



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015 - 2016

Trabajo Fin de Grado

**El papel de la comunicación en la relación terapéutica
enfermera-paciente en el periodo preoperatorio
(Revisión Bibliográfica)**

Alumno: Adrián Hernández Pons

Tutora: D^a Noema Estébanez Villar

Junio, 2016

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Objetivos	13
Material y métodos	14
Resultados y discusión	18
Conclusiones	27
Bibliografía	29

Resumen

La comunicación es un proceso fundamental en toda relación social: regula y hace posible la interacción entre individuos. En el entorno sanitario, los profesionales la utilizan como una herramienta fundamental a la hora de abordar las emociones de los pacientes y estimular cambios comportamentales en los mismos. Se quiere destacar la importancia de la comunicación enfermera-paciente dentro del entorno quirúrgico, centrándonos en la relación terapéutica ante el enfermo que va a someterse a cirugía, mediante la exposición y comprensión de algunos elementos clave de dicha relación, evidenciados por la literatura científica.

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas utilizando las palabras clave “enfermera-paciente”, “comunicación”, “preoperatorio” y “cirugía” y el operador booleano “AND” para la acotación de la búsqueda, filtrando los artículos por su adecuación al tema de estudio y la posibilidad de acceso libre a su texto completo. Además, ha sido utilizada bibliografía referencial.

En los resultados se resaltan los elementos que definen la entrevista centrada en el paciente, destacando el papel fundamental de la empatía, la asertividad y la escucha activa en la creación de una correcta relación terapéutica y que, usados de forma adecuada, están directamente relacionados con una mayor satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Se evidencia, asimismo, que las habilidades necesarias para desarrollar unas adecuadas competencias relacionales pueden ser aprendidas a través de formación específica proporcionada a los profesionales de la salud y que ello revierte en mayor satisfacción del usuario del Sistema Sanitario, así como en mayor satisfacción del profesional en el desarrollo de su ejercicio.

Palabras clave: comunicación, relación terapéutica, cirugía, entrevista centrada en el paciente.

Abstract

Communication is a fundamental process in every social relationship it regulates and makes possible interaction between individuals. In healthcare environment, professional people use it as an essential tool in addressing the emotions of patients and encourage behavioral changes in them. We want to emphasize the importance of the nurse-patient communication within the surgical environment, focusing on the therapeutic relationship with the patient who will undergo surgery, by exposing and understanding some key elements of that relationship, evidenced by the scientific literature.

It has carried out a bibliographical search in electronic databases using the keywords "nurse-patient relation", "communication", "preoperative" and "surgery" and the Boolean operator "AND" to delimit the search, filtering items for its adaptation to the subject of study and the possibility of free access to its full text. It has also been used referential literature.

In the results section are highlighted the defining elements of the patient-centered interview, highlighting the crucial role of empathy, assertiveness and active listening on creating a successful therapeutic relationship and, used properly, are directly linked with greater patient satisfaction with care received. There is also evidenced that abilities necessary to develop appropriate relational skills can be learned through specific training provided to healthcare professionals and it results in increased user satisfaction with Healthcare System, as well as a more satisfied professional.

Keywords: communication, therapeutic relationship, surgery, patient-centered interview.

Introducción

La palabra comunicación tiene su origen en el latín “comunicare”, que significa poner en común. Para colocar alguna cosa en común, es necesario que haya el entendimiento de las partes comprometidas, siendo que para este entendimiento, debe haber inicialmente la comprensión de lo que es comunicado¹.

La comunicación es la base de la interacción social entre miembros de una misma especie y forma parte de la historia del ser humano en la sociedad. A través de la comunicación, las personas obtienen información respecto a su entorno y pueden utilizarla o compartirla con el resto. Su fundamento es construir una relación entre emisor y receptor, mediante el envío de señales (sonidos, gestos, etc.) con la intención de dar a conocer un mensaje. Para que la comunicación sea exitosa, el receptor debe contar con las habilidades que le permitan descodificar el mensaje e interpretarlo. El proceso puede revertirse cuando el receptor responde y se transforma en emisor (pasando el emisor original a ser el receptor del acto comunicativo)².

Los elementos que componen al acto comunicativo son el código (un sistema de signos y reglas que se combinan dando formato al mensaje), el canal (el medio físico a través del cual se transmite la información), el emisor (quien envía el mensaje) y el receptor (a quien va dirigido)².

El tipo de código utilizado permite una división en dos tipos de comunicación: verbal y no verbal, así como su división en subtipos: verbal escrita, verbal oral, no verbal visual (colores, luces), no verbal gestual (agitar los brazos, levantar las cejas) y no verbal acústica (carraspeo, sirena de ambulancia)².

La comunicación puede verse afectada por lo que se denomina “ruido”, perturbaciones que dificultan el normal desarrollo de la señal en el proceso (afonía del hablante, ortografía defectuosa)².

Al hablar de los filtros hacemos referencia a las barreras mentales (tanto del emisor como del receptor), que surgen de los valores, experiencias previas, expectativas, prejuicios, etc.; importantes por poder interferir en el acto comunicativo incluso desde antes de que se produzca el encuentro entre emisor y receptor. Por ejemplo, el estrés al que está sometido el enfermo interfiere, como filtro, en muchas ocasiones, en su capacidad de escucha, atención y asimilación^{3,4}.

En el caso de los seres humanos, la comunicación es un acto propio de la actividad psíquica, que deriva del pensamiento, el lenguaje y del desarrollo de las capacidades psicosociales de relación. La importancia del intercambio de mensajes reside en que permite al individuo influir en los demás y a su vez ser influido. Joyce Travelbee, citado por Bouwman Chistóforo, Sanson Zagonel y Carvalho⁵, considera la comunicación el medio por el cual el hombre domina su soledad y se convierte en parte del grupo, y señala que los momentos de soledad son partidarios de la comunicación interpersonal.

La comunicación es la herramienta básica para la relación interpersonal y, a través de ella, se abordan las emociones de los pacientes y se estimulan los cambios comportamentales de los mismos⁴. Por ello, es importante cuidar tanto el nivel verbal de la comunicación como el no verbal.

Las características psicosociales del individuo receptor dependerán de su personalidad, su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación, y van a influir de manera decisiva en su forma de comunicarse².

En el mundo sanitario, la comunicación es esencial para conocer las necesidades humanas y, para la Enfermería, una comunicación apropiada supone un pilar fundamental en la relación de cuidado, ya que, utilizada adecuadamente, promoverá el desarrollo de las capacidades inherentes al paciente que su situación de ansiedad ha bloqueado⁶.

