

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**La importancia de la comunicación en los
cuidados de enfermería**

Autora: Alba Abanades Fernández

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Universidad de La Laguna

Junio 2023

RESUMEN

La comunicación es el proceso mediante el cual las personas se transfieren información entre sí. En enfermería, la comunicación forma parte de la esencia del cuidado ya que mediante esta, las enfermeras son capaces de establecer una relación con los pacientes y/o sus familiares. Este vínculo permite cumplir con los objetivos de la práctica enfermera que se centran en mejorar la salud y el bienestar del individuo. Por ello, es un elemento importante que engloba y define tanto la calidad de los cuidados que se ofrecen al paciente, como la profesionalidad de la enfermera que los lleva a cabo.

Se presenta un proyecto de investigación de metodología mixta, con el objetivo de determinar las actitudes de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de Salud (SCS) hacia el proceso de comunicación con el paciente y/o sus familiares. Está dirigido a las enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y, de la Gerencia de Atención Primaria de la isla de Tenerife. Para la recogida de datos se utilizará el cuestionario ACO, en su versión validada al español, que medirá las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación; un cuestionario autoadministrado con los datos sociodemográficos establecidos; y, una metodología conversacional para la fase cualitativa. Este estudio permitirá visibilizar ante las instituciones sanitarias canarias, la importancia de prestar atención a los procesos de comunicación que se establecen con los usuarios del sistema y, planificar actividades de formación continua entre los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Enfermería, Cuidados, Estilos de comunicación, Pacientes, Familia, Relación.

ABSTRACT

Communication is the process through which people transfer information to each other. In nursing, communication is part of the essence of care, since through it, nurses are able to establish a relationship with patients and/or their families. This bond makes it possible to meet the goals of nursing practice that focus on improving the health and well-being of the individual. For this reason, it is an important element that encompasses and defines both the quality of care offered to the patient and the professionalism of the nurse who offers it.

A mixed methodology research project is presented, with the aim of determining the attitudes of the nursing professionals of the Canary Islands Health Service (SCS) towards the process of communication with the patient and/or their relatives. It is aimed to the nurses from the Canary Islands University Hospital Complex (CHUC) and to the Primary Care Management of the island of Tenerife. For data collection, the ACO questionnaire will be used in its validated version in Spanish, which will measure the attitudes of nurses with regard to communication; a self-administered questionnaire with established sociodemographic data; and, a conversational methodology for the qualitative phase. This study will make visible to the canary health institutions the importance of paying attention to the communication processes that are established with the users of the system, and planning continuous training activities among health professionals.

Key words: Nursing, Care, Communication styles, Patients, Family, Relation.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Introducción	1
1.2 La trascendencia del vínculo entre la enfermera y el paciente.....	2
1.3 El éxito de la comunicación en la práctica enfermera.....	4
1.3.1 Estilos de comunicación profesional	6
1.3.2 Comunicación verbal	8
1.3.3 Comunicación no verbal	11
1.4 Actitudes a tener en cuenta durante la comunicación	15
1.4.1 La empatía	15
1.4.2 El respeto	16
1.4.3 El humor	17
1.4.4 La escucha activa	19
1.5 La comunicación en situaciones especiales	20
1.5.1 Dar malas noticias.....	20
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	23
2.1 Justificación	23
2.2 Objetivos	24
2.2.1 Objetivo general	24
2.2.2 Objetivos específicos	24
2.3 Fase Metodológica de la Investigación	25
2.3.1 Diseño de estudio	25
2.3.2 Población de estudio	25
2.3.3 Cálculo de la muestra	26
2.3.4 Las variables de Investigación	27
2.3.5 Instrumentos para la recogida de información	27
2.3.6 Procedimiento para la recogida de información	29
2.3.7 Análisis estadístico de los datos	31
2.3.8 Consideraciones éticas	31
2.4 Cronograma de trabajo	32
2.5 Utilidad de los resultados	32
2.6 Recursos y presupuesto	33
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
4. ANEXOS	39
Anexo I : Cuestionario ACO	39

Anexo II : Datos sociodemográficos	41
Anexo III : Grupo focal	42
Anexo IV : Carta de presentación	43
Anexo V : Consentimiento informado	44
Anexo VI : Solicitud de autorización	45
Anexo VII : Carta de autorización al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud	46
Anexo VIII : Cronograma	47
Anexo IX : Recursos y presupuestos	48

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

A lo largo de la historia, cuando la salud de una persona se veía afectada, era evidente que necesitaba de la asistencia y cuidados de profesionales de la salud. A día de hoy, este tipo de sucesos sigue presente en nuestro día a día, y contamos con expertos sanitarios que son capaces de brindar información sobre cualquier proceso de salud o enfermedad, y sus respectivos cuidados. Una de estas expertas en los cuidados integrales de la persona es la enfermera ⁽¹⁾.

La humanización de los cuidados es una práctica fundamental de vital importancia que compete sobretodo a los profesionales de enfermería, ya que al fin y al cabo la enfermera es la encargada de reconocer y comprender las necesidades del paciente, además de gestionar y participar en los cuidados que este requiera. Es esta la razón por la que actualmente se reconocen los derechos de dignidad de los individuos a la hora de recibir una atención sanitaria de calidad.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud en la búsqueda para proteger los derechos de los seres humanos ha difundido una política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud bajo el siguiente lema: "Trato humanizado a la persona sana y enferma". Como se puede objetivar a partir de este lema, esta organización le da mucha importancia a la humanización de los cuidados, enfatizando que si se lleva a cabo esta práctica como enfermeras, el cuidado que se brinda a los pacientes mejorará. Es por esto que es necesario que todas las enfermeras valoren e identifiquen el cuidado humanizado, ya que de esta manera se fortalecen todos los organismos sanitarios y se renueva el arte del cuidado, el cual es la base de la enfermería.

La enfermera Jean Watson sostiene en su teoría desde un punto de vista humanístico el cuidado de la persona, teniendo en cuenta en todo momento tanto la condición de la misma como las exigencias del ambiente. Todo esto con el fin de establecer unos cuidados integrales que apoyen y fomenten al máximo el bienestar del individuo ⁽²⁾.

Esta teoría se basa en una relación de confianza y asistencia entre el paciente y la enfermera, que promueve la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma. Por lo que sin lugar a duda, la humanización de los cuidados requiere de un compromiso ético por parte

de los profesionales, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y asimismo perfeccionar la visión en la que los usuarios perciben la atención humanizada ⁽¹⁾.

Así pues, para poder lograr la humanización de los cuidados es elemental desarrollar una relación entre la enfermera y el paciente, y este vínculo se alcanzará mediante la comunicación centrada en el paciente. Dicho de otra manera, se entiende que la comunicación terapéutica es una comunicación específica que se desarrolla entre la persona que va ayudar, en este caso la enfermera hacia la persona que necesita atención, en cuyo caso se trata del paciente. Sin embargo, cabe destacar que este tipo de comunicación es mucho más que eso.

Este tipo de comunicación se fundamenta en que el objetivo primordial del cuidado de la enfermera es el paciente, teniendo en cuenta qué expresa el paciente y la forma en la que lo hace, su experiencia con la enfermedad, cómo la enfermera se dirige al paciente... Indudablemente, el ser humano es un ser biopsicosocial y por consiguiente, la comunicación es la manera más idónea para realizar un cuidado integral de la persona ⁽³⁾.

1.2 La trascendencia del vínculo entre la enfermera y el paciente

La atención de enfermería se basa en adaptarse a los requisitos y a las circunstancias particulares de cada paciente, respetando tanto las preferencias del individuo como de su familia. Las enfermeras tienen como cometido educar a los usuarios del servicio sanitario para que estos tengan a su disposición toda la información necesaria acerca de su atención sanitaria. Asimismo, las enfermeras son las encargadas también de promocionar la salud, ofrecer información sobre cómo prevenir ciertas enfermedades y de procurar una muerte digna.

La figura de la enfermera en el sistema sanitario es esencial, ya que establecen un vínculo tanto con el paciente como con su respectiva familia, lo cual supone un beneficio a la hora de desempeñar tanto los cuidados como las intervenciones pertinentes. Este vínculo se trata de una relación de ayuda en la que se realizan intercambios de ideas, habilidades, valores, técnicas... Cuyo cometido común es mejorar el estado de salud y bienestar del paciente ⁽⁴⁾.

Con los años, la relación entre enfermera-paciente siempre ha sido un punto clave para poder llevar a cabo los cuidados de enfermería. Tanto es así, que a lo largo de la historia se ha ido evidenciando que la creación de este vínculo con el paciente es el punto de partida del cuidado. Ya que teniendo aún si quiera presente la teoría, si no

existiera ningún tipo de interacción con los seres humanos, las enfermeras no podrían llevar a cabo su misión⁽⁵⁾. Del mismo modo, conviene subrayar que día tras día numerosos pacientes hospitalizados expresan su agradecimiento a las profesionales de enfermería por la humanización de su práctica en los cuidados respectivos a los usuarios ⁽⁶⁾.

Sin ninguna duda, la evolución del modelo y de la práctica enfermera se la debemos a Florence Nightingale, considerada la madre de la enfermería moderna. Sus contribuciones a la enfermería se pueden dividir en dos categorías. En primer lugar, en el campo general de la disciplina, donde inició una búsqueda de conocimiento sobre el cuerpo humano, estableció el sistema de formación y educación de la profesión, e inició la investigación en enfermería. Por tanto fue la primera figura en escribir sobre la disciplina. En segundo lugar, de manera privada organizó la enfermería militar y fue la primera tanto en emplear la estadística dentro del campo de la enfermería como en introducir la idea de la higiene dentro de los cuidados de los seres humanos⁽⁷⁾. Del mismo modo, expuso que las enfermeras deben poseer cualidades tanto morales como altruistas a modo de requisito, con la finalidad de estar bien preparadas ante cualquier situación⁽⁸⁾.

Por otra parte, el personal de enfermería brinda atención a los pacientes las 24 horas del día, apoyando sus actividades con vínculos personales y con apoyo técnico, biológico y psicológico. Muchos autores afirman que las relaciones interpersonales entre la enfermera y los pacientes tienen beneficios terapéuticos, e incluso algunos exponen que esto es lo que hace que la actuación sea exitosa. En su trabajo diario, las enfermeras deben poder comunicarse de forma verbal y no verbal. Ya que de esta manera, les permite afrontar sus propias emociones, a la vez que las del paciente y sus seres queridos. Estos sentimientos son cruciales para desarrollar una buena relación enfermera-paciente debido a que de esta forma, se anticipan las percepciones de los pacientes sobre las enfermeras ⁽⁹⁾.

La finalidad de la enfermería se basa en la humanización de los cuidados como referente de calidad. El metaparadigma de las ideas principales de esta disciplina, hace referencia principalmente al ser humano, el cual comprende a los usuarios, grupos comunitarios y familias supeditados a los cuidados de la enfermera ⁽¹⁰⁾.

En el transcurso de la evolución de la enfermería como ciencia, una de las dificultades para la enfermera ha sido lograr asimilar los fundamentos ontológicos de los cuidados y sus componentes teóricos con el fin de dar a la enfermería un sentido consistente y consecuente como ciencia humana. Por tanto, con respecto a la teoría de

Jean Watson, esta es aplicada por el personal de enfermería en el cuidado integral de los pacientes a modo de estrategia en la que la investigación es capaz de apoyarse en la práctica enfermera, aumentando así el rendimiento de la disciplina y el bienestar de los usuarios. Del mismo modo, esta teoría también sostiene la experiencia clínica de las enfermeras permitiendo así una mejor toma de decisiones tanto en las acciones profesionales como en el cuidado de los pacientes ⁽¹¹⁾.

