

Consenso Iberoamericano sobre Habilidades de Comunicación para Estudiantes de Grado de Enfermería*

Ana María Pérez-Martín¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6591-1399>

Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0418-2337>

Roger Ruiz-Moral²

 <https://orcid.org/0000-0002-6881-9878>

Almudena Crespo-Cañizares¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7622-4199>

Cristina García de Leonardo Mena²

 <https://orcid.org/0000-0002-7400-3592>

Fernando Caballero-Martínez²

 <https://orcid.org/0000-0001-7873-2824>

Destacados: (1) Las habilidades de comunicación entre enfermeros y pacientes son una herramienta vital en su relación. (2) Estas habilidades influyen los resultados en la atención de la salud y la experiencia de los pacientes. (3) Las diversas facultades de Enfermería presentan heterogeneidad en materia de enseñanza de la comunicación. (4) Un consenso de expertos españoles/latinoamericanos pretende unificar objetivos de las universidades. (5) Se presenta una propuesta de resultados de aprendizaje observables en la comunicación entre enfermeros y pacientes.

Objetivo: en su carácter de profesión de atención de la salud enfocada en cuidar a las personas, la Enfermería requiere habilidades de comunicación sólidas. Sobre la base de un consenso internacional de expertos, se presenta una propuesta sobre resultados de aprendizaje en la comunicación clínica para planes de estudio de las carreras de grado de Enfermería en países de habla hispana. **Método:** un comité orientador, compuesto por 5 enfermeros y expertos en comunicación en ciencias de atención de la salud, elaboró la primera lista de habilidades de comunicación específicas para la carrera de Enfermería. Un comité de 7 asesores científicos internacionales revisó y mejoró dicha propuesta. Se seleccionó a 70 expertos de 14 países a través del procedimiento de muestreo "bola de nieve", y se los invitó a participar en un proceso de consenso Delphi modificado a distancia en dos rondas de encuesta. Se realizó un análisis estadístico para establecer el nivel de consenso final correspondiente a cada ítem. **Resultados:** se presentó un cuestionario con 68 resultados de aprendizaje en comunicaciones clínicas para que lo evaluara el panel. En la primera ronda Delphi, el panel llegó a un consenso estadístico en todos los ítems evaluados. No fue necesaria una segunda ronda para conciliar posiciones. **Conclusión:** se presenta una propuesta académica, aprobada con un elevado nivel de consenso internacional, a fin de orientar y unificar los resultados de aprendizaje en los planes de estudio sobre comunicación clínica para carreras de grado de Enfermería en países de habla hispana.





Descriptores: Relaciones Enfermero-Paciente; Comunicación en Salud; Educación de Postgrado en Enfermería; Aprendizaje; Consenso; Técnica Delphi.

* Artículo derivado de la tesis doctoral "Consenso Iberoamericano sobre competencias comunicacionales (CCC) para estudiantes de Grado en Enfermería", presentada en la Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Ciencias de la Salud, Madrid, España. Apoyo financiero de la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

¹ Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Ciencias de la Salud, Madrid, España.

² Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Medicina, Madrid, España.

Cómo citar este artículo

Pérez AM, Gómez del Pulgar M, Ruiz R, Crespo A, García de Leonardo C, Caballero F. Ibero-American Consensus on Communication Skills for Nursing Degree students. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3523. [Access   ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5653.3523>

Introducción

La relación entre enfermeros y pacientes es vital para alcanzar el propósito central de la atención de Enfermería, es decir, ayudar a las personas y a sus familias a afrontar las experiencias de enfermedades, sufrimiento o discapacidades de manera efectiva y aceptable, reduciendo así su efecto sobre la vida diaria de los pacientes. Este tipo de relación interpersonal es más complejo y profundo que un mero seguimiento de acciones instrumentales que suelen asociarse con el trabajo de Enfermería⁽¹⁻³⁾. En Enfermería, los resultados de la atención de la salud dependen en gran medida de la naturaleza de la relación entre enfermeros y pacientes⁽⁴⁻⁵⁾. La evidencia recopilada en diversas investigaciones indica que la capacidad de un profesional de la salud para explicar, escuchar y actuar con empatía⁽⁶⁻⁷⁾ está relacionada con la capacidad del paciente para cumplir con recomendaciones médicas, autoadministrar una patología médica crónica y adoptar conductas que previenen enfermedades. Estas habilidades de comunicación (HC) también pueden mejorar la percepción de los pacientes y su nivel de satisfacción con la atención que han recibido⁽⁸⁾. Es más, la comunicación entre los integrantes del equipo de atención de la salud influye en la calidad de los vínculos laborales, la satisfacción con el empleo y la seguridad de los pacientes⁽⁹⁾.

En los últimos años, la importancia de las HC en la educación de futuros enfermeros y su inclusión en planes de estudio se ha vuelto cada vez más evidente⁽¹⁰⁻¹¹⁾. En este sentido, a fin de lograr un proceso efectivo de enseñanza/aprendizaje de HC en carreras de grado en las profesiones de salud, entre otras estrategias⁽¹²⁾, reviste fundamental importancia identificar el contenido curricular más apropiado para este nivel educativo y para cada profesión relacionada con la salud. Con esto en mente, en el ámbito profesional de la Medicina, en varios documentos internacionales⁽¹³⁻¹⁹⁾ se ha identificado el contenido y las HC que se necesitan para lograr una comunicación eficiente y ética con los pacientes. Con matices locales relacionados con el público al cual están destinadas y con su enfoque, estas propuestas han sido útiles para planificar y desarrollar programas de capacitación y estrategias de evaluación adecuadas para trabajadores de la salud en sus distintas áreas de influencia. Algunos de estos documentos ofrecen orientación interprofesional de salud con recomendaciones de vanguardia (por ejemplo: el Consenso Europeo)⁽¹⁸⁾. Naturalmente, las profesiones relacionadas con la salud comparten un importante conjunto de habilidades interpersonales. Sin embargo, el ejercicio de cada profesión en particular implica aspectos específicos que involucran distintos tipos de habilidades

interpersonales en los contextos en los que se las necesita. Por ejemplo: tradicionalmente, la Enfermería enfatiza la importancia del trabajo en equipo⁽²⁰⁾ y su responsabilidad por aspectos directamente relacionados con la atención⁽²¹⁾. Además, diversos teóricos enfatizan que la comunicación terapéutica debe considerarse como de primordial importancia en el ejercicio de la Enfermería e insisten en la necesidad de volver a examinar la filosofía de la atención de Enfermería, yendo más allá de los límites actuales para desarrollar un enfoque más compasivo y humano⁽²²⁾. La esencia de dicha atención "centrada en la persona" requiere que los enfermeros estén dispuestos y sean capaces de establecer un tipo de relación especial con sus pacientes, más estrecha y continua que las que tienen con otros profesionales de la salud⁽²³⁻²⁴⁾.

Las propuestas curriculares preexistentes sobre la comunicación clínica⁽¹³⁻¹⁹⁾ se desarrollaron a través de consensos entre expertos. En cada caso, los autores propusieron un conjunto de HC adaptadas a cada marco específico (con su respectiva evidencia científica, determinantes culturales y profesionales y legislación nacional o supranacional). En algunos casos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, estas propuestas se basaron en modelos teóricos anteriores de comunicación clínica, que ayudaron a seleccionar y articular el conjunto de competencias de comunicación adecuado para cada contexto profesional. Sin embargo, ninguna de las propuestas de competencias previas estaba específicamente dirigida a definir las competencias de HC de los futuros enfermeros (estudiantes de grado de las facultades de Enfermería). Proponer un marco internacional con respaldo de expertos sobre HC para estudiantes de grado de Enfermería sería útil para ayudar a que cada facultad seleccione sus objetivos educativos. De hecho, parece haber cierta necesidad de aclaraciones en los planes de estudio sobre comunicación en las carreras de grado de Enfermería⁽²⁵⁻²⁶⁾. En España, por ejemplo, un estudio reciente⁽²⁷⁾ realizado en 110 facultades de Enfermería (el 95,6% del total de facultades del país) investigó la oferta educativa en materia de comunicación en Enfermería y el contenido cubierto en el plan de estudio de las carreras de grado. El estudio reveló que la enseñanza de estas habilidades es tan escasa como altamente heterogénea en los distintos centros educativos. Esta varianza no solo se hace presente en el tipo o el contenido de las habilidades requeridas sino también en la forma y en las etapas en las que se enseñan estas HC. En otros países americanos de habla hispana, las facultades de Enfermería también se encuentran en pleno proceso de integrar las HC entre enfermeros, pacientes y familias en sus planes de estudio de nivel de grado. Lograr dicho consenso sería realmente útil. Aunque hay diferentes propuestas en relación con las HC que deberían adquirir

los profesionales de Enfermería⁽²⁸⁻³²⁾, no existe ninguna declaración similar con respecto a la enseñanza de HC en las carreras de grado de Enfermería de estos países.

