



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**Impacto de un programa de formación en comunicación en la
satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos**

Manuel Cuenca Saura

Mayo, 2021

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**Impacto de un programa de formación en comunicación en la
satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos**

Trabajo Fin De Máster

Manuel Cuenca Saura

Autor

Sara Franco Correia

Tutora



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Sara Franco Correia, Doctora por la Universidad de Oviedo, Profesora de Universidad del Departamento de Medicina, Área de Enfermería de la Universidad de Oviedo y Profesora del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Manuel Cuenca Saura, titulado “Impacto de un programa de formación en comunicación en la satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos”, realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a de 23 de mayo de 2021.

Fdo. Sara Franco Correia

Tutora del Proyecto

RESUMEN

Introducción: La comunicación es el intercambio de ideas e información a través de la escritura, el habla, los movimientos del cuerpo y los símbolos. La comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar principal la práctica profesional del personal de enfermería, ya que es el eje articulador de los cuidados, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad. La comunicación está influenciada por los conocimientos de las propias enfermeras, la inteligencia emocional (IE), que permite regular adecuadamente las emociones y las de los demás, y la empatía de los profesionales, definida como la capacidad de leer las emociones de los demás y ponerse en la situación de la otra persona. Estas 3 variables son capacidades necesarias para un buen trato con el paciente, y para mejorar la calidad asistencial por parte del personal de enfermería. Y es que la capacidad de comunicarse de manera efectiva tiene efectos positivos en el tratamiento de los pacientes, como aumentar la adherencia o la eficacia de un tratamiento por parte de los pacientes, así como en los familiares, disminuyendo la sensación de angustia y aislamiento de estos.

Objetivo: Determinar el efecto de un programa de formación en comunicación en enfermeras en la satisfacción de los familiares de pacientes críticos con los cuidados de enfermería.

Metodología: Se plantea un estudio cuasiexperimental de intervención, en el que a un grupo de enfermeros del Hospital Universitario Central de Asturias realizará una formación educativa sobre comunicación, habiendo completado previamente un cuestionario sobre la empatía e inteligencia emocional, y rellenándolo nuevamente un mes después de realizar la formación. También formarán parte del estudio, los familiares, los cuáles completarán un cuestionario sobre su satisfacción con el trato recibido por parte del personal de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Communication is the exchange of ideas and information through writing, speech, body movements and symbols. The communication between the nurse and the patient occupies a main place in the professional practice of nursing personnel, since it is the articulating axis of care, aimed at offering quality nursing care. Communication is influenced by the knowledge of the nurses themselves, emotional intelligence (EI), which allows to properly regulate their own emotions and others, and the empathy of professionals, defined as the ability to read the emotions of others and put yourself in the other person's place. These 3 are necessary skills for maintaining a good relation with the patient, and also to improve the quality of care by the nursing staff. In addition, the ability to communicate effectively has positive effects on the treatment received, such as increasing adherence or the effectiveness of a treatment, as well as in family members, reducing their feeling of anguish and isolation.

Objective: Determine the effect of a communication training program in nurses based on the satisfaction with the nursing care received from the perspective of the family of critical patients.

Methodology: A quasi-experimental intervention study is proposed, in which a group of nurses from the Central University Hospital of Asturias will carry out educational training on communication, having previously completed a questionnaire on empathy and emotional intelligence, and filling it out again one month after the training is completed. Family members will also be part of the study, who will complete a questionnaire about their level of satisfaction with the treatment received by the nursing staff.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	9
2.	ESTADO ACTUAL DEL TEMA	12
2.1.	Comunicación en enfermería	12
2.2.	Empatía	12
2.3.	Inteligencia emocional	13
2.4.	El paciente en UCI y la familia	14
2.5.	Calidad asistencial y satisfacción del familiar	15
3.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	18
4.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	19
4.1.	Pregunta de investigación	19
4.2.	Hipótesis.....	19
4.3.	Objetivos	19
5.	MATERIAL Y METODOS	21
5.1.	Tipo de estudio.....	21
5.2.	Tiempo y lugar del estudio.....	21
5.3.	Población y muestra.....	21
5.4.	Variables e instrumentos	23
5.5.	Instrumentos	24
5.6.	Procedimiento	26
5.7.	Análisis de datos.....	30
5.8.	Aspectos éticos.....	31
5.9.	Sesgos y limitaciones.....	31
6.	CRONOGRAMA.....	33
7.	REFERENCIAS.....	34
8.	ANEXOS	38
	ANEXO 1. Hoja de datos sociodemográficos - Familiares	38
	ANEXO 2. Guía de satisfacción del familiar del paciente de cuidados intensivos respecto a la comunicación	39
	ANEXO 3. Hoja de datos sociodemográficos - Enfermeras	41
	ANEXO 4. Trait Meta-Mood Scale	42
	ANEXO 5. Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student	43
	ANEXO 6. Hoja de recogida de datos del paciente	44

ANEXO 7. Consentimiento informado - Familiar.....	45
ANEXO 8. Consentimiento informado - Enfermeras.....	46

1. INTRODUCCIÓN

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de hospitalización de pacientes en estado crítico, que proporciona medicina intensiva, monitorización continua, asistencia médica y de enfermería permanente y equipos altamente especializados. Los pacientes en estado crítico ingresan a una UCI siempre que su estado sea reversible y se pueda beneficiar de dichas instalaciones. (1)

La sofisticación de los aparatos utilizados en UCI es frecuente, y puede hacer que el paciente quede temporalmente en una situación de dependencia, perdiendo el contacto con la familia y seres queridos pudiendo estos experimentar sentimientos de aflicción, miedo, y ansiedad por la situación y el aislamiento al que es confinado el paciente, por lo que el cuidado tiene que ir dirigido también a los familiares, con relación a la información, proximidad, confort y seguridad. (2)