Con respecto al metaparadigma enfermero y según la teoría de Jean Watson, la representación de la enfermería, la salud, las personas, y el entorno es diferente entre sí. La enfermería es definida como “una ciencia humana de personas y experiencias de salud humana-enfermedad mediadas por transacciones profesionales, personales, científicas, estéticas y éticas de cuidado humano.”; la salud se entiende como “unidad y armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma.”; las personas se definen como “seres espirituales en el mundo”; y por último, el entorno se define como “ambiente mental, física, social y espiritual de apoyo, protección y/o correctivo.”

Por otra parte, Pajnikihar et al exponen que la teoría de Jean Watson ofrece grandes beneficios para la enfermería, evidenciados en muchos países en lo que se refiere al desarrollo de las relaciones de cuidado transpersonal y haciendo énfasis en la mente, el cuerpo y el alma del individuo. Esto supone un incentivo en la práctica del cuidado de los pacientes, manifestando de esta manera su objetivo principal de respetar tanto la integridad como la dignidad de los individuos, además de aplicar conceptos teóricos en los cuidados a través de la práctica ⁽¹²⁾.

1.3 El éxito de la comunicación en la práctica enfermera

La comunicación es el proceso por el que los individuos se transfieren información de unos a otros. Asimismo, se trata del intercambio de opiniones, sentimientos o cualquier tipo de información a través de la escritura, el habla u otras señales ⁽¹³⁾.

En enfermería, la comunicación es un pilar fundamental y la clave para establecer una relación con el paciente. Es por esto, que se trata de un elemento importante que engloba y define tanto la calidad de los cuidados ofrecidos al paciente, como la profesionalidad de la enfermera que ofrece dichos cuidados. No obstante, a pesar de que la comunicación en el campo profesional de la enfermería es sustancial, existen estudios que revelan que en algunas ocasiones puede llegar a resultar difícil para algunas enfermeras el hecho de llevar a cabo una comunicación apropiada. Una posible causa que puede explicar este acontecimiento, podría deberse a la falta de formación

comunicativa tanto en la educación formal como en la continuada posterior al grado universitario ⁽¹⁴⁾.

Por consiguiente, es evidente que es necesario para las enfermeras, desarrollar unas habilidades óptimas de relación y comunicación con el paciente, para así garantizar una aplicación adecuada del proceso de enfermería. A lo largo de la enseñanza en enfermería, además de adquirir conocimientos relacionados con la práctica clínica, se aseguran otros conocimientos que se llevan a cabo y se emplean a través de un método científico cuyo propósito es asegurar una praxis enfermera rigurosa ⁽¹⁵⁾.

Este método se conoce como proceso enfermero (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), se trata de un proceso de pensamiento crítico el cual se organiza en cinco pasos. Este es utilizado por las enfermeras con el objetivo de promover las funciones humanas, las respuestas a la salud y enfermedad, y sobretodo con el fin de aplicar la máxima evidencia existente en lo que a la atención al individuo se refiere. Los cinco pasos de este modelo fundamental son ⁽¹⁶⁾:

1) Valorar: La enfermera recoge información sobre el estado del paciente.

2) Diagnosticar: En segundo lugar, la enfermera identifica los problemas del mismo.

3) Planificar: En tercer lugar, la enfermera decide cuáles son los objetivos de los cuidados e identifica además qué intervenciones son las más idóneas.

4) Implementar: En cuarto lugar, la enfermera pone en práctica todas las intervenciones planificadas para el cuidado del paciente.

5) Evaluar: Llegados a este último punto, la enfermera finalmente determina si se han logrado superar los objetivos y resultados del plan de cuidados.

Por lo tanto, el proceso de enfermería se caracteriza sobretodo por ser sistemático porque se realiza de forma secuencial, cíclica, periódica, organizada y controlada. También se trata de un proceso dinámico debido a que las necesidades de atención de los individuos cambian constantemente. Como resultado, es idóneo, ya que debido a que se utiliza durante un periodo de tiempo determinado y junto con un plan de cuidados para abordar las necesidades específicas del paciente, puede modificarse o continuarse según sea necesario, y según la evolución del cuidado en el individuo ⁽¹⁷⁾.

Es inevitable para las enfermeras el hecho de crear un vínculo tanto con el paciente como con su familia, ya que el uso de la comunicación es clave para conceder un cuidado centrado en el paciente. Por lo que es evidente que en la práctica enfermera, el cuidado está muy ligado a la comunicación, y el hecho de saber comunicarse apropiadamente en el campo profesional es fundamental ⁽¹⁸⁾.

1.3.1 Estilos de comunicación profesional

Los estilos de comunicación, son la forma en la que el ser humano se expresa tanto hacia sí mismo como hacia todo aquel que le rodee. Representan el modo general de comunicación que utilizan las personas, la forma en la que se mueven, hablan, se dirigen a alguien, la manera en la que usan las palabras, al igual que la comunicación no verbal, juegan un papel muy importante en lo que se refiere a la percepción que puedan tener los demás sobre uno mismo. Igualmente, definen cómo se comportarán otras personas con uno mismo, ya que mediante una buena iniciativa y buenas acciones, proyectamos al mundo nuestra identidad como profesionales de enfermería ⁽¹⁹⁾.

La probabilidad de error es menor cuando las personas pueden comunicarse de manera efectiva. Es por esto que es muy importante conocer los diferentes estilos de comunicación profesional que existen ⁽¹⁸⁾. Hoy en día existen cuatro tipos de comunicación y relación profesional: de camaradería o complaciente, técnico, paternalista o sacerdotal, y cooperativo o contractual ⁽²⁰⁾. A continuación, se pueden distinguir las características básicas de cada estilo en la *Tabla 1*, en la cuál se destacan los aspectos más esenciales de cada estilo de comunicación profesional.

Tabla 1: Características básicas de los estilos de comunicación/relación profesional.

Técnico	Paternalista	Camaradería	Cooperativo
Centrado en la enfermedad	Valora aspectos biopsicosociales desde la óptica del profesional	No hay distancia terapéutica, es imposible ayudar	Centrado en el paciente
No valora los aspectos psicosociales del paciente	Se crea dependencia en el paciente, se le impide opinar y responsabilizarse		Modelo biopsicosocial
No se deja opinar al enfermo	El profesional impone sus valores al paciente	El profesional no asume responsabilidades y las traspasa al enfermo, que es quien maneja la relación	Estilo negociador y asertivo
Insatisfacción y baja cumplimentación			Se comparten responsabilidades

Fuente: Noriega (2019)

A) Modelo de camaradería o complaciente.

Este tipo de comunicación profesional es muy habitual verlo en profesionales con poca experiencia laboral. Este estilo se caracteriza en que no existe distancia terapéutica. La visión de la enfermera con respecto a su relación con el paciente se basa en llevarse bien con el mismo a toda costa, agradando al usuario en todas sus peticiones y sin llegar nunca a poner ciertos límites. De esta manera, la profesional adopta una actitud pasiva en la que evita conflictos con el usuario y cede ante todo lo que le pide el mismo ⁽²⁰⁾.

Inevitablemente, el paciente ante este tipo de relación con la enfermera, acoge una conducta manipuladora en la que por ejemplo, dado el caso de que este solicite actitudes más profesionales, se justificará hacia la enfermera que adopte este estilo de comunicación alegando de una forma manipuladora su buena relación para así no aceptar su fracaso en la praxis enfermera.

B) Modelo técnico.

Con respecto a este estilo, la enfermera adopta una actitud profesional agresiva hacia el paciente. Esto se debe a que la profesional no acepta críticas, no le da la oportunidad al paciente para que exprese su opinión, y asimismo, la enfermera acoge una postura fría a la hora de relacionarse con sus pacientes.

El resultado de esta modalidad de comunicación hace que el paciente no se sienta bien tratado por la enfermera. Este sentimiento por parte del individuo lleva consigo también el hecho de que no se desarrolle confianza con la profesional, y como consecuencia el paciente no sigue los cuidados prestados ni las recomendaciones de la enfermera.

C) Modelo paternalista o sacerdotal.

Hasta hace unos años, este estilo de comunicación era el más avalado con respecto a los profesionales del mundo sanitario. Esto se debía principalmente a que a una enfermera se le consideraba "buena" porque, adoptando una actitud déspota, esta hacía todo lo posible por el paciente, pero sin contar con la opinión ni con los sentimientos del mismo. Este tipo de relación hace que los pacientes finalmente digan que sí a todo lo que les ofrece la enfermera, a pesar de querer negarse en ciertas ocasiones.

Por otro lado, la actitud que adopta una enfermera que utiliza este modelo es agresiva y manipuladora, ya que esta es incapaz de escuchar las opiniones del individuo, no acepta tampoco las críticas y su justificación en todo momento es hacerle creer al paciente que todo es por su bien.

Al mismo tiempo, otro problema presente en este modelo paternalista es que en algunos pacientes con un cierto nivel cultural bajo, se puede llegar a desarrollar una dependencia paciente-enfermera que les termina infantilizando, imposibilitándoles de esta manera la toma de decisiones propia.

D) Modelo cooperativo o contractual.

Finalmente, este modelo es el más adecuado y el que más se suele recomendar a los profesionales sanitarios. Se trata de un estilo del que se va aprendiendo a lo largo de la práctica profesional, ya que no es innato.

La enfermera que adopta este tipo de estilo comunicativo, tiene siempre en cuenta la opinión del paciente sin renunciar nunca a sus conocimientos profesionales y marcando límites de una manera educada y respetuosa. Y asimismo, logra que el paciente también participe en sus cuidados.

Del mismo modo, este estilo se adhiere al modelo biopsicosocial, en el cual se fundamenta que tanto la salud del paciente como el proceso de la enfermedad, son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales ⁽²¹⁾.

1.3.2 Comunicación verbal

La comunicación verbal, engloba cualquier tipo de interacción en la que intervengan las palabras. Existen dos tipos ⁽²²⁾:

- Comunicación escrita: Para establecer este tipo de comunicación se utilizan palabras a través de un escrito. En otras palabras, mientras el receptor lee, el emisor escribe en un medio físico, ya sea en un papel o a través de un ordenador. Del mismo modo, algunas características que diferencian a este tipo de comunicación de otras pueden ser que esta permanece en el tiempo, lo que se escribe se suele planear previamente, no es simultánea, se deben cumplir unas reglas gramaticales u ortográficas, y las distancias en este tipo de comunicación no son un impedimento. Por otro lado, la comunicación escrita a lo largo de la historia ha significado un antes y un después debido a que apoya los vínculos entre los seres humanos, el conocimiento se puede difundir gracias a esta, la barrera del tiempo es inexistente, y además potencia la cultura y la difusión de la misma.

- Comunicación oral: La comunicación oral es la transferencia de información entre dos o más personas mediante el habla y la codificación subyacente de un idioma. Su componente central es el habla, que engloba la participación de varias partes anatómicas del cuerpo para así producir una serie de sonidos articulados a través del

aire en su salida al exterior, con la ayuda de los dientes, la lengua, los labios... Asimismo, este tipo de comunicación se caracteriza porque es fugaz y directa, su origen es social, suele ser repentina y bidireccional, y permite la corrección de la misma. Por otra parte, también se puede catalogar en comunicación oral espontánea, la cual puede darse por ejemplo entre amigos, y en comunicación oral planificada que es la que acontece por ejemplo en una clase magistral ⁽²³⁾.