La diferencia entre informar y comunicar es importante en este ámbito. Informar es un camino que solamente tiene un sentido, sin esperar respuesta. La comunicación precisa, sin embargo, que el receptor, después de descifrar y evaluar el mensaje, emita el mensaje de respuesta, que tendrá que ser igualmente entendido y evaluado por el primer emisor⁷. El proceso de comunicar implica que los pacientes sean capaces de formular todas las preguntas que les permitan clarificar las dudas sobre su salud y que están en condiciones de interactuar con los profesionales sobre los diferentes cursos de acción diagnóstica y terapéutica⁸.

Se pretende crear, en el encuentro enfermera-paciente, un vínculo o “relación terapéutica/de ayuda” que permita al paciente involucrarse en su proceso de enfermedad. Entendemos la relación de ayuda, según C. R. Rogers, como *“aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”*⁵. Lo que se pretende en la relación de ayuda es favorecer que las personas utilicen sus propios recursos para afrontar sus problemas, nunca ser paternalista ni autoritario¹⁰. Para H. Peplau, además, necesariamente, *“las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona”*¹¹. Para J. Travelbee, citado por Bouwman Chistóforo, Sanson Zagonel y Carvalho⁵, la interacción enfermera-paciente es *“un encuentro único y original que representa el comienzo de interacciones posteriores”* y señala que la Enfermería debe utilizar sus conocimientos científicos y personales para ayudar al paciente a encontrar el significado de su enfermedad.

Algunos autores consideran a la relación de ayuda como “un cuidado esencial” de la profesión enfermera¹², cuya utilidad será máxima en aquellas situaciones en las que aparecen alteraciones emocionales (angustia, ansiedad, desmotivación, miedo, rabia)⁴.

Históricamente, existen varios tipos de relación de ayuda (autoritario, cooperativo, paternalista, etc.), pero lo correcto dentro de las profesiones sanitarias y, especialmente la profesión enfermera, es que utilicemos una relación de ayuda de

tipo empático¹⁰. Entendemos la empatía como “sentir desde dentro del otro”, pero sin anular, en ningún caso, la distancia, lo que permitirá, posteriormente, tomar perspectiva de la situación y ayudar al otro a encontrar la mejor forma de afrontarla. La empatía permite comprender de manera ajustada el mensaje que el otro comunica¹⁰.

Ha de tenerse en cuenta que la relación terapéutica se establece en condiciones de asimetría: el profesional es parte libre y autónoma, mientras el paciente es parte frágil o dependiente. En estas condiciones, se establece un deber ético complementario como una forma de autoexigencia por una de las partes, el profesional, que intenta adaptarse a las necesidades del otro, no para aplicar su criterio con un paternalismo impositivo, sino para ayudar al paciente en condiciones de fragilidad a elegir la mejor opción para él⁷.

Una comunicación efectiva tiene que permitir una correcta interpretación de los mensajes entre enfermera y paciente, e implica conceptos e ideas, sentimientos, acuerdos y proximidad física, alcanzada mediante lenguaje corporal (gestos, posturas, expresiones faciales, tacto), organización espacial y distancia de relación entre los individuos³. Esto es, según Shapiro, en su libro “Neuro-Linguistic programming”, citado por Pons¹³, *“el auténtico significado de cualquier comunicación no es tanto lo que el emisor pretende decir, sino el efecto que esta comunicación provoca en el receptor”*.

La comunicación adecuada para una correcta relación terapéutica es, pues, responsabilidad de la Enfermería y debemos, con ella, crear en el paciente la percepción de que cuenta con nosotros como profesionales y que de esta relación puede obtener mucho beneficio para enfrentarse, con sus propios recursos, a su proceso. Cuando el usuario siente que dirige su proceso, aumenta enormemente su implicación en los acuerdos y aumenta, por tanto, la probabilidad de un cambio comportamental duradero⁴.

Por ello, hay que tener en cuenta los factores que influyen en el proceso de la comunicación dentro del ámbito terapéutico^{2, 14-16}, y que son:

- **Periodo evolutivo:** El incremento del lenguaje, psicosocial e intelectual, pasa por diferentes etapas. Saber en qué etapa de desarrollo y crecimiento se encuentra el paciente permite que los profesionales de la salud modifiquen el mensaje y los códigos.
- **Género:** Los hombres y las mujeres se comunican de forma diferente. Las mujeres utilizan un lenguaje en busca de confirmación, quieren establecer intimidad y minimizar las diferencias. Los varones lo hacen para acortar su situación dentro de un grupo determinado.
- **Valores y creencias:** Normas y percepciones que simbolizan la visión personal de un acontecimiento. Las personas poseen rasgos de experiencias vitales, valores únicos, y personalidad, de manera que cada ser interpretará y percibirá la información de una distinta forma.
- **Espacio personal:** Toda persona prefiere guardar una distancia con otra. La prosémica es el estudio del espacio que debe existir entre una persona y otra durante sus interacciones. La comunicación varía de acuerdo a distancias: distancia íntima, entre personas o interpersonal; distancia social y distancia pública. Para nuestro caso nos interesan las dos primeras. La comunicación en la distancia íntima se caracteriza por olores corporales, el vínculo personal, un bajo tono de voz y sensaciones intensas de calor. La percepción es intensa, se limita a una pequeña parte del cuerpo. Los profesionales de la salud usan esta distancia íntima con frecuencia, debiendo ser especialmente escrupulosos en no invadir al paciente. En este sentido, la otra distancia que se usa con frecuencia en el entorno quirúrgico, la distancia entre personas, resulta menos preocupante que la distancia íntima. Estos aspectos hay que tenerlos en cuenta porque ayudan a compartir sentimientos e ideas. El contacto físico es necesario, pero también puede generar incomodidad en el caso de que se supere el límite del espacio personal del paciente sin haber establecido una relación de confianza.
- **Territorialidad:** El individuo considera que le pertenece cierto espacio y cosas. El territorio que marcan los individuos puede ser visible o no para los demás. Así, los usuarios ingresados aprecian como propio el territorio que está

delimitado por las cortinas que están alrededor de su cama o por paredes en el caso de habitaciones. El personal de salud debe aceptar esta inclinación humana a exigir un territorio.

- **Roles y relaciones:** Influyen sobre el proceso de la comunicación entre el emisor y el receptor. La relación como profesional de la salud o paciente modulan la selección de las palabras, el tono de voz o la estructura de las frases.
- **Entorno:** Si el entorno en que se desenvuelven las personas es agradable existirá mejor comunicación. Los ambientes excesivamente ruidosos, las temperaturas extremas y los lugares poco ventilados dificultan la comunicación. De igual manera, la falta de intimidad puede complicar la transmisión del mensaje que el paciente considera privado.
- **Isomorfismo entre formas:** En una comunicación lógica, el aspecto verbal y no verbal del mensaje se corresponden. Al individuo le resulta fácil dar confianza al profesional de enfermería cuando se da cuenta que se comunica de forma coherente. Esto ayudará a evitar problemas de comunicación.
- **Actitudes interpersonales:** Éstas transmiten pensamientos, sentimientos, creencias, acerca de los acontecimientos y personas, llegando a otros de un modo rápido y convincente. Las conductas de respeto, cariño, aceptación, calor, etc., mejoran la comunicación, en tanto que la falta de interés, la frialdad, la condescendencia, la inhiben.

