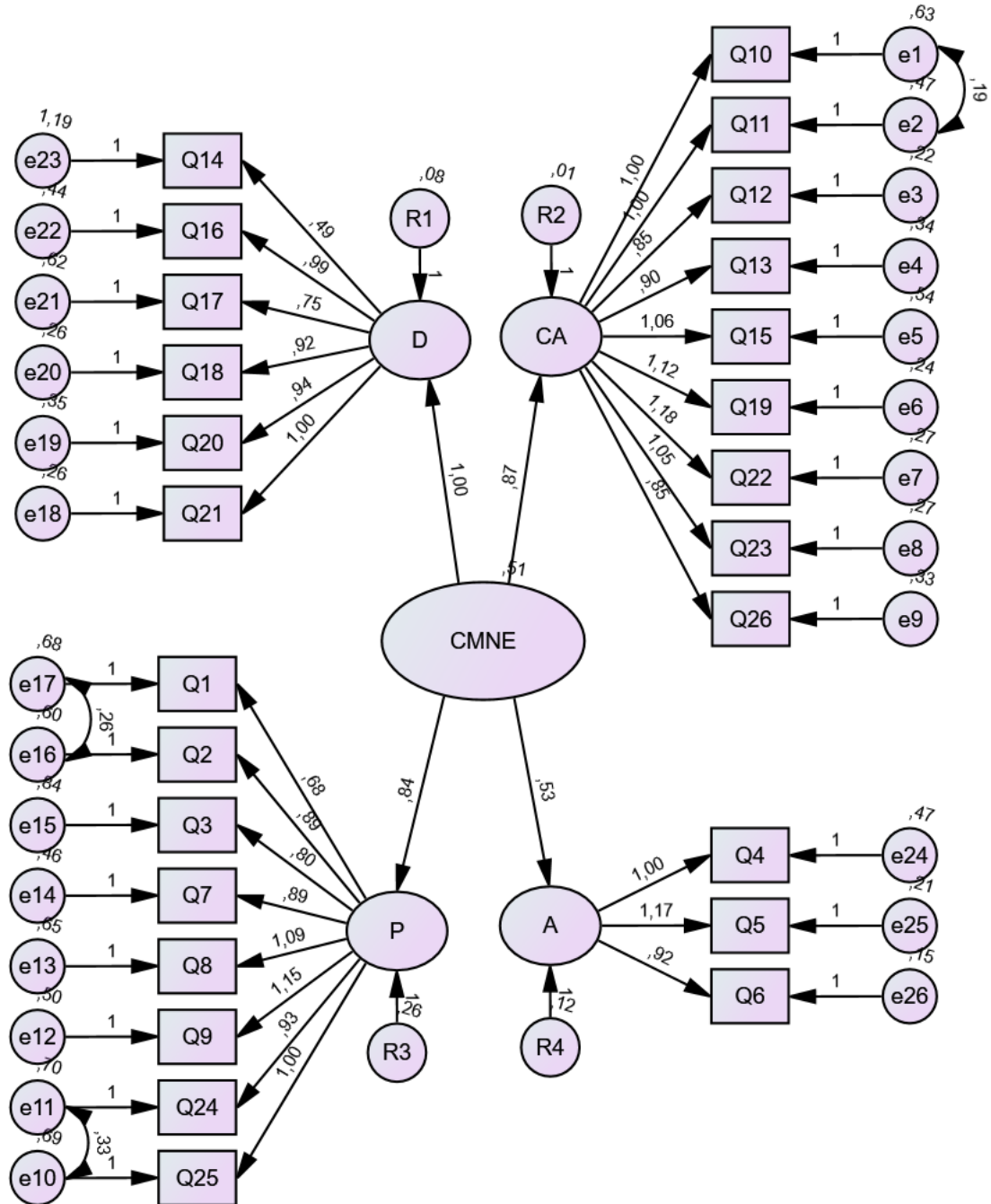
indicadores y los criterios necesarios para confirmar el ajuste del modelo. En la **Figura 15** se puede ver el diagrama de ruta.

Tabla 13. Análisis factorial confirmatorio. Valores del modelo original y valores tras correlación de errores.

Indicadores	Criterios de referencia	Valores estimados después de correlacionar errores
Índices de ajuste absoluto		
Chi cuadrado	>0.005	<0.001
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	<0.08	0.079
Índices de ajuste incrementales		
Tucker-Lewis Index (TLI)	>0.90	0.868
Comparative fit index (CFI)	>0.90	0.881
Normed Fit Index (NFI)	>0.90	0.812
Índices de ajuste parsimonioso		
Parsimony ratio (PRATIO)	>0.90	0.898
Comparative Fixed Parsimony Index (PCFI)	>0.80	0.792
Parsimony Normed fit Index (PNFI)	>0.80	0.729
Akaike Information Criterion (AIC)	Minor value	803.960

*Negrita: Criterios de ajuste aceptables en el análisis factorial confirmatorio

Figura 15. Diagrama de trayectoria escala CMNE.



DISCUSIÓN



6. DISCUSIÓN.

El cuestionario CMNE ha sido valorado muy positivamente por los expertos (validez de contenido) y mostró características psicométricas adecuadas (constructo, criterio convergente, ajuste de modelo, fiabilidad y estabilidad temporal). Se ha identificado que las enfermeras que consideraban importante la formación en materia de malas noticias, así como aquellas que tenían formación sobre el tema y el ser mujer se asoció a mejores puntuaciones en el cuestionario de CMNE.

Atendiendo al **contenido**, el cuestionario CMNE fue evaluado por un panel de expertos, quienes mostraron que los ítems seleccionados eran pertinentes y representativos de las dimensiones teóricas que se deseaban medir. Así el cuestionario CICAA (Ruiz-Moral & De Pérula Torres, 2006) aunque abarca un campo más amplio de comunicación clínica en general y no de malas noticias, a diferencia del nuestro que está diseñado para una situación más concreta, y de esta forma validar ítems más específicos relacionados con la empatía en situaciones de alto estrés, “claridad de información bajo condiciones adversas y soporte emocional inmediato”. El tratamiento sin embargo, fue muy similar, puesto que nuestro cuestionario partió de 31 ítems iniciales para tras el juicio de los expertos y su valoración resultaron finalmente 28 ítems (González-Cabrera et al., 2020) muy similar al cuestionario CICAA que partiendo de un cuestionario con 36 ítems y su posterior valoración por los expertos se eliminaron 7 ítems resultando un cuestionario final de 29 ítems, con un máximo consenso en los valores de los ítems muy similar por parte de los jueces en ambos

cuestionarios (Lawshe, 1975). El acuerdo entre los expertos, evaluado a través del índice de validez de contenido (IVC), mostró que los ítems seleccionados eran pertinentes y representativos de las dimensiones teórico adecuado, lo que fortalece su aplicabilidad. Es destacable que no fue necesario realizar modificaciones sustanciales a los ítems, lo cual sugiere que la claridad y la relevancia de los mismos estaban bien sustentadas desde un inicio (Egaña et al, 2014.)

Por otro lado, existe el cuestionario BAS (Miller et al., 1999), que, aunque no está dirigido a los profesionales de enfermería, es un cuestionario validado para la CMN en médicos de Alemania. Cuenta con 23 preguntas con respuesta tipo Likert que facilita su uso semejante al CMNE (Nemoto et al., 2014.), con un lenguaje claro y preciso, aunque se trata de una valoración prospectiva sobre entrevistas grabadas con una evaluación posterior, lo que supone un hándicap para su similitud con nuestra herramienta. Otro dato a tener en cuenta, es el número de expertos que colaboraron en su construcción, que fue de 3 expertos, mientras que el nuestro intervino un total de 10 expertos dando fortaleza a la validez de contenido (Egaña et al., 2014.).

En cuanto a la **validez del constructo**, un estudio (Astudillo Araya et al., 2023), en el que se replica el cuestionario CICAA (Ruiz-Moral & De Pérula Torres, 2006), en 154 estudiantes de enfermería con un valor de KMO de 0,921, que tras realizar la prueba de Bartlett fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$), se afianzó la existencia de 4 componentes principales que sumaban el 67.78% de la varianza, con los 29 ítems iniciales. Esto viene a fortalecer la semejanza y potencia de nuestros datos en el cuestionario CMNE que obtuvieron valores de KMO de 0.931 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue < 0.001 . en

consonancia con el análisis factorial exploratorio AFE de nuestro estudio en el que se obtuvieron 4 componentes que explicaban el 61.96% de la varianza, donde todos los valores se situaron por encima de 0.818 (Romero et al., 2020).

Así, en la **validez convergente**, contamos con una escala en el ámbito español de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería EHC (Leal et al., 2016). Esta escala, tuvo como principal objetivo analizar las propiedades psicométricas estableciendo un baremo en los profesionales de enfermería. Se aplicó para su validación sobre una muestra de 692 enfermeras, actuando con índice de discriminación de ítems >30 en sus ítems, obteniéndose 4 factores tras el AFC. Llegando a unas adecuadas propiedades psicométricas, estructura interna, fiabilidad y validez con una especificidad aceptable para la comunicación en situaciones difíciles.

Si se observa los resultados y se tiene en cuenta la escala EHC tras realizar el análisis bivariado sobre los factores sociodemográficos y las puntuaciones obtenidas, algunas de estas variables tenían una relación estadísticamente significativa que podrían predisponer un aumento en la puntuación media en el CMNE, obteniéndose valores del coeficiente de correlación de Pearson favorables. Así, ser mujer, la percepción de las enfermeras en la necesidad de formación en CMN hacía incrementar el valor obtenido en el cuestionario de CMNE, así como el grado de formación que tenían sobre comunicación de malas noticias. Esto se puede ver reforzado, al revisar estudios como el realizado por S. Betancourth (Betancourth et al., 2017.; Carrillo et al., 2017) sobre habilidades sociales relacionadas con el proceso de comunicación, que relacionan la percepción sobre la necesidad de formación y su grado de preparación directamente con la competencia profesional de CMN.

Observando que otras variables tales como la experiencia laboral, perfil formativo, así como experiencia en haber comunicado MN, no se obtiene relación estadísticamente significativa, datos que hace analizar, que en la recogida de datos de la muestra seleccionada, se desconoce si la experiencia laboral, tiene correspondencia con los lugares susceptibles de CMN, o si el haber comunicado malas noticias alguna vez, se relaciona con una comunicación de calidad, así como se plantea el desconocimiento del tipo de formación previa en grado o postgrado en CMN y si esta ha sido adecuada en calidad, tiempo o en resultados de aprovechamiento óptimo (F. Sánchez et al., 2008). Variables que se estudian y analizan en el modelo EFQM, y relacionan con la calidad asistencial en centros hospitalario mediante un modelo validado (García, 2007).