La comunicación es parte de la historia del hombre en la sociedad y es fruto de la interacción social. Es el intercambio de ideas, pensamientos o información a través de la escritura, el habla, los movimientos del cuerpo y los símbolos e incluye todas las actividades conscientes o inconscientes que las personas realizan para afectar a otras personas. En enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal, siendo una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado de enfermería. (3,4)

La salud es un derecho fundamental del ser humano, es por lo que no sólo es importante el problema de salud demandado por el paciente, sino que además es de gran importancia el cuidado integral que incluye la interrelación paciente y personal de enfermería que proporcione bienestar y satisfacción de las necesidades en salud. En un contexto sanitario, la comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar principal la práctica profesional del personal de enfermería, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad. Además, actualmente tanto los pacientes como la familia son más demandantes de información ya que el nivel de cultura es mayor, y son conoedores de sus derechos y si no, es deber del personal de enfermería informarles sobre los mismos. Según el código deontológico de enfermería en su capítulo 2: artículos 10 y 11: “Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.” Y, “De conformidad con lo indicado en el artículo anterior, 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.” Por lo tanto, debemos dar información sobre las actuaciones de las que somos responsables, sobre lo que conocemos, de las que tenemos la habilidad y la destreza para su desarrollo, es decir, en las que somos competentes. (5,6)

Por ello, es necesario tanto la comunicación verbal como la no verbal, ya que se tratan de competencias o habilidades que posibilitan el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado

de enfermería. De esta manera un cuidado que sea de calidad para el paciente pasa generalmente por la capacidad que tiene el personal de enfermería de entender al paciente y la actitud que ponen estos a comunicarse. Una comunicación efectiva por parte del personal de enfermería puede derivar en una mayor calidad en el cuidado y una mejora significativa de los resultados del paciente, puede significar una mayor adherencia al tratamiento en atención primaria, puede minimizar la ansiedad asociada a enfermedades, puede promover el autocuidado y la participación del paciente en su tratamiento, e incluso evitar denuncias por mala praxis. (4, 5, 7, 8)

La comunicación es un proceso dinámico, multidimensional y complejo por lo tanto su medición es complicada y es necesario utilizar distintas perspectivas. De esta manera, la comunicación está influenciada por los conocimientos y actitudes de las propias enfermeras, la inteligencia emocional (IE), que permite regular adecuadamente las emociones y las de los demás, y la empatía de los profesionales, que se define como la capacidad de leer las emociones de los demás, ponerse en la situación de la otra persona, y comprender los pensamientos y sentimientos de los demás. (8,9)

2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. Comunicación en enfermería

La comunicación se puede considerar piedra angular del cuidado de enfermería, ya que las enfermeras contemplan los aspectos tanto psicológicos, biológicos como sociales del individuo, siempre presente en el comportamiento del ser humano. Por ello se basa en una concepción integral del individuo y contempla el aspecto biopsicosocial, que influye en la aparición de la enfermedad, para ello, la comunicación que se realiza con el paciente, es fundamental. El cuidado recibido por el paciente, independientemente de su recuperación, se puede contemplar como un proceso de comunicación, por tanto, la comunicación en el ámbito hospitalario se considera un eje central de todos los modelos de cuidados de enfermería por tanto podemos considerar que los cuidados enfermeros de calidad pasan por realizar una correcta comunicación interpersonal. (10)

Durante la revisión bibliográfica realizada, podemos encontrar diversas temáticas en torno a la investigación científica en la comunicación en el ámbito enfermero, y en la inexistencia de estudios que nos ofrezcan una medición de las actitudes de las enfermeras en cuanto a la comunicación con pacientes y/o familiares, y de instrumentos de medida. La mayoría de los estudios, además, están realizados sobre tamaños muestrales reducidos, y se ve la importancia de realizar un estudio que pueda aportar un mejor análisis sobre las habilidades comunicativas de las enfermeras en cuanto al paciente y los familiares. (9, 10)

2.2. Empatía

La empatía es un elemento fundamental a la hora de atender al paciente presente en todas las relaciones de ayuda por lo que es un concepto estudiado durante años por psicólogos, sociólogos, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud. Las enfermeras se han centrado en la empatía como un componente importante de la relación de ayuda y es la esencia

de la atención en la profesión enfermera. Dada su importancia las enfermeras deben ser capaces de reducir los sentimientos de inseguridad de los usuarios mediante la apertura y el compromiso incondicional y de esta manera animar al paciente al autocuidado para poder obtener los beneficios que justifican su importancia en el ámbito enfermero. (11)

Durante la revisión bibliográfica, cabe destacar que la mayor parte de los estudios sobre empatía se centran en los alumnos de enfermería (12) La mayor parte de los estudios revisados refieren niveles de empatía medios y ligeramente por debajo de la media por parte de los sujetos a estudio. (13, 14) Sin embargo, otros estudios evidencian altos niveles de empatía. Cabe destacar que los niveles de empatía varían mucho de unas enfermeras a otra probablemente como consecuencia de no contar con una herramienta suficientemente fiable para la recogida de datos sobre la empatía. Debido a la importancia de esta variable en la comunicación con el paciente y los familiares, parece necesario investigar más sobre ello.