En este sentido, el respeto es una forma que da énfasis a la individualidad y vida de otra persona. Emiten sensación de que los sentimientos y las esperanzas de las personas son especiales y únicas, no importando el parecido que tengan con muchos otros. El respetar a otros significa escuchar sin prejuicios, aunque se esté en desacuerdo con muchas de las respuestas.

Actualmente se considera la comunicación como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse. Estos aspectos, incluso, vienen avalados por la evidencia de estudios que

demuestran que una adecuada comunicación repercute en una mayor confianza en la relación profesional de la salud-paciente, en una mayor adhesión terapéutica por parte de este último, en una disminución de las prescripciones terapéuticas, en mejores resultados clínicos en el curso de las enfermedades y en una disminución de las demandas contra los profesionales¹⁷.

Los pacientes que esperan una intervención quirúrgica experimentan, por lo general, distintos temores y esperanzas. Es función del personal de enfermería determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del paciente para progresar durante el periodo quirúrgico, para lo que se requiere de determinadas habilidades y actitudes⁵. Si la enfermera se muestra comprensiva y no apresurada, invita a la confianza del paciente¹⁸.

En el caso particular del paciente quirúrgico es fundamental otorgar una información de calidad, la cual muchas veces es omitida y dada por hecho, como también pueden ser ignorados, en mayor o menor medida, los miedos del paciente y familiares a la intervención y los cuidados postquirúrgicos¹⁸. En el caso de los niños, sabemos que responden a sus miedos de una manera diferente a la de los adultos, no comprendiendo con claridad el entorno quirúrgico. La forma correcta de abordar al niño en esta etapa será hacerle confiar en que su operación le hará sentir mejor, nunca engañándole sobre ningún aspecto de la cirugía (especialmente sobre el dolor), preparándole para cada paso que se va a tomar mientras todavía esté despierto¹⁸.

El proceso quirúrgico resulta siempre, aunque con variación en la intensidad de los sentimientos, traumático para el paciente debido a su complejidad, por los muchos protocolos quirúrgicos y anestésicos, las barreras físicas e, incluso, las barreras mentales que suponen éstas: la espera en el tránsito, el propio quirófano...

Podemos definir la cirugía como *“una alteración anatómica planeada del organismo humano, ideada para detener, aliviar o extirpar algún proceso patológico”*. Desde el punto de vista del paciente, la cirugía¹⁹:

1. Es un acto de fe: confía ciegamente en el cirujano que le propone la intervención como algo necesario.
2. Es un acto de sumisión: ligado estrechamente al acto de fe, se somete a todas las acciones y procedimientos que los profesionales sanitarios consideran oportunos para su enfermedad.
3. Es una invasión radical de su intimidad: su cuerpo queda completamente expuesto a las exploraciones médicas y de enfermería y, posteriormente, el fruto de estas exploraciones va a ser registrado.
4. Produce temor: arraigado en la ignorancia, en conocimientos falsos o en conocimientos verdaderos.

Es por esto que el equipo de enfermería requiere, además del conocimiento científico, responsabilidad y habilidad técnica, estabilidad emocional y excelentes relaciones humanas y es, a su vez, importante que el personal sanitario y, en especial, el personal enfermero demuestre predisposición a recibir preguntas y resolver dudas, mostrando empatía con la situación natural de tensión y angustia que supone una intervención quirúrgica para la persona. Se busca que el paciente, aun sabiendo que la cirugía es un mal necesario, gane confianza y se encuentre más seguro¹⁹, con objeto de que se implique en su propio cuidado dentro de su proceso de enfermedad^{2, 5}.

Dentro de todo este proceso, la visita prequirúrgica es un paso fundamental. Ha de realizarse necesariamente antes del día de la intervención quirúrgica¹⁸. La visita es una herramienta que sirve para establecer un nexo de unión que haga saber al paciente que cuenta con una persona de referencia, lo que es un factor tranquilizador²⁰.

Considerando a la persona como un ser holístico (bio-psico-social) debemos, como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención meras técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, brindando un asesoramiento y apoyo que dé respuesta a nuestro receptor de una forma integral².

Hasta hace relativamente poco, las habilidades de comunicación, no se han tenido en cuenta en la planificación de los planes de estudio de los profesionales, pese a que está demostrado que dichas habilidades se pueden aprender y ejercitar³.

Cada vez es más frecuente la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo que intenta participar en el proceso de comunicación con los profesionales, aportando información y buscando clarificación a las cuestiones que más le preocupan sobre su salud. El sistema sanitario tiene un gran reto en la necesidad de atender de forma apropiada las nuevas demandas de comunicación asociadas a un modelo de paciente más activo⁸. La mejora de la calidad asistencial pasa ineludiblemente por la mejora del proceso interactivo que se establece con el paciente¹³.

Es de rigor, pues, que, ya desde el desarrollo del Plan de Estudios de Grado en Enfermería como estudios básicos y, posteriormente, en formación post-universitaria orientada al profesional de enfermería, se fomente la adquisición de capacidades comunicativas que permitan identificar con precisión los sentimientos que demuestra una persona a través del lenguaje verbal y, sobre todo, no verbal, teniendo especialmente en cuenta las posibles dificultades comunicativas de nuestro paciente. Esto mejorará nuestro abordaje de la esfera psicológica de la persona, permitiéndonos crear desde la base una adecuada relación de ayuda y brindar un asesoramiento y apoyo que dé respuesta a la necesidad de sentirse acogido, escuchado y comprendido que tiene nuestro receptor.

Objetivos

Objetivo general

- Destacar la importancia de la comunicación como base para conseguir una correcta relación terapéutica con el paciente, enfocada en el paciente prequirúrgico.

Objetivos específicos

- Definir los principales componentes de una relación terapéutica efectiva entre enfermera y paciente prequirúrgico.
- Señalar los principales factores que afectan a la comunicación entre enfermera y paciente en el servicio de cirugía antes de la intervención.
- Evidenciar que la formación específica en materia de comunicación mejora la actuación del profesional sanitario.

Material y métodos

Este trabajo consiste es una revisión bibliográfica sistemática basada en la búsqueda de artículos científicos para satisfacer los objetivos expuestos.