En relación a la **consistencia interna**, se han identificado en la literatura varias escalas validadas que muestran una fiabilidad y consistencia interna demostrada según sus resultados obtenidos (Leal-Costa et al., 2019; Streiner et al., 2024), así, la escala EHC, la cual monitoriza las habilidades de comunicación en profesionales de enfermería (Leal et al., 2016) muestra una consistencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0.88 total y de forma parcial 0.70-0.77 para sus dimensiones, así también, la escala BAS (Miller et al., 1999), algo más específica en CMN arroja un valor de α de Cronbach de 0.93. por otro lado, el cuestionario "Communication Skill Questionnaire" CSQ, (ANEXO 11), que es una adaptación al castellano por parte de Prat G et al., (Prat et al., 2014) del original realizado por Takahashi M et al., (Takahashi et al., 2006). el cual es un cuestionario validado para medir las habilidades de comunicación en general al igual que el anterior muestra una fiabilidad y consistencia interna demostrada, alfa de Cronbach 0.960 (Streiner et al., 2024). Estas escalas, muestran unos

valores de α de Cronbach muy semejantes a los obtenidos en el cuestionario CMNE, El α de Cronbach de 0.944, que viene a reforzar la consistencia interna de nuestro cuestionario ya que el análisis de confiabilidad se realizó mediante el estudio del α de Cronbach para evaluar la consistencia interna (CI). El IC nos dice en qué medida los elementos en cuestión están correlacionados entre sí y cómo encajan entre sí y miden el mismo concepto. El α de Cronbach es una de las medidas más utilizadas para evaluar la fiabilidad de una escala. Sus valores van de 0 a 1. Una de las reglas más aceptadas es considerar $\alpha > 0,9$ como excelente, $\alpha > 0,8$ como bueno, $\alpha > 0,7$ como aceptable, $\alpha > 0,6$ como cuestionable, $\alpha > 0,5$ como malo y $\alpha < 0,5$ como inaceptable. Por lo que este instrumento, el CMNE, muestra una fiabilidad considerada excelente (Carvajal et al., 2011; Cronbach, 1951).

Respecto a la **estabilidad temporal**, en este test-retest se encontró un ICC de acuerdo absoluto considerado bueno. El cuestionario CICAA (Ruiz-Moral & De Pérula Torres, 2006), que muestra una confiabilidad de ICC de 0.967 (IC del 95%, 0,933-0,984), así también, si se revisa los resultados obtenidos en el cuestionario "Communication Skill Questionnaire" CSQ (Takahashi et al., 2006), muestran unos resultados con coeficientes que oscilan entre 0.60-0.70. Estos datos obtenidos, en estas escalas validadas, sobre confiabilidad del test- retest al analizarlos con los obtenidos por el CMNE , en el que se ha obtenido ICC de acuerdo absoluto de 0.791 (IC 95% 0.58-0.90), muestran unos valores considerados como buenos (Koo TK & Li MY, 2016), aunque con una cierta variabilidad, que puede deberse a la especificidad en cuanto a la comunicación, pues al tratarse de una situación difícil, estresante y con carga emocional añadida como son la malas noticias.

En el **análisis factorial confirmatorio** y su determinación del ajuste de modelo, donde se obtuvieron unos valores de los índices de ajuste absolutos, incremental y parsimonioso aceptables, se ha cotejado los resultados obtenidos en el AFC de la escala EHC (escala de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería en ámbito español) (Leal et al., 2016), que obtuvo 4 factores principales, muy similar a los 4 factores principales obtenidos en el cuestionario CMNE (Batista-Foguet et al., 2004).

El número de participantes en este estudio fue elevado. La muestra incluye enfermeras de diferentes áreas, edades, y sexo, por lo que pueden reflejarse posibles diferencias lingüísticas, sociales o culturales que pudieran existir. La muestra es representativa de los profesionales de enfermería si tenemos en cuenta el porcentaje de mujeres respecto a hombres. Esta representatividad se pone de manifiesto si exponemos los datos del número de colegiados en la profesión de enfermería en el año 2023 en todo el territorio español fue de 354.969 enfermeras, siendo conocido que en la función sanitaria y en especial el colectivo de enfermería hay un mayor porcentaje de mujeres, situándose en el año 2023 en torno al 80%, porcentaje similar al que arroja nuestros resultados (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2023).

Al tratarse de un cuestionario, no se debe descartar un posible sesgo de selección asociado a la no respuesta porque el número de participantes que no respondieron fue muy bajo. Si bien, no existen indicios ni razones que sugieran que las enfermeras que no participaron hubieran respondido de forma diferente a las que sí lo hicieron. En este sentido tampoco se puede descartar por un completo un sesgo anamnésico. El grupo de expertos estuvo formado por los diferentes perfiles profesionales de las distintas áreas de enfermería. Estos

expertos cuentan con una amplia experiencia en la comunicación de malas noticias.

Gracias al cuestionario de CMNE elaborado, disponemos de una herramienta eficaz para la evaluación de la comunicación de malas noticias para los profesionales de enfermería en la vertiente tanto de actitudes, conocimientos como de habilidades. Así como disponer de una herramienta que aporte datos objetivos sobre estos tres campos mencionados presentes en la CMN.

Así, dicho instrumento, se plantea como una herramienta que permite ofrecer unos cuidados de calidad (Martín Hernández & Trujillo Matienzo, 2009) en la implementación de la práctica clínica, dada la sensibilidad, difícil y a su vez estresante situación como es la Comunicación de las Malas noticias (Narayanan et al, 2010).

CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES.

El cuestionario de comunicación de malas noticias en enfermería (CMNE), se muestra como una herramienta adecuada, en base a unas buenas propiedades psicométricas, alta confiabilidad y validez tanto de contenido como de constructo.

El ser mujer, percibir la necesidad de tener formación en lo que a comunicación de malas noticias se refiere, así como el grado de preparación que se tiene sobre la materia se asocia a una mayor puntuación en el CMNE.

El cuestionario de CMNE, se plantea como una herramienta eficaz, para la evaluación de las actitudes, conocimientos y habilidades de las enfermeras en la comunicación de malas noticias. También se muestra como una herramienta de autoevaluación, para que los profesionales de enfermería puedan conocer con datos objetivos sus habilidades, conocimientos y actitudes presentes ante la CMN.

A su vez nos permite disponer de un instrumento para su implementación en la práctica clínica y así poder ofrecer unos cuidados de calidad, en las difíciles, sensibles y a su vez estresantes situaciones de comunicar las malas noticias.

Y finalmente, gracias a esta herramienta, poder abrir un horizonte de posibles líneas de investigación futuras relacionadas con la CMN.

BIBLIOGRAFÍA



8. Bibliografía.

- Abbaszadeh, A., Ehsani, S. R., Begjani, J., Kaji, M. A., Dopolani, F. N., Nejati, A., & Mohammadnejad, E. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 18.
- Abel, J., Dennison, S., Senior-Smith, G., Dolley, T., Lovett, J., & Cassidy, S. (2001). Breaking bad news—development of a hospital-based training workshop. *The Lancet Oncology*, 2(6), 380–384.
- Ab, V., Eb, N., Gibello, J., Mzn, B., Pba, A., Israelita, H., & Paulo, E. S. (2007). *Como comunicar más noticias: revisão bibliográfica*. 53–63.
- Achury Saldaña, D. M., Pinilla Alarcón, M., & Alvarado Romero, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigación y Educación En Enfermería*, 33(1), 102–111.
- Adán, J. C. M., & García, S. P. (2013). *Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador*. Ediciones Díaz de Santos.
- Adebayo, P. B., Abayomi, O., Johnson, P. O., Oloyede, T., & Oyelekan, A. A. A. (2013). Breaking bad news in clinical setting-health professionals' experience and perceived competence in southwestern Nigeria: A cross sectional study. *Annals of African Medicine*, 12(4), 205.
- Aein, F., & Delaram, M. (2014a). *Cómo dar malas noticias: Una investigación cualitativa Exploración*. 16(6).
- Aein, F., & Delaram, M. (2014b). Giving bad news: a qualitative research exploration. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(6).
- Alba-Leonel, A., Fajardo-Ortiz, G., Tixtha-López, E., & Papaqui-Hernández, J. (2012). La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 138–141.
- Alcaraz, A. M. C., Padilla, C. A., Vicente, S. G., & Casaurrán, R. O. (2008). ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Atención Primaria*, 40(2), 97–99.

- Ali, A. A. (2013). Communication skills training of undergraduates. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 23(1), 10–15. <https://doi.org/01.2013/JCPSP.1015>
- Almanasreh, E., Moles, R., & Chen, T. F. (2019). Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(2), 214–221. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2018.03.066>
- Almanza Muñoz, J. de J. (2003). La comunicación de las malas noticias en la práctica médica. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 36(4), 165–176.
- Almanza Muñoz, J. de J., & Holland, J. C. (1999). La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente: III. guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev.Sanid.Mil*, 53(3), 220–224.
- Alsina, M. R., & de la Comunicación, C. de T. (n.d.). La evolución metodológica en las teorías de la comunicación: hacia lo cualitativo.
- Alventosa del Río, J. (2003). La Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (y II). *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 270–284.
- Anderson, S., & Marlett, N. J. (2004). Communication in stroke: the overlooked rehabilitation tool. *Age and Ageing*, 33(5), 440–443. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh163> [doi]
- Anthony, W. A. (1973). The relationship between human relations skills and an index of psychological adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 20(5), 489.
- Arbabi, M., Roozdar, A., Taher, M., Shirzad, S., Arjmand, M., Mohammadi, M. R., Nejatisafa, A. A., Tahmasebi, M., & Roozdar, A. (2010). How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 128–133.
- Arbabi, M., Rozdar, A., Taher, M., Shirzad, M., Arjmand, M., Ansari, S., & Mohammadi, M. R. (2014). Patients' preference to hear cancer diagnosis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(1), 8–13.
- Arber, A., & Gallagher, A. (2003). Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(4), 166–172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2003.9.4.11497>
- Arranz, P., Ulla, S. M., Ramos, J. L., del Rincón, C., & López-Fando, T. (2005). Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Education and Counseling*, 56(2), 233–239.

- Astudillo Araya, Á. A., López Espinoza, M. Á., López Espinoza, M. Á., León Pino, J. M., En simulación clínica GISC, G. de investigación, & León-Pino, J. M. (2023). Propiedades psicométricas de la escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar) utilizada en simulación clínica de alta fidelidad de estudiantes de Enfermería. *Index de Enfermería Digital*, 32(3), e14375. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20236205>
- Astudillo, W., Médicas, C. M.-M. R. de C., & 2005, undefined. (n.d.). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Arsmedica.Cl*. Retrieved February 17, 2020, from <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/206>
- Austin, S. (2007). Aspectos legales de la documentación de enfermería. *Nursing (Ed.Española)*, 25(1), 20–26.
- Avery, J. A. (2002). Ethical issue: giving bad news in a beautiful way. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 11(6), 413–415. <https://doi.org/10.1111/j.1076-7460.2002.02043.x> [doi]
- Baile, W. F. (2000). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baile, W. F. (2015). Giving Bad News. *The Oncologist*, 20(8), 852–853. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0250> [doi]
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
- Baker, S. J. (1955). The theory of silences. *The Journal of General Psychology*, 53(1), 145–167.
- Bales, R. F. (1953). A theoretical framework for interaction process analysis. *Group Dynamics: Research and Theory*. New York: Row, Peterson and Co.
- Bales, R. F. (1968). Interaction process analysis. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 7, 465–471.
- Barbero Gutiérrez, J. (2006). El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(SUPPL.3), 19–27.
- Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *Journal of Chronic Diseases*, 37(9–10), 755–764.