Para las enfermeras, este tipo de comunicación es fundamental para el correcto desarrollo de su praxis, ya que si no se hiciera uso de la misma, no se podría llevar a cabo ninguna valoración, control o seguimiento en los usuarios ⁽²⁴⁾.

La entrevista, es la herramienta que permite a las enfermeras iniciar el contacto tanto con el paciente como con su entorno, para así recabar todos los datos necesarios que le ayuden en el proceso de la salud. Esta puede resultar una tarea fácil, pero requiere de conocimientos para saber ejecutarla de manera correcta, dado que se trata de una comunicación con fines terapéuticos, no una mera recopilación de información ⁽²⁵⁾.

El primer contacto de enfermería con el paciente se da en la entrevista, y a través de esta se recogen los datos más relevantes y de interés del usuario. En lo que se refiere a este primer contacto, cabe destacar que se puede realizar tanto en atención primaria como en hospitalización. En concreto, esta toma de contacto con el área sanitaria se realiza a través de una consulta. El usuario tiene a su disposición dos tipos de consulta ⁽²⁶⁾:

- Consulta a demanda: Son todas aquellas consultas en las que los objetivos de las mismas no están definidos con anticipación. Algunos ejemplos en los que se suele dar este tipo de consulta son en el servicio de urgencias, en la atención en los programas de salud, en las salas de curas...
- Consulta programada: Habitualmente en enfermería, este tipo de consulta es la más común. Los objetivos en este tipo de consulta sí están previamente definidos. Es decir, el paciente acude a la consulta por un motivo que se conoce, ya sea por un seguimiento o una técnica a realizar en el mismo, como puede ser por ejemplo la retirada de unas suturas o la cura de una herida.

La entrevista en enfermería, es una herramienta muy completa que permite un acercamiento directo a las personas, ya que la enfermera es capaz de ir reuniendo información mediante preguntas y las propias opiniones y sensaciones del paciente,

umentando de esta forma los datos de sus informes y verificando además si se han ido cumpliendo los objetivos planteados.

Como se ha comentado en el apartado anterior, las enfermeras consideran la entrevista como una técnica esencial en su día a día. En cuanto al concepto de “la entrevista”, a continuación se enunciarán algunas definiciones de este concepto realizadas por diferentes expertos:

En 1986, Taylor y Bogan definen que la entrevista se trata de una serie de reuniones cara a cara en la que la entrevistadora tiene en cuenta el conocimiento por parte del individuo sobre sus experiencias.

Sin embargo, el experto Francisco de la Sierra en el año 1998, expone que la técnica de la entrevista se trata de una herramienta eficiente y de gran exactitud, ya que se basa en la investigación humana ⁽²⁷⁾.

En las consultas de enfermería, se llevan a cabo las entrevistas semiestructuradas, en las que la enfermera fija determinados contenidos, y al mismo tiempo permite que el paciente presente también sus dudas o preocupaciones. Es crucial para las enfermeras el hecho de tener un esquema mental de cómo se va a desarrollar la entrevista, ya que de esta manera se delimita y asegura toda la información relevante y además agiliza el tiempo de consulta.

Es importante saber que los primeros momentos de la entrevista marcan la diferencia, ya que para crear un clima asistencial idóneo es fundamental establecer un vínculo de confianza entre el profesional y el paciente. Para lograr esta conexión con el usuario, será necesario que la enfermera se informe previamente de la historia clínica del paciente para conocer mejor el caso. A continuación es importante saludar a la persona por su nombre y de manera cordial. Asimismo, la enfermera se tiene que presentar por su nombre y el cargo que represente en la consulta, y si se diera el caso de que hubiese alguna persona que el paciente no conozca, como puede ser por ejemplo un estudiante de prácticas, también será necesario que se presente por su nombre y función.

En esta primera toma de contacto, mientras el paciente relata el motivo de su consulta, la enfermera prestará atención al mismo mediante una escucha activa y manteniendo el contacto ocular con la mirada. Igualmente, si la enfermera logra crear esa conexión con el paciente, el proceso de obtención de información será mucho más sencillo.

Así pues, dicha información se consigue mediante el uso de preguntas abiertas, ya que cuánto más tenga que pensar el paciente a la hora de contestar más fiable será la información ⁽²⁶⁾.

Sin embargo, a pesar de conocer cómo se transmite la información a los pacientes, también es común cometer errores a la hora de informar, e incluso de manera inconsciente. Los errores más frecuentes al informar suelen ser ⁽²⁸⁾:

- Exceder el tiempo con pacientes que no está entendiendo o no están de acuerdo con las recomendaciones dadas por la enfermera.
- Utilizar un lenguaje muy técnico o específico.
- No aceptar los puntos de vista del paciente.
- Dar consejos o recomendaciones mientras se está realizando una exploración en el paciente.
- Utilizar un discurso monótono y una voz que el paciente no sea capaz de oír con claridad.
- No permitir que el paciente pregunte sus dudas.
- Dar demasiada información en poco tiempo.
- Mezclar conceptos o problemas donde el paciente le es imposible distinguir entre lo que la enfermera le quiere transmitir.
- Interrumpir el diálogo del paciente.
- Dar recomendaciones sin haberle explicado previamente qué le ocurre a la persona.

1.3.3 Comunicación no verbal

La comunicación no verbal se define como la forma de expresión corporal en la que no se emiten palabras. Este tipo de lenguaje frecuentemente se expresa mediante el cuerpo y suele ser de manera inconsciente.

El lenguaje no verbal es crucial porque tiene el poder de confirmar o refutar los mensajes verbales. Del mismo modo, esté la comunicación verbal siendo emitida o no, el lenguaje no verbal siempre está presente, lo cual lo hace extremadamente significativo ⁽²⁹⁾.

Mark L. Knapp, profesor de Comunicación en la Universidad de Texas ha publicado a lo largo de su vida muchos escritos sobre la comunicación no verbal. En estas obras expone que el lenguaje no verbalizado se divide en 7 dimensiones ⁽³⁰⁾, las cuáles se pueden observar de manera estructurada en la *Tabla 2*.

Tabla 2: Clasificación del lenguaje no verbal.

Dimensiones	Características
Kinésica	Es el estudio del movimiento corporal. Incluye el significado asociado a los movimientos de las manos, la cabeza, las piernas o cualquier otra parte del organismo, así como a las expresiones faciales, la mirada o la postura general del cuerpo.
Tactésica	Se define como el estudio sistemático del contacto corporal. Analiza qué partes del cuerpo se utilizan para tocar a otras personas, con qué frecuencia e intensidad, en qué contexto y con qué finalidad.
Proxémica	Constituye el análisis de las características espaciales de la interacción social. Estudia las distancias sociales que se adoptan en diferentes entornos, cómo se marca y protege el territorio personal, la elección de la postura de sentado o de pie y el ángulo en que se sitúa el cuerpo al interactuar con otras personas.
Paralingüística	Se refiere a la forma en que son dichas las palabras, puesto que el contenido del lenguaje como tal se considera comunicación verbal. Incluye aspectos como el timbre, el tono, el volumen de voz, el acento, las pausas silenciosas o rellenas con contenido (p.ej.: “¡ah!”), las alteraciones en la fluidez del lenguaje o el tartamudeo, la latencia de respuesta y la velocidad de vocalización (número de palabras emitidas por unidad de tiempo).
Características físicas del interlocutor	Se refiere al color de la piel, forma y olor corporal, y el atractivo físico general de la persona que habla.
Artefactos	Todos los objetos (ropa, joyas, perfume, peluca) o adornos corporales (cabello, barba, bigote) que el individuo utiliza para modificar su aspecto físico.
Factores ambientales del proceso comunicativo	Describe las características del entorno donde tiene lugar la comunicación.

Fuente: Noriega (2019)

A) Kinésica

En lo que se refiere a la kinésica, existen diferentes movimientos corporales que influyen en la misma... En primer lugar, la mirada, donde tanto el contacto ocular como el movimiento lento de los ojos serán fundamentales para establecer un vínculo con el paciente, ya que estos gestos expresan interés hacia el paciente. En segundo lugar, las expresiones faciales también tienen un papel muy importante, ya que el simple gesto de una sonrisa hará que el paciente se sienta cómodo y en confianza con la enfermera. Por último, tanto la postura como los movimientos corporales, jugarán igualmente un papel primordial, debido a que por ejemplo, el hecho de que la enfermera a la hora de

comunicarse con el paciente se incline hacia delante indicará interés y atención al tema; asimismo, una postura cómoda y relajada dará a entender al paciente la voluntad de entablar una relación; así pues, que la enfermera se exprese gesticulando supondrá relajación y confianza a la hora de comunicarse ⁽³⁰⁾.

B) Tactésica

Dentro de la comunicación no verbal, esta dimensión se trata de la que presenta mayor variación cultural, esto se debe a que por ejemplo, el gesto de un beso en la cara suele considerarse inadecuado. Sin embargo, en lo que se refiere al ámbito sanitario, el tacto se utiliza de dos maneras...

Por un lado, de manera instrumental, como puede ser por ejemplo el hecho de que la enfermera explore, mueva o realice alguna técnica al paciente. En algunas ocasiones, los usuarios pueden llegar a vivir momentos de inquietud y ansiedad con respecto a este tipo de situación, ya que pueden sentirse vulnerables. Es por esto que la enfermera debe ejemplificar el máximo respeto hacia el usuario.

Por otra parte, de manera expresiva, cuya cometido es únicamente comunicativo. En ocasiones, ayudarse del tacto a la hora de emplear la comunicación verbal, permite que los pacientes comprendan mejor lo que se les explica y asimismo, estos perciben una imagen más cercana y empática por parte de las enfermeras. Cabe destacar, que es cierto que en muchas ocasiones no todas las personas comparten el concepto del contacto físico de la misma manera, ya que muchos pacientes sienten rechazo ante este tipo de expresión.

C) Proxémica

Según expone el antropólogo e investigador Edward Twitchell Hall, existen cuatro categorías básicas con respecto a la distancia interpersonal según los distintos patrones de comunicación:

-Distancia íntima: La distancia oscila entre 15 y 45 cm entre las personas que toman parte en un diálogo. Algunas ejemplificaciones que pueden representar este tipo de distancia podrían ser el acto sexual, el acto de proteger, las caricias...

-Distancia personal. En este caso abarca desde los 45 cm hasta el 1,25 m. Un ejemplo de esta podrían ser las relaciones personales contiguas.

-Distancia social o profesional. Es la que tiene lugar entre 1,25 y 3,5 m. Este tipo de distancia se da cuando se interactúa con personas con las que no se tiene una

relación íntima, como puede ser por ejemplo la relación entre enfermera-paciente, o cualquier relación laboral.

-*Distancia pública*. La distancia va más allá de 3,5 m. Este tipo de espacio se suele emplear en charlas, conferencias o en cualquier emplazamiento en el que no sea necesario conocer a las personas con las que se está tratando.

Con respecto a la relación entre la enfermera y el paciente, algunos ejemplos de la proxémica que se ven reflejados en la comunicación son el hecho de que el paciente se siente cerca del profesional, mostrando de esta manera confianza; y del mismo modo, el acercamiento postural también indicará satisfacción por parte del usuario.