La búsqueda exhaustiva de artículos se realizó entre diciembre de 2015 y febrero de 2016, en las base de datos de la Biblioteca Virtual Biomédica SciELO; la Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index, CUIDEN; la Base de Datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Medline (mediante el motor de búsqueda PubMed); la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y LILACS. Además se realizó una búsqueda referencial.

Las palabras clave utilizadas en esta búsqueda han sido: “Comunicación”, “Enfermería”, “Paciente”, “Cirugía” y “Preoperatorio”, utilizadas tanto en castellano como en inglés. Los resultados arrojados en portugués mediante la búsqueda, con resumen en español o inglés, fueron también analizados y, debido a su interés, tres fueron incluidos como referencia en este trabajo.

Para la base de datos Medline, se adecúan las palabras clave a inglés; se realiza la traducción de las palabras naturales, a través de los *Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)* y su respectivo *Medical Subject Headings (MeSH)* de la siguiente forma:

Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)	Medical Subject Headings (MeSH)
Comunicación	Communication, Communication Skills
Relación enfermera-paciente	Nurse-Patient Relation
Cirugía	Surgery
Preoperatorio	Preoperative period

Tabla 1. Descriptores de Ciencias de la Salud y traducción al inglés.

La combinación de la búsqueda se realizó mediante el uso del operador booleano “AND” (“y”). Se aplicó un filtro temporal que limitase la búsqueda a publicaciones con menos de diez años, con objeto de referenciar información relativamente actualizada.

Como criterios de inclusión, se precisaba que el tema principal abordado fuese la comunicación en el entorno sanitario (prestando especial interés en la comunicación enfermera-paciente), el paciente quirúrgico o la comunicación enfermera en cirugía. Se incluye también una alusión a fuentes bibliográficas referenciadas en uno de los artículos seleccionados en primera instancia, por resultar fiable y de interés para el desarrollo de este trabajo.

Fueron descartados los artículos referidos exclusivamente a la comunicación con niños, personas mayores, o con alguna barrera como las limitaciones psíquicas; así como los artículos no disponibles en acceso libre y gratuito al texto completo.

Se descartan, asimismo, artículos y revisiones cuyo resumen o contenido no fuese adecuado con respecto a los objetivos del trabajo, y los que no tenían calidad metodológica suficiente siguiendo las guías CASPe.

Con la primera búsqueda en español bajo la sintaxis “Enfermería” AND “Paciente” AND “Preoperatorio” se obtienen un total de 159 resultados. En la base de datos CUIDEN es donde más artículos se encuentran (119), por lo que se decide, además, aplicar un filtro “revisión”, obteniéndose 23 resultados, reduciéndose el total a 63.

Con la búsqueda bajo la sintaxis “Enfermería” AND “Comunicación” AND “Preoperatorio” se obtienen un total de 44 resultados.

Con la búsqueda bajo la sintaxis “Enfermería” AND “Comunicación” AND “Cirugía” se obtienen un total de 345 resultados. La base de datos CUIDEN vuelve a ser en donde más artículos se encuentran (322), por lo que se decide, aplicar un filtro “revisión”, obteniéndose 9 resultados y un filtro “artículo original” que arroja 72 resultados, sumando un total de 81 resultados.

El total de artículos tras la búsqueda en español es de 188, de los que, en su totalidad, se lee el título. Tras el filtro por título, se lee un total de 27 resúmenes de entre estos artículos, de los que finalmente se utilizan en este trabajo 6.

Con la búsqueda en inglés mediante el motor PubMed bajo la sintaxis "Communication" AND "Nurse patient relations" AND "Preoperative" se obtienen 55 resultados, a los que se aplica el filtro "free full text" o "acceso libre al texto completo", reduciéndose el número a 4, de los que fue leído título y resumen.

Con la búsqueda bajo la sintaxis "Communication" AND "Nurse patient relations" AND "Surgery" se obtienen un total de 61 resultados. Tras aplicar el filtro "free full text", el número de artículos se reduce a 8. El título y resumen de éstos fueron leídos.

Finalmente, el total de artículos tras la búsqueda en inglés con acceso libre al texto completo es de 18. Tras el filtro por título y resumen, se leen completamente 3 artículos, todos ellos utilizados para este trabajo. El proceso de búsqueda y sus resultados puede observarse más claramente en los siguientes diagramas de flujo:

Búsqueda en español

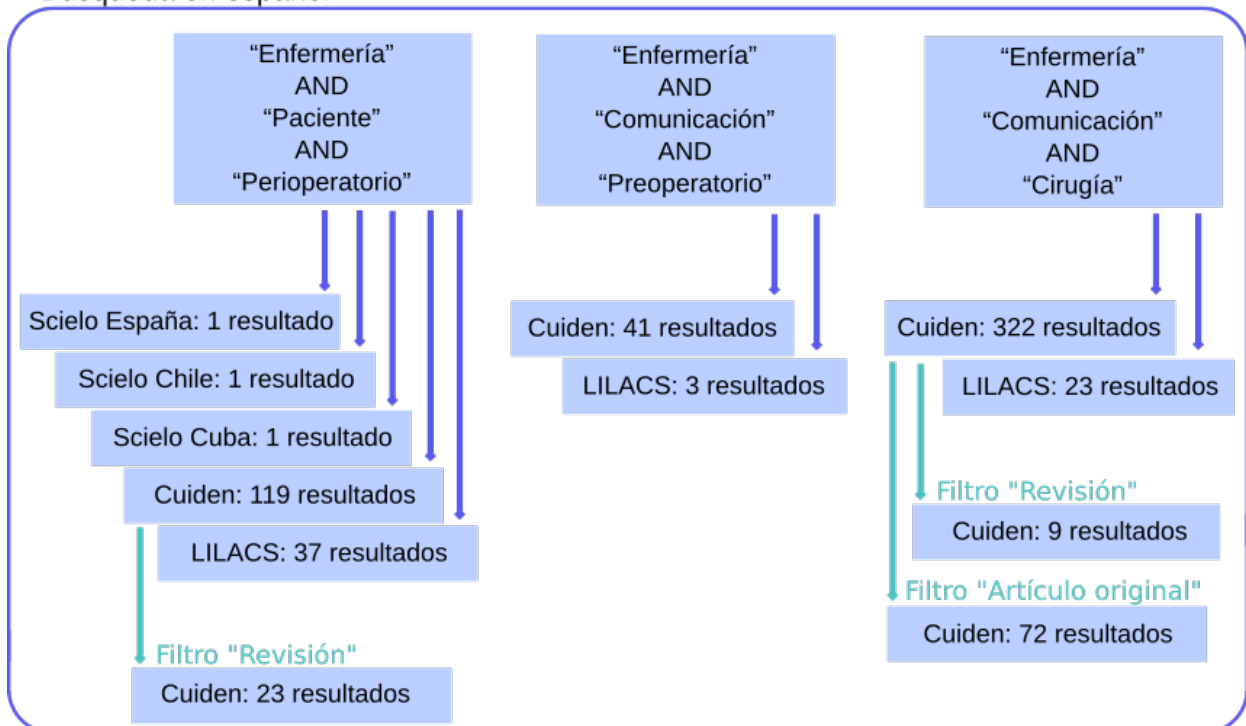


Diagrama 2. Resultados de la búsqueda de artículos en español en distintas bases de datos, utilizando filtros de búsqueda.