- Bascuñán, M., Doizblatt, A., & Roizblatt, D. (2007). Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 51, 28–31.
- Bascuñán, M. L. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685–693.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(1), 21–27.
- Belda, L. L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*, 6(16), 16–19.
- Benavent Garcés, M. A. (2001). Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Los modelos de cuidados. *Fundamentos de Enfermería Madrid: Difusión Avances de Enfermería*.
- Benítez del Rosario, M. Angel., & Salinas Martín, Antonio. (2000). *Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización*. Springer-Verlag Ibérica.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1301–1310.
- Bermejo, J. (1999). *Salir de la noche: por una enfermería humanizada* (Vol. 1). Editorial SAL TERRAE.
- Bertakis, K. D., & Callahan, E. J. (1992). A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 24(4), 307–311.
- Betancourth, S., Zambrano, C., Ceballos, A. K., Benavides, V., & Villota, N. (n.d.). Habilidades sociales relacionadas con el proceso de comunicación en una muestra de adolescentes. *Revistas.lue.Edu.Co*. <https://doi.org/10.25057/21452776.898>
- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 161–176.
- Brown, F. D., & Room, H. (2021). *Scale development: Theory and applications*.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288(6430), 1597–1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Buckman, R., Korsch, B., & Baile, W. (2000). Curso a distancia de habilidades de comunicación en la práctica clínica. *Manual de Estudio.Madrid: Fundación de Ciencias de La Salud.[Links]*.

- Buller, D. B., & Street Jr, R. L. (1991). The role of perceived affect and information in patients' evaluations of health care and compliance decisions. *Southern Journal of Communication*, 56(3), 230–237.
- Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 375–388.
- Burchard, K. W., & Rowland-Morin, P. A. (1990). A new method of assessing the interpersonal skills of surgeons. *Academic Medicine*.
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: When breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.008>
- Butler, N. M., Champion, P. D., & Cox, A. D. (1992). Exploration of doctor and patient agendas in general practice consultations. *Social Science & Medicine*, 35(9), 1145–1155.
- Butragueño, P. M. (2017). M. Victoria Escandell Vidal. Introducción a la pragmática. Barcelona, España: Antropos: Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1993. 297 p. *Nueva Revista de Filología Hispánica (NRFH)*, 41(2), 545–549.
- Byrne, P., & Long, B. (1976). *Doctors talking to patients*. Department of Health & Social Security.
- Callahan, E. J., & Bertakis, K. D. (1991). Development and validation of the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 23(1), 19–24.
- Callahan, E. J., & Bertakis, K. D. (1993). A comparison of physician-patient interaction at fee-for-service and HMO sites. *Family Practice Research Journal*, 13(2), 171–178.
- Campbell, J. D., Neikirk, H. J., & Hosokawa, M. C. (1990). Development of a psychosocial concern index from videotaped interviews of nurse practitioners and family physicians. *J Fam Pract*, 30(3), 321–326.
- Campbell, L. M., Howie, J. G., & Murray, T. S. (1993). Summative assessment: a pilot project in the west of Scotland. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 43(375), 430–434.
- Campbell, L. M., Howie, J. G., & Murray, T. S. (1995). Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *The British Journal of*

- General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 45(392), 137–141.
- Campbell, L. M., & Murray, T. S. (1996). Summative assessment of vocational trainees: results of a 3-year study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 46(408), 411–414.
- Carkhuff, R. R. (1969). The prediction of the effects of teacher-counselor education: The development of communication and discrimination selection indexes. *Counselor Education and Supervision*, 8(4), 265–272.
- Carrillo, E., Pizarro, N., Journal, O. S.-... S., ESJ, undefined, & 2017, undefined. (n.d.). Enseñanza-Aprendizaje en la estancia clínica: Percepción desde los estudiantes de licenciatura en enfermería. *Academia.Edu*. Retrieved September 24, 2024, from <https://www.academia.edu/download/53847950/22.pdf>
- Carter, W. B., Inui, T. S., Kukull, W. A., & Haigh, V. H. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior. *Medical Care*, 550–566.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63–72.
- Centeno-Cortés, C., & Núñez-Olarte, J. M. (1994). Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliative Medicine*, 8(1), 39–44.
- Cestero Mancera, A. M. (2006). “La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía”. *ELUA. Estudios de Lingüística*. N. 20 (2006). ISSN 0212-7636, pp. 57-77. Universidad de Alicante. Departamento de Filología Española, Lingüística General y Teoría de la Literatura. <https://doi.org/10.14198/ELUA2006.20.03>
- Chiavenato, I. (2006). No Title. *Introducción a La Teoría General de La Administración/Por Idalberto Chiavenato*.
- Cibanal Juan, L., Sánchez, A., & Balsa, C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (Issues 616–083). Elsevier.
- Cohen-Cole, S. A., & Bird, J. (1991). *The Medical Interview: the Three-function Approach*. St. Louis, MO: Mosby-Year Book.
- Cohen, D. S., Colliver, J. A., Marcy, M. S., Fried, E. D., & Swartz, M. H. (1996). Psychometric properties of a standardized-patient checklist and rating-scale form

- used to assess interpersonal and communication skills. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 71(1 Suppl), S87-9. <https://doi.org/10.1097/00001888-199601000-00052> [doi]
- Colletti, L., Gruppen, L., Barclay, M., & Stern, D. (2001). Teaching students to break bad news. *The American Journal of Surgery*, 182(1), 20–23.
- Comité-de-Enfermería. (1988). Código Deontológico De La Enfermería Española. *Código Deontológico Estatal*, 7–26.
- Cope, D., SCHNABL, G. K., HASSARD, T. H., & KOPELOW, M. L. (1991). The assessment of interpersonal skills using standardized patients. *Academic Medicine*, 66(9), S34–S36.
- Costa-Alcaraz, A. M., Siurana-Aparisi, J. C., Almendro-Padilla, C., García-Vicente, S., & Ordovás-Casaurrán, R. (2011). Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista Clinica Espanola*, 211(11), 581–586.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Dance, F., & Larson, C. (1976). Communication. *New York: Holt, Rinehart and Wiston*.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194–197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- De Boer, M. F., Ryckman, R. M., Pruyn, J. F. A., & Van Den Borne, H. W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: A literature review. In *Patient Education and Counseling* (Vol. 37, Issue 3, pp. 215–230). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00029-4)
- de Haro-Fernández, F., & Martínez-López, M. B. (2002). Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(8), 613–618.
- de la Lengua Española, R. A. (2014). Diccionario de la Lengua Española Vigésima tercera Edición. [En Línea]. *Recuperado de: Http://Www.Rae.Es/Diccionario-de-La-Lengua-Espanola/La-23a-Edicion-2014 (15.03.2016)*.
- de Lima, A. E. A. (2003). ¿ Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Argent Cardiol*, 71, 217–220.
- Del Valle García, M. (2006). Enfoque comunicacional de los profesionales de la salud: Malas noticias. *Publicación Oficial SEDENE*, 23, 23–25.

- de Miguel Pascual, R. (2006). Fundamentos de la comunicación humana. *Alicante: Editorial Club Universitario*.
- Díaz, F. G. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452–459.
- Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario | RAE - ASALE*. (2024). Retrieved October 20, 2024, from <https://dle.rae.es/>
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495–507.
- Eco, U. (1968). La estructura ausente. *Introducción a La Semiótica*, 11.
- Egaña, M. U., ... S. B. A.-E. médica, & 2014, undefined. (n.d.). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Scielo.Sld.Cu*. Retrieved September 25, 2024, from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-21412014000300014&script=sci_arttext
- Engler, C. M., Saltzman, G. A., Walker, M. L., & Wolf, F. M. (1981). Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *Journal of Medical Education*, 56(7), 572–579. <https://doi.org/10.1097/00001888-198107000-00005> [doi]
- Epstein, R. M., Dannefer, E. F., Nofziger, A. C., Hansen, J. T., Schultz, S. H., Jospe, N., Connard, L. W., Meldrum, S. C., & Henson, L. C. (2004). Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(2), 186–196.
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient–physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516–1528.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226–235.
- Escurreya Mayaute. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1–2), 103–111.
- Esteño Agüero, S., & Paravic Klijn, T. (2010). ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 33–39. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>
- Fallowfield, L. (1993). Giving sad and bad news. *The Lancet*, 341(8843), 476–478.

- Farrell, M. (1999). The challenge of breaking badnews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(2), 101–110.
- Fernández, M. (2009). Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia: Una competencia de Enfermería. *Dialnet.Unirioja.Es*. Retrieved October 20, 2024, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8282250>
- Fernández, M. G., Márquez, N. M., & Vergel, M. T. B. (2018). Papel de enfermería para la comunicación paciente, familia y personal en pediatría oncológica. *Comps.Mª Del Carmen Pérez-Fuentes José Jesús Gázquez Mª Del Mar Molero*, 85.
- F. García Díaz. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue. *Med. Intensiva*, 30(9), 452–459.
- Fontanals, A., Colell, R., & Ruiz, P. (1994). Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*, 190, 67–71.
- Gao, Z. (2011). Delivering bad news to patients—the necessary evil. *Journal of Medical Colleges of PLA*, 26(2), 103–108.
- García, E. I. (2007). *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. <https://rodin.uca.es/handle/10498/15663>
- García Férez, J., & Alarcos, F. J. (2002). En 10 Palabras Clave en Humanizar la Salud. *Ed. Verbo Divino, Navarra, España*.
- García Marco, M. I., López Ibort, M. N., Edo, V., & José, M. (2004). Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo? *Index de Enfermería*, 13(47), 44–48.
- García Valdés, M., & Suárez Marín, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 253–267.
- Gavilán, E. (2008). *Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en consultas de medicina y enfermería*. Universidad de Córdoba. Departamento de Medicina.
- Glass, E., & Cluxton, D. (2004). Truth-telling: ethical issues in clinical practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(4), 232–242.
- Gold, M. (2004). Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. *Internal Medicine Journal*, 34(9-10), 578–580.

- González Aller, C. (2014). La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 2(2), 82–92.
- González-Cabrera, M., Ortega-Martínez, A. R., Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Parra-Anguila, L., & Frías-Osuna, A. (2020). Design and Validation of a Questionnaire on Communicating Bad News in Nursing: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 7–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020457>
- Grayson, M., Nugent, C., & Oken, S. L. (1977). A systematic and comprehensive approach to teaching and evaluating interpersonal skills. *Journal of Medical Education*, 52(11), 906–913. <https://doi.org/10.1097/00001888-197711000-00006> [doi]
- Guallart Calvo, R. (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería*, 13(46), 49–53.
- Guerra, E. G. (2011). Estrategias y comunicación: cómo dar malas noticias. *Más Dermatología*, 15, 20–24.
- Hall, E. T. (1990). No Title. *El Lenguaje Silencioso*.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- Ibarrondo, M. B. B. (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica*, 11(6), 266–274.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (2024). Retrieved October 18, 2024, from <https://www.ine.es/>
- Inicio | Real Academia Española. (2024). Retrieved October 18, 2024, from <https://www.rae.es/>
- Jacobson, R. (1960). Linguistics and Poetics: Closing Statement. *Style in Language* (Ed. Thomas Sebeok), MIT Press, Cambridge, MA.
- Jones, R. B., Pearson, J., Cawsey, A. J., Bental, D., Barrett, A., White, J., White, C. A., & Gilmour, W. H. (2006). Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: Randomised trial. *British Medical Journal*, 332(7547), 942–946. <https://doi.org/10.1136/bmj.38807.571042.68>
- Jurkovich, G. J., Pierce, B., Pananen, L., & Rivara, F. P. (2000). Giving bad news: the family perspective. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 48(5), 865–873.