2.3. Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es un elemento básico que nos permite mantener relaciones interpersonales de calidad, y por lo tanto permite desarrollar una adecuada relación terapéutica. La inteligencia emocional está relacionada con la, en cuanto a habilidad para percibir y entender las emociones propias y las de los demás, por lo que personas con mayor nivel de inteligencia emocional deberían tener más capacidad para experimentar empatía. La IE es útil y aplicable en diferentes contextos como: la educación, la psiquiatría, la psicología, el ámbito empresarial y también en la enfermería (15). En las enfermeras es fundamental la sensibilidad al estado de ánimo y las emociones de los pacientes, es necesario para comprender el significado de las necesidades del paciente y no deben considerarse aisladamente de las actuaciones y pensamientos.

En la búsqueda bibliográfica realizada para la inteligencia emocional se puede concluir que las enfermeras se sitúan en rangos medios sobre esta variable, por lo que se considera que las enfermeras presentan niveles de inteligencia emocional adecuados. También hay que tener en cuenta que hay especialidades de la enfermería que cuentan con un número más elevado de estudios, como son la oncología médica y el área de salud mental, que seguramente esté relacionado con la implicación y la intensidad emocional a las que se enfrenta el personal de enfermería en estas áreas con relación a los pacientes con los que tratan.

2.4. El paciente en UCI y la familia

El personal médico y enfermero está continuamente en contacto tanto con el paciente y los familiares de estos, y estos últimos van a buscar apoyo y la comprensión para poder enfrentar la angustia y sentimientos derivados del ingreso del paciente. El paciente en estado crítico presenta alteraciones de sus funciones vitales, en la que su vida puede correr peligro. Por ello la UCI es el lugar donde los familiares sufren más y por tanto requieren más atención del profesional en relación con su familiar ingresado. Las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos requerirán cuidar tanto al paciente ingresado cómo a su familiar cómo algo holístico y esto a su vez permite darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan. (16)

La relación enfermera y familiares ha tenido cierta controversia, cómo puede verse reflejado en un estudio de Zaforteza et al. (17) En el que tras analizar la relación entre los profesionales y los familiares de los pacientes ingresados se concluye que es muy frecuente que se considere a los familiares, como un elemento externo a la unidad y al proceso de cuidar al paciente en estado crítico.

Por otro lado, muchas veces las enfermeras se muestran reticentes a dar información acerca de los cuidados proporcionados a los pacientes ya que se cree que la información que se proporciona solo engloba aspectos éticos, por lo que se deja que sea el médico el que asume la tarea de dar información a los familiares. (18)

2.5. Calidad asistencial y satisfacción del familiar

Durante la búsqueda bibliográfica realizada, son diversos los estudios donde se demuestra que el nivel de satisfacción de los familiares sobre las habilidades de comunicación del personal de enfermería podía ser muy variable.

En una tesis realizada en Perú para la obtención del título especialista se evidenciaba que el 49% de los familiares tienen una percepción regular de la comunicación del personal de enfermería, el 27% tenían una buena percepción y el 24% una mala percepción. En cuanto a la ansiedad mostrada por los familiares se encontró que el 47% de los familiares presentaba ansiedad moderada, el 33% normal o leve; el 18% severa y el 2%, ansiedad de grado máximo. (21)

Los resultados obtenidos en el anterior estudio son muy parecidos al encontrado por J. Blas, quien en su estudio: “Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010”, realizado en Lima, se obtuvo que, acerca del nivel de satisfacción del familiar del paciente crítico de la comunicación que brinda la enfermera, el 60% de los encuestados está medianamente satisfechos; el 26.7% están plenamente satisfechos y el 13.3% estaban poco satisfechos (22)

Actualmente los sistemas de salud de todo el mundo se están enfrentando a una situación de pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y que está cambiando por

completo la prestación de atención médica al paciente. Tras el comienzo de la pandemia se evidenció en diversas publicaciones que la infección por el virus es altamente contagiosa de persona a persona, a través del contacto con las secreciones respiratorias, por lo que aislar a los pacientes es algo prioritario (23). Los hospitales requirieron realizar importantes cambios a nivel organizativo y estructural para de esta manera permitir el aislamiento de las personas hospitalizadas y la protección de sus profesionales. (24) Uno de los cambios críticos se refiere a las políticas de visitas de los familiares a los pacientes. Para poder reducir la transmisión de infecciones, la mayoría de los hospitales han disminuido las visitas en persona de la familia, prohibiendo todas las visitas, excepto las "situaciones de atención compasiva". Estas restricciones pueden hacer que aumente la sensación de angustia y aislamiento para las familias y los pacientes, y puede verse afectada la calidad asistencial, definida como «aquella atención que produce la mayor mejoría prevista en el estado salud, entendiendo la salud, en términos generales, en sus dimensiones física, fisiológica y psicológica» (25) y puede tener consecuencias importantes como reacciones de duelo complicadas para las familias de los pacientes. (26)

En un estudio realizado por Ersek, et al, se afirma que algunos miembros de las familias a las que iba dirigido el estudio, expresaron que se sintieron frustradas cuando el personal de enfermería no estaba disponible para poder facilitar llamadas telefónicas o videollamadas con aquellos pacientes que estaban demasiado débiles o confundidos para administrar la tecnología de forma independiente. (24)

Durante la revisión bibliográfica realizada, son diversos los estudios que obtienen como resultado lo importante que es una adecuada formación académica en cuanto a la comunicación y la importancia de plantear y evaluar programas de formación que permitan a los profesionales

del servicio de enfermería obtener herramientas relacionadas con las actitudes hacia la comunicación, la IE y la empatía, lo que a su vez se traducirá en una mejora del servicio prestado a los pacientes, así como en la efectividad de sus servicios, y por tanto una mejora de la calidad asistencial. (3, 25) Un ejemplo de ellos es el realizado en el Hospital La Paz de Madrid con alumnos que rotaban por el servicio de hematología, cuyos resultados más importantes fueron que el 97% de los alumnos que participaban, pidieron que este tipo de formación formara parte cómo asignatura troncal en su formación. (26)