En consecuencia, el objetivo de este estudio ha sido desarrollar un consenso sobre HC (definidas como *Resultados de Aprendizaje [RA]*) específicamente dirigidas a la educación de grado en Enfermería, teniendo presente las posibles peculiaridades del contexto cultural, social y educativo de América Latina. Dicha declaración podría ayudar a estandarizar el proceso educativo sobre las HC en facultades de Enfermería y promover la aplicación de metodologías de aprendizaje y evaluación más experimentales y menos teóricas en este campo.

Método

En este estudio se utiliza una variante específica⁽³³⁾ del método Delphi modificado⁽³⁴⁾, diseñada para lograr un consenso grupal en un máximo de dos rondas de encuesta por escrito con panelistas dispersos geográficamente. Las propuestas derivan del método Delphi tradicional⁽³⁵⁾, a fin de facilitar su capacidad de aplicación y mejorar su rendimiento.

El Comité Orientador (CO) del proyecto estuvo compuesto por un equipo multidisciplinario conformado por 5 integrantes (3 catedráticos universitarios en Enfermería, 1 experto en comunicación clínica y 1 experto en educación para profesiones de atención de la salud), vinculados a la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid). Este comité realizó las siguientes tareas:

Búsqueda en la literatura

Como tarea inicial, el CO solicitó a los integrantes del panel de expertos que presentaran documentos específicos sobre comunicación clínica en la enseñanza de Enfermería que estuvieran disponibles en sus respectivos países (marcos conceptuales, propuestas curriculares, planes de estudio, informes educativos y otros documentos relacionados). Llevar adelante una búsqueda adicional en la literatura electrónica (PubMed 2000-2017, sobre Educación de Enfermería, Comunicación Clínica y Consenso Profesional) sirvió para encontrar un conjunto clave de artículos internacionales sobre el tema (finalmente se seleccionaron 57 artículos y se los incluyó como referencias en este estudio, luego de un proceso de revisión por pares de cada trabajo). Este procedimiento contó con la asistencia de un experto en investigación relacionada con información que trabaja en una biblioteca universitaria. Después de revisar estos materiales, cada integrante del Comité Orientador elaboró su versión borrador de los resultados de aprendizaje (RA) en comunicación clínica y la compartió con el grupo.

Un modelo conceptual de comunicación en Enfermería

El grupo debatió el carácter adecuado o no de utilizar una propuesta conceptual sobre comunicación clínica publicada anteriormente como base para un modelo de comunicación para Enfermería⁽³⁶⁾. El marco elegido se basa en presunciones y teorías principales sobre comunicación básica ya existentes. Este modelo de comunicación tiene cuatro elementos que deben considerarse durante el encuentro (la entrevista) entre los profesionales de la salud y los pacientes: 1. Las personas involucradas, es decir, el profesional de la salud y el paciente, con sus respectivos contextos profesionales y familiares. 2. Las interacciones que se establecen entre los dos agentes durante el proceso de comunicación, tanto verbales como no verbales, destinadas, desde la perspectiva del profesional, a desarrollar las tareas que se pretende realizar en la relación (conexión, identificación, comprensión, acuerdo, ayuda). 3. Los contextos clínicos en los que tiene lugar la comunicación y qué puede condicionarla (problemas de salud específicos, situaciones emocionales o delicadas, factores socioculturales o relacionados con la edad, promoción de la salud, etc.). 4. Los canales de comunicación, como el medio empleado para transmitir el mensaje e "intermediarios" clave (modalidad presencial, por teléfono, medios escritos o electrónicos). El modelo también considera otras necesidades de comunicación del profesional de la salud además de las de los pacientes (comunicación con la familia del paciente, con otros profesionales de la salud o con la autoridad de salud).

Desarrollo del cuestionario de la encuesta

Sobre la base de este modelo⁽³⁶⁾ y del documento de referencia oficial sobre el contenido de las guías docentes para la carrera de grado en Enfermería en España⁽³⁷⁾, nuestro CO multidisciplinario completó el contenido y adaptó la estructura de su borrador sobre los RA en comunicación redactado en la fase anterior. El formato final de este cuestionario específico para Enfermería comparte sus principales bloques temáticos con la lista de RA correspondientes a la comunicación en Medicina⁽¹⁹⁾, desarrollada anteriormente a partir del mismo marco conceptual por un equipo de investigación con algunos integrantes en común, con una metodología similar, y en el mismo contexto geográfico y cultural de América Latina.

Este segundo borrador se reenvió para una revisión crítica a 7 asesores científicos internacionales que no habían participado en su desarrollo, quienes constituyeron el Comité Asesor que supervisó el proyecto. Este comité recibió el cuestionario y un dossier con detalles sobre el modelo conceptual, junto con un informe sobre la bibliografía técnica consultada. Las sugerencias de

posibles mejoras en el cuestionario (extensión, reducción o modificación de ítems) se recopilaron y compartieron electrónicamente. Considerando todas las sugerencias y observaciones, el CO redactó un borrador final sobre habilidades de comunicación en carreras de grado de Enfermería (RA), que nuevamente fue aprobado en forma unánime por el Comité Asesor Internacional. La versión final del cuestionario utilizada en las rondas de encuesta incluyó 68 posibles RA de comunicación considerados apropiados para Enfermería y agrupados en la seis categorías (áreas de habilidades) relacionadas con el marco conceptual sobre comunicación clínica elegido para el proyecto⁽³⁶⁾: comunicación con el paciente, comunicación con la familia del paciente, comunicación intrapersonal (autopercepción), comunicación interprofesional, comunicación a través de distintas rutas y/o canales y comunicación en situaciones especiales. Durante el proceso de desarrollo, se contó con la asistencia continua de un experto en Pedagogía Aplicada para garantizar que los resultados de aprendizaje se redactaran correctamente en el formato adecuado de acuerdo con la taxonomía de Bloom⁽³⁸⁾.

Selección de los panelistas

Subsiguientemente, se seleccionó a los candidatos para integrar el panel a través de la técnica de muestreo "bola de nieve"⁽³⁹⁾. La selección comenzó en la red de contactos profesionales del CO local y del Comité Científico internacional, al igual que otros potenciales expertos identificados en la búsqueda en la literatura, conforme a los criterios de inclusión propuestos. Sobre la base de estos primeros elementos se inició un proceso de selección en cascada, sin limitaciones en toda América Latina. Se invitó a participar a todos los profesionales que recibieron más de una nominación para ser reconocidos como expertos por sus pares.

A fin de reunir un panel internacional de expertos en Enfermería⁽⁴⁰⁾ con perfiles diversos y complementarios, durante el proceso de nominación se buscaron candidatos que cumplieran con al menos uno de los siguientes criterios de elegibilidad: liderazgo reconocido en comunicación clínica; experiencia como docente en una facultad de Enfermería; puesto de trabajo con responsabilidad institucional (educación, atención de la salud, científico o asociado); y amplia variedad de experiencia en atención de la salud (sector público/privado, áreas rurales/urbanas). El Comité Científico supervisó el procedimiento para aceptar candidatos. Finalmente, se identificó a 160 expertos de 14 países (España, Portugal, Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay). Ochenta y nueve de ellos aceptó preliminarmente la invitación para

formar parte del panel de expertos bajo las condiciones establecidas (anonimato y gratuidad) (Figura 1).