- 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*, S110–S127.
- Keller, V. F., & Carroll, J. G. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 23(2), 131–140.
- Kline, P. (2014). An Easy Guide to Factor Analysis. *An Easy Guide to Factor Analysis*. <https://doi.org/10.4324/9781315788135/EASY-GUIDE-FACTOR-ANALYSIS-PAUL-KLINE>
- Koch, C. L., Rosa, A. B., & Bedin, S. C. (2017). Bad news: meanings attributed in neonatal/pediatric care practices. *Revista Bioética*, 25(3), 577–584.
- Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016 Jun 1;15(2):155–63.
- Kopelow, M. L., Schnabl, G. K., Hassard, T. H., Tamblyn, R. M., Klass, D. J., Beazley, G., Hechter, F., & Grott, M. (1992). Assessing practicing physicians in two settings using standardized patients. *Academic Medicine*, 67(10), S19-21.
- Kosower, E. (1995). An assessment and teaching tool for interpersonal communication skills. *Academic Medicine*, 70(5), 452–453.
- Kosower, E., Inkelis, S., Berman, N., & Seidel, J. (1996). Evaluating telephone T.A.L.K. *The Journal of Biocommunication*, 23(1), 27–31.
- Kraan, H., Crijnen, A., Zuidweg, J., Van der Vleuten, C., & Imbos, T. (1989). Evaluating undergraduate training—a checklist for medical interviewing skills. *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage, 167–177.
- Kraan, H. F., & Crijnen, A. A. M. (1987). *The Maastricht History-taking and Advice Checklist: studies of instrumental utility*.
- Kraan, H. F., Crijnen, A. A. M., van der Vleuten, C. P. M., & Imbos, T. (1995). Evaluation instruments for medical interviewing skills. In *The medical interview* (pp. 460–472). Springer.
- Krupat, E. (1996). The fit between doctors and patients: can it be measured? *J Gen Intern Med*, 11, 134.
- Kurtz, S., Draper, J., & Silverman, J. (2017). *Teaching and learning communication skills in medicine*. CRC press.
- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996). The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30(2), 83–89.

- Lamb, C. W., Hair, J., & Mc Daniel, C. (2006). Marketing, 8va. Edición, Editora Thompson, Año.
- Lang, F., McCord, R., Harvill, L., & Anderson, D. S. (2004). Communication assessment using the common ground instrument: psychometric properties. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 36(3), 189–198.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity1. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575.
- Leal-Costa, C., Tirado González, S., Ramos-Morcillo, A., Díaz Agea, J., Ruzafa-Martínez, M., Hofstadt Román, C. van-der, Leal-Costa, C., Tirado González, S., Ramos-Morcillo, A., Díaz Agea, J., Ruzafa-Martínez, M., & Hofstadt Román, C. van-der. (2019). Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Enfermería. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(3), 291–301. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0745>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt Román, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32(1), 49–59.
- Lehmann, F., Cote, L., Bourque, A., & Fontaine, D. (1990). Physician-Patient Interaction: A Reliable and Valid Check-list of Quality. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 36, 1711–1716.
- León Rubio, J., Jarana Expósito, L., & Blanco Abarca, A. (1991). *Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. November 2015.*
- Lewis, C. C., Pantell, R. H., & Sharp, L. (1991). Increasing patient knowledge, satisfaction, and involvement: randomized trial of a communication intervention. *Pediatrics*, 88(2), 351–358.
- Linda Baer, M. S. N., & Elizabeth Weinstein MD, M. S. (2013). Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), E45.
- Lind, S. E., DelVecchio Good, M. J., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 7(5), 583–589. <https://doi.org/10.1200/JCO.1989.7.5.583> [doi]
- Little, J., & Bolick, B. N. (2014). Preparing prelicensure and graduate nursing students to systematically communicate bad news to patients and families. *Journal of*

Nursing Education, 53(1), 52–55. <https://doi.org/10.3928/01484834-20131218-02>

- Llompart López, E. (2018). *¿Qué estrategias habilidades sociales y comunicativas debe tener el profesional de la salud en relación a la comunicación de las malas noticias?* <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4174>
- López, A. S. (2008). Comunicación de malas noticias. *Seminarios de La Fundación Española de Reumatología*, 9(2), 111–122.
- López, B. V. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación*, 4(30).
- Lovett, L. M., Cox, A., & Abou-Saleh, M. (1990). Teaching psychiatric interview skills to medical students. *Medical Education*, 24(3), 243–250.
- Luz Bascuñán, M. R., & Luengo-Charath, M. X. (2022). Bad news communication protocols in health. Limitations, challenges and proposals. *Revista Medica de Chile*, 150(9), 1206–1213. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000901206>
- Madrid Soriano, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. *Bilbao: Desclée De Brouwer*.
- Makoul, G. (2001a). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390–393.
- Makoul, G. (2001b). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 23–34.
- Makoul, G., Arntson, P., & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine*, 41(9), 1241–1254.
- Maldonado, A. D. A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 3(2), 147–157.
- Maletzke, G., & Fernsehen, U. Hamburg. H.-B.-I. für R. und. (1963). *Psychologie der Massenkommunikation: theorie und Systematik*. Hans Bredow-Institut Hamburg.
- Managheb, S. E., Hosseinpour, M., & Mehrabi, F. (2013). Patient's viewpoints about how to break bad news. *Iranian Journal of Microbiology*, 5(4).
- Martín Hernández, I., & Trujillo Matienzo, C. (2009). Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 9(2), 1–21. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1061>

- Martis, L., & Westhues, A. (2013). A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: potential for research in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1), 2–11. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.110215> [doi]
- Marvel, M. K. (1993). Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Archives of Family Medicine*, 2(6), 629–633. <https://doi.org/10.1001/archfami.2.6.629> [doi]
- Marvel, M. K., Doherty, W. J., & Baird, M. A. (1993). Levels of physician involvement with psychosocial concerns of individual patients: a developmental model. *Family Medicine*, 25(5), 337–342.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 71–80.
- Mejía Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 15(54), 48–52.
- Melero Lacasia, A., & García-Orellán, R. (2016). LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA: ANÁLISIS EN EL CONTEXTO DE ONCOPEDIATRÍA. *Revista ENE de Enfermería*, 10(1), 0–0.
- Melet, A. (2004). Las malas noticias en oncología. *Rev. Venez. Oncol*, 16(3), 175–177.
- Mendoza-Granada, J. (2016). *La función de enfermería en la comunicación de malas noticias: revisión bibliográfica*.
- Mercado, S. R., Cassinelli, M. F. V., & Grez, A. I. (2008). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Atención Primaria*, 40(5), 257–261.
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C. R., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: Cross sectional survey of patients' views. *British Medical Journal*, 313(7059), 724–726. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7059.724>
- Miller, S. J., Hope, T., & Talbot, D. C. (1999a). The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *British Journal of Cancer*, 80(5–6), 792–800. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690423>
- Mirón González, R. (2010). Breaking bad news: nursing perspective. In *Rev Esp Com Sal* (Vol. 1, Issue 1). <http://www.aecs.es/18/04/2010.Copiaparausopersonal,seprohíbelatransmisióndeestedocumentoporqualquiermedioformato>.

- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047–1054.
- Mosquera, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. *Comminit, La Iniciativa de La Comunicación*.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). “BREAKS” Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61–65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401> [doi]
- Nemoto, T., proceedings, D. B.-J. 2013 conference, & 2014, undefined. (n.d.). Likert-scale questionnaires. *Jalt-Publications.OrgT Nemoto, D BeglarJALT 2013 Conference Proceedings, 2014•jalt-Publications.Org*. Retrieved September 25, 2024, from https://jalt-publications.org/sites/default/files/pdf-article/jalt2013_001.pdf
- Newble, D. I., & Cannon, R. A. (2001). *A handbook for medical teachers*. Springer Science & Business Media.
- Norton, R. W. (1978). Foundation of a communicator style construct. *Human Communication Research*, 4(2), 99–112.
- Novack, D. H., Dubé, C., & Goldstein, M. G. (1992). Teaching medical interviewing: a basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 152(9), 1814–1820.
- Núñez, S., Marco, T., & Burillo-Putze, G. (2006). *Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias*. 127(15), 580–583.
- Nuño Gutiérrez, M. (2011). Comunicación terapéutica. *Nieto García E, González Pisano AC, Díaz González MS, Directores. Curso de Actualización de Conocimientos En: Enfermería Familiar y Comunitaria: Metodología, Competencias Clínicas Generales, Cuidados al Niño y Adolescente.Módulo I.1ª e(TRUNCADO)*, 81–101.
- Oken, D. (1961). What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 175(13), 1120–1128. <https://doi.org/10.1001/jama.1961.03040130004002>
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*.
- Ortega Galán, Á. M. (2012). *El proceso de la muerte en el ámbito formal de los cuidados: un estudio cualitativo desde la perspectiva profesional sanitaria de Huelva*. Universidad de Huelva.

- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572–580. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Pablo, M. N. (2003). Adquisición del lenguaje. El principio de la comunicación. *CAUCE, Revista de Filología y Su Didáctica*, 26, 321–347.
- Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 385–388. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760> [doi]
- Payán, G. C. (2012). Comunicar malas noticias: Una tarea difícil pero necesaria. *CIRUPED*, 2(1), 35–39.
- Pelayo, N., & Cabrera, A. (2001). *Lenguaje y comunicación: conceptos básicos, aspectos teóricos generales, características, estructura, naturaleza y funciones del lenguaje y la comunicación* (Issue 2). El Nacional.
- Peña, J. A., & Solé-Balcells, F. X. (2010). La comunicación de malas noticias en medicina. *Actas Urológicas Españolas*, 34(10), 832–834.
- Pendleton, D. (1984). *The consultation: an approach to learning and teaching* (Issue 6). Oxford University Press.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., Havelock, P., & Scholfield, T. (2003). *The new consultation: developing doctor-patient communication*.
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm UFPE*, 7(1), 227–235.
- Pérez Fernández, M. C., Najarro Infante, F. R., Dulce García, M. A., & Gallardo Jiménez Nuria, F. F. A. (2009). Comunicación: Una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. *Revista Páginas Enfer Urg.Com*, 3.
- Pintos, V. S., Melo, J. M. De, & Ricart, Q. O. (2000). Comunicación y salud. *Autoridades de La Escuela de Comunicación*, 15, 119–136.
- Pirie, A. (2012). Pediatric palliative care communication: resources for the clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 26(4), 212–215. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e31825aeb97> [doi]
- Prat, G., Casas-Anguera, E., Garcia-Franco, M., Escandell, M. J., Martin, J. R., Vilamala, S., Villalta-Gil, V., Gimenez-Salinas, J., Hernández-Rambla, C., & Ochoa, S. (2014). Validation of the Communication Skills Questionnaire (CSQ)