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según la literatura revisada, la comunicación, la empatía y la IE son capacidades necesarias para un buen trato con el paciente, y para mejorar la calidad asistencial por parte del personal de enfermería. Estas tres variables se pueden enseñar, y quizás la formación sea un aspecto relevante a la hora de promover la comunicación ideal con el paciente, la empatía o la IE. Y es que la capacidad de comunicarse de manera efectiva tiene efectos positivos en el tratamiento de los pacientes, como aumentar la adherencia o la eficacia de un tratamiento por parte de los pacientes, rebajar la ansiedad de los enfermos de cara al tratamiento, disminuir denuncias por mala praxis, o promover el autocuidado.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1. Pregunta de investigación

¿Mejora la satisfacción de los familiares la aplicación de un programa de formación sobre la comunicación en el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?

4.2. Hipótesis

Hipótesis nula (H_0):

- La satisfacción de los familiares de pacientes críticos con los cuidados de enfermería no se ve afectada por las competencias comunicacionales de las enfermeras.

Hipótesis alternativa (H_1):

- La satisfacción de los familiares de pacientes críticos con los cuidados de enfermería mejora con la aplicación de un programa de formación en comunicación en enfermeras.

4.3. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar el efecto de un programa de formación en comunicación en enfermeras en la satisfacción de los familiares de pacientes críticos con los cuidados de enfermería.

Objetivos específicos:

- Describir la muestra de familiares y enfermeros a nivel sociodemográfico.
- Determinar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes en UCI con los cuidados de enfermería, antes del inicio del estudio
- Determinar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes en UCI tras la realización de la formación en comunicación por parte de las enfermeras.
- Comparar el grado de satisfacción de familiares antes y después del programa formativo en comunicación.
- Determinar la asociación entre variables sociodemográficas y laborales de los enfermeros con el nivel de competencias comunicacionales.

5. MATERIAL Y METODOS

5.1. Tipo de estudio

Es un estudio cuasiexperimental de intervención.

5.2. Tiempo y lugar del estudio

El estudio se realizará en las Ucis, del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), desde junio de 2021 hasta febrero de 2022.

5.3. Población y muestra

Población

La población a estudio abarcará todas las enfermeras de UCI el área IV de salud de Asturias de la UCI, y los familiares de pacientes ingresados en la UCI durante el período de recogida de datos.

Muestra

Se trata de un muestreo no probabilístico, de conveniencia a base de voluntarios. La muestra estará formada por los sujetos que cumplan los siguientes criterios:

Familiares:

Criterios de inclusión:

- Ser familiar/persona de referencia de paciente ingresado en UCI adulto del HUCA en la fase I del estudio.
- Ser familiar/persona de referencia de paciente ingresado en UCI adulto del HUCA en la fase II del estudio

- Que sean mayores de 18 años.
- Que acepte participar y firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Familiares menores de 18 años.
- Familiares que no firmen el consentimiento informado.
- Qué no contesten al menos el 80% del cuestionario.
- Familiares de pacientes de UCI pediátrica del HUCA.

Enfermeras:

Criterios de inclusión:

- Enfermeras fijas que trabajen en las UCI's del HUCA
- Que acepten participar y firmen el consentimiento informado.
- Qué realicen el programa de formación en comunicación.
- Que completen los cuestionarios en 80%.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros que no firmen el consentimiento informado
- Enfermeros que estén en periodo de formación
- Enfermeros eventuales en la unidad.
- Enfermeros de UCI pediátrica.
- Enfermeros que tras la realización de la formación en comunicación dejen la Unidad.

5.4. Variables e instrumentos

Variables de familiares:

- *Variables sociodemográficas*
 - Edad: Años del familiar. Variable cuantitativa. En años
 - Sexo: Variable cualitativa dicotómica. Expresada según el sexo fenotípico.
Hombre, mujer,
 - Estado civil: Variable cualitativa nominal. Soltero, casado, separado, divorciado y viudo.
 - Parentesco familiar: Variable cualitativa nominal. Padre, madre, hijo, hija, esposo, esposa, otros.
- Satisfacción con los cuidados de enfermería

Variables de las Enfermeras

- *Variables sociodemográficas y laborales*
 - Edad: Años que tiene la enfermera en el momento del estudio. Variable cuantitativa. En años.
 - Sexo: Variable cualitativa dicotómica. Expresada según el sexo fenotípico.
Hombre, mujer.
 - Unidad: UCI 3, UCI 4, UCI 5, UCI 6, UCI7
 - Años de experiencia laboral: Variable cuantitativa continua. En años.
 - Tipo de contrato laboral: Variable cualitativa dicotómica. Indefinido, eventual.

- Antigüedad en el servicio: Variable cuantitativa continua. En años.

- Empatía

- Inteligencia emocional

Además de estas variables se recogerán variables de la historia clínica de cada paciente que puedan afectar este proceso. Destacamos:

- Edad: Años que tiene el paciente al ingreso. Variable cuantitativa. En años
- Sexo: Variable cualitativa dicotómica. Expresada según el sexo fenotípico.
- Estado civil: Variable cualitativa nominal: soltero, casado, separado, divorciado y viudo.
- Estado cognitivo: Variable cualitativa dicotómica: Consciente e inconsciente.

5.5. Instrumentos

Para este estudio se utilizarán distintos instrumentos para Familiares y Enfermeros que se presentan a continuación.