D) Paralingüística

La paralingüística conforma la apariencia externa de un individuo. Asimismo, posee la capacidad de cambiar las nociones preconcebidas basadas únicamente en la apariencia del individuo. Bien es cierto que tanto la apariencia física como las particularidades de la paralingüística no están relacionadas entre sí, pero ambas tienen una repercusión en la percepción que cada uno tiene de los demás. Por otro lado, conviene subrayar los significados principales de los actos paralingüísticos:

- *Tono*: El significado emocional que pueden tener diversos temas para una persona varían, y esto se refleja en forma de alteraciones en la tonalidad de la voz.
- *Velocidad*: También supone un determinante, ya que puede llegar a indicar ansiedad si la velocidad del habla es muy rápida, o incluso por el contrario tristeza si esta velocidad es muy lenta.
- *Tartamudeos*: Si el tema de conversación produce excesiva inquietud, el individuo probablemente tartamudeará o cometerá errores en la pronunciación.
- *Silencio*: Habitualmente, los momentos de silencio suelen tener lugar en situaciones donde el tema de conversación genera cierta incomodidad.

E) Características físicas del interlocutor y artefactos

El aspecto físico es un factor clave para la comunicación entre las personas, ya que numerosos estudios han demostrado que el atractivo físico toma un papel crucial en lo que se refiere a la percepción que pueda tener de un individuo sobre otro.

Del mismo modo, tanto la ropa como los accesorios, también representan una función social y comunicacional de los individuos, ya que estos pueden llegar a transmitir el género con el que se sienta identificado el individuo, el grupo social al que pertenezca, su personalidad, e incluso en ocasiones su profesión.

F) Factores ambientales del proceso comunicativo

Por lo que se refiere a la relación entre la enfermera y los pacientes, es conveniente resaltar algunas situaciones en la que se suele dificultar la implantación de un vínculo entre ambos. En primer lugar, es importante que las enfermeras ante pacientes que se encuentren encamados o en silla de ruedas, se sienten al mismo nivel que ellos a la hora de comunicarse con los mismos. Igualmente, aunque esta situación no sea tan usual, es conveniente que las enfermeras sepan que aparentemente el hecho de no tener un escritorio de por medio entre la profesional y el paciente, parece ser que mejora la entrevista con el individuo.

1.4 Actitudes a tener en cuenta durante la comunicación

Resulta primordial para las enfermeras tener claro y reconocer que la calidad de sus cuidados suele supeditarse al cumplimiento de las expectativas del paciente con respecto a sus cuidados. Conviene enfatizar, que no basta solamente con realizar unos buenos cuidados de enfermería, se tiene que tener en cuenta de la misma manera cómo es el paciente y qué espera por parte de la enfermera que le va a proporcionar sus cuidados. De esta manera, es evidente que la profesional de enfermería debe tener presente en todo momento una buena actitud con respecto a los usuarios, para así lograr un vínculo apropiado ⁽³⁾.

1.4.1 La empatía

La empatía se define como la capacidad para comprender las emociones de los demás, y esta se trata de una cualidad innata e instintiva que tenemos todos los seres humanos. El objetivo de esta se basa en tratar de implantar un relación de ayuda con el paciente. Lo beneficioso de este acto no es el hecho de que la enfermera tenga empatía, sino la percepción que el paciente recibe de esta siéndolo ⁽³¹⁾.

El hecho de que una enfermera sea empática con los pacientes, ayudará a que estos se sientan comprendidos, lo cual es una clave fundamental para establecer un vínculo adecuado entre la enfermera y el paciente.

Haciendo referencia a Rogers (1980), este afirma que la empatía es a veces el componente más importante de la actitud, y además coopera a avanzar en el crecimiento

y desarrollo de las relaciones interpersonales. Del mismo modo, cabe destacar que la comprensión es necesaria cuando los pacientes o cualquier persona están heridos, desconcertados, ansiosos, preocupados, aterrorizados, inseguros de quiénes son o dudando de su propio valor. Como enfermeras, debemos trabajar para utilizar nuestras habilidades empíricas con la intención de que sean útiles, ya que no hay que pasar por alto que el hecho de ser empático puede llegar a ser intrusivo a la vez que útil.

En cualquier relación terapéutica es fundamental que los pacientes se sientan atendidos. En la calidad de cuidadoras, la enfermera establece una relación con los individuos con el objetivo de crear un vínculo. Esta designación denota que las enfermeras reconocen y expresan su deseo de ayudar a los demás, y la empatía es sin lugar a duda, una forma tangible de demostrar su cuidado hacia los pacientes.

Es cierto que los pacientes suelen compartir sus pensamientos, preocupaciones y sentimientos con el objetivo de que sean comprendidos... Pero en muchas ocasiones, puede llegar a resultarles incómodo el hecho de compartir estas visiones con un profesional. Para la enfermera como oyente, es casi imposible no verbalizar de manera explícita tanto la comprensión y empatía que siente al oír a su paciente. Los beneficios de compartir nuestra comprensión a los individuos son numerosos... Resulta que la empatía tiene la capacidad de aumentar la sensación de haber creado un vínculo con otra persona, lo cual es uno de los objetivos de la enfermería a la hora de comunicarnos con los pacientes. Del mismo modo, que los individuos observen que la enfermera les comprende, les ayuda a sentirse más seguros sobre sí mismos. Por lo que es más probable que los pacientes que se sientan aceptados, se abran y expresen toda la información necesaria para que la enfermera pueda realizar una evaluación precisa de su condición.

1.4.2 El respeto

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define el concepto de respeto como el acto de preocuparnos por el impacto que puedan causar nuestras acciones en los demás y también el aceptar a todos los seres humanos por igual... Por lo que el respeto se fundamenta a raíz de la confianza, la empatía, la caridad, la honradez y la honestidad.

El ser respetuoso con uno mismo y con los demás es sin duda la mejor manera de inculcar el respeto a todos los seres humanos. Es por esto que, para fomentar y expresar el respeto, es necesaria tanto la escucha activa como la empatía ⁽³²⁾.

El respeto es el sustento de la intervención del cuidado, y además también es según Haber et al. (1997) la expresión de la aprobación de las ideas, las experiencias y sentimientos del paciente. Es muy importante que la enfermera adopte una actitud respetuosa para poder así establecer un vínculo de confianza con el paciente. Ya que cuando la enfermera muestra esa actitud de respeto, el paciente se siente valorado, importante y comprendido por la profesional.

La principal forma en la que la enfermera puede mostrar y comunicar este respeto, es a través de cómo se dirige hacia el usuario. Es decir, para que el paciente se sienta respetado, es esencial que la enfermera “*desarrolle una imagen y comprenda el mundo del paciente tal y como él lo percibe*”, según fundamenta Erickson et al. (1983). Conviene subrayar, que mediante este proceso, la enfermera será capaz de conseguir de una manera respetuosa conocer mejor la situación del paciente y llegar a entenderlo. Igualmente, de esta forma la enfermera puede apoyar a la persona a través de intervenciones deliberadas para así lograr, mantener o promover la salud del individuo.

No obstante, el sentimiento de respeto hacia el paciente no es suficiente, ya que es igual de valioso transmitirlo tanto mediante la comunicación verbal como a través de la no verbal. Por ejemplo, el hecho de mirar al paciente mientras nos explica qué le ocurre indica que le estamos prestando atención, también la calidad de nuestras expresiones faciales indica si tenemos interés en lo que nos está exponiendo el paciente o no...

Por tanto, respetar al paciente significa darse cuenta de que es capaz de desarrollar lo mejor de sí mismo, tiene voz propia y es autosuficiente. Así pues, implica prestar atención a lo que el paciente necesita para así como enfermeras brindar la atención y los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades, así como reconocer la influencia del cuidado ⁽³³⁾.

1.4.3 El humor

El humor es un componente esencial tanto del comportamiento humano como de su vida diaria, ya que habitualmente ayuda a ver el lado más positivo en una situación desafiante. La Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH) define al humor terapéutico como “*cualquier intervención que fomenta la salud y el bienestar estimulando un descubrimiento, expresión o apreciación lúdica de lo absurdo o incongruente de las situaciones de la vida. Esta intervención puede mejorar la salud o utilizarse como un tratamiento complementario de la enfermedad para facilitar la curación o el afrontamiento físico, emocional, cognitivo o espiritual.*”

Las enfermeras pueden hacer uso del “humor terapéutico” a modo de ayuda con los pacientes, para así apoyarles a afrontar cualquier adversidad e incluso para crear un vínculo con los mismos. Igualmente, el uso del humor puede conducir a un enfoque más individualizado y completo, además de ofrecer un cuidado de enfermería óptimo.

Ante una situación difícil, la capacidad de reír puede llegar a aliviar de manera temporal tanto el miedo como la preocupación. Es por esto que, ante una situación desafiante, el humor añade cierta sensación de control. Sin embargo, el humor es una herramienta muy individualizada, ya que no todo el mundo encuentra divertidas las mismas cosas. De manera que es primordial que la enfermera preste atención sobre qué temas o chistes son los que más agradan a su paciente. Por otra parte, otra forma de averiguarlo podría ser a través de una conversación con el mismo, en la que indique cuáles son sus temas de interés.

Cabe destacar que es conveniente diferenciar entre el humor positivo y el negativo. Según Fry y Salameh (1987), el objetivo del humor positivo es acercar a las personas a través del amor, la alegría, la esperanza, la creatividad... Por el contrario, el humor negativo hace que las personas se sientan humilladas y que se pongan a la defensiva, y se relaciona con el sarcasmo, el racismo, el sexismo, los estereotipos negativos ⁽³⁴⁾...

Las instituciones sanitarias tienen la obligación de controlar la salud de sus pacientes. La enfermedad en su totalidad puede llegar a ser estresante para el individuo, por lo que existen diferentes terapias complementarias para aliviar dicho sentimiento. Con respecto al humor, predomina la risoterapia. Esta se define como el uso de técnicas terapéuticas que dirigen al individuo a un estado controlado de espontaneidad en la que se provocan risas y emociones. El objetivo de esta terapia innovadora se basa en encontrar la mejor calidad de vida y mejorar la salud de los pacientes ⁽³⁵⁾.

Diversos estudios exponen que la risa como terapia puede producir un impacto muy positivo en lo que se refiere a la salud del paciente, como puede ser por ejemplo: disminuir la ansiedad; mejorar el tono muscular; aumentar el número de linfocitos T, los cuáles son los encargados de combatir las infecciones; aumentar el metabolismo; estimular la producción de catecolaminas y hormonas responsables de aumentar tanto la sensación de bienestar como la tolerancia al dolor; entre otros muchos más beneficios ⁽³⁴⁾.