- in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 646–653.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2014.06.036>
- Price, J., McNeilly, P., & Surgenor, M. (2006). Breaking bad news. *Paediatric Nursing*, 18(7), 37.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496–502.
<https://doi.org/10.1001/jama.276.6.496>
- Rabow, M., BMJ, S. M. (2000). Beyond breaking bad news: Helping patients who suffer. *Bmj.ComMW Rabow, SJ McPheeBMJ, 2000•bmj.Com*. Retrieved October 13, 2024, from https://www.bmj.com/content/320/Suppl_S3/000365.abstract
- Ramos, E. T. (2002). La comunicación educativa. *Retos: Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, 3, 37–43.
- Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T., & Silner, D. (2006). Caregivers' role in breaking bad news: Patients, doctors, and nurses' points of view. *Harefuah*, 145(6), 4–5.
- Robbins, S. P. (2005). *Administración*. Pearson Educación.
- Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., Silva González, O., Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., & Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877–878. <https://doi.org/10.20960/NH.03633>
- Rodríguez Salvador, J. J. (2010). Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias. *Boletín Doctutor de Educación Médica*, 1–11. <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>
- Romero, K., research, O. M.-J. of science and, & 2020, undefined. (n.d.). Análisis factorial exploratorio mediante el uso de las medidas de adecuación muestral kmo y esfericidad de bartlett para determinar factores principales. *Revistas.Utb.Edu.EcKP Romero, OM MoraJournal of Science and Research, 2020•revistas.Utb.Edu.Ec*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4453224>
- Rosenbaum, M. E., Ferguson, K. J., & Lobas, J. G. (2004). Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Academic Medicine*, 79(2), 107–117.
- Rosenzweig, M., Hravnak, M., Magdic, K., Beach, M., Clifton, M., & Arnold, R. (2008). Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program. *American Journal of Critical Care: An Official Publication*,

- American Association of Critical-Care Nurses*, 17(4), 364–372.
<https://doi.org/10.1016/j.ama.2004.04.006> [pii]
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 437–451.
- Ruiz Moral, R. (2004). Relación clínica. *Guía Para Aprender, Enseñar e Investigar*.
- Ruiz Moral, R., Alba Dios, A., Dios Guerra, C., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Pérula de Torres, L. Á., & Barrios Blasco, L. (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. *Enfermería Clínica*, 21(3), 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.01.006>
- Ruiz-Moral, R., & De Pérula Torres, L. A. (2006). Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICAA. *Atencion Primaria*, 37(6), 320–324. <https://doi.org/10.1157/13086707>
- Ruiz Moral, R., Prados Castillejo, J. A., Saameño, J. B., & Pérula de Torres, L. A. (2001). An instrument for assessing interviewing skills of family medicine trainees: the GATHA-RESIDENT questionnaire. *Education for Primary Care*, 12(4), 401–411.
- Ruiz-Moral, R., Rodríguez, E. P., de Torres, L. Á. P., & de la Torre, J. (2006). Physician–patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Education and Counseling*, 64(1–3), 242–248.
- Saiote, E., & Mendes, F. (2011). A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. *Cogitare Enferm*, 16(2), 219–225.
- Salem, A., & Salem, A.-F. (2013). Breaking Bad News: Current Prospective and Practical Guideline for Muslim Countries. *Journal of Cancer Education*, 28(4), 790–794. <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0523-8>
- Sánchez, F. S., Marín, F. J. S., & Benavente, Y. L. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 253–258.

- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., & González-Cabrera, M. (2015). Competencias sociales en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud (España). *Educacion Medica*. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.005>
- Santos, C. C. V., & Shiratori, K. (2008). comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. *Enfermería Global*, 7(1).
- Schirmer, J. M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, M. K., Zoppi, K., Epstein, R. M., Brock, D., & Pryzbylski, M. (2005a). Assessing communication competence: a review of current tools. *Family Medicine*, 37(3), 184–192.
- Schofield, T., & Arntson, P. (1989). A model for teaching doctor-patient communication during residency. *Communicating with Medical Patients*, 138–152.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1948). *A mathematical theory of communication: American telephone and telegraph company*.
- Shaw, J., Dunn, S., & Heinrich, P. (2012). Managing the delivery of bad news: an in-depth analysis of doctors' delivery style. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 186–192.
- Silverman, J., Kutz, S., & Draper, J. (2005). Skills for Communicating with Patients Second Edition. *JOURNAL-ROYAL ARMY MEDICAL CORPS*, 151(2), 127.
- Singer, G. R., & Koch, K. A. (1997). Communicating with our patients: the goal of bioethics. *The Journal of the Florida Medical Association*, 84(8), 486–487.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. In *Biological Psychiatry* (Vol. 54, Issue 3, pp. 269–282). Elsevier Inc. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00566-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00566-3)
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., & D'Lugoff, B. C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71(2), 127–131.
- Stevens, J. P. (2012). Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. <https://doi.org/10.4324/9780203843130>
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine*, 19(2), 167–175.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. CRC press.

- Stewart, M., Meredith, L., & Ryan, B. L. (2004). The patient perception of patient-centeredness questionnaire (PPPC) no 04-1. *London (ON): Western University.*
- Stewart, T. J., Pantell, R. H., Dias, J. K., Wells, P. A., & Ross, A. W. (1981). Children as patients: a communications process study in family practice. *The Journal of Family Practice, 13*(6), 827–835.
- Stiles, W. B. (1978). *Manual for a taxonomy of verbal response modes* (Issue 5). Institute for Research in Social Science, University of North Carolina.
- Stiles, W. B., & Putnam, S. M. (1995). Categories for coding medical interviews: A metaclassification. *The Medical Interview. New York: Springer-Verlag.*
- Stillman, P. L., Brown, D. R., Redfield, D. L., & Sabers, D. L. (1977). Construct validation of the Arizona clinical interview rating scale. *Educational and Psychological Measurement, 37*(4), 1031–1038.
- Stillman, P. L., Sabers, D. L., & Redfield, D. L. (1976). The use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics, 57*(5), 769–774.
- Stillman, P. L., Swanson, D. B., Smee, S., Stillman, A. E., Ebert, T. H., Emmel, V. S., Caslowitz, J., Greene, H. L., Hamolsky, M., & Hatem, C. (1986). Assessing clinical skills of residents with standardized patients. *Annals of Internal Medicine, 105*(5), 762–771.
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2024). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.* <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=pb30EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Streiner+D,+Norman+G,+Cairney+J.+Health+Measurement+Scales:+A+Practical+Development+and+Use+5th+ed.+Oxford:+Oxford+University+Press%3B+2015.+&ots=TOLKul9AIM&sig=9cevyly9N8Z104w1KjSKjL0OFYo>
- Tabachnick, B., Fidell, L., & Ullman, J. (2013). *Using multivariate statistics.* <https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134790545.pdf>
- Takahashi, M., Tanaka, K., & Miyaoka, H. (2006). Reliability and validity of communication skills questionnaire (CSQ). *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*(2), 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01488.x>
- Tellez, S., & García, M. (2012). Modelos De Cuidados En Enfermería, Nanda, Nic Y Noc. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Thompson, I. (2008). Definición de comunicación. *ConozcaCuál Es La Definición de Comunicación y Cuáles Son Los Elementos Básicos Que La Componen..., Promonegocios.Net.*
- Tomás, C., & Ángel, M. (2009). La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. *Proyecto de Investigación:*
- Tomás, G., & Postigo, E. (2007). Bioética personalista: Ciencia y controversias. *Edit. Tribuna Siglo XXI. Madrid, 39–40.*
- Travelbee, J. (1979). Intervención em enfermería. *1º Edição Em Espanhol, Colômbia, Cali.*
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician, 64(12).*
- Van-der Hofstadt Román, C. J., Quiles Marcos, Y., & José, Q. S. M. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería, Conselleria de Sanitat.*
- Verby, J. E., Holden, P., & Davis, R. H. (1979). Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. *British Medical Journal, 1(6179), 1686–1688.* <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6179.1686> [doi]
- Vet, H., Adèr, H., Terwee, C., research, F. P.-Q. of life, & 2005, undefined. (2005). Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *SpringerHCW Vet, HJ Adèr, CB Terwee, F PouwerQuality of Life Research, 2005•Springer, 14(5), 1203–1218.* <https://doi.org/10.1007/s11136-004-5742-3>
- Vidal, R., Adamuz, J., & Feliu, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global, 17, 3–12.*
- Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior, 81–101.*
- Waitzkin, H., Cabrera, A., de Cabrera, E. A., Radlow, M., & Rodriguez, F. (1996). Patient-doctor communication in cross-national perspective: a study in Mexico. *Medical Care, 641–671.*
- Wand, S., Schildmann, J., Burchardi, N., & Vollmann, J. (2008). Die Aufklärungsgesprächbewertungsskala (AGBS): Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen. *Zeitschrift Für Ärztliche Fortbildung Und Qualität Im*

- Gesundheitswesen-German Journal for Quality in Health Care*, 101(10), 645–651.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 28(45), 51–58. <https://doi.org/10.7748/ns.28.45.51.e8935> [doi]
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*.
- White, D. G., Tiberius, R., Talbot, Y., Schiralli, V., & Rickett, M. (1991). Improving Feedback for Medical Students in a Family Medicine Clerkship: Evaluating medical student performance using frequent feedback. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 37, 64–70.
- Willaing, I., & Ladelund, S. (2005). Nurse counseling of patients with an overconsumption of alcohol. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 30–35.
- William, S., Michael, E., & Bruce, W. (2007). McGraw-Hill Interamericana. *Fundamentos de Marketing, Decimocuarta Edición*.
- Wolraich, M. L., Albanese, M., Stone, G., Nesbitt, D., Thomson, E., Shymansky, J., Bartley, J., & Hanson, J. (1986). Medical communication behavior system: an interactional analysis system for medical interactions. *Medical Care*, 891–903.
- 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. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600798>
- Zahedi, F. (2007). *Cancer ethics from the Islamic point of view*.
- Zahedi, F. (2010). Larijani. Telling truth to patients in different cultures. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3, 1–11.
- Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2001). ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *ANALES Sis San Navarra*, 24 (Suplemento 2).
- Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2002). Is Communication a Skill? Communication Behaviors and Being in Relation. *Fam Med*, 34(5), 319–324.

ANEXOS



9. ANEXOS.

ANEXO 1. CALGARY - CAMBRIDGE GUIDE TO THE MEDICAL INTERVIEW

– COMMUNICATION PROCESS

INITIATING THE SESSION

Establishing initial rapport

1. **Greets** patient and obtains patient's name
2. **Introduces** self, role and nature of interview; obtains consent if necessary
3. **Demonstrates respect** and interest, attends to patient's physical comfort

Identifying the reason(s) for the consultation

4. **Identifies** the patient's problems or the issues that the patient wishes to address with appropriate **opening question** (e.g. "What problems brought you to the hospital?" or "What would you like to discuss today?" or "What questions did you hope to get answered today?")
5. **Listens** attentively to the patient's opening statement, without interrupting or directing patient's response
6. **Confirms list and screens** for further problems (e.g. "so that's headaches and tiredness; anything else.....?")
7. **Negotiates agenda** taking both patient's and physician's needs into account

GATHERING INFORMATION

Exploration of patient's problems

8. **Encourages patient to tell the story** of the problem(s) from when first started

to the present in own words (clarifying reason for presenting now)

9. **Uses open and closed questioning technique**, appropriately moving from open to closed

10. **Listens** attentively, allowing patient to complete statements without interruption and leaving space for patient to think before answering or go on after pausing

11. **Facilitates** patient's responses verbally and non-verbally e.g. use of encouragement, silence, repetition, paraphrasing, interpretation

12. **Picks up** verbal and non-verbal **cues** (body language, speech, facial expression, affect); **checks out and acknowledges** as appropriate

13. **Clarifies** patient's statements that are unclear or need amplification (e.g. "Could you explain what you mean by light headed")

14. **Periodically summarises** to verify own understanding of what the patient has said; invites patient to correct interpretation or provide further information.