Familiares

- Hoja de datos sociodemográficos

Se utilizará una hoja de elaboración propia para este estudio donde se recogen las variables sociodemográficas definidas previamente (Anexo 1).

- Satisfacción con los cuidados de enfermería - Guía de satisfacción del familiar del paciente de cuidados intensivos respecto a la comunicación

El instrumento que se utilizará para medir la satisfacción de los familiares es el establecido por Franco Canales (2003). Se trata de un cuestionario de tipo Likert que consta de 28 ítems y cuenta con un puntaje mínimo de 28 puntos y máximo de 140 puntos con cinco alternativas de respuesta. Puntuaciones más elevadas en este instrumento significan valores más favorables de satisfacción del paciente en cuanto a la labor enfermera. El estudio de consistencia revela un alfa de Cronbach de 0.80. (Anexo 2). (27) El tiempo calculado para cumplimentar es cuestionario ronda los 5-7 minutos.

Enfermeras

- Hoja de recogida de datos sociodemográficos y laborales

Las variables sociodemográficas y laborales de los enfermeros se recogerán en una hoja de datos (Anexo 3) que se adjuntará a los demás cuestionarios.

- ***Empatía - Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student***

Para evaluar la empatía de las enfermeras se empleará el Cuestionario de Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student (JSE). Se utilizará la versión española de esta escala (28) (Anexo 4). Este instrumento está constituido por 20 ítems agrupados en tres factores: toma de perspectiva, atención compasiva y pensar como el paciente para evaluar la empatía. Puntuaciones más elevadas en las subescalas indican menor capacidad empática, debido al sentido negativo de los ítems en las

subescalas. (6). Con respecto a la confiabilidad, esta escala ha sido usada en diferentes contextos y grupos de sujetos demostrado una buena fiabilidad y consistencia interna: Alfa de Cronbach's a entre 0,78 y 0,89. (29)

- Inteligencia emocional - Trait Meta-Mood Scale

Para evaluar la inteligencia emocional (IE) se recogerá a la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS24). Es una escala de 24 ítems agrupados en tres dimensiones. Se empleará la versión española adaptación de Fernández-Berrocal y adaptada al contexto enfermero (30) (Anexo 5). Permite evaluar la IE a partir del modelo propuesto por Meyer y Salovey, el cual defendía que la inteligencia emocional consiste en la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones. Está formada por tres factores: claridad emocional, atención y reparación emocionales. Puntuaciones más elevadas indicarían mayor capacidad de inteligencia emocional. Con respecto a la confiabilidad, la versión española de esta escala tiene un alfa de Cronbach de 0,85 (8, 9)

Los datos que se recogerán de la historia clínica de cada paciente se recogerán utilizando una hoja de recogida de datos de elaboración propia (Anexo 6)

5.6. Procedimiento

En primer lugar, se realizarán los trámites pertinentes para la obtención de la aprobación por el Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias.

Tras obtener la autorización del Comité de Ética, contactaremos con Dirección de Enfermería y con la supervisión de la Unidad de Cuidados intensivos a los que también se presentará el estudio. Una vez obtenidos los permisos adecuados se dará comienzo al estudio.

Pasos para la realización del estudio:

Fase I

En esta fase se realizarán los siguientes procesos respecto a:

- Familiares:
 - A cada familiar/persona de referencia de cada uno de los pacientes ingresados en las UCI del HUCA, en ese momento, el investigador explicará el estudio y los objetivos.
 - Se les presentarán dos hojas de consentimiento informado – una para el participante y otra para el investigador (anexos 7) - y el cuestionario de Satisfacción con los cuidados de enfermería presentado anteriormente. Habrá la opción de envío de la documentación por email.
 - Se solicitará el reenvío a un correo electrónico o en alternativa se facultará un sobre prepagado para ese fin.

- Enfermeras
 - Tras la autorización de las supervisoras se llevará a cabo la primera parte del programa, que será el reclutamiento del personal de enfermería que quiera participar en el estudio.

- Se dejarán en las UCIS unas listas para que todo el personal de enfermería que esté interesado en participar anote su nombre y correo electrónico y se les mandará una hoja con información al participante y el consentimiento informado (Anexo 8). Transcurridas dos semanas se volverá a dichas plantas a recoger las listas y se pedirá a los participantes que confirmen su asistencia dos semanas antes de la fecha de comienzo de la formación. Una vez confirmado el número de participantes, se dividirán en grupos más pequeños, y se establecerá un calendario para la realización de 3 sesiones por grupo. El calendario de los cursos se les comunicará a los asistentes con antelación para que, si a algún asistente le fuera imposible asistir en su grupo, intentar hacer cambios dentro de estos para que asistiera el mayor número posible de personas.
- A los que acepten participar se les entregarán dos formularios de consentimiento informado, la hoja de datos sociodemográficos y los dos cuestionarios: TMMS24 y JSE (por correo electrónico)
- A cada participante en esta fase será atribuido un código que corresponderá al mismo código en la última fase del estudio.

Fase II

En la segunda fase de este estudio se realizarán los siguientes procesos respecto a las:

- Enfermeras

Esta segunda fase corresponde a la fase en que se hace la intervención – formación estructurada en comunicación dirigida a enfermeras de UCI.

- Los enfermeros asistirán a las sesiones programadas (3) en el grupo y horario que les será asignado.

- Estructura de la formación en comunicación

- ❖ **Sesiones teóricas (2)** - Cada sesión durará cuatro horas, se realizará una cada semana e incidirán sobre:

- Estilos de respuesta: asertiva, no asertiva y agresiva.
 - Componentes conductuales (verbales y no verbales) cognitivos y fisiológicos de las habilidades de comunicación.
 - Inteligencia emocional.
 - Empatía.