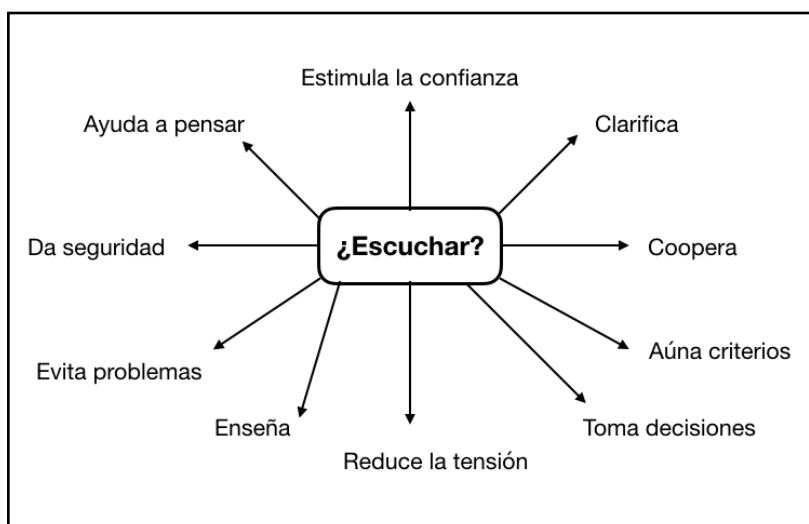
1.4.4 La escucha activa

La escucha activa se define como una competencia que se basa en invitar al paciente a exponer su preocupación y como enfermeras detectar qué información relevante ha querido obviar a lo largo de la conversación. El objetivo de este tipo de escucha es ayudar a los pacientes mediante sus propios conocimientos a gestionar y encontrar una solución.

El simple gesto de escuchar puede beneficiar tanto al profesional como al paciente, ya que se genera un entorno de confianza en el que el individuo se siente seguro. Asimismo, que el paciente exponga sus preocupaciones y dudas sobre la enfermedad, puede ayudarle a entender si sus conocimientos sobre la misma son correctos o no, a la vez que proporciona información a la enfermera para que esta pueda desarrollar una intervención y unos cuidados adecuados individualizados al paciente. Como se puede observar en la *Figura 1*, el hecho de escuchar engloba muchos más beneficios a parte de atender al problema del paciente, que una enfermera realice en su labor una escucha activa permitirá dar seguridad y confianza al paciente, tomar decisiones, realizar intervenciones educativas con respecto al cuidado del individuo, entre otras muchas razones.

Es evidente que al escuchar se aprende y además se gana tiempo para pensar, es por esto que la enfermera puede resolver cualquier duda que tenga el usuario bajo su criterio profesional ⁽³⁶⁾.

Figura 1: Razones principales para escuchar.



Fuente: Noriega (2019)

De entre los errores más habituales y frecuentes de la escucha activa se encuentran los siguientes:

- Interrumpir al paciente mientras expone sus preocupaciones.
- Sólo prestar atención a la comunicación verbal y no atender a la comunicación no verbal.
- Sentirse muy impactado debido a una información que nos transmite el paciente.
- Cambiar de tema.
- Llegar a conclusiones sin tener la totalidad de la información.
- No diferenciar los problemas importantes o primordiales.
- Fingir que se está prestando atención.
- No comprobar que el paciente ha asimilado la información que se le ha transmitido.

Por tanto, es importante después de saber cuáles son los errores que dificultan la escucha, conocer qué actitudes sí favorecen a la escucha activa. De ahí que para establecer un clima agradable en la consulta, la escucha activa debe ir acompañada de calidez, empatía, tolerancia y autenticidad ⁽³⁶⁾.

1.5 La comunicación en situaciones especiales

A lo largo de la historia, la comunicación de malas noticias o información delicada ha sido un reto para muchos profesionales del mundo sanitario. Cada vez es más y más necesario que los profesionales de la salud tengan todos los conocimientos necesarios para abordar de la manera más adecuada tal situación. Por esta razón, las enfermeras al establecer un relación más cercana con el paciente y tener más contacto con el mismo, nuevamente conviene destacar que figuran un papel esencial a la hora de transmitir este tipo de comunicación especial. Por lo que es conveniente que las profesionales de enfermería sepan actuar de la mejor manera ante este tipo de comunicados ⁽³⁷⁾.

1.5.1 Dar malas noticias

En la práctica sanitaria, las malas noticias son una de las situaciones más comunes, inevitables y estresantes de nuestro día a día. La mayoría de enfermeras cree que no disponen de las habilidades necesarias para dar este tipo de noticias, ya que es una práctica que la mayoría de las veces la lleva a cabo el médico. Sin embargo, las enfermeras son las encargadas de informar al paciente con respecto a todo lo que tenga que ver con sus cuidados, por lo que se pueden presentar también situaciones en las que

se tenga que dar una mala noticia sobre ello. Algunos ejemplos podrían ser el informar al paciente que su intervención quirúrgica se ha cancelado, que aún no le pueden dar el alta hospitalaria, que una de sus heridas se ha infectado... Como podemos ver, enfermería toma un papel fundamental en lo que se refiere a dar malas noticias. Asimismo, cabe destacar, que en muchas ocasiones cuando los pacientes reciben malas noticias por parte de otro profesional sanitario, estos siempre buscan a la enfermera para que le explique de una manera más cercana dicha información, manteniendo siempre la distancia terapéutica ⁽³⁸⁾.

La realidad de transmitir malas noticias es que se necesita una previa formación o entrenamiento para darlas de la manera más adecuada, ya que por el contrario, se pueden llegar a generar situaciones de malentendidos y nerviosismo tanto en la enfermera como en el paciente ⁽³⁹⁾.

Identificar los errores más comunes es también un factor clave para conocer si la comunicación se está realizando de manera correcta. Es por esto que muchos expertos coinciden en que los errores más habituales al dar malas noticias son:

- Tecnicismos. A la hora de dar malas noticias, los profesionales pueden sentirse inseguros y comenzar a utilizar un lenguaje técnico en el cual se sienten más cómodos. Pero en el paciente produce el efecto contrario, ya que disminuye su capacidad de asimilación y comprensión.
- Seguridades prematuras. Al transmitir el mensaje, en el profesional surge una necesidad de consolar al paciente que en ocasiones desemboca en falsas esperanzas para el individuo.
- Silencios disfuncionales. El profesional se bloquea a la hora de dar la mala noticia.
- Alta reactividad. Como resultado de un estado nervioso, el profesional empieza a interrumpir al paciente, no permitiéndole que se explique o exprese sus preocupaciones.
- Evitaciones. El profesional sanitario tiende a evitar el tema o esconde la realidad del problema con frases que no tienen relación con el mismo.

- Utilizar palabras de alto contenido emocional. En lo que se refiere al mundo sanitario existen numerosas palabras que pueden tener el mismo significado pero menor impacto emocional en los pacientes. Algunos ejemplos son: diabetes/azúcar, cáncer/tumor...

Como en todo proceso, se debe entender que existen varios pasos a seguir para que al transmitir este tipo de noticia se aporte toda la información necesaria sobre el tema, tanto para explicárselo al paciente como para resolver cualquier duda que este tenga. Existen tres fases bien diferenciadas en lo que se refiere a dar una mala noticia:

1. Aclimatación: En este paso se dispone tanto al paciente como a su familia de que algo grave ocurre. De esta manera se facilita el proceso de transmitir la mala noticia porque van asimilándola.
2. Notificación: El profesional aporta toda la información sobre la mala noticia.
3. Acomodación: Esta última fase engloba el hecho de que el paciente asuma la noticia, que el profesional resuelva todas las dudas que tengan tanto el usuario como su entorno...

Conviene subrayar, que después de haber dado una mala noticia, la enfermera debe mantener un adecuado autocontrol emocional, ya que el paciente en ese instante va a necesitar el apoyo de un profesional. Sin duda alguna, mostrarnos cercanos ante estas situaciones marcará la diferencia, ya que el paciente y su familia van a agradecerlo ⁽³⁸⁾.

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 Justificación

La comunicación en el cuidado de la salud es esencial para construir relaciones con los pacientes. Es un factor que engloba y define tanto la calidad de la atención que se brinda a los individuos, como la profesionalidad de las enfermeras que ejercen estos cuidados ⁽¹⁴⁾.

Mead y Bower (2000) exponen que la comunicación entre las profesionales de enfermería y los pacientes es una herramienta de gestión de la salud muy importante que influye directamente en la eficacia de las intervenciones sanitarias. Los individuos del sistema sanitario, cada vez tienen más conocimientos sobre sus derechos, los cuales se encuentran protegidos bajo la Ley de Autonomía del Paciente (2002), que a su vez son promovidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁴⁰⁾.

Aspectos de la comunicación como el entendimiento mutuo, la preocupación por las necesidades de los pacientes, la responsabilidad compartida y la construcción de una relación clínica basada en el respeto, la empatía y la confianza, repercute en el control de los costes sanitarios (Stewart et al, 2000); en la adhesión de los pacientes a los tratamientos (Beach et al, 2005; Loh, Leonhart, Wills, Si-mon y Harter, 2007; Mead y Bower, 2000); en la satisfacción tanto de los profesionales sanitarios (Roter, Hall y Katz, 1987) como de los pacientes (Brédart, Bou-leuc, y Dolbeault, 2005; Mead y Bower, 2000; Mira y Aranaz, 2000; Smith et al., 1995; Williams, Weinmman, y Dale, 1998); en la prevención de problemas médico-legales (Moore, Adler, y Robertson, 2000); en la mejora tanto de la calidad asistencial (Frank et al, 2006) como en los resultados en salud (Mead y Bower, 2000; Stewart et al., 2000; Trummer, Mueller, Nowak, Stidl, y Pelikan, 2006).

Una de las características más relevantes de la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es que se puede medir su impacto. E igualmente, se puede evaluar a través del proceso de comunicación en la práctica, ya que medir la calidad de la comunicación es esencial para progresar en los avances académicos y de investigación.

Covington, citado por Giménez Espert (2003), expone que la comunicación en la práctica enfermera es un componente importante tanto para el tratamiento del paciente como para la disciplina enfermera. Tanto es así, que el cuidado del paciente se puede definir como un proceso de comunicación (Leonard, Skipper y Wooldridge, 1967 en

Peitchinis y Sepúlveda, 1982), y del mismo modo, considerar a la comunicación como la clave para cualquier modelo de cuidados de enfermería (Brennan, Anthony, Jones y Kahana, 1998).

Las investigaciones en este área indican que la falta de comunicación se trata de una de las preocupaciones más comunes entre los pacientes, lo cual indica que no se encuentran satisfechos con sus relaciones con el personal sanitario o que sus necesidades emocionales no están siendo atendidas adecuadamente (Shattell, 2004), lo cual dificulta la recuperación del paciente y le provoca sentimientos de frustración o pérdida de control, afectando negativamente de esta manera a su salud.

A pesar de la importancia de este tema, existe escasa evidencia científica sobre el mismo. Y, la mayoría de estudios se centran en pacientes críticos, oncológicos o crónicos. Por esta razón, es muy importante analizar en este estudio las actitudes generales de las profesionales de enfermería hacia sus relaciones comunicativas con los pacientes y sus familias de una manera más general.

Según Bayés y Marín (1992), al analizar el proceso de comunicación entre las enfermeras y los pacientes, se puede optimizar el proceso y contribuir de esta manera a una atención sanitaria mejor y más eficiente. Ante esta situación nos planteamos como pregunta de investigación la medición de las habilidades de comunicación de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de la Salud.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Determinar las actitudes de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de Salud (SCS) pertenecientes al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares.

2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la dimensión predominante en la actitud de comunicación de las profesionales de enfermería.
- Relacionar las dimensiones afectivas, comportamentales y cognitivas con las variables de género, edad, formación y lugar de trabajo.
- Valorar la percepción de las enfermeras en relación a sus habilidades comunicativas.

