



# EXPLORACIÓN DEL PROCESO COMUNICATIVO EN ESTUDIANTES DEL GRADO DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD GRAVE

EXPLORATION OF THE COMMUNICATIVE PROCESS IN UNDERGRADUATE  
NURSING STUDENTS IN THE CONTEXT OF SERIOUS ILLNESS

---

---

*Enrique Sáez-Álvarez<sup>a\*</sup>, Eva Suanes-Poveda<sup>b</sup>  
y Pilar Medrano-Ábalos<sup>c</sup>*

Fechas de recepción y aceptación: 23 de octubre de 2020 y 17 de diciembre de 2020

## RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación es analizar cómo los participantes perciben su protagonismo durante el proceso de la comunicación de malas noticias, a partir de una muestra de estudiantes de tercer curso de grado de Enfermería, a los que se les ha administrado el cuestionario *Patient Communication Pattern Scale* sobre su percepción del recibimiento de malas noticias y su propia asimilación. Los principales resultados sugieren que los sujetos se perciben a sí mismos con altas puntuaciones en información, clarificación, iniciación y preferencias, y menores puntuaciones en la subescala de emociones.

*Palabras clave:* comunicación, aceptación, muerte, malas noticias, enfermedad terminal.

<sup>a</sup> Enfermero. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

\* Correspondencia: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Facultad de Enfermería. Calle Espartero, 7. 46007 Valencia. España.

E-mail: enriquejesus.saez@ucv.es

<sup>b</sup> Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos. Fundación Instituto Valenciano de Oncología.

<sup>c</sup> Enfermera. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.



## ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze how the participants perceive their role during the process of communicating bad news, through a sample of third-year undergraduate students of Nursing, who have been provided with the Patient Communication Pattern Scale about their perception of receiving bad news and their own assimilation. The main results suggest that subjects perceive themselves with high scores in information, clarification, initiation and preferences. Likewise, they show high correlations between own and inferred scores.

*Keywords:* communication, acceptance, death, bad news, terminal disease.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han desarrollado varias medidas acerca de los patrones de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes a los que estos tratan.

En este sentido, los diferentes instrumentos diseñados han intentado realizar evaluaciones, por un lado, acerca de cómo los profesionales perciben tal interacción, lo cual, sin duda, es de suma utilidad porque ofrece una perspectiva autocrítica que puede ayudar en su mejora y optimización, con la ventaja de contar con un cuerpo científico como base de dicha perspectiva. Sin embargo, esta unidireccionalidad presenta algunas debilidades que es importante describir. La primera de ellas es que no evalúa el impacto que una interacción (por planeada, basada en datos o la experiencia, o por metodológicamente correcta que sea) provoca en los sujetos en los que se aplica. La segunda es que carece de la proyección de la experiencia de estos, su nivel de comprensión, sus propias necesidades e idiosincrasias.

Y, en tercer lugar, aunque sin pretender explotar todas las particularidades de este asunto, la realidad de que olvida tanto el marco legislativo como el ético y moral en el que nos imbuimos actualmente, siendo este en el que debemos basar, al menos, gran parte de nuestra práctica asistencial. Así pues, la segunda manera de realizar una aproximación sería a la cuestión de la comunicación con el paciente que transita por los recovecos de una patología amenazante pasa por analizar las propias necesidades, opinión, el modo de ver y de percibir tal comunicación<sup>1</sup>.



Podríamos entonces plantear la cuestión con la siguiente pregunta: ¿Cómo perciben los pacientes la situación y procesos comunicativos en los que están, necesaria y obligatoriamente, inmersos?

La literatura al respecto ofrece algunas pistas, en este sentido, por ejemplo, Galassi, Schanberg y Ware<sup>2</sup> han desarrollado un cuestionario que incluye tres subescalas, dos de ellas para evaluar la contribución del personal médico en la interacción comunicativa, y la tercera en la que se investiga la habilidad del paciente para iniciar la comunicación en relación con su enfermedad. Por otra parte, Lerman et al.<sup>1</sup> elaboraron en 1990 el instrumento denominado *The Patients' Perceived Involvement in Care Scale*, el cual también incluye tres subescalas, una que mide la conducta médica, otra para evaluar el nivel de información del paciente y la tercera que mide el proceso de toma de decisiones del paciente considerando su grado de acuerdo o no con las pruebas y tratamiento médicos.

Por otra parte, en 2015, Ilan y Carmel<sup>3</sup> desarrollan en Israel el *Patient Communication Pattern Scale*, el cual fue construido a través de la literatura científica al respecto y tras una investigación de corte cualitativo con doce médicos oncólogos de varios centros de Israel. Tras este estudio desarrollan la escala, la aplican y validan con una muestra de 251 pacientes adultos.