- ❖ **Sesión práctica (1)** - La sesión durará cuatro horas, y se realizará en ultimo. Los participantes serán incentivados a actuar en situaciones simuladas recurriendo especialmente a *roleplaying*.

Fase III

La fase III del estudio se iniciará un mes después de terminadas las sesiones de formación programadas, y se realizarán los siguientes procesos respecto a:

- Familiares
 - Se repetirá exactamente los pasos que se han realizado en familiares en la fase 1, pero aplicados a los familiares/persona de referencia de pacientes que estén

en el momento de esta fase II ingresados en UCI (no corresponde a los familiares de la fase 1).

- Enfermeras
 - En esta fase, cada enfermera a quien se atribuyó un código en la fase I, recibirá, 1 mes después, los cuestionarios de la primera fase para que los repitan: TMMS24 y JSE.

5.7. Análisis de datos

Se realizará un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresarán como media \pm desviación típica, mediana y rango. Las variables cualitativas las expresaremos como frecuencia (n) y porcentaje (%) con la estimación del intervalo de confianza del 95%.

La asociación entre variables cualitativas se estimará por medio del test estadístico Chicuadrado. Se estudiará la correlación entre las variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Además, se realizará un análisis de datos pareados para comprobar las mediciones anteriores a la intervención con las mediciones posteriores. Se utilizará el test de Wilcoxon para datos relacionados para comparar las medidas entre datos dependientes. Se utilizará el índice de Kappa para estimar el grado de acuerdo entre las valoraciones pre y post intervención.

5.8. Aspectos éticos

Para poder realizar este trabajo también precisamos que se firme un consentimiento informado por parte de los familiares, así como del personal sanitario que participa, para el uso de los datos obtenidos mediante su participación en el estudio. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, “se entiende por consentimiento del afectado toda manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que este acepta, ya sea mediante una declaración o una clara acción afirmativa, el tratamiento de datos personales que le conciernen.” (31). Por ello puede que perdamos participantes ante la negativa de estos de participar en la investigación.

Además de lo anteriormente dicho será preciso solicitar la autorización al Comité de Investigación de la Investigación del Principado de Asturias, para poder realizar el estudio.

5.9. Sesgos y limitaciones

Limitaciones:

Una de las limitaciones principales es que al ser un muestreo por conveniencia en los que los enfermeros que participan en el mismo, son voluntarios, se pueden perder muchos participantes, por la negativa de estos a participar en el mismo desde el principio, y también puede ocurrir que alguno de ellos, realicen el primer cuestionario, pero luego no asistan a la sesión formativa ni realicen el cuestionario post intervención, por lo que sería una pérdida de información que podría ser importante para el trabajo.

Otra limitación muy importante es la entrega de cuestionarios que estén incompletos y que por tanto tengan que descartarse para la obtención de los resultados del estudio.

Sesgos:

Los sesgos o errores sistemáticos son aquellos producidos en el diseño del estudio teniendo lugar en la selección de los individuos (sesgo de selección), o en la medición de variables (sesgo de información) y que pueden conducir a una estimación incorrecta.

- Sesgo de selección: Se da cuando el método utilizado para la selección de individuos es inadecuado y puede dar lugar a diferencias sistemáticas entre individuos.
- Sesgo resultante de la negativa a la participación en el estudio, al ser para enfermeros voluntarios.
- Sesgo de información: Ocurren porque hay una precisión diferente en la medición de la exposición o de la evaluación entre los grupos que se comparan (sesgo de medición, sesgo de cuestionario, sesgo de no respuesta...)
- Otro sesgo a tener en cuenta es el Efecto Hawthorne que se trata de que la respuesta está inducida porque los participantes saben que se les está estudiando.

6. CRONOGRAMA

Meses	Nov20	Dec20	Ene21	Feb21	Mar21	Abr21	May21	Jun21	Jul21	Ago21	Sep21	Oct21	Nov21	Dec21	Ene 22	Feb22
Actividades																
Elección tema sobre el que se realiza el trabajo	■	■														
Búsqueda y revisión bibliográfica			■	■	■											
Elaboración proyecto de investigación						■	■									
Presentación del proyecto								■								
Solicitud de permisos al comité de ética y Gerencia del HUCA								■								
Reclutamiento de personal de enfermería								■								
Cuestionario de satisfacción a familiares (pre-intervención)								■								
Cuestionario a las Enfermeras (pre-intervención)									■							
1ª Sesión de formación									■							
2ª Sesión de formación									■							
3ª Sesión de formación (Práctica/Role playing)									■							
Cuestionario a las Enfermeras (post intervención)											■					
Cuestionario de satisfacción a familiares (post intervención)											■	■				
Recogida de información y análisis de resultados									■	■	■	■	■	■		
Difusión y publicación de los resultados															■	■

7. REFERENCIAS

- (1) Herrera A, García A. Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos. En: Laureano Quintero. Manejo integral del Paciente Crítico. Salamandra editorial; 2014. p. 29-47
- (2) García Navarro S, Fernández Vázquez M, Cumbreira Díaz EM, Morano Torrescusa MJ, Alfonso Pérez D, Contreras Pereira I. Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Lascasas.2007;3(2).
- (3) Ghiyasvandian S, Zakerimoghadam M, Peyravi H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. Glob J Health Sci. 2014;7(2):294-3.
- (4) Rocha Oliveira T, Faria Simões S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm. glob. 2013;12(30):76-90.
- (5) Prado-Gascó VJ, Giménez-Espert MC, Valero-Moreno S. Impacto de la formación educativa de los enfermeros sobre la comunicación, la inteligencia emocional y la empatía. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03465.
- (6) Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización de Enfermería. Consejo General de Diplomados de Enfermería (España).
- (7) Müggenburg Rodríguez Vigil MC, Riveros-Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. Enferm univ. 2012; 9(1):36-44.