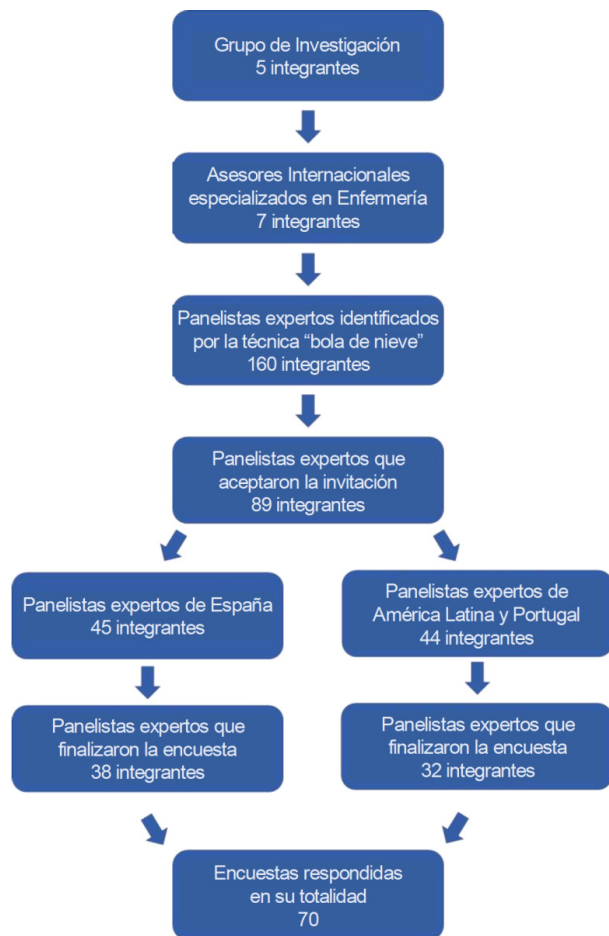


Figura 1 - Participantes de las sucesivas fases del estudio

El panel final de sujetos con participación plena estuvo compuesto por 70 expertos: 38 españoles y 32 de diferentes países de América Latina y de Portugal, de los cuales el 80% eran mujeres y el 20%, hombres. El 54% de los panelistas había alcanzado el status académico de PhD. En relación con sus perfiles profesionales, el 82,9% se dedicaba primordialmente a la enseñanza de Enfermería, seguidos por profesionales de gestión de la salud (30,0%), investigación (22,9%) y ejercicio de la atención de la salud (28,5%), con distribución equilibrada entre especialidades hospitalarias y servicios de atención primaria. El tiempo de experiencia en sus respectivos empleos fue diverso, especialmente prolongado (más de 10 años) entre los panelistas dedicados a la atención (49,3%) y a la gestión (42,9%) de la salud. No se solicitó información alguna sobre el perfil étnico de los encuestados. Trabajaban principalmente en áreas urbanas, como es de esperar en un grupo de personas dedicadas principalmente a la docencia. El 66% del trabajo principal de los panelistas se desarrollaba en instituciones públicas, mientras que el otro grupo más pequeño estaba vinculado a instituciones u organizaciones privadas.

A priori, todos los participantes declararon ausencia total de conflictos de interés y confirmaron estar suficientemente motivados y contar con suficiente tiempo para colaborar en el proyecto. El proceso de traspaso se solicitó en dos oportunidades consecutivas a partir de la primera generación de candidatos; el proceso se repitió en cada país nuevo en el que se encontraba un experto.

La encuesta, evaluación de los ítems a cargo del panel y criterios para el consenso

La variante del método Delphi utilizada en este estudio⁽³⁰⁾ permite ofrecer, conforme a lo necesario para cada ítem que se analiza, hasta dos rondas consecutivas para responder una encuesta electrónica por escrito a fin de aproximar las posiciones de los expertos y llegar a un consenso. Para expresar su opinión sobre cada ítem en debate, los panelistas recurrieron a una escala Likert ordinal de 9 puntos, conforme al formato desarrollado en la *UCLA-Rand Corporation* para el método de evaluación del correcto uso de tecnología para la atención de la salud⁽⁴¹⁾. Las categorías de respuesta de esta escala se agruparon en tres regiones (1-3 = "en desacuerdo"; 4-6 = "neutral"; y 7-9 = "de acuerdo"). El cuestionario ofrecía la posibilidad de que los participantes incluyeran comentarios libremente. A los fines estadísticos, los ítems no puntuados se trataron como casos perdidos.

Para analizar la opinión grupal y el tipo de consenso alcanzado, se utilizó la posición de la mediana de las puntuaciones del grupo y el nivel de acuerdo logrado por quienes respondieron la encuesta conforme a los siguientes criterios⁽⁴¹⁾: un ítem se consideró consensuado cuando la opinión del panel fue de "acuerdo"; es decir, cuando la cantidad de expertos que asignaron puntuaciones fuera de la región de tres puntos que contiene la mediana [(1-3), (4-6), (7-9)] fue inferior a un tercio de quienes respondieron la encuesta. Además, el valor de la mediana de puntuación determinó el consenso grupal alcanzado como desacuerdo "mayoritario" con el ítem si la mediana era ≤ 3 , o como acuerdo "mayoritario" con el contenido del ítem si la mediana era ≥ 7 . Los ítems con casos en

la región (4-6) se consideraron "dudosos". Los criterios de "desacuerdo" del panel se consideraron cuando al menos un tercio de los panelistas asignó puntuaciones en la región (1-3) y al menos otro tercio las asignó en la región (7-9).

Después de la primera ronda de la encuesta, los expertos recibieron un informe con la distribución de las opiniones del grupo y una transcripción de los comentarios recopilados de sus pares. El propósito de esta retroalimentación es permitir que, si es necesario, los panelistas reconsideren sus opiniones con respecto a cuestiones controvertidas respondiendo la encuesta por segunda vez. Los comentarios sin restricciones recopilados en la primera ronda también permiten que el comité científico evalúe la necesidad de mejorar o clarificar la redacción de un ítem. Estos comentarios se analizaron cualitativamente y, a partir de ellos, se generó una lista de categorías inductivamente. En nuestro estudio, el elevado nivel de acuerdo logrado en la primera ronda y las opiniones recopiladas de los panelistas nos permitieron confirmar el consenso y dar por terminado el proceso sin necesidad de más rondas.

Este proyecto de investigación fue evaluado de manera favorable por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Francisco de Victoria (Madrid), con número de protocolo 3/2020.

Resultados

De los 89 expertos que aceptaron participar en el proyecto y conformaron el panel, 70 finalizaron el estudio. Los países de origen de los panelistas fueron los siguientes: España (38), Portugal (2), México (6), Guatemala (2), Honduras (2), El Salvador (2), Nicaragua (1), Costa Rica (2), Panamá (3), Ecuador (3), Chile (1), Paraguay (2), Uruguay (2) y Argentina (4). En relación con los 68 resultados de aprendizaje propuestos para ser evaluados en el cuestionario, este panel alcanzó el nivel de acuerdo deseado en la primera ronda de la encuesta, conforme a los criterios de consenso preestablecidos (Tabla 1).

Tabla 1 - Resultados generales del estudio: indicadores que confirman el consenso grupal alcanzado en los 68 resultados de aprendizaje en comunicación que se analizaron

A) COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE				
A.1. Aspectos generales de la Entrevista clínica con los pacientes.				
Reconocer el valor de la entrevista clínica para elaborar el plan de atención, además de conocer, integrar y estructurar sus distintos componentes.	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fuera de M [§]
Resultados de aprendizaje:				
Describir las diferentes habilidades de comunicación (verbales y no verbales), o habilidades de relación, necesarias para elaborar el historial de necesidades de atención preparado por enfermeros.	8,01	9	2	9,46

(continúa en la página siguiente...)