2.3 Fase Metodológica de la Investigación

2.3.1 Diseño de estudio

La metodología diseñada para llevar a cabo este proyecto de investigación constará de un estudio de tipo mixto. La característica definitoria de este tipo de estudio se basa en que integra tanto perspectivas de carácter cuantitativo como cualitativo.

Para realizar la parte del estudio cuantitativo, se realizará un estudio descriptivo de carácter transversal. En cuanto al estudio cualitativo, se utilizará una metodología conversacional.

2.3.2 Población de estudio

La población de estudio de este proyecto de investigación está constituida por las enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y las enfermeras dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) está ubicado en Tenerife y se trata de un centro hospitalario perteneciente a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Es un hospital de tercer nivel que atiende a todas las necesidades sanitarias de los habitantes de la zona norte de la isla de Tenerife. Y ejerce como hospital de referencia para la isla de La Palma ⁽⁴¹⁾. De entre todos los sanitarios que a diario desempeñan sus funciones en este complejo, el CHUC se compone de 1.654 profesionales de enfermería ⁽⁴²⁾.

La Atención Primaria del Servicio Canario de Salud (SCS) se organiza geográficamente en siete Áreas de Salud, y a su vez cada una de ellas se divide en Zonas Básicas de Salud (ZBS)⁽⁴³⁾, las cuáles se definen como lugares que sirven como punto de referencia para llevar a cabo las actividades de los profesionales que pertenecen a la Atención Primaria⁽⁴⁴⁾. La Gerencia de Atención Primaria de Tenerife cuenta con un total de 39 Centros de Salud en la isla ⁽⁴⁵⁾, y en el año 2021 se contabilizó que 800 profesionales de enfermería trabajan en estos centros⁽⁴⁶⁾.

La población de estudio estará formada por un total de 2.454 profesionales de enfermería, 1.654 enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y 800 enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

2.3.3 Cálculo de la muestra

Para poder llevar a cabo el cálculo de la muestra de este estudio, se han establecido una serie de criterios tanto de inclusión como de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería que sustentan una relación contractual en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) o en la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- Enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) o de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife que deseen formar parte del estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) o de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife que no se encuentren en activo.
- Enfermeras que presenten barreras idiomáticas y de comprensión lingüística.

Para ejecutar el cálculo de la muestra del presente estudio, se ha tenido en cuenta que se trata de una población finita. Es por esto que para determinar el tamaño de la muestra, se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- N = Total de la población.
- Z_{α} = 1.96 elevado al cuadrado, debido a que el nivel de confianza es del 95%.
- p = Proporción esperada (en este caso: 5% = 0,05).
- q = 1 - p (en este caso: 1 - 0,05 = 0,95).
- d = Precisión (en este caso se desea un 5% = 0,05).

Utilizando esta ecuación con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, se alcanza el resultado de 220 profesionales de enfermería, ajustado al 15% de pérdidas.

2.3.4 *Las variables de Investigación*

Las variables de estudio del presente proyecto de investigación se distribuirán en variables sociodemográficas y dimensiones de la comunicación.

A) Variables sociodemográficas

Para medir estas variables se recurrirá a un cuestionario autoadministrado de cuatro ítems medidos a través de una escala nominal.

- *Edad*: Variable cuantitativa discreta expresada en años.
- *Género*: Variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta.
- *Formación*: Variable cualitativa politómica con seis opciones de respuesta reflejadas en el cuestionario.
- *Lugar de trabajo*: Variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta.

B) Dimensiones de la comunicación

Las variables encargadas de valorar las actitudes de las profesionales de enfermería hacia la comunicación, son de tipo cualitativo medidas en una escala ordinal, asociándose entre sí bajo tres dimensiones comportamentales:

- La dimensión afectiva, que será valorada en los ítems del 1 al 12.
- La dimensión conativa, que será valorada mediante los ítems del 13 al 21.
- La dimensión cognitiva, que será valorada en los ítems del 22 al 25.

Estas variables se encuentran incluidas en la versión validada al español del cuestionario ACO, el cual se elaboró a partir de los modelos recomendados por la International Test Commission (2001)⁽⁴⁰⁾.

2.3.5 *Instrumentos para la recogida de información*

Como instrumento de recogida de datos para la fase cuantitativa del proyecto, se utilizará el cuestionario ACO (ANEXO I), mediante el cual se analizarán las actitudes de las enfermeras hacia la comunicación.

Esta herramienta se basa en el modelo tridimensional de actitudes elaborado por Rosenberg y Hovland (1960): dimensiones afectiva, conativa y cognitiva. A su vez, estos componentes de la actitud se relacionaron con los tres momentos comunicativos más importantes entre la enfermera y el paciente, propuestos por Duhamel y Talbot (2004): el ingreso, el procedimiento y el alta. Asimismo, Bulechek en el año 2009 relaciona los tres momentos comunicativos más fundamentales con las intervenciones de Enfermería (NIC) ⁽⁴⁰⁾. A través de esta relación, se eligieron las siguientes intervenciones ⁽⁴⁷⁾:

- *NIC 7310* = Cuidados de enfermería al ingreso.
- *NIC 5618* = Enseñanza : Procedimiento / Tratamiento.
- *NIC 7370* = Planificación para el alta.

Este instrumento consta de 25 ítems agrupados en tres dimensiones comportamentales⁽⁵⁰⁾:

A) Dimensión Afectiva

Esta dimensión está relacionada con las circunstancias asociadas al ingreso, el procedimiento y el alta del paciente, que causan ansiedad en las profesionales de enfermería. Cuenta con un total de 12 ítems, que en el cuestionario se valoran desde el ítem 1 hasta el 12.

B) Dimensión Conativa

Esta perspectiva se relaciona con todas las tareas que realiza la enfermera con respecto al paciente y/o sus familiares. Como puede ser el asegurarse de que tanto el paciente como sus familiares comprendan la información al ingreso; el motivar a que pregunten dudas o cualquier información asociada a la unidad, por ejemplo el horario de las visitas; el facilitar y confirmar que el paciente conoce toda la información para así obtener el consentimiento informado... Esta dimensión comportamental se investiga a través de 9 ítems que en el cuestionario se reflejan desde el ítem 13 hasta el 21.

C) Dimensión Cognitiva

Esta dimensión hace referencia a lo importante que resulta para las enfermeras el hecho de orientar a los pacientes y a sus familiares en la unidad; el proporcionar toda aquella información que pueda ayudar al usuario tanto en su recuperación como en los cuidados a realizar al alta; y el fomentar la colaboración de diferentes miembros del equipo sanitario. Esta perspectiva se mide a través de 4 ítems, que en el cuestionario se valoran desde el ítem 22 hasta el 25.

Para la valoración de cada una de estas dimensiones se utilizará una escala de tipo Likert del 1 al 5, siendo el 1 (*Totalmente en desacuerdo*); 2 (*En desacuerdo*); 3 (*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*); 4 (*De acuerdo*); y 5 (*Totalmente de acuerdo*).

En cuanto a la interpretación de los resultados de esta herramienta, si se obtienen puntuaciones altas en todas las dimensiones comportamentales, se corresponden a un ACO positivo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la dimensión afectiva, serán las puntuaciones más bajas las que indiquen un ACO positivo, debido a que se trata de una dimensión invertida al considerar el estrés que produce la comunicación. Como se puede observar en la *Tabla 3*, la puntuación máxima a obtener en cada dimensión conductual será de 12 puntos en la dimensión afectiva, 45 puntos en dimensión conativa; y 20 puntos en la dimensión cognitiva, obteniendo de esta manera una puntuación máxima de 77 puntos entre todas las dimensiones.

Tabla 3: Puntuación máxima de cada dimensión comportamental.

	Puntuación máxima
<i>Dimensión Afectiva</i>	12 puntos
<i>Dimensión Conativa</i>	45 puntos
<i>Dimensión Cognitiva</i>	20 puntos
Total =	77 puntos

Fuente: *Elaboración propia.*

Junto a este instrumento de recogida de datos, se incluirá un cuestionario de elaboración propia con los datos sociodemográficos relevantes (ANEXO II) de las profesionales de enfermería que deseen participar en el estudio.

Para la realización de la fase cualitativa del proyecto de investigación, la recolección de datos se realizará a través de un grupo focal de entre 5 y 10 enfermeras, donde las profesionales compartirán sus opiniones y experiencias sobre sus actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares, y responderán a las cuestiones que se planteen durante el debate (ANEXO III).

2.3.6 Procedimiento para la recogida de información

Una vez obtenidos los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación, se le entregará a las responsables de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, un documento de

presentación del proyecto (ANEXO IV), explicando el motivo de la investigación y la necesidad de la intervención de las profesionales de enfermería. Adicionalmente, junto a este documento se adjuntará la obtención de los permisos correspondientes, la preservación del anonimato y confidencialidad de los participantes y el carácter voluntario del proyecto.

Los cuestionarios se proporcionarán en formato electrónico. Y, junto a estos se adjuntará el consentimiento informado (ANEXO V), el cual garantiza tanto el anonimato como el carácter de confidencialidad de las respuestas, sustentándose bajo la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁴⁸⁾. Las enfermeras que participen en este proyecto de investigación, dispondrán de tiempo suficiente para completar los diferentes cuestionarios de forma autoadministrada, que además cumplimentarán de manera individual.

Como investigadora principal, realizaré diferentes visitas tanto al hospital como a los diferentes centros de salud de Tenerife, para alentar al personal de enfermería a participar en el estudio y abordar así cualquier posible inquietud.

Para la recolección de datos de la fase cualitativa del estudio, se diseña un grupo focal compuesto por un mínimo de cinco y un máximo de diez profesionales de enfermería que pertenezcan al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Y, que hayan aceptado participar de manera voluntaria.

Un grupo de discusión, es un método conversacional en el que se recogen datos cualitativos que se desarrollan en el contexto de un grupo que debe estar compuesto por un mínimo de cinco y un máximo de diez participantes. Estos grupos pueden estar formados por individuos de características similares (Grupos Homogéneos), o por personas con características diferentes (Grupos Heterogéneos) ⁽⁴⁹⁾.

A través de este método conversacional, se informará a los participantes del grupo focal, que su discurso será analizado. Por esta razón, se les notificará que será preciso filmar con una cámara de vídeo el debate. Antes de comenzar con el debate, se les informará sobre la duración estimada de la discusión, la cual aproximadamente durará unos 60 minutos.

2.3.7 Análisis estadístico de los datos

Con el fin de analizar los datos de la fase cuantitativa de este proyecto de investigación, se utilizarán técnicas de estadística descriptiva a partir de los cuestionarios facilitados a las profesionales de enfermería. Para procesar los datos de este estudio se hará uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 27.0) en su versión traducida al español. Del mismo modo, para averiguar las conexiones entre las variables del proyecto de investigación, se hará uso de procedimientos estadísticos analíticos, tablas de distribución de frecuencias y de la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Y se contará con los servicios de un estadístico para el análisis exhaustivo del estudio.

En la fase cualitativa de este estudio, la información será analizada a través del discurso de un grupo focal de enfermeras grabado, que se transcribirá textualmente y se hará constar por escrito en un documento. Entre los datos que deben analizarse, se tendrá en cuenta tanto la comunicación verbal como no verbal de cada enfermera. Para el análisis de los datos cualitativos se utilizará el software NVivo, el cual ha sido creado especialmente para estos estudios, posibilitando el procesamiento de la información obtenida de la transcripción del grupo focal.