- (8) Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ. The moderator effect of sex on attitude toward communication, emotional intelligence, and empathy in the nursing field. *Rev Lat Am Enfermagem*.2017;25:e2969.
- (9) Giménez-Espert MC, Castellano-Rioja E, Prado-Gascó VJ. Empatía, inteligencia emocional y comunicación en enfermería: efecto moderador de los factores organizacionales. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3333.
- (10) Giménez-Espert MC, Alguacil M, Escamilla-Fajardo P. La importancia de la comunicación en enfermería. *RIPS*. 2018;6(2):24-33.
- (11) Campbell-Yeo M, Latimer M, Johnston C. The empathetic response in nurses who treat pain: concept analysis. *J Adv Nurs*.2008;61(6):711-9.
- (12) Sheehan CA, Perrin KO, Potter ML, Kazanowski MK, Bennett LA. Engendering empathy in baccalaureate nursing students. *Int J Caring Sci*. 2013;6(3):456-64.
- (13) Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M. Reliability and validity of the Jefferson scale of empathy in undergraduate nursing students. *J Nurs Meas*.2009;17(1):73-88.
- (14) Trevizan MA, Guimarães dos Santos Almeida R, Castelhana Souza M, Mazzo A, Costa Mendes IA, Amado Martins JC. Empathy in brazilian nursing professionals: A descriptive study. *Nurs Ethics*. 2015;22(3):367-76.
- (15) D Mayer J, Salovey P, R Caruso D. Emotional intelligence: New ability or eclectic traits?. *Am Psychol*.2008;63(6):503-17.
- (16) Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm Glob*.2011;10(24).
- (17) Zaforteza C. Familiares del paciente crítico: sobre las dificultades de la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Presencia*.20051(2).

- (18) Alfonso DP, Fernández M, García S, Contreras I, Cumbreiras EM, Martín B. Información enfermera: satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. Biblioteca Las Casas. 2007; 3(1).
- (19) Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ. The development and psychometric validation of an instrument to evaluate nurses' attitudes towards communication with the patient (ACO). Nurse Educ Today. 2018; 64:27-32.
- (20) Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ. Emotional intelligence in nurses: The Trait Meta-Mood Scale. Acta Paul Enferm. 2017; 30(2): 204-9.
- (21) García Correa C. La comunicación del personal de enfermería percibida por el familiar del paciente crítico y su nivel de ansiedad. [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
- (22) Blas Bergara FJ. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
- (23) Strang P, Bergstrom J, Martinsson L, Lundstrom S. Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. J Pain Symptom Manage. 2020; 60(4):e2 –e13.
- (24) Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, JG, Feder, SL, Shreve, ST, Nelson, FX, Kinder, D., Thorpe, JM, Kutney-Lee, A. End-Of-Life Care in the Time of COVID-19: Communication Matters More Than Ever. J Pain Symptom Manage. 2021; S0885-3924 (20):30975-1.

- (25) Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Educ Pract.* 2010; 10(6):374-8.
- (26) Habilidades emocionales y de comunicación en los cuidados paliativos [entrevista]. *Infocop. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.* 2008; (39):15-20.
- (27) Franco Canales R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la unidad de cuidados intensivos. *Cybertesis.* 2004.
- (28) Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud ment.* 2005; 28(5):57-63.
- (29) Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Roig H, Vivanco L. Cross-Validation of the Spanish HP-Version of the Jefferson Scale of Empathy Confirmed with Some Cross-Cultural Differences. *Front Psychol.* 2016 Jul 12;7(1002):1–9.
- (30) Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004;94(3)
- (31) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (Boletín Oficial del Estado núm. 294 de 06 de diciembre de 2018)

8. ANEXOS

ANEXO 1. Hoja de datos sociodemográficos - Familiares

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Género

- Femenino
- Masculino

Grupo de edad

- 18 – 29 años
- 30 – 39 años
- 40 – 49 años
- 50 o más años

Estado civil

- Soltero
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo.

Parentesco familiar

- Padre
- Madre
- Hijo
- Hija
- Esposo
- Esposa
- Otros, especificar:

ANEXO 2. Guía de satisfacción del familiar del paciente de cuidados intensivos respecto a la comunicación

GUÍA DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN (DE: ROSA ESTHER FRANCO CANALES)

La presente escala tiene por objetivo recolectar la información acerca de la opinión que tienen los familiares del paciente, respecto a cómo la enfermera se comunica con usted

DATOS ESPECÍFICOS

Marque con una (X) lo que Usted considere como respuesta a la pregunta.

ÍTEMS		Satisfacción del Familiar del Paciente				
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisión	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
COMUNICACIÓN VERBAL						
1	Las enfermeras no conversan con el familiar	1	2	3	4	5
2	Las enfermeras orientan a los familiares durante su visita	5	4	3	2	1
3	Las enfermeras explican a los familiares sobre los procedimientos generales que se le realizará a su paciente	5	4	3	2	1
4	La enfermera utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del familiar.	5	4	3	2	1
5	Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico	1	2	3	4	5
6	Las enfermeras pasan en frente a los familiares sin saludarlos.	1	2	3	4	5
7	Las enfermeras suelen orientarlo sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia.	5	4	3	2	1
8	Las enfermeras no responden en forma cortés a las preguntas que hace los familiares de los pacientes.	1	2	3	4	5
COMUNICACIÓN NO VERBAL						
1	Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con los familiares.	5	4	3	2	1
2	La enfermera explica los procedimientos con paciencia.	5	4	3	2	1