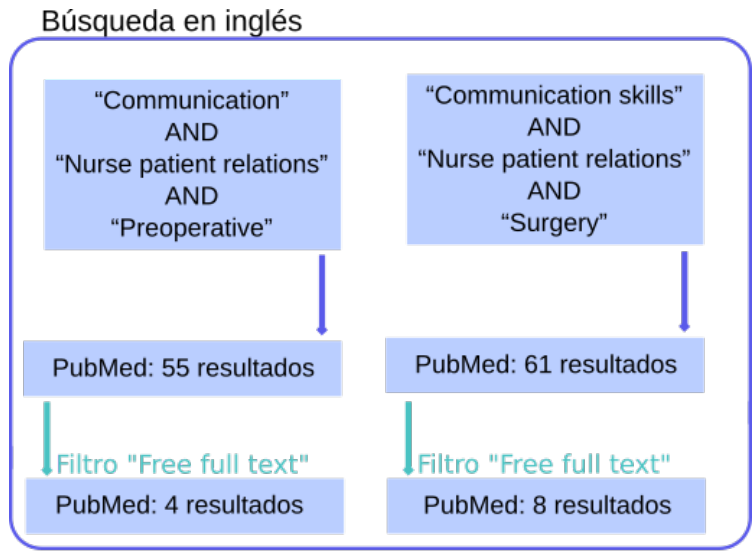


Diagrama 3. Resultados de la búsqueda de artículos en inglés en PubMed, utilizando filtros de búsqueda.

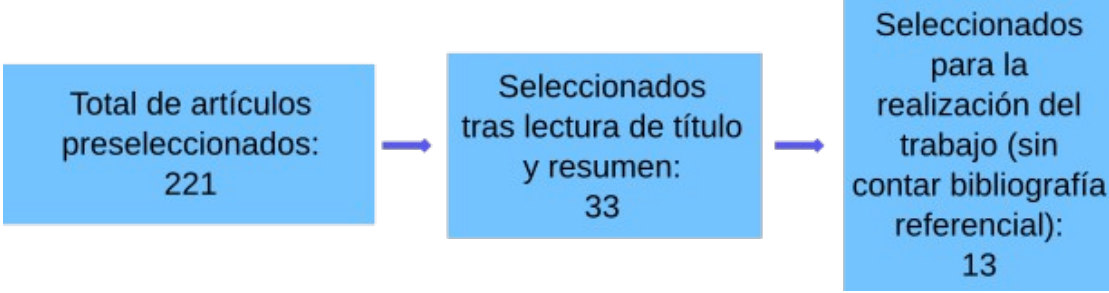


Diagrama 4. Proceso completo de selección de artículos.

Resultados y Discusión

Los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica o de ayuda, que se establece a través del diálogo y la escucha, por lo que el profesional de enfermería debe comunicarse adecuadamente y entablar una relación adecuada dentro del contexto sanitario. Hacemos, pues, hincapié en la importancia de la percepción profesional durante la relación y la atención, porque el cuidado es también una forma de ser y percibir. Así, como afirman Lavinias Santos et al. (2010) en su ensayo “*Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia*”, en la relación enfermera-paciente es fundamental tener en cuenta las expectativas creadas individualmente en cada persona para ser capaz de cumplirlas²¹.

Aunque en ocasiones no sea consciente, el paciente utiliza sus propias experiencias de miedo y dolor, trae consigo al hospital sus sentimientos y sus mitos sobre la enfermedad y el proceso quirúrgico. Debemos pues, según el mismo autor, comprender al paciente como un ser que sufre y necesita ser cuidado, teniendo en cuenta su posición de fragilidad, sus valores, conflictos y cultura²¹. El profesional debe, pues, establecer una relación de empatía con el paciente. Así, como afirman varios autores^{21, 22}, la percepción del significado de la experiencia para el paciente puede llevarnos a una mejor comprensión de su concepción del sufrimiento, tanto físico como emocional, procurándonos una mejor manera de cuidarle y ayudarle. El paciente espera del profesional que, además de tener conocimientos técnicos en relación con los equipos y procedimientos, con actualizada información científica, sea capaz de hablar, escuchar y permanecer con él^{22, 23}.

En varios de los textos analizados se afirma que, para poder influir adecuadamente en el paciente, el profesional de la salud ha de resultar atractivo y digno de crédito²¹⁻²⁴. Para atraer y mantener la atención del paciente, la apariencia física es considerada influyente; de este modo, una expresión facial agradable, un aspecto afable, un tono de voz amable, han demostrado captar mejor la atención del interlocutor. Ser digno de crédito alude a la cualidad de resultar creíble, veraz, como persona y como profesional ante los demás¹⁹.

Para demostrarnos dignos de crédito, es importante ofrecer mensajes mediante códigos que le resulten accesibles a nuestro interlocutor, lo que supone adaptar el lenguaje técnico en términos comprensibles de acuerdo con su edad, nivel de conocimientos, grupo social, etc. Así, una misma explicación se tendrá que exponer de forma diferente a cada paciente en función de sus características psicosociales individuales^{22, 25}. Si una persona pierde la credibilidad en el plano profesional inspirará desconfianza y sus mensajes perderán el crédito.

Numerosos autores coinciden en que una actitud asertiva es fundamental a la hora de establecer la comunicación para la relación de ayuda, ya que permite a ambos interlocutores expresarse de forma adecuada y sin agredir, convirtiendo la conversación en una negociación¹⁹⁻²⁷.