Reconocer los mecanismos por medio de los cuales la comunicación clínica influencia los resultados en materia de atención de la salud (Demostrar amabilidad, empatía, interés, escuchar con atención, satisfacción, autoeficacia percibida, confianza, mayor adhesión).	8,55	9	1	1,35
Llevar adelante una entrevista clínica personalizada en la que se integren los conceptos del contexto de Enfermería con las habilidades de comunicación y relación.	8,7	9	0,5	1,35
A.2. Tareas y Habilidades para comunicarse con los pacientes.	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fuera de M [§]
Resultados de aprendizaje:				
A.2.1. Establecer y mantener un vínculo terapéutico (Conectarse) (El estudiante establece y mantiene un vínculo terapéutico durante la totalidad del enfoque centrado en el paciente)				
Establecer un vínculo entre enfermero y paciente en el que este último se sienta cómodo y escuchado en relación con sus necesidades.	8,69	9	1	0
Percibir el lenguaje no verbal del paciente (mímica, kinestésico, proxémico y táctil) y responder al contexto como corresponde.	8,53	9	1	1,35
Utilizar registros de historias clínicas (impresos/electrónicos) en la comunicación con el paciente de un modo que reduzca o evite interferencias.	7,69	8	2	13,51
Aplicar habilidades sociales para dar la bienvenida a los pacientes, que fomenten un vínculo efectivo (saludar, llamar al paciente por su nombre, hacerlo sentir cómodo, sonreír...).	8,78	9	0	0
Aplicar habilidades sociales para despedirse de los pacientes, lo que fomenta la posibilidad de mantener un vínculo efectivo (despedirse cordialmente, acompañar, agradecer...).	8,72	9	0	1,35
Reconocer las emociones de los pacientes en diferentes contextos, situaciones difíciles y desafíos relacionados con la comunicación (llanto, emociones profundas, interrupciones, agresiones, ira, ansiedad, cuestiones delicadas o incómodas, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...).	8,59	9	1	0
Responder con empatía (estudiar el origen de las emociones, entenderlas y demostrar comprensión) ante las emociones de los pacientes en situaciones difíciles y desafíos relacionados con la comunicación.	8,55	9	1	0
Establecer una relación con el paciente que se base en el respeto y la consideración de sus derechos, autonomía, creencias, valores e individualidad como seres humanos.	8,72	9	0	2,7
Recurrir al sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran un ambiente relajado para el acercamiento...).	7,85	8	2	13,51
A.2. Tareas y Habilidades para la comunicación.	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fuera de M [§]
Resultados de aprendizaje con los pacientes:				
A.2.2. Intercambiar información y comprenderla.				
A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recopila la información relevante para el correcto desarrollo del trabajo de Enfermería).				
Reconocer las ventajas y desventajas de diferentes habilidades de comunicación (preguntas abiertas/cerradas, orientación...) a fin de obtener información.	8,19	8,5	1	1,35
Emplear técnicas verbales y no verbales para escuchar atentamente (parafrasear, dirigir el discurso, demostrar reacciones lentas, captar indicios, resumir...).	8,54	9	1	0
Resumir la información obtenida como una forma de verificación para el paciente.	8,41	9	1	4,05
Establecer un seguimiento adecuado del examen físico (solicitar autorización, explicar qué hará y por qué, compartir los hallazgos con el paciente...).	8,69	9	0	1,35
A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante proporciona la información en forma clara y personalizada; información que el paciente necesita para comprender, aceptar e implementar el plan de atención).				
Estimar el nivel de conocimiento del paciente con respecto a su problema y cuánto desea saber para poder ofrecer la cantidad de información que realmente necesita y que puede proporcionarse.	8,38	9	1	4,05
Comunicar correctamente los riesgos y posibles molestias al paciente durante la atención de Enfermería.	8,61	9	1	1,35
Utilizar correctamente elementos auxiliares para transmitir información (escritos, gráficos, etc.) e instrucciones para complementar la información dada en forma verbal cuando sea necesario.	8,51	9	1	0
Adaptar la comunicación al nivel lingüístico y de comprensión del paciente, evitando términos técnicos.	8,61	9	0	4,05
Proporcionar información al paciente en tiempo y forma (circunstancia apropiada).	8,47	9	1	4,05
Explicar al paciente los beneficios, riesgos y resultados esperados de las intervenciones que derivan del proceso de atención de Enfermería.	8,72	9	0	0

(continúa en la página siguiente...)

Comprobar que el paciente ha comprendido la información transmitida, facilitando que exprese sus dudas.	8,74	9	0	1,35
Derivar al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia del enfermero en materia de requisitos de información.	8,53	9	0	5,41
Transmitir información relacionada con la atención de Enfermería, de un modo adaptado al nivel de tolerancia y a las necesidades del paciente.	8,54	9	1	1,35
Con la anuencia del paciente, compartir la información con otras personas (colegas y familiares entre otros), cuando ambos lo consideren necesario y/o si así lo solicita el paciente.	8,26	9	1	6,76
A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a realizar todo lo que se ha acordado para el plan de atención (promover la participación del paciente, tener presente las capacidades del paciente para desarrollar e implementar el plan de atención propuesto).				
Identificar y asumir su rol como enfermero en el proceso de toma de decisiones correspondiente al plan individualizado de cada paciente.	8,23	9	1	6,76
Explorar la disposición y capacidad del paciente (información, autonomía, confianza, responsabilidad, características psicológicas...) para facilitar su participación activa en el proceso de atención.	8,53	9	1	1,35
Llegar a diversos acuerdos con el paciente por medio de habilidades de negociación.	8,19	9	1	8,11
Cuando corresponda, aclarar cómo y cuándo deben tomarse decisiones mutuamente acordadas (abandonar hábitos tóxicos, cambiar la dieta, etc.).	8,36	9	1	2,7
Informar al paciente la amplitud de posibles consecuencias de una decisión.	8,14	9	1	9,46
Ofrecer al paciente la opción de incluir a otras personas (colegas, familiares) en el proceso de toma de decisiones.	7,71	8	2	15,07
B) COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DEL PACIENTE				
B.1. El contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el rol de la familia en la atención del paciente y establece una comunicación efectiva con la familia para beneficio del paciente). Resultados de aprendizaje:	\bar{x}	M ⁺	IQR [±]	% fuera de M [±]
Solicitar y evaluar información relevante de otros familiares y cuidadores del paciente, si es necesario y posible.	8,29	9	1	5,56
Ayudar a la familia en el proceso para cuidar a pacientes menores de edad o discapacitados (demencia, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).	8,51	9	1	2,74
Reconocer desafíos específicos relacionados con la comunicación con familiares (confidencialidad, sigilo, el acompañante enfermo, la necesidad de seguimiento...).	8,34	9	1	5,48
C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPCIÓN)				
C.1. El enfermero como persona (autoconocimiento, autorreflexión, autocrítica y autocuidado) (El estudiante suele reflexionar sobre su comportamiento y sobre su forma de comunicarse, desarrollando y mejorando sus conocimientos, autorreflexión, autocrítica y autocuidado). Resultados de aprendizaje:	\bar{x}	M ⁺	IQR [±]	% fuera de M [±]
Distinguir las principales fuentes de errores, relacionadas con fallas en la comunicación que pueden poner en peligro la seguridad del paciente (deficiencia en la información o en la evaluación de las necesidades del paciente, información mal entendida...).	8,48	9	1	0
Reconocer los sesgos cognitivos (deficiencias o conocimientos desactualizados) que dificultan el desarrollo del trabajo de Enfermería.	8,34	9	1	5,48
Reconocer emociones negativas (inseguridad, antipatía, rechazo...) que pueden dificultar el trabajo de Enfermería, distanciarse de ellas y generar empatía.	8,37	9	1	4,11
Recurrir a diversas estrategias para reducir el estrés y la sobrecarga (relajación, grupos de reflexión, grupos Balint, supervisión y apoyo...).	8,26	9	1	10,96
Controlar con eficiencia las reacciones emocionales propias y el trabajo, incluso ante situaciones difíciles (paciente en estado de gran sufrimiento, paciente que requiere mucha atención...).	8,47	9	1	0
Desarrollar estrategias de autoconocimiento necesarias para reconocer sesgos propios por medio de técnicas específicas (preguntas de reflexión, observación con perspectiva, presencia plena [<i>mindfulness</i>], no emitir juicios personales, actitud sentenciosa, etc.).	8,36	9	1	2,74
D) COMUNICACIÓN INTER-INTRAPROFESIONAL				
D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intraprofesional. (El estudiante se comunica de manera eficiente con los profesionales que conforman o no su equipo). Resultados de aprendizaje:	\bar{x}	M ⁺	IQR [±]	% fuera de M [±]

(continúa en la página siguiente...)