Siguiendo, en parte, la anterior línea de investigación, los objetivos del presente trabajo se enfocan, por un lado, en el análisis del proceso comunicativo que las personas utilizan, con especial atención a la percepción manifestada por los participantes acerca de su protagonismo durante el proceso informativo médico-paciente y, por otro, se pretende recabar información acerca de la posible relación entre las actitudes propias hacia la comunicación y las que inferimos en las personas emocionalmente significativas.

## MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio se implementa un diseño transversal, descriptivo e inferencial, cuya población está formada por todos los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia (UCV). Se extrajo una muestra incidental de 125 participantes que cumplieron con



los siguientes criterios: estar cursando el grado de Enfermería en la UCV, pertenecer al tercer curso del grado; haber cursado 1.º, 2.º y 3.º en la misma institución; estar presente en el aula en el momento del pase de cuestionarios y participar de manera voluntaria.

Todos los participantes llevaron a cabo la cumplimentación del cuestionario *Patient Communication Pattern Scale* de manera personal (respuestas referidas a sí mismos) y de manera inferida (lo que los sujetos creen que contestaría una persona elegida por ellos).

### *Instrumentos de medida*

La recogida de datos se llevó a cabo utilizando el cuestionario *Patient Communication Pattern Scale* en su forma original, mediante traducción/retrotraducción al español/inglés efectuada *ad hoc* para el presente estudio (véase Anexo).

Este cuestionario está compuesto por catorce ítems que intentan evaluar cinco diferentes facetas de la comunicación. Factor 1: Información. Evalúa la transmisión clara de la información acerca de la enfermedad y sus síntomas por parte del paciente al médico. Factor 2: Clarificación. Busca la manera en que el paciente intenta que aspectos que no han quedado claros durante el proceso informativo sean clarificados. Factor 3: Iniciación. Es el propio paciente quien inicia la solicitud de información. Factor 4: Preferencias. El paciente guía al médico acerca de cuáles son sus preferencias de cara al tratamiento. Factor 5: Emoción. Cuanto el paciente informa de sus propios sentimientos y preocupaciones.

Para contestar el cuestionario, se sitúa al participante en el supuesto siguiente: “¿Cómo crees que reaccionarías si tuvieras una enfermedad muy grave, con posibilidades de morir?”.

En cuanto a la elección de la persona sobre la cual va a inferir su actitud, se le solicita al sujeto que responda a las mismas cuestiones con la siguiente premisa: “¿Cómo crees que reaccionaría y contestaría a las preguntas si quien tuviera esa enfermedad grave con posibilidades de morir fuera la persona que más quieres en el mundo?”.



### *Análisis estadístico*

Para evaluar la fiabilidad de las escalas se utilizó el alfa de Cronbach para las diferentes subescalas. Este es el índice más conocido para evaluar la consistencia interna, con estimaciones de .70 a .79 considerados moderados y valores de .80 o superiores considerados como alta fiabilidad<sup>4</sup>. Para el análisis descriptivo se han empleado puntuaciones directas, media, desviación típica y porcentajes. Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson para variables cuantitativas. Las correlaciones se consideraron de forma bidireccional significativas cuando  $p < 0.05$ , reflejando esto como un error menor o igual al 5 %. Las correlaciones, según los criterios de Cohen<sup>5</sup>, se consideraron de pequeño tamaño cuando  $r = .10$ , moderadas  $r = .30$  y grandes cuando  $r = .50$  o superior. En cuanto a la comparación de los datos se ha utilizado la t de Student en un análisis de muestras independientes. Para la significación estadística se ha empleado un punto de corte de .05 o menor.

### *Consideraciones éticas*

El estudio se realizó de acuerdo con los principios básicos para toda investigación biomédica, declaración de Helsinki y en conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, publicada el 14 de diciembre de 1999 en el BOE n.º 298, respetando los principios legales aplicables, nacionales y regionales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria. Así mismo, el presente trabajo se enmarca en el área de la competencia ante la muerte en estudiantes de grado de Enfermería, para lo cual se solicitó permiso al CEIC de la Universidad Católica de Valencia.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra una moderada consistencia interna en todas las dimensiones analizadas, información, clarificación, iniciación, preferencias y emociones.