Dentro ya del caso particular del paciente en periodo preoperatorio, se ha demostrado que la información acerca del evento quirúrgico y la preparación psicológica que ofrece la visita preoperatoria, tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, a la vez que disminuye cualitativa y cuantitativamente su ansiedad con respecto a la operación y las complicaciones postoperatorias. De este modo, según los trabajos de Lavinias Santos et al., Araújo et al. (2010) en su estudio de teoría fundamentada "*La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería a la mujer mastectomizada: un estudio de Grounded Theory*", Torres Jiménez (2008), en su estudio descriptivo, prospectivo y transversal "Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica" y Riquelme et al. (2006) en su ensayo "Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama", la visita preoperatoria de enfermería puede hacer posible la obtención de una participación activa del paciente en su proceso de enfermedad-tratamiento^{21, 22, 26, 27}. Sin embargo, en el estudio de Torres Jiménez se evidencia que los pacientes que reciben visita prequirúrgica no siempre pueden externalizar todas sus dudas e inquietudes y, consiguientemente, no logran disminuir su ansiedad, por no haberse brindado la asesoría requerida²⁶. Resultaría oportuno reflexionar acerca de si la visita prequirúrgica se lleva a cabo correctamente por parte de los profesionales de Enfermería.

La evidencia nos dice que la manera correcta sería dirigir la orientación preoperatoria de acuerdo con las características particulares del paciente y su capacidad para asimilar la información, obteniendo éste mayor satisfacción. La satisfacción del paciente, su confianza absoluta en los planes diagnósticos y terapéuticos, a su vez, según los trabajos de Araújo et al., Pozza Morales et al. (2014) en su estudio cualitativo y descriptivo “*Perioperative communication from the perspective of patients undegoing bariatric surgery*” y Torres Jiménez, facilita la toma de decisiones, mejora los resultados del tratamiento y reduce los riesgos de una mala práctica profesional^{22, 24, 26}.

Trabajos como el de Bouwman Chistóforo (2009) en su estudio descriptivo y transversal “*Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period*”, ponen de manifiesto que gran parte de los pacientes no conocen los detalles de la utilización de la medicación preanestésica²⁵: mecanismo de acción, función, etc. La visita previa a la operación en la que se incluye el abordaje a este tema, se ha demostrado eficaz en la disminución de síntomas de ansiedad, según Bouwman Chistóforo y Torres Jiménez^{25, 26}.

Según señala la bibliografía, los temores que suelen asociarse a la cirugía y a la anestesia son^{25, 26}:

- Temor a lo desconocido: puede estar relacionado con la incertidumbre ante el resultado quirúrgico.
- Pérdida del control: principalmente por los efectos de fármacos y anestésicos, pero también debido a que el paciente queda en una situación de dependencia casi total en relación con el equipo asistencial.
- Ansiedad por la anestesia: miedo a una inducción desagradable o a que se produzcan imprevistos durante la anestesia.
- Miedo al dolor: por una analgesia postoperatoria inadecuada.
- Temor a la separación del grupo de apoyo habitual: el paciente queda separado de su familia y pasa a ser cuidado por extraños (más acentuado en niños).
- Pérdida de la intimidad: los pacientes deben responder a preguntas

personales en relación con su cuerpo y vida privada, ser sometidos a distintas pruebas y exámenes por parte de personas extrañas y aceptar ayuda para realizar las funciones corporales.

- Dudas por la alteración de los patrones de vida: la cirugía y la recuperación interfieren de forma variable en las actividades cotidianas, sociales y profesionales de los pacientes.
- Temor a la pérdida de una parte del cuerpo: la cirugía altera la integridad física y amenaza la imagen corporal.
- Miedo al procedimiento inminente y al pronóstico que se produzca.
- Desconfianza en la competencia del personal médico.
- Temor a la muerte: ya que no existe ninguna intervención ni anestésico que ofrezca una total seguridad.

En el Manual de Enfermería Quirúrgica del Servicio Vasco de Salud (2003), se destaca la importancia de establecer, en los casos que sea necesario, contratos terapéuticos con objeto de incrementar la confianza, seguridad y confort del paciente, en casos en los que éste se siente inseguro o incómodo a causa de los protocolos establecidos (retirada de objetos personales, como gafas o prótesis dentales). Esto es, podría ser beneficioso pactar con el paciente que dispondrá de sus objetos personales hasta el momento preciso de su entrada a quirófano o que recuperará los mismos tan pronto como abandone la sala de operaciones²⁰.

Desde el punto de vista de los factores que afectan a la comunicación, sus errores y sus barreras en la etapa prequirúrgica, una de las quejas más frecuentes que presentan los pacientes y sus familiares es que no se le presta la atención adecuada a sus problemas y el escaso tiempo del que disponen a la hora de recibir explicación. Los trabajos de Torres Jiménez y Riquelme et al. también señalan que los pacientes aquejan no haber obtenido respuestas satisfactorias a sus inquietudes. Otras veces, no entienden las explicaciones que se les han dado sobre su enfermedad y las indicaciones a seguir^{26, 27}. De hecho, estudios como el de Bowman Christóforo, han puesto de manifiesto que, en algunos casos, los pacientes comprenden menos del 50% de lo que el profesional sanitario le dice²⁵.

La escucha activa, definida por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)²⁸ como la “*gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente*” (esto es, escuchar y comprender la comunicación desde el punto de vista del que habla), implica dar sentido a lo que se oye. Es un elemento fundamental en la relación terapéutica y así aparece señalado en gran parte de la bibliografía consultada. Requiere la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen al mensaje. Es mediante esta herramienta como se conseguirá centrar la intervención del profesional en la individualidad de cada paciente, lo que permitirá focalizar dicha intervención en las necesidades específicas del individuo, que finalmente se traducirá en mayor satisfacción. Elementos como mostrar empatía, parafrasear, reforzar o resumir el mensaje, son clave en la escucha activa²⁰⁻²⁷.

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, los trabajos de Alba Leonel et al. (2012) en su ensayo “*La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México*” y Pérez Fernández et al. (2009) en su estudio observacional “*Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería*”, señalan que la forma de proporcionar información por parte del profesional interacciona de manera directa en el nivel de satisfacción del usuario, de modo que, si los profesionales practican una buena comunicación, existirá un elevado nivel de satisfacción de los usuarios y a la inversa^{29, 30}.

Igualmente se ha encontrado una alta relación entre la satisfacción de los profesionales con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente. En esta línea, diversos estudios se refieren a la denominada comunicación centrada en el paciente, que puede lograr que éste perciba haber encontrado puntos de acuerdo comunes con los profesionales, que su experiencia de enfermedad ha sido explorada y su nivel de preocupación ha sido evaluado³⁰. Esta relación se traduce en una mejor recuperación del estado de salud del paciente y de sus molestias y preocupaciones^{22, 24-26}.

Con ánimo de resumir y acercarnos a un plano más instrumental, en esta revisión, se observa una disminución de la ansiedad en pacientes cuyo equipo profesional mostraba apoyo y empatía preguntando sobre los conocimientos, opiniones, sentimientos y expectativas de los mismos acerca de la intervención quirúrgica. La percepción de los pacientes de que los profesionales habían mostrado empatía con ellos fue el factor más fuertemente asociado con su capacidad de afrontar y entender el proceso quirúrgico. Además, de forma colateral, se ha encontrado que la literatura destaca factores que afectan a los resultados producidos en los pacientes cuando se trabaja el proceso de la comunicación, cuyas herramientas concretas se resumen en la tabla nº 2.