15. **Uses** concise, **easily understood questions and comments**, avoids or adequately explains jargon

16. **Establishes dates and sequence** of events

Additional skills for understanding the patient's perspective

17. Actively **determines and appropriately explores**:

- patient's **ideas** (i.e. beliefs re cause)

- patient's **concerns** (i.e. worries) regarding each problem
- patient's **expectations** (i.e., goals, what help the patient had expected for each problem)
- effects: how each problem **affects** the patient's life

18. **Encourages patient to express feelings**

PROVIDING STRUCTURE

Making organisation overt

19. **Summarises** at the end of a specific line of inquiry to confirm understanding before moving on to the next section

20. Progresses from one section to another using **signposting, transitional statements**; includes rationale for next section

Attending to flow

21. Structures interview in **logical sequence**

22. Attends to **timing** and keeping interview on task

BUILDING RELATIONSHIP

Using appropriate non-verbal behaviour

23. **Demonstrates appropriate non-verbal behaviour**

- eye contact, facial expression
- □ posture, position & movement
- vocal cues e.g. rate, volume, tone

24. If reads, writes **notes** or uses computer, does **in a manner that does not interfere with dialogue or rapport**

25. **Demonstrates** appropriate **confidence** **Developing rapport**

26. **Accepts** legitimacy of patient's views and feelings; is not judgmental

27. **Uses empathy** to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings or predicament; overtly **acknowledges patient's views** and feelings

28. **Provides support**: expresses concern, understanding, willingness to help; acknowledges coping efforts and appropriate self care; offers partnership

29. **Deals sensitively** with embarrassing and disturbing topics and physical pain, including when associated with physical examination

Involving the patient

30. **Shares thinking** with patient to encourage patient's involvement (e.g. "What I'm thinking now is....")

31. **Explains rationale** for questions or parts of physical examination that could appear to be non-sequiturs

32. During **physical examination**, explains process, asks permission

EXPLANATION AND PLANNING

Providing the correct amount and type of information

33. **Chunks and checks**: gives information in manageable chunks, checks for understanding, uses patient's response as a guide to how to proceed

34. **Assesses patient's starting point**: asks for patient's prior knowledge early on when giving information, discovers extent of patient's wish for information

35. **Asks patients what other information would be helpful** e.g. aetiology, prognosis

36. **Gives explanation at appropriate times**: avoids giving advice, information or reassurance prematurely

Aiding accurate recall and understanding

37. **Organises explanation:** divides into discrete sections, develops a logical sequence

38. **Uses explicit categorisation or signposting** (e.g. “There are three important things that I would like to discuss. 1st...” “Now, shall we move on to.”)

39. **Uses repetition and summarising** to reinforce information

40. **Uses** concise, **easily understood language**, avoids or explains jargon

41. **Uses visual methods of conveying information:** diagrams, models, written information and instructions

42. **Checks patient’s understanding** of information given (or plans made): e.g. by asking patient to restate in own words; clarifies as necessary

Achieving a shared understanding: incorporating the patient’s perspective

43. **Relates explanations to patient’s illness framework:** to previously elicited ideas, concerns and expectations

44. **Provides opportunities and encourages patient to contribute:** to ask questions, seek clarification or express doubts; responds appropriately

45. **Picks up verbal and non-verbal cues** e.g. patient’s need to contribute information or ask questions, information overload, distress

46. **Elicits patient's beliefs, reactions and feelings** re information given, terms used; acknowledges and addresses where necessary

Planning: shared decision making

47. **Shares own thinking as appropriate:** ideas, thought processes, dilemmas

48. **Involves patient** by making suggestions rather than directives

49. **Encourages patient to contribute their thoughts:** ideas, suggestions and preferences

50. **Negotiates** a mutually **acceptable plan**

51. **Offers choices:** encourages patient to make choices and decisions to the level that they wish

52. **Checks with patient** if accepts plans, if concerns have been addressed

CLOSING THE SESSION

Forward planning

53. **Contracts** with patient re next steps for patient and physician

54. **Safety nets**, explaining possible unexpected outcomes, what to do if plan is not working, when and how to seek help

Ensuring appropriate point of closure

55. **Summarises session** briefly and clarifies plan of care

56. **Final check** that patient agrees and is comfortable with plan and asks if any corrections, questions or other items to discuss

OPTIONS IN EXPLANATION AND PLANNING (includes content)

IF discussing investigations and procedures

57. Provides clear information on procedures, eg, what patient might experience, how patient will be informed of results

58. Relates procedures to treatment plan: value, purpose

59. Encourages questions about and discussion of potential anxieties or negative outcomes

IF discussing opinion and significance of problem

60. Offers opinion of what is going on and names if possible

61. Reveals rationale for opinion

62. Explains causation, seriousness, expected outcome, short and long term consequences

63. Elicits patient's beliefs, reactions, concerns re opinion

IF negotiating mutual plan of action

64. Discusses options eg, no action, investigation, medication or surgery, non-drug treatments (physiotherapy, walking aides, fluids, counselling, preventive measures)

65. Provides information on action or treatment offered name steps involved, how it works benefits and advantages possible side effects

66. Obtains patient's view of need for action, perceived benefits, barriers, motivation

67. Accepts patient's views, advocates alternative viewpoint as necessary

68. Elicits patient's reactions and concerns about plans and treatments including acceptability

69. Takes patient's lifestyle, beliefs, cultural background and abilities into consideration

70. Encourages patient to be involved in implementing plans, to take responsibility and be self-reliant

71. Asks about patient support systems, discusses other support available

FUENTE: Elaboración propia. (Kurtz & Silverman, 1996).

ANEXO 2. CUESTIONARIO GHATA BASE

RESUMEN GATHA EJE GLOBAL

ITEM	ACLARACIONES	EXCEPCIÓN
Tiempo de consulta	Primer contacto verbal o no verbal de aproximación médico/paciente	Sin excepción
Sexo del profesional	Sexo del profesional que conduce la entrevista	El que lleve el mayor peso
Sexo del paciente	Sin aclaraciones	Se eliminarán consultas múltiples
Acompañante	Sin aclaraciones	Sin excepciones

EJE 1º. -ACTITUD-CARACTERISTICAS

ITEM	SI	NO/NO PROCEDE
1.- Saludo al paciente	Expresión cortés verbal o no verbal	No saluda o no se recoge en la grabación
2.-Llama al paciente por el nombre	Utiliza nombre, apellido o apodo familiar	No lo nombra o solo de forma maquinal (cita previa)
3.-Sonrisa o calidez	Aparece sonrisa o calidez verbal o no verbal	No se observa
4.-Empatía verbal	Ha expresado de forma verbal entender emociones del paciente	No solidaridad emocional de forma verbal
5.-Empatía no verbal	De forma no verbal expresa solidaridad emocional	No se observan gestos que se interpreten como identificación emocional
6. - Interrupciones	No-interrupción o autolimitada y reconocida, siguiendo guión del paciente	Interrumpe una o más veces no retomando el guión del paciente
7. -Asertividad	Se comporta con seguridad en sí mismo como profesional, asumiendo el rol propio y respetando los derechos y opiniones del paciente	Ante las resistencias y dudas del enfermo duda, titubea o responde con agresividad
8. - Mira al paciente mientras le informa	La mayor parte del tiempo mientras está informando mira al paciente a la cara	No mira al paciente a la cara
9. -Respeto a la opinión del paciente	Corrige hábitos desde una actitud respetuosa	Actitud despectiva
10. -Permite preguntas y/o aclaraciones	Da confianza para que exprese dudas, opiniones problemas..	Corta al paciente si hace preguntas o se expresa libremente

EJE 2º: TAREAS

ITEM	SI	NO/NO PROCEDE
11. -Delimitación de la demanda	El prof. Intenta averiguar todos los motivos de consulta antes de la exploración	No lo intenta y el paciente tampoco menciona que ya no trae más motivos
12. -Cualidad del síntoma al que se dedique más tiempo	Al final de la entrevista se conoce la cualidad de este síntoma	Se desconoce o no es necesario explorarlo
13. -Cronología	Al final de la entrevista se conoce inicio, evolución,duración,	Se desconoce o no es necesario explorarlo
14. -Localización	Al final se conoce el lugar del síntoma,irradiación,etc.	Se desconoce o no es necesario explorarlo
15. -Factores que lo modifican	Al final se conoce cuales lo aumentan, disminuyen o alteran	Se desconoce o no es necesario explorarlo
16. -Naturaleza del problema	Al final se conoce la idea previa que tenía el paciente sobre su problema	No se conoce lo que el paciente pensaba previamente o no es necesario porque ya es conocido para ambos
17. -Emociones que el problema provoca en el paciente	Se conocen las emociones del paciente tanto si las expresa de forma verbal como no verbal	No se ha investigado o no ha sido necesario porque pudo haberse explorado anteriormente o el motivo no ha generado emociones detectables
18. -Afectación del entorno socio-laboral	Debe explicitarse claramente el impacto o buscarlo activamente	No se conoce el impacto, O por la naturaleza del problema es posible que no exista
19. -Expectativas	Se conoce lo que el paciente espera del profesional	El profesional no lo indaga o existe la duda razonable de que el profesional ya lo conozca
20. - Estado de ánimo	El profesional conoce el estado de ánimo del paciente	No indaga sobre el estado anímico o lo conoce de antes
21. -Acontecimientos estresantes	Se indaga sobre ellos o el paciente los expresa espontáneamente	No indaga, parece que los conoce o por el motivo no parece necesario investigarlos
22. -Entorno sociofamiliar	Se pregunta activamente por el entorno familiar	No indaga, parece que los conoce o por el motivo no parece necesario investigarlos
23. -Factores de riesgo o actividades preventivas	Aborda factores de riesgo no relacionados con la demanda	No se abordan otros factores de riesgo, no se realizan actividades preventivas y si lo

		hace es en relación con la demanda.
24. -Información sobre la naturaleza del síntoma principal	Se ha informado y si no se conoce la misma se informa sobre la sospecha diagnóstica	No informa o el paciente ya conoce la naturaleza del problema y no se necesita
25. -Información sobre la evolución	Si lo hace aunque no conozca la causa exacta	No informa o el paciente ya conoce la naturaleza del problema y no se necesita
26. -Acuerdo con el paciente sobre el diagnóstico y trat	Verbal o no verbal el paciente muestra acuerdo	El paciente no lo expresa o de forma no verbal expresa desacuerdo
27. - Asimilación de la información	Comprueba el recuerdo y la comprensión de la información	No comprueba la retención de lo expuesto y aquellas entrevistas en las que no se aporte información
28. -Toma de precauciones	Ofrece al paciente volver si es necesario	No se tiene en cuenta una evolución inadecuada
29. -Despedida	Expresión cortes verbal o no verbal de despedida	No se realiza o no se recoge en la grabación