TABLA 1  
*Análisis de fiabilidad*

		<i>Información</i>	<i>Clarificación</i>	<i>Iniciación</i>	<i>Preferencias</i>	<i>Emociones</i>
<i>Alpha</i>	<i>Propia</i>	0,62	0,64	0,51	0,58	0,55
<i>Cronbach</i>	<i>Inferida</i>	0,76	0,68	0,61	0,75	0,21

El análisis de fiabilidad de las puntuaciones inferidas muestra un patrón elevado de consistencia interna, excepto en la dimensión de “Emociones”

TABLA 2  
*Descripción de la muestra*

<i>N=125</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>	27	21,6
	<i>Femenino</i>	98	78,4
<i>E. Civil</i>	<i>Soltera/o</i>	116	92,8
	<i>Casado</i>	7	5,6
	<i>Sep/Div</i>	1	0,8
	<i>Viuda/o</i>	0	0,0
<i>Edad</i>	<i>Media</i>	<i>d.s</i>	
	22,4	5,6	

El perfil básico de la muestra (tabla 2) es de una participante de sexo femenino, soltera y con una media de edad de 22 años.

TABLA 3  
*Dimensiones comunicativas*

	<i>Información</i>	<i>Clarificación</i>	<i>Iniciación</i>	<i>Preferencias</i>	<i>Emociones</i>
<i>Media</i>	10,84	10,57	10,04	9,24	7,86
<i>S.d</i>	1,33	1,78	1,59	1,70	2,62
<i>Min/Más</i>	7-12	5-12	5-12	5,5-12	5-12



La tabla 3 muestra altas puntuaciones en todas las dimensiones comunicativas, con menores puntuaciones en las áreas de preferencias y comunicación de emociones.

TABLA 4  
Comparación por sexos

	Información	Clarificación	Iniciación	Preferencias	Emociones
Femenino	10,3	10,6	19,7	18,6	8,1
Masculino	10,9	10,5	20,1	18,4	7,7

TABLA 5  
Relación entre la edad y el patrón comunicativo

	Información	Clarificación	Iniciación	Preferencias	Emociones
Edad	0,149	0,184**	0,243*	0,055/.544	0,265*

\*p < .01. \*\*p < .05

El análisis de la relación entre los patrones comunicacionales de los participantes y las variables sociodemográficas no muestra diferencias por sexo, con puntuaciones muy parecidas (tabla 4), pero en cuanto a la variable edad se evidencian correlaciones positivas y estadísticamente significativas en las dimensiones de clarificación, iniciación y emociones.

TABLA 6  
Actitudes propias V/S inferidas

	Información otro	Clarificación otro	Iniciación otro	Preferencias otro	Emociones otro
Información Yo	.282*	.092	.155*	.199*	-.020
Clarificación Yo	.147	.303*	.154	.246*	.060
Iniciación Yo	.199*	.148	.441*	.189*	-.047
Preferencias Yo	.098	.245*	.172	.561*	.216*
Emociones Yo	-.011	.026	.030	.191	.376*

\*p < .01



Las correlaciones estadísticamente significativas más altas, entre moderadas y grandes, corresponden a los pares yo-inferido, siendo todas ellas de direccionalidad positiva.

## DISCUSIÓN

El hecho de que los estudiantes de grado de Enfermería se perciban a sí mismos como personas que solicitan información de su médico, buscan clarificación ante las dudas e inician la solicitud de información, son datos relevantes que pueden sugerir que, de media, estamos ante personas con ideas claras y, posiblemente, niveles saludables de asertividad. Sin duda esas características comunicativas les ayudarán en el momento en que tengan que enfrentarse a situaciones comunicativas de mayor intensidad, tanto como profesionales como potenciales usuarios del sistema sanitario.

Estos resultados parecen excesivamente prometedores. Por un lado, existe el sesgo de la deseabilidad social<sup>6</sup>, que nos indica que las personas no siempre contestan lo que realmente manifiestan con su conducta, sino aquello que creen que el investigador espera de ellos. Por otro lado, estos resultados no pueden ser extrapolados a la población general porque el estudio ha sido llevado a cabo solo con estudiantes de enfermería con una franja etaria muy concreta, lo cual es relevante al menos por dos motivos, uno porque son personas jóvenes, con poca experiencia de enfermedad, en la cual sus contactos médico-paciente propios han sido muy limitados y “nunca” de gravedad; y, por otra parte, porque son estudiantes de enfermería y esto puede haber condicionado sus respuestas y su modelo conductual, es decir, han aprendido a comportarse de una determinada manera, están familiarizados con el mundo sanitario y acostumbrados a relacionarse con el personal médico. Lógicamente, aunque estos resultados sean positivos, un estudio de seguimiento (longitudinal) sería muy interesante para ver si se mantienen las conductas elicitadas<sup>7</sup>.