3	Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre u mismo tema.	1	2	3	4	5
4	La enfermera lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar.	5	4	3	2	1
5	La enfermera lo recibe con una expresión indiferente.	1	2	3	4	5
6	Las enfermeras prestan atención al familiar cuando estos les preguntan algo	5	4	3	2	1
7	Las enfermeras dialogan serenamente con los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1
8	Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes	1	2	3	4	5
9	Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado, la enfermera no se muestra molesta.	5	4	3	2	1
10	Las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan	5	4	3	2	1
APOYO EMOCIONAL						
1	Las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares.	1	2	3	4	5
2	Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar ánimo a los familiares de los pacientes.	5	4	3	2	1
3	Las enfermeras toman la mano del familiar cuando los observan tristes y afligidos	5	4	3	2	1
4	Las enfermeras observan la angustia de los familiares y no se acercan a tranquilizarlos	1	2	3	4	5
5	Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presentan los familiares	1	2	3	4	5
6	Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1
7	Las enfermeras no suelen consolar a los familiares cuando los observa tristes o llorando	1	2	3	4	5
8	Las enfermeras tranquilizan a los familiares con palabras de aliento	5	4	3	2	1
9	Las enfermeras no tienen interés por saber si los familiares están tristes	1	2	3	4	5
10	Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación por aficción, ella muestra interés	5	4	3	2	1

ANEXO 3. Hoja de datos sociodemográficos - Enfermeras

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA ENFERMERAS

Género

- Femenino
- Masculino

Grupo de edad

- 18 – 29 años
- 30 – 39 años
- 40 – 49 años
- 50 o más años

Años de vida laboral

- 1 - 5 años
- 6 – 10 años
- 11 – 19 años
- 20 – 30 años
- Más de 30 años

Antigüedad en el servicio

- 1 - 5 años
- 6 – 10 años
- 11 – 19 años
- 20 – 30 años

Situación laboral

- Plaza en propiedad
- Eventualidad

Unidad en la que trabaja

- UCI 3
- UCI 4
- UCI 5
- UCI 6
- UCI 7

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4. Trait Meta-Mood Scale

Trait Meta-Mood Scale

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta:

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

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

ANEXO 5. Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student

JEFFERSON SCALE OF EMPATHY FOR NURSING STUDENT

INSTRUCCIONES:

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones encerrando en un círculo el número apropiado después de cada afirmación. Utilice la escala de 7 puntos (un mayor número indica un mayor acuerdo):

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.- Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes y de sus familiares es un factor irrelevante en la relación enfermera-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Considero que el lenguaje no verbal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a que el paciente mejore.	1	2	3	4	5	6	7
6.- La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8.- La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9.- Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, los lazos emocionales con mis pacientes no tienen un valor significativo en el tratamiento médico o quirúrgico.	1	2	3	4	5	6	7
12.- Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13.- Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14.- Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad.	1	2	3	4	5	6	7
15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como enfermera(o) puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17.- Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18.- No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19.- No disfruto leer literatura no médica o de arte.	1	2	3	4	5	6	7
20.- Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 6. Hoja de recogida de datos del paciente

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE (para el investigador)

Género

- Femenino
- Masculino

Grupo de edad

- 18 – 29 años
- 30 – 39 años
- 40 – 49 años
- 50 o más años

Estado civil

- Soltero
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo

Estado cognitivo:

- Consciente
- Inconsciente

ANEXO 7. Consentimiento informado - Familiar

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES

Título del estudio: **Impacto de un programa de formación en comunicación en la satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos.**

Objetivo: El objetivo es determinar el efecto de un programa de formación en comunicación en enfermeras en la satisfacción de los familiares de pacientes críticos con los cuidados de enfermería.

¿En qué consiste?

- Con este estudio se pretende establecer estrategias y mecanismos de mejoramiento continuo en cuanto a una adecuada comunicación que se debe brindar a los familiares de los pacientes críticos.
- La participación de los familiares es para cumplimentar un cuestionario relativo a la satisfacción con los cuidados de enfermería.
- El tiempo estimado para cumplimentar el cuestionario ronda los 5-7 minutos.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación habiendo sido informado(a) por MANUEL CUENCA (nombre del investigador) del propósito de esta, y teniendo confianza plena que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, asegurándome la máxima confidencialidad.

- He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

A fecha de: ___/___/___

A fecha de: ___/___/___

Fdo.: El participante

Fdo.: El investigador

ANEXO 8. Consentimiento informado - Enfermeras

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERAS

TÍTULO DEL ESTUDIO: Impacto de un programa de formación en comunicación en la satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar el efecto de un programa de formación en comunicación en enfermeras en la satisfacción de los familiares de pacientes críticos con los cuidados de enfermería.

¿En qué consiste?:

- Se realizarán una serie de cuestionarios anónimos para evaluar su nivel de conocimientos sobre la comunicación antes y después de una intervención educativa.
- La formación educativa estará formada por 3 sesiones de 4 horas cada, en las que se le impartirán de forma teórica y práctica conocimientos sobre habilidades en comunicación.
- El tiempo estimado para cumplimentar los cuestionarios ronda los 15-20 minutos.

Yo, (nombre del participante), he leído la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Manuel Cuenca Saura (nombre del investigador) y hacer todas las preguntas sobre el estudio que consideré necesarias para comprender sus condiciones y considero que he recibido suficiente información sobre el estudio.

- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en caso de verlo oportuno, en el momento que decida, y sin necesidad de dar explicaciones sin que esto repercuta a ningún nivel.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

A fecha de: __/__/__

A fecha de: __/__/__

Fdo.: El participante

Fdo.: El investigador