Facilitar el flujo de información a partir de las opiniones del equipo y permitir y aceptar de buen modo que los integrantes del equipo expresen opiniones diversas.	8,41	9	1	5,41
Proporcionar comentarios a los integrantes del equipo de manera adecuada (comentarios en primera persona, destacar lo positivo primero, no emitir juicios de valor).	8,47	9	1	1,35
Contribuir de manera efectiva a la continuidad de la atención en la derivación y el regreso de pacientes entre distintos niveles de atención (primaria, especializada).	8,43	9	1	1,35
Realizar presentaciones clínicas o científicas en público de manera efectiva.	8,46	9	1	2,7
Dar instrucciones claras y precisas a los integrantes del equipo.	8,47	9	1	4,5
Ayudar a crear un ambiente de trabajo positivo por medio de estrategias no jerárquicas de colaboración.	8,43	9	1	2,7
Preservar la confidencialidad con respecto a las decisiones que se toman en el equipo.	8,64	9	0	2,7
Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los integrantes del equipo y el dominio (pericia) de diferentes profesionales de la salud aceptando las diferencias en forma constructiva.	8,61	9	1	2,7
Ser claro con el resto de los integrantes del equipo.	8,61	9	1	2,7
E) COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE DIFERENTES MEDIOS				
E.1. Canales de comunicación (El estudiante utiliza distintas formas de comunicación de manera eficiente).	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fuera de M [§]
Resultados de aprendizaje:				
E.1.1. Comunicación directa (presencial).				
Determinar si existe alguna discrepancia entre los componentes verbales y no verbales de la comunicación.	8,38	9	1	1,35
Utilizar correctamente la comunicación proxémica (distancia física de la comunicación).	8,26	9	1	6,76
E.1.2. Comunicación escrita.				
Reconocer los formatos y elementos de respaldo de las historias clínicas y los documentos que suelen usarse para la comunicación escrita con pacientes y entre profesionales (informes de alta hospitalaria, derivaciones, solicitud de exámenes...).	8,61	9	1	2,7
E.1.3. Comunicación informatizada o electrónica.				
Administrar tecnologías de la información (automatización de las consultas, tipeo, mensajes de correo electrónico, WhatsApp, web2.0...) en aspectos relacionados con la atención de la salud, garantizando confidencialidad.	8,35	9	1	8,11
E.1.4. Comunicación telefónica.				
Reconocer los usos y las limitaciones de la comunicación telefónica con los pacientes.	8,2	9	1	8,11
Comunicarse por teléfono con los pacientes respondiendo a los requerimientos específicos y a las adaptaciones de la comunicación que exige este medio.	7,54	8	2	16,22
F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES				
F.1. Contextos específicos de comunicación (El estudiante aplica y adapta las habilidades de comunicación centrales a situaciones clínicas específicas y recurre a habilidades concretas que pudiera requerir cada situación).	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fuera de M [§]
Resultados de aprendizaje:				
F.1.1. Situaciones delicadas.				
Reconocer situaciones delicadas que representan desafíos relacionados con la comunicación (dar malas noticias, lidiar con cuestiones relacionadas con la etapa final de la vida, situaciones de duelo, historial sexual, violencia de género, abuso infantil, infección por VIH, explicar situaciones de incerteza clínica...).	8,49	9	1	5,41
Abordar situaciones delicadas con sensibilidad y en forma constructiva aplicando estrategias y habilidades específicas que pudiera requerir cada situación, como ser empatía y sensibilidad.	8,77	9	0	0
F.1.2. Manejo de las emociones.				
Reconocer situaciones de tensión emocional en las consultas (estrés, temor, ira, agresividad, negación, colusión, vergüenza...).	8,58	9	1	2,7
Abordar situaciones de tensión en forma sensible y constructiva aplicando estrategias y habilidades específicas que pudiera requerir cada situación.	8,41	9	1	5,41

(continúa en la página siguiente...)

F.1.3. Diversidad cultural y social. El estudiante estará en condiciones de hacer lo siguiente...

Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (origen étnico, nacionalidad, nivel socioeconómico, idioma, religión, sexo, valores, sexualidad...) y las dificultades de comunicación derivadas.	8,5	9	1	5,41
--	-----	---	---	------

Abordar la diversidad cultural y social del paciente y la familia aplicando estrategias y habilidades específicas que pudieran requerirse en cada caso.	8,45	9	1	4,05
---	------	---	---	------

F.1.4. Promoción de la salud y cambio conductual.

Identificar la capacidad y facilidad del paciente para adoptar conductas saludables.	8,43	9	1	5,41
--	------	---	---	------

Aplicar estrategias de comunicación motivacionales y efectivas para modificar conductas individuales.	8,43	9	1	4,05
---	------	---	---	------

Promover la implementación de conductas saludables por medio de técnicas de comunicación individual y grupal.	8,43	9	1	5,41
---	------	---	---	------

Emplear técnicas de comunicación grupal para promover la salud y fomentar la modificación de conductas saludables.	8,41	9	1	4,05
--	------	---	---	------

F.1.5. Contextos clínicos específicos.

Adaptar habilidades y estrategias de comunicación a los diferentes contextos psiquiátricos específicos, pacientes con demencia y con problemas sensoriales: audición, vista, expresión verbal.	8,62	9	1	1,35
--	------	---	---	------

F.1.6. Pacientes de distintas edades.

Adaptar habilidades y estrategias de comunicación a diferentes pacientes que pertenecen a distintos grupos etarios (niños y padres, adolescentes, ancianos).	8,66	9	1	1,35
--	------	---	---	------

* \bar{x} = Puntuación media; *M = Mediana de las puntuaciones; *IQR = Rango intercuartílico; % fuera de M = Porcentaje de expertos que puntuaron fuera del área de tres puntos en la que se encuentra la mediana

Para cada ítem evaluado, la tabla detalla las estadísticas que establecen el nivel de consenso alcanzado: la mediana de la puntuación y la media aritmética de las puntuaciones del panel, la proporción de expertos que asignaron puntuaciones fuera de la región de tres puntos que incluye a la mediana (en oposición a la mayoría del grupo) y el intervalo intercuartil como medida de la variabilidad del panel. En todos los casos, las medianas se situaron en la región de 7-9 puntos (acuerdo) y la proporción de panelistas en la región inversa (1-3) no excedió un tercio del grupo. El panel de expertos alcanzó un nivel de consenso suficiente en la primera ronda del procedimiento para todos los resultados de aprendizaje propuestos. Ante la ausencia de sugerencias explícitas en los cuestionarios, no se consideró necesario realizar una segunda ronda de la encuesta, ya que no hubo cuestiones pendientes de aclaración o resolución después de la primera iteración (Tabla 1).

Los comentarios y/o las sugerencias sin restricciones que hicieron los panelistas después de la primera ronda fueron analizados por parejas conformadas entre los investigadores; ningún comentario y/o sugerencia se erigió como motivo para modificar la propuesta inicial

de los investigadores (lista de resultados de aprendizaje) en forma alguna. En la mayoría de los comentarios, los participantes expresaron su apreciación o destacaron la importancia de incluir los RA en los planes de estudio de las carreras de grado de Enfermería. Hubo otros comentarios relacionados con (i) Implementación práctica de los RA en la educación de grado, (ii) Aclaración del significado de los RA, evitando malos entendidos culturales, y (iii) Implicancias para métodos de enseñanza y evaluación.

Con fines de comparación, el valor medio de las puntuaciones asignadas por los panelistas a cada uno de los 68 resultados de aprendizaje evaluados se utilizó para clasificar los ítems de acuerdo con el nivel de aprobación atribuido por el panel de expertos. Conforme a este criterio, se seleccionó un grupo de 17 habilidades, que alcanzó el máximo nivel de aprobación del panel (su puntuación media se situó en el cuartil superior de la distribución de promedios; es decir, con una puntuación media superior al valor del percentil 75 = 8,31). Estos resultados de aprendizaje pueden considerarse prioritarios para los expertos consultados, constituyendo un "núcleo de habilidades" de especial interés (Tabla 2).

Tabla 2 - Habilidades de comunicación centrales (ítems que obtuvieron puntuaciones medias superiores al percentil 75 de la distribución del panel)

N.º	Ítems acordados con puntuaciones medias > 8,306 (> percentil 75)	Media
P2	Reconocer los mecanismos por medio de los cuales la comunicación clínica influencia los resultados en materia de atención de la salud (Demostrar amabilidad, empatía, interés, escuchar con atención, satisfacción, autoeficacia, auto percepción, confianza, mayor adhesión).	8,56
P3	Llevar adelante una entrevista clínica personalizada en la que se integren los conceptos del contexto de Enfermería con las habilidades de comunicación y relación.	8,60
P4	Establecer un vínculo entre enfermero y paciente en el que este último se sienta cómodo y escuchado en relación con sus necesidades.	8,59
P5	Percibir el lenguaje no verbal del paciente (mímica, kinestésico, proxémico y táctil) y responder al contexto como corresponde.	8,43
P7	Aplicar habilidades sociales para dar la bienvenida a los pacientes, que fomenten un vínculo efectivo (saludar, llamar al paciente por su nombre, hacerlo sentir cómodo, sonreír...).	8,69
P8	Aplicar habilidades sociales para despedirse de los pacientes, lo que fomenta la posibilidad de mantener un vínculo efectivo (despedirse cordialmente, acompañar, agradecer...).	8,63
P9	Reconocer las emociones de los pacientes en diferentes contextos, situaciones difíciles y desafíos relacionados con la comunicación (llanto, emociones profundas, interrupciones, agresiones, ira, ansiedad, cuestiones delicadas o incómodas, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...).	8,41
P10	Responder con empatía (estudiar el origen de las emociones, entenderlas y demostrar comprensión) ante las emociones de los pacientes en situaciones difíciles y desafíos relacionados con la comunicación.	8,45
P11	Establecer una relación con el paciente que se base en el respeto y la consideración de sus derechos, autonomía, creencias, valores e individualidad como seres humanos.	8,63
P14	Emplear técnicas verbales y no verbales para escuchar atentamente (parafrasear, dirigir el discurso, demostrar reacciones lentas, captar indicios, resumir...).	8,33
P16	Establecer un seguimiento adecuado del examen físico (solicitar autorización, explicar qué hará y por qué, compartir los hallazgos con el paciente...).	8,49
P18	Comunicar correctamente los riesgos y las molestias al paciente durante la atención de Enfermería.	8,40
P20	Adaptar la comunicación al nivel lingüístico y de comprensión del paciente, evitando términos técnicos.	8,40
P22	Explicar al paciente los beneficios, riesgos y resultados esperados de las intervenciones que derivan del proceso de atención de Enfermería.	8,50
P23	Comprobar que el paciente ha comprendido la información transmitida, facilitando que exprese sus dudas.	8,54
P25	Transmitir información relacionada con la atención de Enfermería, de un modo adaptado al nivel de tolerancia y a las necesidades del paciente.	8,34
P28	Explorar la disposición y capacidad del paciente (información, autonomía, confianza, responsabilidad, características psicológicas...) para facilitar su participación activa en el proceso de atención.	8,34