Pero, más interesante aún, teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, son las relativamente bajas puntuaciones en el área relacionada con la guía al profesional de las preferencias de cara al tratamiento y, sobre todo, del menor nivel de información acerca de sus propios sentimientos y preocupaciones. Cabría esperar en el primer caso una relación positiva con el miedo a la muerte,



por lo que analizar esta hipótesis mejoraría la comprensión de este proceso. En la segunda dimensión, un análisis en profundidad (con métodos cualitativos) arrojaría luz, pudiendo esclarecer si cuestiones como la baja necesidad percibida de tales manifestaciones, el modelo asistencial predominante o la adecuación subjetivada de la idoneidad del interlocutor, entre otros, pudieran ser factores relacionados con dichos resultados.

Para finalizar, es interesante tener en cuenta el análisis de fiabilidad ya que, según nuestra revisión, el presente estudio no se ha llevado a cabo antes con una muestra española de estudiantes de grado de Enfermería, por lo que, tal y como Huh, Delorme y Reid<sup>8</sup> afirman, el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0,6 y que en estudios confirmatorios debe estar entre 0,7 y 0,8. Por lo cual los datos ofrecidos muestran una consistencia interna justa en dos dimensiones, pero suficiente en las otras tres.

Por último, se ha comprobado que los factores propios correlacionan de manera positiva y significativa con las puntuaciones inferidas. Dato llamativo y con implicaciones muy graves. Es decir, las puntuaciones propias e inferidas no son dos elementos aislados, como se podía prever. La implicación práctica de esto es muy importante. Y nos hace pensar en aspectos como, por ejemplo, la conspiración del silencio (si yo tengo miedo creo que mi ser querido también lo tiene) o en casos de tener que tomar una decisión por una persona que no es capaz de hacerlo por sí sola, de manera permanente o en un momento determinado (personas con enfermedades neurodegenerativas avanzadas, niños, personas en coma, etc.).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, et al. Patients' Perceived Involvement in Care Scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med.* 1990; 5: 29-33.
2. Galassi J, Schanberg R, Ware W. The Patient Reactions Assessment: A Brief Measure of the Quality of the Patient-Provider Medical Relationship. *Psychological Assessment.* 1992; 4: 346-351.
3. Ilan S, Carmel S. Patient communication pattern scale: psychometric characteristics. *Health Expect.* 2016; 19: 842-853.



4. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*. 1994; 6: 284-290.
5. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2.<sup>a</sup> ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1998.
6. Ferrando PJ, Chico E. Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de marlowe y crowne. *Psicothema*. 2000; 12: 383-389.
7. Eshbaugh E, Henninger W. Potential mediators of the relationship between gender and death anxiety. *Individual Differences Research*. 2013; 11: 22-30.
8. Jisu H, Delorme DE, Reid LN. Perceived Third-Person Effects and Consumer Attitudes on Prevetting and Banning DTC Advertising. *Journal of Consumer Affairs*. 2006; 40: 90-116.





	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
No pregunté al médico cuáles eran mis posibilidades de recuperación y cuánto tiempo me quedaba de vida	1	2	3	4	5	6
Discutí mis miedos y preocupaciones con el doctor	1	2	3	4	5	6
Cuando hablé con el médico acerca de mis emociones fue porque yo saqué el tema	1	2	3	4	5	6
Yo inicié la conversación acerca de mis preferencias de tratamiento	1	2	3	4	5	6
Le dejé claro al médico qué es lo más importante para mí en relación con mi enfermedad	1	2	3	4	5	6
Le di al médico información completa sobre los síntomas físicos que sufrí	1	2	3	4	5	6
Le expliqué mis problemas al médico de una manera directa y clara	1	2	3	4	5	6
Le pregunté al doctor cuáles son todos los tratamientos posibles para mi condición	1	2	3	4	5	6
Le pregunté al médico cómo se realiza cada tratamiento y cuáles son sus efectos secundarios	1	2	3	4	5	6
Le pregunté al médico cuáles son las posibilidades de recuperación para cada uno de los posibles tratamientos	1	2	3	4	5	6
Cuando algo en nuestras conversaciones no estaba claro para mí, le pedí al médico que lo explicara	1	2	3	4	5	6



	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Le dejó claro al médico qué es más importante para mí: calidad de vida o cantidad de vida	1	2	3	4	5	6
La decisión acerca de qué tratamiento elegir fue tomada por ambos, el médico y yo	1	2	3	4	5	6
Durante las conversaciones hice preguntas al doctor	1	2	3	4	5	6
No pregunté al médico cuáles eran mis posibilidades de recuperación y cuánto tiempo me quedaba de vida	1	2	3	4	5	6
Discutí mis miedos y preocupaciones con el doctor	1	2	3	4	5	6
Cuando hablé con el médico acerca de mis emociones fue porque yo saqué el tema	1	2	3	4	5	6
Yo inicié la conversación acerca de mis preferencias de tratamiento	1	2	3	4	5	6
Le dejó claro al médico qué es lo más importante para mí en relación con mi enfermedad	1	2	3	4	5	6