2.3.8 Consideraciones éticas

Para poder llevar a cabo este proyecto de investigación, será necesaria la autorización de la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), y de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (ANEXO VI), en vista de la realización del presente estudio y la obtención de los permisos necesarios.

Del mismo modo, se garantizará el anonimato y la protección de datos de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁴⁸⁾, debido a que esta investigación trata con personas. Este estudio se compromete a seguir los siguientes principios éticos de la investigación científica que son: el respeto y ausencia de engaño a los participantes que deseen participar en el estudio, el consentimiento informado, la anonimidad de los participantes, la privacidad de los datos, y el abandono del estudio⁽⁵¹⁾.

Por último, se solicitarán los permisos pertinentes al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud (ANEXO VII), y nos comprometemos a enviarles un resumen de los hallazgos y datos obtenidos.

2.4 Cronograma de trabajo

El proyecto de investigación tendrá una duración aproximada de 24 meses. Se ha estructurado en función de las actividades y el tiempo estimado del estudio, presentándose visualmente en el cronograma del proyecto (ANEXO VIII) a través de tres fases bien diferenciadas:

Primera fase:

Se llevará a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva y actual sobre el tema en cuestión entre los meses de enero y abril del año 2023, y se trabajará en la definición de la metodología del proyecto entre los meses de mayo y junio del mismo año. La búsqueda de información de este estudio se ha realizado mediante las siguientes bases de datos: Elsevier, Enferteca, Scielo, Google Scholar, para lo que se ha empleado el punto Q, el cual se trata del Buscador de Recursos de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna. Asimismo, en esta fase se solicitarán los permisos correspondientes para la realización de este proyecto al Comité de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud, a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, y a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife entre los meses de julio y septiembre del año 2023.

Segunda fase:

La recopilación de datos comenzará tan pronto como se obtengan los permisos necesarios. Entre los meses de octubre de 2023 y abril de 2024 se procederá a la recogida de información en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y en los Centros de Salud de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Posteriormente, los datos serán analizados e interpretados utilizando la asistencia y colaboración de un estadístico desde el mes mayo hasta agosto del año 2024.

Tercera fase:

Se elaborará un informe final del proyecto de investigación donde se incluirán los resultados obtenidos del análisis de datos, la discusión y las conclusiones entre el mes de septiembre y octubre de 2024. Y la presentación y difusión del presente estudio se llevará a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2024.

2.5 Utilidad de los resultados

Los resultados que se obtengan a partir de este proyecto de investigación, nos permitirán conocer las actitudes de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de Salud (SCS) hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares. La valoración de este componente es determinante para la relación de ayuda que se establece entre la

enfermera y el paciente. El individuo y su familia constituyen la unidad básica de atención de la profesión de enfermería, que reconoce y satisface de manera integral las necesidades de los individuos y sus familias. Es por esto que, su identificación permitirá implementar medidas para mejorar la prestación de cuidados.

2.6 Recursos y presupuesto

Para la elaboración de este proyecto de investigación se estimaron los siguientes recursos humanos y materiales, adjuntos en el ANEXO IX. El presupuesto total y estimado para llevar a cabo el estudio ascendería a 3.314,13 €, distribuidos de la siguiente manera en cuanto a recursos humanos y materiales:

A) Recursos humanos

Se contratará a un profesional estadístico para realizar un análisis de los datos recogidos.

B) Recursos materiales

- Espacio físico: Para poder llevar a cabo el grupo focal se necesitará una sala acondicionada y de ambiente tranquilo.
- Material fungible: Se necesitarán folios DinA4, bolígrafos, una grapadora y grapas. Igualmente, se precisará de cartuchos de tinta y de el coste de algunas fotocopias para cumplimentar los formularios y el consentimiento en formato papel, si fuese necesario.
- Material inventariable: Se requerirá de un ordenador portátil, una impresora, una cámara de vídeo para filmar el grupo focal y de las licencias de los paquetes estadísticos.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De la Cruz Ruiz M. Cuidado Humanizado de enfermería según la Teoría de Jean Watson. Rev enferm Herediana. 2016; 9 (2): 127-136.
2. Pichardo Meza MA, Zúñiga Rodríguez MC. Atención de enfermería brindada a jóvenes en dos centros de salud comprado con la Teoría de Watson. Rev Enfermería Actual en Costa Rica. 2013; 23: 1-20.
3. Valverde Gefaell C, Sentís Sahun E. La comunicación terapéutica. En: Valverde Gefaell C, directora. Comunicación terapéutica en enfermería. Enferteca: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2020. P. 14-26.
4. Erickson ME. Relación entre el paciente y el profesional de enfermería: una relación de ayuda. En: Balzer Riley J, coordinadora. Comunicación en Enfermería. 9ª ed. ELSEVIER; 2021. P. 17-31.
5. Allamde Cusso R, Macías Seda J, Porcel Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Cul. Cuid. [Internet]. 26 de diciembre de 2019 [Consultado 25 de marzo de 2023];23(55):78-84. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n55-la-relacion-enfermera-paciente-identidad-historica-meto>
6. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 26-36. DOI: [10.17151/hpsal.2016.21.1.3](https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3)
7. Young P, Hortis de Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chile [Internet]. 2011 [Consultado 25 de Marzo de 2023]; 139: 807-813. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n6/art17.pdf>
8. Naranjo-Hernández Y. Impronta de la obra de Florence Nightingale en formación de recursos humanos de Enfermería. Rev Inf Cient [Internet]. 2020 [Consultado 25 de Marzo de 2023]; 99(6): 609-619. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3100>
9. Ramirez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería universitaria; ELSEVIER [Internet]. 2015 [Consultado 25 de Marzo de 2023]; 12 (3): 134-143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
10. Moreno-Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. Aquichan [Internet]. 2013 [Consultado 25 de Marzo de 2023]; 13(2): 146-147. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200001&lng=en.

11. Machín EI. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [Consultado 4 de Abril de 2023]; 31(3):1. Disponible en: <https://search-ebscobhost-com.aaccedys2.bbt.k.uil.es/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116367305&lang=es&site=ehost-live>
12. Valencia Contrera MA, Melita Rodríguez A. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. BENESSERE [Internet]. 2022 [Consultado 6 de abril de 2023]; 6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>.
13. La comunicación. [Internet]. [Consultado 17 de Marzo del 2023]. Disponible en: <https://ceccsica.info/sites/default/files/inline-files/1.3.6%20Herramienta%20La%20Comunicaci%C3%B3n.pdf>
14. Herrera Peco I, García Campayo J. Introducción a la comunicación humana. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21 : Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2017. P. 261-265.
15. Espín Lorite E, Noriega Matanza C, Elorza Puyadena MI, Lasa Labaca G. Aplicación de los cuidados de relación y comunicación en el proceso de enfermería. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2017. p. 59-70.
16. Ayzengart KN. Educación del paciente. En: Potter PA, directora. Procesos de Enfermería, 9ª ed. Elsevier; 2019. P. 319-326.
17. Reina G. N. C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico [Internet]. 2010 [Consultado 7 de Abril de 2023]; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
18. Crowe CA. Comunicación. En: Potter PA, directora. Procesos de Enfermería, 9ª ed. Elsevier; 2019. P. 299-308.
19. Gual A. ¿Qué son los estilos de comunicación y por qué son tan importantes? Identifica el tuyo, y si no te convence, ¡cámbialo!. [Internet]. Ángela Gual. [Consultado 8 de Abril de 2023] Disponible en: <https://www.angelaqual.com/que-son-los-estilos-de-comunicacion-y-porque-son-tan-importantes-identifica-el-tuyo-y-si-no-te-convence-cambialo/>
20. Vilchez Trigueros F, García Campayo J, Claraco Vega LM, Arévalo de Miguel E. Estilos de comunicación interpersonal. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2017. P. 93-109.
21. Juegas Celorio R, Álvarez Alonso M, Otero del Castillo B, García Meré B. La importancia del modelo biopsicosocial frente al modelo biomédico en el trabajo social sanitario [Internet]. Revista Ocronos: Editorial Científico-Técnica Ocronos;

- 2020 [Consultado 20 de Marzo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>
22. Equipo editorial, Etecé. Comunicación escrita [Internet]. concepto.de. ; 2021 [Consultado 7 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/comunicacion-escrita/>
23. Equipo editorial, Etecé. Comunicación oral [Internet]. concepto.de. ; 2021 [Consultado 7 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/comunicacion-oral/>
24. Peiró R. Comunicación verbal [Internet]. Economipedia; 2020 [Consultado 20 de Marzo de 2023]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/comunicacion-verbal.html?nab=0>
25. Lavín Meruelo L. La entrevista en enfermería: una habilidad comunicativa [tesis doctoral]. Cantabria: Universidad; 2013.
26. Herrera Peco I, Moratalla Rodríguez G, Pedregal González M. Comunicación verbal (I): entrevista, primer contacto y recogida de datos. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2017. P. 287-297
27. García Hernández MA, Martínez Garrido CA, Martín Martín N, Sánchez Gómez L. La entrevista [Tesis doctoral en línea]. Madrid: Universidad Autónoma; 2006 [Consultado 22 de Marzo de 2023]. Disponible en: http://www2.uca.edu.sv/mcp/media/archivo/f53e86_entrevistapdfcopy.pdf?f
28. Herrera Peco I, Pedregal González M, Moratalla Rodríguez G. Comunicación verbal (II): informar en la entrevista. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21: Ediciones DAE (Grupo Paradigma)-, 2017. P.303-315.
29. Santos C, Shiratori K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. Enf Global [Internet]. 1 de febrero de 2008 [Consultado 24 de marzo de 2023]; 7(1). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/912>
30. Herrera Peco I, García Campayo J, Orozco González F. Comunicación no verbal. En: Noriega matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21:Ediciones DAE (Grupo paradigma); 2017. P. 267-283.
31. Balzer Riley J. La empatía. En: Balzer Riley J, coordinadora. Comunicación en Enfermería. 9ª ed. ELSEVIER; 2021. P. 92-106.
32. La ciencia del Respeto. Naciones Unidas [Internet]. [Consultado 24 de Marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/respect.html>
33. Erickson ME. Demostración de Respeto. En: Balzer Riley J, coordinadora. Comunicación en Enfermería. 9ª ed. ELSEVIER; 2021. P. 77-84.