En general, y en relación con las diferentes secciones temáticas de la encuesta, los ítems que pertenecen a los bloques "comunicación entre enfermeros y pacientes" y "comunicación con la familia del paciente" alcanzaron el máximo nivel de aprobación del panel (la puntuación media más alta).

Discusión

El Consenso Hispanoamericano en Comunicación para Enfermería (CHCE) representa una declaración consensuada sobre resultados educativos en la comunicación en materia de atención de la salud para estudios de grado en Enfermería, algo inédito en países de habla hispana. Amplía y refuerza algunas de las propuestas que se han sugerido en materia de competencias comunicativas para la Enfermería en el marco de las

competencias generales de la profesión^(10,28-32). Al final de este proceso, se contó con 70 expertos de España y de distintos países iberoamericanos que desarrollaron este plan de estudio básico sobre comunicación con la intención de que sirva como guía para establecer más fácilmente los resultados de aprendizaje comunicativos que pueden proporcionar las carreras universitarias de Enfermería.

Este panel es más numeroso que el utilizado en otro consenso. Cuando, como en nuestro caso, la población hipotética de expertos disponibles para participar en el estudio es grande y de carácter internacional, se debe considerar el tamaño ideal del grupo a encuestar. Aunque nunca se ha considerado necesario realizar un cálculo formal del tamaño de la muestra, en nuestro caso parece razonable dimensionar el panel en exceso para que sea más representativo. Es más, la evidencia experimental

ha demostrado la relación directa entre el tamaño del panel de expertos y la precisión de la estimación del grupo obtenida (el error previsto de expertos tiende a disminuir exponencialmente a medida que aumenta el tamaño del panel)⁽³³⁾.

Si se analiza su contenido y metodología, este consenso se condice con los principales enunciados sobre la enseñanza de HC en otras profesiones de salud⁽¹³⁻¹⁹⁾. Representa una concreción para la enseñanza de la Enfermería similar a la de LAPS-CCC (Consenso sobre el Plan de Estudio Central en Comunicación para América Latina, Portugal y España, correspondiente a la educación de grado en Medicina), correspondiente al título de Medicina en el contexto cultural iberoamericano⁽¹⁹⁾, ya que ambas propuestas han empleado como marco el mismo modelo conceptual en comunicación clínica⁽³⁶⁾, al igual que la misma estrategia metodológica de consenso.

Actualmente, la capacidad del profesional de Enfermería como buen comunicador se considera esencial. En consecuencia, estas HC se encuentran presentes prácticamente en todas las propuestas o declaraciones sobre las competencias genéricas que hemos revisado para el ejercicio de esta profesión de atención de la salud^(10,28-32). Algunas de ellas, como las del Consejo Internacional de Enfermeros⁽²⁹⁾, los Estándares de Enfermería Profesional de la ANA⁽³¹⁾, o las 30 áreas sobre habilidades identificadas como necesarias para ejercer la Enfermería en Australia⁽³⁰⁾, ofrecen una amplia variedad de habilidades o competencias comunicativas (varía aproximadamente entre 45 y 67). La propuesta actual se condice con estas declaraciones y propuestas en términos de cantidad de resultados comunicativos propuestos (68), al igual que en la naturaleza y el contenido de la mayoría. Pese a ello, el CHCE ofrece varias particularidades que creemos proporcionan valor adicional en su conjunto. En líneas generales, y por distintos motivos, es un hecho que resulta difícil implementar propuestas contrapuestas en la educación de grado^(26,42). En muchos casos, eso deriva en falta de capacitación en algunas de ellas, lo que también sucede con las de carácter comunicativo⁽⁴³⁻⁴⁷⁾. Algunas de las peculiaridades del CHCE pueden resultar particularmente útiles para fomentar y facilitar la incorporación o mejora de la enseñanza de estas habilidades, tanto en el entorno cultural en el que se han desarrollado como en otros que pueden o no compartir algunas de sus características culturales. En el primer caso, al igual que otras en otras profesiones de la salud⁽¹³⁻¹⁹⁾, esta propuesta solo incluye habilidades o competencias de naturaleza exclusivamente comunicativa, lo que puede ser más útil al considerar el conjunto de aspectos comunicativos más relevantes para la enseñanza de Enfermería. Además, se proporciona una lista que es el resultado de un marco conceptual⁽³⁶⁾,

que incluye coherentemente a las personas involucradas (enfermero y paciente) y algunos de sus principales determinantes relaciones, sus interacciones en el contexto de una entrevista genérica de Enfermería y también en otros contextos de salud y canales de comunicación específicos. Otras propuestas, como el contenido de los planes de estudio sobre comunicación del Reino Unido para la educación de grado en Medicina⁽¹⁶⁾, se enmarcan en lo que se denomina el "círculo de planes de estudio sobre comunicación". Este "círculo" también pretende facilitar una mejor comprensión de la importancia de contemplar un conjunto específico de habilidades, al igual que otros elementos de contenido comunicativo, en la educación superior. En la mayoría de las propuestas sobre competencias de Enfermería que se revisaron^(10,28-32), las competencias comunicativas se ofrecen junto con otras de distinta naturaleza y usualmente distribuidas entre diferentes dominios y subdominios, algunos muy genéricos como "Práctica profesional", "Prestación y coordinación de la atención"⁽³²⁾, "Responsabilidad" y "Práctica ética"⁽²⁹⁾. Hacerlo a través de un marco conceptual como el que apuntala al CHCE tal vez confiere mayor coherencia a los diferentes dominios de la comunicación en los que se encuentran los 68 resultados de aprendizaje propuestos. En consecuencia, esto puede facilitar la consideración y el carácter adecuado de las distintas habilidades entre todos los planes de estudio. Es más, se ha iniciado un importante esfuerzo por ofrecer estos resultados como conductas observables. Con esto en mente, se los ha redactado como "Resultados de Aprendizaje" (RA) y siguiendo las taxonomías de los objetivos educativos de Bloom⁽³⁸⁾. Por lo tanto, hemos tratado de evitar el debate que los identifica como "competencias", ya que eso a menudo deriva en mayores dificultades al proponer los RA para la docencia en forma práctica⁽⁴⁸⁾. La mayoría de estos RA se basa más en conductas y actitudes que en la actividad cognitiva. Aunque realmente podría implicar varios desafíos clínicos para algunas instituciones, incorporarlos a un plan de estudio de Enfermería también sería útil como guía para proponer metodologías de enseñanza y evaluación. Debido a la naturaleza de estos RA, resulta lógico que, para que un estudiante los incorpore y aplique, la institución educativa debe priorizar métodos de enseñanza experimentales^(15,49-50). Dichos métodos deben contemplar la exposición reiterada a diversas situaciones clínicas en las que puede observarse a los estudiantes, donde reciban comentarios estructurados, tengan suficiente tiempo para reflexionar sobre lo aprendido y, luego, practicar en condiciones simuladas. A modo de regla general, su enseñanza requerirá organizarlos no solamente en cursos aislados sino en todo el plan de estudio, además de estar a cargo de docentes debidamente capacitados^(15,51-52).