Aspecto comunicativo	Resultado en el paciente
Sensación del paciente de haber podido hablar sobre sus miedos.	Reducción del dolor postoperatorio.
Más atención a las quejas del paciente.	Mejor recuperación subjetiva.
Usar preguntas abiertas y facilitar el discurso del paciente sobre sus sentimientos, pensamientos y expectativas.	Resolución y mejoría de los síntomas y preocupaciones.
Informar de manera detallada y adaptada al paciente y animar a mantener la confianza.	Menor ansiedad prequirúrgica, menor requerimiento de analgesia postquirúrgica y mejor condición emocional.
Pactar conjuntamente el plan de tratamiento.	Mejorías en la intensidad del dolor, disminución de los síntomas asociados y mayor recuperación funcional.
Percepción de que el profesional tiene interés en el impacto que la intervención quirúrgica pudiese tener en la vida del paciente.	Mayor capacitación del paciente para afrontar su enfermedad.
Facilitar la expresión de quejas con sus propias palabras y ofrecer información adecuada.	Mejor control de síntomas.

Tabla 2. Efecto de las conductas relacionadas con la comunicación sobre los resultados en salud.

Por otra parte, abordando el tercer objetivo específico de este trabajo y según los trabajos de Von Fragstein et. al. (2008) en su ensayo “*UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education*”, Kronfly et. al. (2007) en su estudio observacional, longitudinal retrospectivo “*Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOÉ)*” y Clèries (2010) en su estudio experimental cualitativo “*La esencia de la comunicación en educación médica*”, en lo referente a la formación de los profesionales, las técnicas e instrumentos que se han demostrado más eficaces en el aprendizaje de herramientas para mejorar la comunicación en los profesionales de la salud son el *feedback* docente, el *role-playing* sin pacientes y con pacientes simulados, y la videograbación y observación de la consulta con pacientes reales, a través de actividades formativas (cursos, seminarios, talleres) con un número reducido de alumnos (máximo de 15 personas)³¹⁻³³.

Estos estudios experimentales se realizan con grupos de médicos de familia, residentes de medicina familiar y comunitaria, y enfermeras, que posteriormente se comparan con grupos control. Las intervenciones fueron principalmente aportar información a los profesionales a través de documentos, libros o revisiones de casos, sesiones de *feedback*, sesiones de videograbaciones y de role-play; para los grupos control, no hubo intervención en la mayoría de los casos o la intervención fue de menor intensidad o no específica en habilidades de comunicación. Los resultados se objetivaron a partir de encuentros con pacientes reales y estandarizados. En los grupos de intervención se produjeron cambios significativos en la forma en que los profesionales se comunicaban: preguntas más abiertas y menos centradas en la esfera biomédica, mayor demostración de empatía, más información a los pacientes y preocupación por saber si éstos comprenden dicha información, fueron los resultados más repetidos y mantenidos en el tiempo.

Se muestra a continuación, con ánimo de recoger los resultados fundamentales, una tabla con la relación entre los artículos y textos referenciados con los principales temas que abordan y un diagrama con el número de referencias que tratan cada uno de los resultados:

Resultados	Artículos y textos
Importancia de la escucha activa.	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Alusión a la fragilidad del paciente quirúrgico.	21, 22, 23
Importancia de la imagen creada.	19, 21, 22, 23, 24
Importancia de adaptar el código.	22, 25
Importancia de una actitud asertiva.	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Importancia de la visita preoperatoria.	21, 22, 24, 25, 26, 27
Importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones.	22, 24, 26
Referencia a los temores asociados a la cirugía.	25, 26
Importancia de establecer contratos terapéuticos.	20
Errores y barreras en la etapa prequirúrgica.	25, 26, 27
Relación entre “buena comunicación” y “satisfacción del paciente”.	29, 30
Relación entre “buena comunicación” y “satisfacción del profesional”.	30
Nexo entre “relación de ayuda adecuada” y “mejora de salud del paciente”.	22, 24, 25, 26
Técnicas para mejorar la actuación profesional en comunicación.	31, 32, 33

Tabla 3. Resumen de resultados y temas que abordan (los artículos se identifican con el número en el que se nombran en la bibliografía).

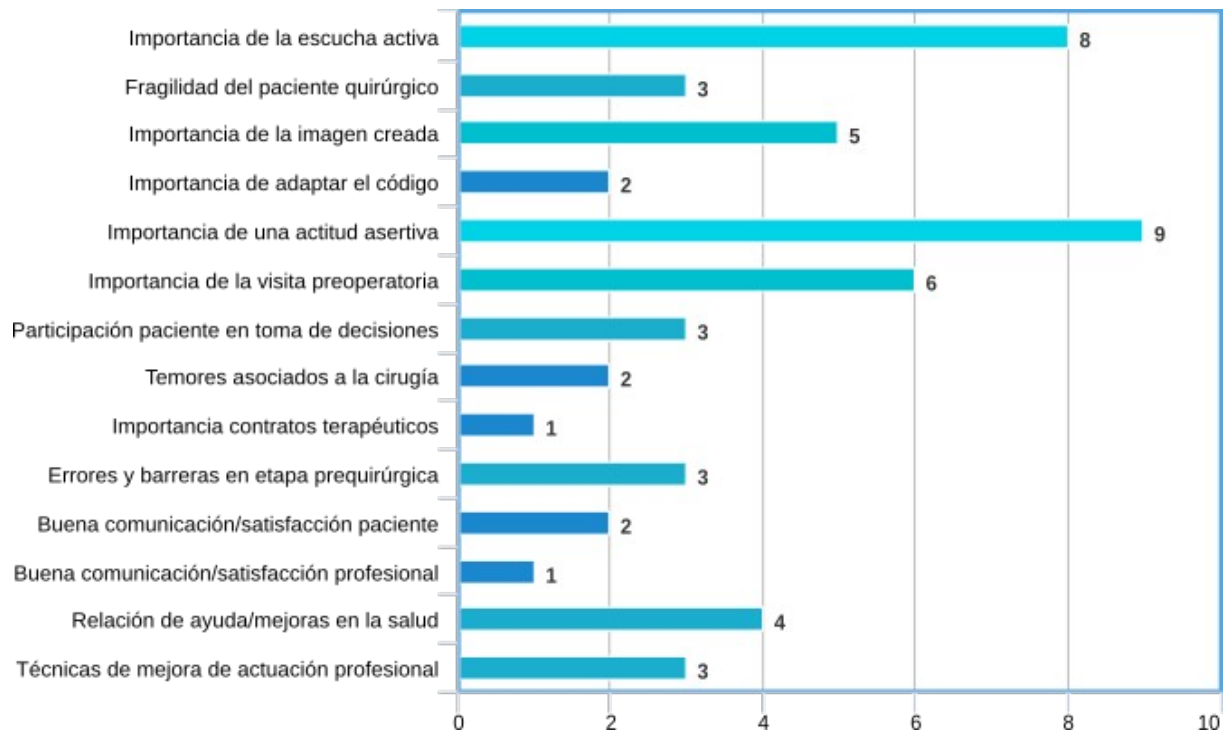


Diagrama 5. Relación de resultados y número de artículos que los desarrollan.