EJE 3º. - HABILIDADES TÉCNICAS

ITEM	SI	NO/NO PROCEDE
30. -Apoyando la narración se hacen preguntas abiertas	Al menos se realizan dos preguntas abiertas, excluyendo la de inicio	No se han realizado o son consultas administrativas
31. -Apoyando la narración se mantiene contacto visual facial	Se mantiene el 50% del tiempo que el paciente habla	La mayor parte del tiempo mira a otros objetos.
32. -Se producen señalamientos	El profesional de forma verbal resalta emociones, conflictos, motivaciones	No las resalta o lo hace con una interpretación disfuncional o juicio de valor.
33. -Al informar se produce ejemplificación	Aporta ejemplos de la vida cotidiana	No lo hace o las que utiliza son complejas y no se entienden
34. -Racionaliza la medida terapéutica	Expresa la utilidad o mecanismo de acción	No explica la razón de la medida o no se requiere
35. -Da instrucciones escritas	Se entrega folleto, nota etc...	No lo entrega o utiliza recetas, impresos de análisis
36. -Respuesta evaluativa	Pregunta abierta que se genera para vencer una resistencia del paciente	No aparecen resistencias y si las hay el medico se posiciona
37.-Exploración de creencias	El profes. Intenta averiguar ideas, valores, emociones	No se utilizan o no se detectan resistencias
38. -Contención emocional	El medico mantiene la distancia terapéutica sin dejar de ser empático	No se desencadenan emociones fuertes o no se realiza contención
39. -Evita mezclar consejos e información	No da consejos antes de terminar la fase exploratoria	Aporta consejos antes de explorar al enfermo.
40. - Induce respuestas	No utiliza preguntas cerradas	Al preguntar busca una

	o con coletillas que obliguen a responder en un sentido	respuesta concreta
41. -Evita Antagonismos	Evita criticar, culpabilizar o despreciar al paciente	Expresa el desacuerdo poniéndose en contra del paciente o no hay problemas en la entrevista
42. -Evita dar instrucciones sin explicar el diagnostico	Solo se valorará positivamente si se hace y suponemos que el paciente ya conoce el diagnostico	Sin haber explicado el diagnostico se explica el tratamiento
43.-Evita seguridades prematuras	Evita respuestas tranquilizadoras sin justificación clínica	Antes de estar seguro del diagnostico afirma categóricamente el pronóstico de una enfermedad
44. -Evita tecnicismos	Utiliza palabras de fácil comprensión	Utiliza vocabulario clínico
45. -Evita tomar decisiones de forma unilateral	Consensua con el paciente la conducta a seguir	Impone su opinión sin tener en cuenta la del paciente

ANEXO 3. CUESTIONARIO GHATA REAL.

CUESTIONARIO RESULTANTE, GATHA REAL.

DATOS GLOBALES

CLAVE ENTREV. _____

Tiempo de consulta (mn): _____ OBSERV. _____

Sexo Profesional

V

H

Sexo Paciente

V

H

Acompañante

SI

NO

EJE

1º.

-

ACTITUD/CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADOR

CODIGO GATHA

Ítems

SI NO

BASE/ REAL

- ¿Ha saludado al paciente?.....

1-1

- ¿En algún momento el profesional ha llamado por su nombre al paciente?

2-2

- ¿Ha sonreído el profesional en algún momento de la entrevista?.....

3-3

- ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones, (miedos,...) o percepción de salud del paciente?.....

4-4

- ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones, (miedos...) o percepción de salud del paciente?.....

5-5

- ¿Mientras informa el profesional, mira a la cara del

paciente?.....

8-6

- ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?.....

9-7

EJE

2º.-TAREAS

COMUNICACIONALES

Ítems

SI

NO

CODIGO

- Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?.....

11-8

- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:

- ¿Cualidad?.....

12-9

- ¿Evolución cronológica?.....

13-10

- ¿Localización?.....

14-11

- ¿Factores que lo modifican?.....

15-12

- ¿Se conoce al final de la entrevista la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntomas o proceso?.....

16-13

- Se conoce al final de la entrevista las emociones que el síntoma o proceso le ha provocado.....

17-14

- ¿Se conoce al final de la entrevista como afecta su síntoma o proceso a su

vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?.....

18-15

- Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:

- ¿Estado de ánimo?.....

20-16

- ¿Entorno sociofamiliar?.....

22-17

- ¿Ha informado el profesional sobre la naturaleza o causa del síntoma principal presentado por el paciente?...

24-18

- ¿Ha informado sobre la evolución que puede seguir el proceso?.....

25-19

- ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?.....

26-20

- ¿Comprueba la asimilación de la información suministrada?.....

27-21

- ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?.....

28-22

- ¿Se despide del paciente?.....

29-23

EJE 3º. - HABILIDADES TECNICAS

Ítems

SÍ

NO

CÓDIGO

- Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de las siguientes técnicas:

- ¿Contacto visual-facial?.....

31-24

- ¿Señalamientos?.....

32-25

- ¿Cuándo informa al paciente ha explicado la forma de actuar de la

medida terapéutica?.....	34-26
- ¿Cuándo informa al paciente le ha dado instrucciones por escrito?...	35-27
- Ha evitado alguno de los siguientes errores: SI EV NO EV	
- ¿Mezclar consejos y/o información en la fase exploratoria?.....	39-28
- ¿Antagonizar?.....	41-29
¿Dar instrucciones sin orientar el Problema?.....	42-30
- Seguridades prematuras?.....	43-31
Utilizar jerga médica /o técnica sin Explicar?.....	44-32

ANEXO 4. CUESTIONARIO GATHA-RES.

Datos globales

– Tiempo de consulta (minutos):

< 5 () 5,1-10 () 10,1-15 () > 15 ()

– Sexo profesional: () Varón () Mujer

– Sexo paciente: () Varón () Mujer

– Acompañante: () Sí () NO

Respuestas posibles a cada una de las
siguientes preguntas SÍ o NO/NO
APLICABLE EJE 1.º-
ACTITUD/CARACTERÍSTICAS DEL
ENTREVISTADOR

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?

2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?

3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?

4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?

5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?

6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

EJE 2.º- TAREAS
COMUNICACIONALES

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?

– Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista, ¿se ha llegado a delimitar:

8. ¿La evolución cronológica?

9. ¿La localización?

10. El/los factores que lo modifican?

11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?

12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?

– Dentro de los aspectos psicosociales, ¿el profesional conoce datos sobre:

13. ¿El estado de ánimo?

14. ¿Los acontecimientos vitales estresantes?

15. ¿El entorno sociofamiliar?

16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?

17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?

18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?

19. El profesional, ¿ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?

20. ¿Se despide del paciente?

EJE 3.º- HABILIDADES TÉCNICAS

– Cuando apoya la narración del paciente, ¿ha realizado alguna de las siguientes técnicas?:

21. Contacto visual-facial

22. Señalamientos

– Cuando informa al paciente, ¿ha utilizado alguna de las siguientes técnicas?:

23. Ejemplificación

24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

– ¿Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación?:

25. Respuesta evaluativa

26. Exploración de creencias

27. En caso de emociones fuertes por parte del paciente, ¿ha tenido contención emocional el médico?

ANEXO 5. CUESTIONARIO/ESCALA CICAA.

CUESTINARIO/ESCALA CICCA Cuarta versión: Modelo estándar para uso en investigación

DATOS GLOBALES: PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____

Tiempo total de Consulta (seg. y min.):	Hasta explorar (seg.):	Exploración (seg.):	Motivo de Consulta: 1)..... 2)..... 3).....			
Profesional: M () F ()	Tipo: Med. () Resi. () Enfer. ()					
Especialidad:	Docente: SI () No ()		Proceso: Agudo () Crónico ()			
Paciente: M () F () / R () E ()	Acompañante: Si () No ()		Visita: Inicial () Revisión ()			
TAREA 1º.- CONECTAR			N P	0	1	2
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?						
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?						
3.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?						
4.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?						
5.- ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?						

TAREA 2º.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	N P	0	1	2
6.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
7.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
8.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
9.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
10.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
11.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado como afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
17.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
TAREAS 3º y 4ª.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	NP0	1	2	
18.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				

19.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evolución que puede seguir el proceso?				
20.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
21.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
22.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
23.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
24.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
25.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
26.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

NP: No Procede. (0): Muy Escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi Totalmente o Totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems.....

PUNTUACION TOTAL/nº ítems con NP

--	--

ABREVIATURAS: M: Masculino; F: Femenino; Med.: Médico; Resi.: Residente; Enfe.: Enfermera; Est.: Estudiante; Re.: Real; Es: Estandarizado; Acompaña.: Acompañante. CICAA es Acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar.

Fuente R,Ruiz-Moral(Ruiz-Moral & de Torres, 2006)

ANEXO 6. ESCALA SOBRE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. EHC.

1. Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.
2. Exploro las emociones de mis pacientes.
3. Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.
4. Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...)
5. Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa.
6. Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...
7. Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes.
8. Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo.
9. Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles.
10. Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia.
11. Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.
12. Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.
13. Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme.
14. Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.
15. Siento que respeto las necesidades de los pacientes
16. Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.
17. Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.
18. Me resulta difícil pedir información a los pacientes.

ANEXO 7. BREAKING BAD NEWS ASSESSMENT SCHEDULE (BAS).

When marking please place a circle round the number which reflects the score you wish to give. The points below each question are for guidance only. When the doctor has delivered the diagnosis stop the tape and mark the first two sections before restarting and continuing to mark.

A. Setting the scene: this section looks at whether the doctor facilitated an initial rapport *before breaking the bad news*. This can be done by providing an environment which allows private and comfortable communication, by the doctor introducing him/herself, and by the doctor showing an interest in the patient as an individual.

1. Did the doctor arrange the environment?

very well 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 poorly

The doctor may have

- placed the chairs at an angle which allowed unforced eye contact?
- ensured that the desk was not in-between him/her and the patient?
- ensured that the wastepaper basket was out of the way?
- prepared for the patient becoming upset, for example by placing the tissues so the patient could reach them?
- taken measures to prevent interruptions, for example unplugging the telephone?

2. Did the doctor use an appropriate greeting and introduction?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

The doctor may have

- stood up to greet the patient?
- established the patient's name?
- introduced him/herself using his/her own name?
- given a brief description of his/her occupation?
- shown the patient where to sit?

3. Did the doctor show interest in the patient's current state of well-being and personal circumstances at the beginning of the interview?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

The doctor may have

- used open questions?
- established recent events for the patient?
- established the patient's physical state?
- asked how the patient felt emotionally?
- enquired into the patients social circumstances?
- given the patient time to finish their statements?

B. Breaking the news: this section specifically focuses on whether the doctor was sensitive to this patient's perspective when he/she delivered the news (the establishment of rapport is scored in the above section). The amount of information to give each individual patient may vary depending on what the patient already knows. Individual patients may vary in the amount of information they wish to receive during this interview, and in the rate at which they assimilate the news.

4. Before breaking the news did the doctor check what this patient knew already?

carefully 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- ask the patient what he/she believed was the nature of their problem?
- enquire into what the patient thought the purpose of this meeting was?
- check if the patient had thoughts about the possible outcomes from this consultation?
- ensure that he/she understood the patient's perspective at this stage of the interview?