Todo lo anterior representa valor agregado en esta propuesta de RA, que puede ser extremadamente útil para muchas facultades de Enfermería a fin de que diseñen y modifiquen sus programas con mayor eficiencia y efectividad⁽²⁷⁾. Sin embargo, es importante tener presente que muchos de estos objetivos requieren que el estudiante comprenda aspectos sutiles del plan de estudio subyacente y desarrolle pensamiento intuitivo⁽⁵³⁾. Esto solo puede lograrse paulatinamente y con práctica frecuente y reflexiva⁽⁵³⁻⁵⁴⁾. Los estudiantes de Enfermería son jóvenes, mayormente inexpertos, y a menudo les resulta difícil incorporar estos tipos de habilidades^(44,55). Aprender estos aspectos no sencillo en absoluto y, en consecuencia, siempre será necesaria cierta adaptación y personalización de las estrategias educativas experimentales en la totalidad de los programas de educación de grado^(26,44-45).

El nivel de aceptación general de estos RA por parte de los expertos en comunicación que participaron del consenso fue muy elevado, especialmente para 17 de ellos, en consecuencia considerados como el grupo central de resultados. En el dominio comunicativo "paciente-enfermero", estos RA destacan aspectos comunicativos esenciales relacionados con establecer y mantener una relación terapéutica (6 RA), prestar atención y responder a las emociones (2 RA), obtener información (1 RA) y, especialmente, proporcionarla de una manera comprensible y adaptable (6 RA).

La naturaleza de estos RA representa el carácter central que los expertos parecen atribuir a la "atención centrada en la persona" en el ámbito de la práctica clínica de Enfermería y sirve para conformar un "plan de estudio central" o punto de partida básico e interesante para enseñar comunicación en facultades de Enfermería. Además, este documento de referencia podría ayudar a aclarar otros aspectos de interés, como ser dónde y cómo deben enseñarse distintas habilidades. También podría servir como guía para identificar posibles vacíos en disciplinas académicas incluidas en un plan de estudio determinado. Por otro lado, esta propuesta también puede ser útil para facilitar la coordinación de intercambios estudiantiles entre facultades y prestadores de servicios de salud de diferentes países. Por ejemplo: el Espacio Europeo de Educación Superior fomenta el uso de competencias comunes en diferentes países para facilitar comparaciones entre planes de estudios y la movilidad estudiantil entre facultades de Enfermería europeas⁽⁵⁶⁾.

Limitaciones

Tanto las fases previas al proceso Delphi como el procedimiento de la encuesta están sujetos a diversos tipos de sesgo. El consenso refleja la opinión de 82 personas (pertenecientes al Comité Orientador, al

Comité Asesor Científico y al Panel) que participaron en las fases previas de la revisión y selección de la literatura, aceptación del modelo conceptual y selección y preadaptación de los 68 ítems de LAPS-CCC acordados finalmente por los expertos que participaron en el estudio Delphi. Con otro grupo de participantes se podría haber llegado a conclusiones ligeramente diferentes. Sin embargo, nuestro documento de consenso no es el único que recibió esta crítica. En general, los métodos de consenso han sido criticados por su limitada naturaleza científica⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾. Sin embargo, el método Delphi se ha estudiado y utilizado ampliamente en las ciencias de la salud, particularmente en Enfermería⁽⁵⁹⁾.

Se ha cuestionado si llegar a un consenso es un método científico o simplemente una forma de estructurar comunicación grupal. Sin embargo, debe tenerse presente que el CHCE es una propuesta para el desarrollo de diversos RA y que los objetivos de este tipo siempre requieren juicios de valor. Entre los aspectos más importantes de la totalidad de este proceso se incluye la identificación y selección de expertos y líderes y del comité científico del estudio. El CHCE incluyó una amplia variedad de participantes de diferentes campos de Enfermería Clínica y Enseñanza de Enfermería. Su procedencia geográfica fue bastante diversa, aunque no proporcional (por ejemplo: los países americanos tuvieron relativamente pocos representantes mientras que España aportó la mayoría y, en consecuencia, ejerció mayor influencia. Es más, otros países importantes como Colombia, Cuba, Perú y Venezuela no estuvieron representados). La técnica que se utilizó en el estudio para seleccionar a los expertos (muestreo "bola de nieve") permite identificar a un posible experto a través de una búsqueda activa en redes de potenciales expertos y lograr un consenso que involucre varias recomendaciones de sus pares. Esto se consideró como una forma más integral de realizar el procedimiento de selección que al hacerlo por medio de elección directa de expertos⁽⁶⁰⁾. En consecuencia, se habría mitigado una selección sesgada (basada en el conocimiento y la conveniencia de los integrantes iniciales del comité)⁽⁶¹⁾. Los argumentos antes indicados hacen que sea razonable aceptar la propuesta como válida. La revisión abarcadora de la literatura incluyó un estudio integral de las recomendaciones y propuestas más relevantes relacionadas con la comunicación en Enfermería Clínica. El debate preliminar sobre el modelo teórico y su adaptación al ejercicio de la Enfermería, al igual que sobre los dominios de comunicación que deben considerarse en este caso, facilitó una selección fundamentada de la lista preliminar de RA. Pese a ello, el resultado revela una perspectiva de comunicación clínica y sus elementos principales también pueden someterse a crítica desde la perspectiva de otros marcos teóricos⁽⁶²⁾. El criterio utilizado

para señalar el consenso ha sido estadístico y, aunque se lo aceptó, no deja de ser discrecional. Finalmente, otro aspecto importante que respalda la decisión de emplear un método de consenso es que la declaración resultante debe ser adoptada y utilizada por la mayor cantidad de instituciones, comités y organizaciones posible. A fin de alcanzar esta meta, es importante hacer participar a los interesados en el desarrollo del enunciado del consenso y no solamente en el proceso de implementación⁽⁶³⁾. Debido a los riesgos involucrados en debates no estructurados, creemos que es difícil imaginar una mejor manera de estandarizar y garantizar el proceso y sus resultados subsiguientes.

Considerando todo lo anterior, el método de consenso empleado puede considerarse como uno de los principales puntos fuertes de esta propuesta, ya que refleja los requisitos comunicativos de un ejercicio de la Enfermería que pueden enseñarse a los estudiantes. Finalmente, puede notarse que, aunque los expertos provinieron de países en los que se habla el mismo idioma, existen notables diferencias socioculturales y económicas entre algunos de ellos. De todas maneras, no puede descartarse que, dentro del Comité Científico, el subgrupo cultural predominante dentro del grupo principal haya realizado una posible elección preliminar de ítems sesgada.

Conclusión

La propuesta actual de 68 RA en la comunicación entre enfermeros y pacientes para estudios de grado en Enfermería a la que se llegó por consenso entre 70 participantes de habla hispana con diferentes antecedentes y perfiles profesionales puede ayudar a diseñar e incorporar programas de comunicación para estudiantes de Enfermería, dependiendo de las prioridades y circunstancias que cada institución interesada pudiera considerar más apropiada para sus graduados. Esta propuesta también puede servir como una guía útil para desarrollar estrategias didácticas y evaluar este tipo de habilidades de comunicación. Finalmente, el amplio consenso al que se llegó entre gran cantidad de expertos en diversas áreas de las profesiones de la salud convierten al CHCE en una herramienta que sirve para generar conciencia y diseminar programas educativos sobre comunicación entre enfermeros y pacientes en facultades de Enfermería de los países interesados, además de otros países con características similares.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer los aportes realizados por los participantes del panel de expertos. Sus

comentarios nos han ayudado a llegar a resultados de aprendizaje más adecuados.

Referencias

1. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia, PA: FA Davis Company; 1966. 235 p.
2. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 1997;10(4):162-7. doi: <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
3. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ*. 2015;12(3):134-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
4. Curley MAQ. Patient-Nurse synergy: optimizing patient's outcomes. *Am J Crit Care*. 1998;7(1):62-72.
5. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):805-7.
6. Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(8):991-4. doi: <https://doi.org/10.4065/80.8.991>
7. Martin AJ, Dowson M. Interpersonal relationships, motivation, engagement, and achievement: Yields for theory, current issues, and educational practice. *Rev Educ Res*. 2009;79(1):327-65. doi: <https://doi.org/10.3102/0034654308325583>
8. Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? *Fam Pract Manag*. 2007;14(1):33-6.
9. DiMeglio K, Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A, Ducharme M, et al. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *J Nurs Adm*. 2005;35(3):110-20.
10. National Association for Practical Nurse Education and Service. Standards of practice and educational competencies of graduates of practical/vocational nursing programs. *J Pract Nurs*. 2007 Summer;57(2):20-2.
11. Boschma G, Einboden R, Groening M, Jackson C, MacPhee M, Marshall H, et al. Strengthening communication education in an undergraduate nursing curriculum. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2010;7(1):Article28. doi: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.2043>
12. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández VV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gámez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2241. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072241>
13. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus

- statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
14. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991;303(6814):1385-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
 15. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: better standards, better physicians, better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
 16. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2008;42(11):1100-7.
 17. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Muhlinghaus I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns.* 2010;81(2):259-66.
 18. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns.* 2013;93(1):18-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
 19. García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese, and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ.* 2016;16(99). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0610-8>
 20. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53(2):143-51. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
 21. McCormack B, McCance T. *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice.* 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2016.
 22. Sharples N. Relationship, helping and communication skills. In: Brooker C, Waugh A, Van Rooyen RM, Jordan PJ, editors. *Foundations of Nursing Practice: Fundamentals of Holistic Care.* 2nd ed. Edinburgh: Mosby Elsevier; 2016. p. 181-207.
 23. Guven Ozdemir N, Sendir M. The relationship between nurses' empathic tendencies, empathic skills, and individualized care perceptions. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;56(3):732-7. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12489>
 24. Kirca N, Bademli K. Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(4):624-31. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12381>
 25. Revuelta G. Formación en comunicación en los estudios de grado: análisis en las áreas de ciencias de la salud y la vida, ciencias ambientales y ciencias naturales. *Mediaciones de la Comunicación.* 2018;13(2):159-86. doi: <https://doi.org/10.18861/ic.2018.13.2.2872>
 26. Wikström BM, Svidén G. Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nurs Rep.* 2011;1(1):7. doi: <https://doi.org/10.4081/nursrep.2011.e7>
 27. Ferrández-Antón T, Ferreira-Padilla G, Del-Pino-Casado R, Ferrández-Antón P, Baleriola-Júlvez J, Martínez-Riera JR. Communication skills training in undergraduate nursing programs in Spain. *Nurse Educ Pract.* 2020;42(102653):102653. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102653>
 28. World Health Organization. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Apr 7]. Available from: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf
 29. International Council of Nurses. ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2009 [cited 2021 Apr 7th]. Available from: https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf
 30. Crookes PA, Brown R, Della P, Dignam D, Edwards H, McCutcheon H. The development of a pre-registration nursing competencies assessment tool for use across Australian universities [Internet]. Wollongong: University of Wollongong; 2010 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/684/>
 31. American Nurses Association. *Nursing administration: Scope and standards of practice* [Internet]. 2nd ed. Silver Spring, MD: ANA; 2016 [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://www.nursingworld.org/nurses-books/nursing-administration-scope-and-standards-of-practice-2nd-edition/>
 32. Sroczyński M, Conlin G, Costello E, Crombie P, Hanley D, Tobin M, et al. Continuing the creativity and connections: The Massachusetts initiative to update the Nurse of the Future Nursing Core Competencies. *Nurs Educ Perspect.* 2017;38(5):233-6. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000200>
 33. Caballero F. Improvement of an expert consensus method to reduce variability in clinical practice. Applicability and performance of an adaptation of the modified Delphi method, as an instrument of expert consensus to prepare recommendations in situations of clinical uncertainty. [Dissertation]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
 34. Stewart J, O'Halloran C, Harrigan P, Spencer JA, Barton JR, Singleton SJ. Identifying appropriate tasks for the preregistration year: modified Delphi technique. *BMJ.* 1999;319(7204):224-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7204.224>

35. Dalkey NC. An experimental study of group opinion: The Delphi method. *Futures*. 1969;1(5):408-26. doi: [https://doi.org/10.1016/S0016-3287\(69\)80025-X](https://doi.org/10.1016/S0016-3287(69)80025-X)
36. Ruiz Moral R. A conceptual proposal to guide the development of a curriculum in physician-patient communication skills. *Educ Med*. 2015;16(1):57-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.009>
37. Ministry of Education (ES). National Agency of Quality Education Evaluation (ANECA) White Book of Nursing Degree [Internet]. Madrid: ANECA; 2004 [cited 2021 Sep 16]. Available from: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
38. Krathwohl DR. A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory Pract*. 2002;41(4):212-8. doi: https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_2
39. Goodman LA. Snowball Sampling. *Ann Math Statistics*. 1961;32(1):148-70. doi: <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>
40. Pastor Torres L, Lacalle Remigio JR, Gomez Gras ES. Sistemática para la Composición de los Paneles de Expertos. In: Berra A, Marín I, Álvarez R, editors. *Consenso en Medicina: Metodología de Expertos*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 71-80.
41. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Internet]. Santa Monica (CA): RAND; 2001 [cited 2021 Sep 16]. Available from: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
42. Zhang H, Zhang W. Some Factors Affecting Nursing Curriculum Implementation. In: Zhu R, Ma Y, editors. *Information Engineering and Applications*. London: Springer; 2012. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2386-6_134
43. Aled J. Putting practice into teaching: an exploratory study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource. *J Clin Nurs*. 2007;16(12):2297-307. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01948.x>
44. Thomas CM, Bertram E, Johnson D. The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educ*. 2009;34(4):176-80. doi: <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3181aaba54>
45. Brown RA, Crookes PA, Iverson D. An audit of skills taught in registered nursing preparation programmes in Australia. *BMC Nurs*. 2015;14(1):68. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0113-7>
46. Shafakhah M, Zarshenas L, Sharif F, Sabet Sarvestani R. Evaluation of nursing students' communication abilities in clinical courses in hospitals. *Glob J Health Sci*. 2015;7(4):323-8. doi: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p323>
47. Brown RA, Crookes PA. What level of competency do experienced nurses expect from a newly graduated registered nurse? Results of an Australian modified Delphi study. *BMC Nurs*. 2016;15(1):45. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0166-2>
48. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence: Conceptions of competence. *Med Educ*. 2012;46(4):357-65. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x>
49. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21(6):563-70. doi: <https://doi.org/10.1080/01421599978979>
50. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):152-62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>
51. van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg-Van Den Berg BW, van Den Hout HA, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: two Dutch medical schools compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2002;7(1):29-40. doi: <https://doi.org/10.1023/a:1014576900127>
52. van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns*. 2013;90(2):177-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.004>
53. Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
54. Talbot M. Good wine may need to mature: a critique of accelerated higher specialist training. Evidence from cognitive neuroscience. *Med Educ*. 2004;38(4):399-408. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01778.x>
55. Sheldon LK, Hilaire DM. Development of communication skills in healthcare: Perspectives of new graduates of undergraduate nursing education. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 16];5(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n7p30>
56. European Commission. Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture. *Erasmus+ Annual Report 2018* [Internet]. Brussels: European Union; 2019 [cited 2021 Apr 7]. Available from: http://sepie.es/doc/comunicacion/publicaciones/NCAR19001ENN_en.pdf
57. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Ufholz LA, Mascioli K, et al. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education

- Research: A Review. Acad Med. 2017;92(10):1491-8. doi: <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812>
58. Djulbegovic B, Guyatt G. Evidence vs Consensus in Clinical Practice Guidelines. JAMA. 2019;322(8):725-6. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.2019.9751>
59. Gomes M, Lopes R, Thofehrn M, Nóbrega MM, Arreguy-Sena C, Brandão M. Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2021;29:e3387. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>
60. Thompson SK. Adaptive sampling in behavioural surveys. NIDA Res Monogr. 1997;167:296-319.
61. Vogt WP. Dictionary of Statistics and Methodology: A Non-Technical Guide for the Social Sciences. 2nd ed. London: Sage Publications; 1999.
62. Bylund CL, Peterson EB, Cameron KA. A practitioner's guide to interpersonal communication theory: an overview and exploration of selected theories. Patient Educ Couns. 2012;87(3):261-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.006>
63. Gale R, Grant J. AMEE Medical Education Guide No. 10: Managing change in a medical context: Guidelines for action. Med Teach. 1997;19(4):239-49. doi: <https://doi.org/10.3109/01421599709034200>

Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Roger Ruiz-Moral, Almudena Crespo-Cañizares, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Roger Ruiz-Moral, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez. **Obtención de datos:** Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Almudena Crespo-Cañizares, Fernando Caballero-Martínez. **Análisis e interpretación de los datos:** Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Roger Ruiz-Moral, Almudena Crespo-Cañizares, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez. **Análisis estadístico:** Ana María Pérez-Martín, Fernando Caballero-Martínez. **Obtención de financiación:** Ana María Pérez-Martín. **Redacción del manuscrito:** Ana María Pérez-Martín, Roger Ruiz-Moral, Almudena Crespo-Cañizares, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Ana María

Recibido: 16.09.2021
Aceptado: 10.01.2022

Editor Asociado:
César Calvo-Lobo

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Ana María Pérez-Martín

E-mail: a.perez@ufv.es

 <https://orcid.org/0000-0001-6591-1399>