Conclusiones

La comunicación implica un contacto que realizan los profesionales con el enfermo, donde el intercambio de mensajes lleva consigo la muestra de lo que pueda sentir este último, ya sea dolor, impresión u otras emociones que experimentan en el momento, y el profesional con sensibilidad y competencia ayuda en la satisfacción de sus necesidades. La satisfacción de las necesidades tiene un papel relevante en el bienestar emocional del paciente, y además influye en todo su proceso. La finalidad de los cuidados de calidad se fundamenta en salud y satisfacción, la cual no se logra si no se cumplen las expectativas de los pacientes. Los profesionales deben comprometerse a identificar y resolver las necesidades del paciente, sean reales o potenciales, y esto se logra llevar a cabo, principalmente, mediante una escucha activa que proporcione datos en primera persona sobre lo que el paciente siente y necesita a la hora de afrontar el acto quirúrgico y con una actitud asertiva, que servirá para orientar al paciente adecuadamente, respetando su individualidad.

Los estudios sobre el impacto que las habilidades de comunicación desarrolladas por los profesionales sanitarios tienen sobre la salud de los usuarios, refuerzan la importancia de la entrevista centrada en el paciente. Sus efectos positivos aparecen en distintas áreas, tanto directamente sobre la salud del paciente como sobre su satisfacción (y también sobre la satisfacción de los profesionales). Estas investigaciones realizadas en el ámbito prequirúrgico muestran que los pacientes quedan satisfechos cuando reciben una adecuada atención antes de la cirugía y los efectos positivos indirectos de este sentimiento de satisfacción.

En resumen: los elementos que definen la entrevista centrada en el paciente, destacando el papel fundamental de la empatía, son los que más se relacionan con mayor satisfacción de usuarios (y profesionales) y mejores resultados en salud. Existe evidencia de que las habilidades necesarias para desarrollar este tipo de entrevista pueden ser aprendidas a través de formación específica, por lo que su uso quedaría al alcance de cualquier profesional de la salud. Por lo tanto, tener competencia para comunicar mejora el bienestar del paciente y la adherencia al

tratamiento, por lo que su entrenamiento es esencial.

Como limitación de este trabajo puede considerarse el no haber sido encontrada suficiente bibliografía que profundice específicamente en la relación terapéutica desarrollada por los profesionales de enfermería en el ámbito prequirúrgico, por lo que sería necesario diseñar más estudios que maticen el papel de la comunicación enfermera-paciente en dicho ámbito, así como la creación de guías y protocolos enfocados en ésta.

Bibliografía

1. Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Global*. 2006; 5(1): 1-7.
2. Van-der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad; 2006.
3. Noreña Peña AL, Cibanal Juan L, Alcaraz Moreno N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal*. 2010;1(2): 113-129.
4. Bimbela JL. El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales Sis San Navarra*. 2001, 24(2): 33-42.
5. Bouwman Chistóforo BE, Sanson Zagonel IP, Carvalho DS. Relacionamento enfermero-paciente no pre-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(1): 55-60.
6. Madrid Soriano J. Relación de ayuda y comunicación. Hombre en crisis y relación de ayuda. Madrid: Asetes; 1986.
7. Craven-Bartle J. Comunicación profesional en el ámbito de la fragilidad. *Bioètica & debat*. 2010; 16 (60): 14-6.
8. Jovell Fernández A. La comunicación médico-paciente. La visión desde ambos lados. *Bioètica & debat*. 2010; 16 (60): 11-3.
9. Rogers CR. El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. México, D.F.; Buenos Aires: Paidós, 1983; 7ª reimpresión, 1992.
10. Bermejo Higuera JC. Apuntes de Relación de Ayuda. 6ª ed. Santander: Sal Terrae; 1998.
11. Fernández Mérida MC. Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. *Enferm Clínica*. 1998; 8(1), 24-8.
12. Cánovas Tomás MA. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de murcia; 2008.

13. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*. 2006; 73: 27-34.
14. Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.
15. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298: 993-1001.
16. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communications to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 295-301.
17. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care* 2007; 45(6): 521-8.
18. Del Amo Muñoz E., Pérez Prudencio GM. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. *Enfermería de Quirófano* 1. 1ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. 2005; 201-31.
19. Lemaitre GD, Finnegan JA. *Enfermería Quirúrgica*. 3ª de. México D. F.: Nueva Editorial Interamericana; 1980.
20. *Manual de Enfermería Quirúrgica*. Hospital de Galdakao. Gobierno Vasco. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Nov 2003.
21. Lavinhas Santos MC, Stélio de Sousa F, Cândido Alves P, Melo Bonfim I, Carvalho Fernandes AF. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4): 675-8.
22. Araújo IMA, Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AFC. La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería a la mujer mastectomizada: un estudio de Grounded Theory. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. ene.-feb. 2010 [acceso en: 20 ene 2016]; 18(1): [07 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100009&lng=es&tlng=es
23. Salazar Maya AM. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. *Revista Cubana de Enfermería*. 2012; 28(4): 495-508.

24. Pozza Morales CL, Garcez Alexandre J, Prim S, Nazareth Amante L. Perioperative communication from the perspective of patients undergoing bariatric surgery. *Text Context Nursing*. 2014; 23(2): 347-55.
25. Bouwman Chistóforo BE., Carvalho DS. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 14-21.
26. Torres Jiménez D, Priego Álvarez HR. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. *Horizonte Sanitario*. 2008; 7(1): 21-8.
27. Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes*. 2006; 17(4): 244-7.
28. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.
29. Alba Leonel A, Fajardo Ortiz G, Tixtha López E, Papaqui Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol*. 2012; 11(3): 138-141.
30. Pérez Fernández MC, Navarro-Infante FR, DulceGarcía MA, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Rev Digital de Enfermería*. 2009; (13): 15-20.
31. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wislin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008; 42: 1100-7.
32. Kronfly E, Ricarte JI, Juncosa S, Martínez-Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE). *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 777-84.
33. Clèries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med*. 2010; 13 (1): 25-31.