34. Balzer Riley J. Uso del humor. En: Balzer Riley J, coordinadora. Comunicación en Enfermería. 9ª ed. ELSEVIER; 2021. P. 137-146.
35. Villán Gaona JL, Gaona Ordoñez CE, Carrero Gutiérrez ZA. Risoterapia: Una terapia complementaria a la medicina occidental. Revista Med [Internet] 2018 [Consultado 25 de Marzo de 2023]; 26 (2): p.36-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7311173>
36. Herrera Peco I, Aseguinolaza Chopitea A, Tazón Ansola P. Escucha activa. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2017. P. 149-159
37. Mirón González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Rev Eso Com Sal [Internet]. 2010 [Consultado 9 de Abril de 2023]; 1(1): P. 39-49. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ruben-Miron-Gonzalez/publication/260077209_Breaking_bad_news_nursing_perspective/links/0f31752f50c2973b07000000/Breaking-bad-news-nursing-perspective.pdf
38. Herrera Peco I, Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Comunicación verbal (IV): dar malas noticias. En: Noriega Matanza C, coordinadora. Relación y comunicación. Enfermería 21: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2017. P. 335-345.
39. Elizonzo Vincenzi G, Ruiz Loría V, Echevarría Flores AS. Comunicación de malas noticias. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos [Internet]. [Consultado 25 de Marzo de 2023]; 6(2): p. 31–38. Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.389>
40. Giménez Espert, MC. Actitudes hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía en la enfermería [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad; 2016.
41. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias [Internet]. Servicio Canario de Salud- Gobierno de Canarias [Consultado 24 de Abril 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=e5ca8e6c-2e0b-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
42. Recursos Humanos [Internet]. Servicio Canario de Salud - Gobierno de Canarias [Consultado 25 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2021/organizacion/recursos.html>
43. Órganos del SCS. Servicio Canario de Salud [Internet]. Servicio Canario de Salud - Gobierno de Canarias. [Consultado 19 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organos.jsp#:~:text=El%20Servicio%20Canario%20de%20la,de%20Salud%20de%20El%20Hierro>

44. Glosario de términos-definiciones y aclaraciones [Internet]. Ministerio de Sanidad Gobierno de España.[Consultado 3 de Mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/GLOSARIO_DE_TERMINOS.pdf
45. Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Canarias. Servicio Canario de Salud - Gobierno de Canarias. [Internet]. [Consultado 19 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/RegistroCentros/results.xhtml>
46. Atención Primaria de Tenerife - Memoria 2021 [Internet]. Servicio Canario de Salud - Gobierno de Canarias. [Consultado 20 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/138d1deb-bf44-11e1-d8f9-6e1e3111f506c/MEMORIAATENCI%C3%93NPRIMARIATENERIFE2021.pdf>
47. NNN Consult [Internet]. Elsevier, 2023. [Consultado 21 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbt.ull.es/nic>
48. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294, de 6 de Diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
49. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Fuden; 2019.
50. Giménez-Espert MC, Maldonado S, Pinazo D, Prado-Gascó V. Adaptation and Validation of the Spanish Version of the Instrument to Evaluate Nurses' Attitudes Toward Communication With the Patient for Nursing Students. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12: 1-9. DOI: [10.3389/fpsyg.2021.736809](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.736809)
51. Colegio Médico de Honduras. Principios de la ética de la investigación y su aplicación. *REV MED HONDUR*. 2012; 80 (2): 75-76.

4. ANEXOS

Anexo I : Cuestionario ACO

1	2	3	4	5
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>

1.-	Estoy nervioso cuando informo al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	1	2	3	4	5
2.-	Me pone nervioso cuando informo al paciente y/o familiar del modo de ponerse en contacto con otros Servicios.	1	2	3	4	5
3.-	Estoy nervioso cuando explico el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	1	2	3	4	5
4.-	Estoy nervioso cuando doy tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	1	2	3	4	5
5.-	Me pone nervioso facilitar información al paciente y/o familiar que le ayude a prepararse para el alta.	1	2	3	4	5
6.-	Me pone nervioso facilitar información al ingreso al paciente y/o familiar.	1	2	3	4	5
7.-	Me pone nervioso facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	1	2	3	4	5
8.-	Me pone nervioso informar al paciente y/ o familiar de los nombres del médico y enfermera responsables.	1	2	3	4	5
9.-	Estoy nervioso cuando facilito información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	1	2	3	4	5
10.-	Me pone nervioso identificar lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	1	2	3	4	5
11.-	Me pone nervioso informar al paciente y/ o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	1	2	3	4	5
12.-	Me pone nervioso explicar el procedimiento que voy a realizar al paciente y/o familiar.	1	2	3	4	5

13.-	Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información al ingreso que le he facilitado.	1	2	3	4	5
14.-	Suelo fomentar que el paciente y/o familiar me pregunte cuando facilito información al ingreso en la unidad.	1	2	3	4	5
15.-	Suelo informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	1	2	3	4	5
16.-	Suelo reforzar y clarificar la información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	1	2	3	4	5
17.-	Suelo facilitar información al paciente y/o familiar para obtener el consentimiento informado.	1	2	3	4	5
18.-	Suelo comprobar que el paciente y/o familiar ha entendido la información sobre el alta.	1	2	3	4	5
19.-	Suelo dejar tiempo al paciente y/o familiar para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	1	2	3	4	5
20.-	Suelo facilitar información al paciente y/o familiar de cómo colaborar durante la realización del procedimiento.	1	2	3	4	5
21.-	Suelo tratar de conocer lo que el paciente y/o familiar ha entendido para poner en práctica después del alta.	1	2	3	4	5
22.-	Es importante informar al paciente y/o familiar de cómo orientarse en la unidad (horas de visita, rutinas).	1	2	3	4	5
23.-	Es necesario informar al paciente y/o familiar sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.	1	2	3	4	5
24.-	Es necesario facilitar la información sobre el alta de los cuidados de enfermería al paciente y/o familiar.	1	2	3	4	5
25.-	Es necesario colaborar con otros miembros del equipo sanitario facilitando información que permita la continuidad de cuidados.	1	2	3	4	5

Anexo II : Datos sociodemográficos

El objetivo general de este proyecto de investigación es determinar las actitudes hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares que poseen las profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Debido a la necesidad de recopilar información para el presente estudio, resulta preciso que complete este cuestionario. Se les ruega participación garantizando su anonimato.

1.-	Edad
------------	-------------

_____ años.

2.-	Sexo
------------	-------------

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no responder

3.-	Formación
------------	------------------

- Diplomado en Enfermería
- Graduado en Enfermería
- Especialidad EIR
- Máster
- Doctorado
- Otros (*Especificar*):

4.-	Lugar de trabajo
------------	-------------------------

- Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)
- Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Anexo III : Grupo focal

1. ¿Considera que tiene buenas habilidades de comunicación?
2. ¿Qué estilo de comunicación considera como predominante en su relación con el paciente?
3. A lo largo de su formación ¿recibió conocimientos de comunicación?
4. ¿Qué factores internos y externos en la comunicación, pueden influir en la interacción del equipo sanitario?
5. ¿Qué habilidades comunicativas utiliza durante el desarrollo de su trabajo?
6. Desde su punto de vista, ¿cómo caracterizaría la comunicación entre los miembros del equipo de salud?

Anexo IV : Carta de presentación

Estimado Sr/a. Director/a Gerente:

Mi nombre es Alba Abanades Fernández, alumna de 4º del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna en la sede de Tenerife. Me dirijo a ustedes para presentarles e informales sobre mi proyecto de investigación titulado “La importancia de la comunicación en los cuidados de enfermería”, que se llevará a cabo tanto en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) como en los Centros de Salud que se encuentren bajo el mando de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

El objetivo principal de este proyecto es determinar las actitudes de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de Salud hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares, para lo que necesito efectuar unos cuestionarios a las enfermeras y también un grupo focal con aquellas profesionales de enfermería que deseen participar. Por lo tanto, pido su colaboración para la realización de este proyecto.

Como investigadora principal, les aseguro que cuento con todos los permisos necesarios para realizar este estudio. Y, además les garantizo que mantendré el anonimato de todas las enfermeras que deseen formar parte del mismo. Asimismo, me comprometo a enviarles los resultados del proyecto tan pronto como se conozcan.

No duden en ponerse en contacto conmigo en la siguiente dirección de correo electrónico, si tuvieran alguna pregunta:

xxxxxxx@gmail.com

Reciban un cordial saludo,

Alba Abanades Fernández

Anexo V : Consentimiento informado

Le informamos sobre el desarrollo de un proyecto de investigación que se está llevando a cabo sobre la importancia de la comunicación en los cuidados de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

El beneficio que se pretende alcanzar al realizar este proyecto de investigación es determinar las actitudes de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de Salud (SCS) hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares.

Es por esto que requerimos de su colaboración, para que después de obtener los resultados, podamos analizarlos y así cumplir con nuestros objetivos.

Toda la información será tratada de manera confidencial y se mantendrá siempre el secreto profesional.

Yo _____ (*nombre y apellidos*) de ____ (*edad en años*) años y DNI _____ acepto participar en el proyecto de investigación “La importancia de la comunicación en los cuidados de enfermería”. Mi participación es totalmente voluntaria, por lo cual, y para que conste, firmo el presente consentimiento informado junto al profesional que me brinda la información.

Firma:

Hoy, _____ de _____ de 20 ____

Anexo VI : Solicitud de autorización

Gerencia: _____
Servicio Canario de Salud

Estimado Sr/a. Director/a Gerente:

Mi nombre es Alba Abanades Fernández, alumna de 4º del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna en la sede de Tenerife. Me dirijo a ustedes por medio de este escrito con la finalidad de informarles sobre el desarrollo de un proyecto de investigación y solicitar así la autorización y permisos requeridos para la realización del mismo.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es determinar las actitudes de las profesionales de enfermería del Servicio Canario de Salud hacia la comunicación con el paciente y/o sus familiares. El estudio tendrá una duración aproximada de 24 meses.

A continuación se adjunta una copia del proyecto y el informe del Comité Ético de Investigación Clínica.

Como investigadora principal, solicito la autorización correspondiente para la realización de este estudio.

Atentamente,

Fdo. Alba Abanades Fernández

Investigadora principal del proyecto

Teléfono de contacto: +34 000 000 000

xxxxxxx@gmail.com

A día ____ de _____ de 20 ____ en _____ .

Anexo VII : Carta de autorización al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud

Estimado Sr./a,

Mi nombre es Alba Abanades Fernández y me dirijo a ustedes con el objetivo de solicitarles la valoración y opinión de un proyecto de investigación de carácter mixto titulado “La importancia de la comunicación en los cuidados de enfermería”.

A continuación se adjunta una copia del proyecto de investigación con sus anexos correspondientes.

Quedo a su entera disposición para cualquier consulta que deseen realizar.

Atentamente,

Fdo. Alba Abanades Fernández

Investigadora principal del proyecto

A día ____ de _____ de 20 ____ en _____ .

Anexo VIII : Cronograma

La importancia de la comunicación en los cuidados de enfermería.

Primera fase:

2023										
E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P		
<i>Búsqueda y revisión bibliográfica</i>										
<i>Diseño del proyecto de investigación</i>										
<i>Solicitud y obtención de permisos</i>										

Segunda fase:

2023			2024							
O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O
<i>Recogida de datos</i>										
<i>Análisis e interpretación de datos</i>										

Tercera fase:

2024			
S E P	O C T	N O V	D I C
<i>Elaboración y proyecto final</i>			
<i>Presentación y difusión de los resultados</i>			

Anexo IX : Recursos y presupuestos

Presupuesto del proyecto de investigación: "La importancia de la comunicación en los cuidados de enfermería".

Recursos Humanos

Concepto	Cantidad	Total (€)
Estadístico	1	800 €

Recursos Materiales

	Concepto	Cantidad	Total (€)
<u>Material fungible</u>	Folios DinA4	100	4,32 €
	Bolígrafos	4	2 €
	Grapadora	1	6,79 €
	Paquete de grapas	2	1,90 €
	Impresiones	50	1,50 €
	Cartucho de tinta	2	46,06 €

	Concepto	Cantidad	Total (€)
<u>Material Inventariable</u>	Ordenador portátil	1	798,99 €
	Impresora	1	89,90 €
	Cámara de vídeo	1	69,99 €
	Paquetes estadísticos	2	1492,68 €

TOTAL =	3.314,13 €
----------------	-------------------