5. Before breaking the news did the doctor introduce it with sensitivity?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- gently alert the patient to the fact that what followed was going to be important, before using any specific terms?
- take the lead from the patient as to whether to speak or listen after introducing the news?

6. When delivering the news did the doctor allow the patient to decide the detail and language used?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- begin by using non-specific lay terminology? • respond to the patients cues, or ask the patient if he or she wanted more detail, before becoming more specific?
- check that the patient was satisfied with his/her own understanding of the terms used?

7. Did the doctor allow the patient to set the pace for the delivery of the news?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- deliver appropriate information when it was asked for? • give the news at a rate which gave the patient time to think and respond?
- check that the patient had understood and assimilated what had been said before giving more information?

8. Did the doctor use an appropriate pause after giving the news?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- allow the news about the diagnosis and its implications to sink in?
- give the patient time to respond?
- appropriately break the silence if the pause was too long?

C. Eliciting concern: this section focuses on whether the doctor actively attempted to gain a clear idea of the personal implications and meaning of the news to this patient, and the concerns that it generated.

9. Did the doctor specifically invite questions?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

The doctor may need to invite questions repeatedly.

10. Did the doctor explicitly attempt to obtain a complete list of the patient's concerns?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor explore

- the patient's feelings and emotions about the news just given?
- the patient's concerns about treatment?
- the patient's concerns about prognosis?
- the concerns arising from family and relationship issues?
- the patient's concerns about the effect on their social setting, for example their employment?

11. Did the doctor explicitly check which areas were most important to the patient?

carefully 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- ask the patient which issues were important to talk about during this meeting?
- ask in which order the patient wanted to talk about these issues?

D. Information giving: this section looks at aspects other than giving the news itself.

12. Did the doctor give information tailored to the patient's expressed concerns?

entirely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- give information in a manner which related to the patient's expressed concerns?
- answer the patient's questions?

13. Did the doctor clearly explain any information given so that the patient understood?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- give information in an ordered and logical manner?
- use terms appropriate to this patient using plain English and avoiding jargon?

- check that the patient understood, and offer clarification?
- summarize points for the patient?

14. Did the doctor manage to focus on any positive aspects?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- frame treatment options in a positive way?
- achieve a good balance between explaining benefits and side-effects?
- manage to give correct information about the prognosis without extinguishing hope?

15. Was the content of the interview factually accurate?

always 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 frequently inaccurate

- If all the information given was factually correct this should gain full marks.
- If the doctor admitted to uncertainty or lack of knowledge this should still allow full marks.
- Marks should be deducted for incorrect statements, undue optimism, premature reassurance, or unjustified negativity.

E. General considerations: the following points relate to the inter- view as a whole.

16. How many of the patient's concerns from the attached list* were aired?

All ten 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 none at all

- 1 to 3 concerns from the attached list = 1 mark
- 4 or 5 = 2 marks
- 6 or 7 = 3 marks
- 8 or 9 = 4 marks
- all 10 = 5 marks

17. How many of the key areas of the patient's concerns were touched upon?

all of them 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 none at all

Each of the following five key areas should be touched upon to obtain full marks

- treatment
 - prognosis
 - feelings and emotions
 - family and relationship issues
 - effect on social circumstances
- *See Appendix 2 for a sample list

18. Were the psychosocial issues which the patient flagged up during the interview explored?

fully 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- acknowledge: the patient's feelings and emotions; and the effects on family and relationships, and social circumstances?
- allow the patient to talk about these issues?
- ask questions about them?
- enter into a dialogue?

19. Did the doctor manage to appear supportive during the interview?

always 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- show warmth?
- show emotional supportiveness?
- convey a sense that this really mattered to the doctor?
- convey a personal sense of strength and resourcefulness that was available to help the patient?

20. Did the doctor use appropriate body language during the interview?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all

Did the doctor

- maintain an appropriate level of eye contact?
- look interested and alert to the patients needs?
- show a competent and caring professional manner?

21. Did the doctor avoid appearing clumsy during the interview?

never clumsy 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 often clumsy

Did the doctor

- introduce difficult topics gently?
- deal with painful issues sensitively?
- show flexibility and sensitivity to the patient's needs?
- avoid non sequitur?
- avoid using phrases that were inappropriate?

22. Did the doctor tailor the pace of the interview to suit the patient?

definitely 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 not at all.

Did the doctor

- let the patient speak without interruption?
- respond to the patient's cues regarding timing and delivery?
- deliver appropriate information when it was asked for?
- use pauses where appropriate to give the patient time to think and respond?
- check that the patient had finished with a topic before moving on to another?

23. Did the doctor manage the time available?

very well 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 poorly

Did the doctor

- sensitively make the patient aware of how much time was available for discussion?
- mention the opportunity of further interviews to the patient?
- cover the important issues in this session?
- make a plan for future action?
- bring the interview to a conclusion.

APPENDIX

Sample concerns list for breast cancer patient

1. Is the diagnosis certain
2. Has the disease spread
3. How will treatment affect my prognosis
4. What will be the side-effects of treatment

5. Will I still be able to work during treatment
6. Will I still be able to do my hobbies
7. Will my sister get this too
8. Will this stop me finding a partner
9. Will I become infertile
10. How will telling my father affect him

ANEXO 8. PLANILLA CUESTIONARIO PARA EXPERTOS.

Estimado señor/a:

El motivo de ponerme en contacto con usted es para solicitar su colaboración en el trabajo que se estamos realizando de diseño y validación de un cuestionario de comunicación de malas noticias para enfermería, para ello solicito su participación para que evalúe los ítems que se plantean en razón a su utilidad de adecuación de lo que se propone medir, gracias a sus reconocidos y amplios conocimientos sobre el tema.

Lea detenidamente los ítems y a continuación le solicito que valore cada uno de ellos en razón a varios aspectos:

A. Redacción.

1. Muy bien redactado.
2. Bien redactado.
3. Aceptable
4. Mal redactado.
5. Muy mal redactado.

B. Comprensión.

1. Mucho.
2. Bastante.
3. Regular
4. Poco
5. Muy poco.

C. Pertinencia.

1. Muy relevante.
2. Bastante relevante.
3. Relevante
4. Poco relevante
5. Nada relevante.

D. Valoración general.

1. Muy bueno.
2. Bueno.
3. Regular.
4. Malo
5. Muy malo.

E. Observaciones del experto acerca del ítem.

Atentamente:

Manuel González Cabrera

ANEXO 9. CERTIFICADO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA PROVINCIA DE JAÉN.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a. ELISA NIEVES GODOY, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de Centros, de la Provincia de Jaén,

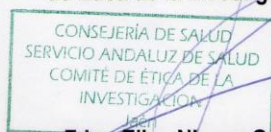
CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Jaén, ha considerado emitir **Informe Favorable**, según consta en el acta de la reunión celebrada el día 23 de febrero de 2017,

Al Proyecto de Investigación titulado: "**Comunicación de malas noticias en Enfermería. Elaboración de un instrumento de medida de habilidades, actitudes y conocimientos en Comunicación de malas noticias (IMCMNE)**" **MGC17**, presentado por el Investigador Principal: D. Manuel González Cabrera, Enfermero del Hospital San Agustín de Linares y Profesor de la Universidad de Jaén.

Lo que firmo en Jaén, a 23 de febrero de 2017 .

**La Secretaria del Comité
de Ética de la Investigación**



Fdo.: Elisa Nieves Godoy

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Avda. Ejército Español, 10. 23007 – Jaén
Unidad de Investigación
Tel. 953 00 80 77
ui.chj.sspa@juntadeandalucia.es

ANEXO 10. AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD DE CENTRO PARA ESTUDIO EN CENTROS Y UGCS.

AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD DEL CENTRO

Centro:	
Investigador Principal/Tutor del Centro:	Manuel González Cabrera
U.G.C./Servicio/Consulta Privada:	

Para su participación en el Estudio:

Título	Comunicación de malas noticias en Enfermería. Elaboración de un instrumento de medida de habilidades, actitudes y conocimientos en Comunicación de malas noticias.
Código del protocolo	

SE HACE CONSTAR:


- Que la realización del Estudio no interfiere en el funcionamiento del Servicio/UGC implicado, ni de otros Servicios/UGCs no incluidos en este documento.
- Que tras evaluar los procedimientos necesarios para su realización se da la conformidad para su realización en el Centro.
- El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionales aceptadas

Relacionar los recursos e instalaciones necesarias:

D./a.

Firmado por: El Responsable Asistencial del Centro/Institución

Fecha:


EL DIRECTOR MEDICO
 Fdo.: Juan C. Fernández Rodríguez

ANEXO 11. VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL CSQ.

Cuestionario de habilidades de comunicación (CSQ)

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA: _____

Comunicarse con otras personas es una cuestión imprescindible para la vida cotidiana.

¿Podría indicar con qué frecuencia tiene actualmente dificultades en su comunicación con los demás?

Marque con un círculo la casilla que se corresponde a la frecuencia con la que practica las siguientes habilidades de conversación.

Habilidades de comunicación	Casi no puede	A veces puede	A veces puede	Casi siempre puede	Siempre puedes
------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------

1. Tener contacto visual

2. Hablar con gestos

3. Hablar con una postura activa

4. Tener expresión facial agradable

5. Hablar con voz inteligible

6. Elegir un tema de conversación apropiado

Marque con un número con qué frecuencia practica las siguientes habilidades de comunicación con su familia, amigos íntimos, amigos, figuras de autoridad, conocidos y desconocidos.

- 0=pocas veces puedes practicarlas
- 1=a veces puedo practicarlas
- 2=siempre puedo practicarlas.

- N = en el caso de que no existan las personas indicadas.

Habilidades de comunicación	Familia	Amigos íntimos	Amigos o personas próximas	Figuras de autoridad	Conocidos	Desconocidos
Ejemplo: saludar	2	2	2	2	1	0

1. Saludar

2. Hacer preguntas

3. Encontrar un tema de conversación

4. Expresar la propia opinión

5. Expresar sentimientos positivos (comunicar afecto o buenas cualidades)

6. Escuchar activamente

Habilidades de comunicación	Familia	Amigos íntimos	Amigos o personas próximas	Figuras de autoridad	Conocidos	Desconocidos
1. Aceptar hacer un favor solicitado						
2. Rechazar un favor solicitado						
3. Pedir un favor						

1. Aceptar hacer un favor solicitado

2. Rechazar un favor solicitado

3. Pedir un favor

Habilidades de comunicación	Familia	Amigos íntimos	Amigos o personas próximas	Figuras de autoridad	Conocidos	Desconocidos
4. Iniciar una conversación						
5. Continuar la conversación cuando se le ha dirigido la palabra						
6. Elogiar buenas cualidades del otro						
7. Participar en la conversación de los demás.						
8. Terminar la conversación de forma educada						
9. Explicar sus asuntos personales						
10. Algoritmo de promoción						
11. Disculparse por lo que ha hecho mal						
12. Discutir sobre temas de desacuerdo						
13. Comunicar sus problemas						

Habilidades de comunicación	Familia	Amigos íntimos	Amigos o personas próximas	Figuras de autoridad	Conocidos	Desconocidos
14. Comunicar la necesidad de ayuda						
15. Comunicar sentimientos desagradables						
16. Ignorar las críticas sobre usted						
17. Corregir los malentendidos						
Gracias por su colaboración						

