



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo

Martha Cecilia Triana Restrepo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa Doctorado en Enfermería
Bogotá, D.C., Colombia
2016

Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo

Martha Cecilia Triana Restrepo

Tesis de doctorado presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctora en Enfermería

Directora:
Yaneth Mercedes Parrado Lozano
Doctora en Enfermería

Grupo de investigación:
Cuidado y Práctica de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Doctorado en Enfermería
Bogotá D.C.
2016

Ítaca

*Cuando emprendas tu viaje a Ítaca
pide que el camino sea largo,
lleno de aventuras, lleno de experiencias.
No temas a los lestrigones ni a los cíclopes
ni al colérico Poseidón,
seres tales jamás hallarás en tu camino,
si tu pensar es elevado, si selecta
es la emoción que toca tu espíritu y tu cuerpo.
Ni a los lestrigones ni a los cíclopes
ni al salvaje Poseidón encontrarás,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no los yergue tu alma ante ti*

Fragmento

Konstantino P. Kavafis (1863-1933)

Poeta griego

Agradecimientos

A mis hermosas hijas, porque son la razón para vivir y soñar.

A mi familia, por ser apoyo incondicional, compañía y fuente de fortaleza y paz.

A mi directora de tesis, Yaneth Parrado, por sus valiosas orientaciones, siempre oportunas e inteligentes.

A las enfermeras de la UCI y de las unidades de cuidado intermedio del hospital Santa Clara, por su participación, calidez y disposición para aprender.

A todos los pacientes que participaron en este estudio, porque sin ellos esta investigación no tendría razón de ser.

A Jennifer Rojas, por su apoyo constante, su optimismo y su compromiso inquebrantable.

A la Unidad de Investigación del Hospital Santa Clara, y en especial al doctor Carlos Enrique Awad, por creer en este trabajo y apoyar su desarrollo.

Al profesor Jorge Humberto Mayorga, por su valiosa asesoría estadística, y sobre todo, por ser un constante motivador.

Al doctor Juan Diego Ramos Pichardo, de la Universidad de Alicante, por sus valiosas orientaciones en la construcción y consolidación del entrenamiento.

Al programa de Doctorado en enfermería y sus profesoras, por su interés en el crecimiento disciplinar y el aporte constante en el desarrollo de esta tesis.

A Diana Díaz y Nathaly González, y a todas las personas que de alguna manera han colaborado en el desarrollo de esta investigación.

Resumen

Propósito: Determinar el efecto de la empatía de la enfermera, después de recibir un entrenamiento en vínculo empático, sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la UCI.

Objetivos: Comparar el nivel de ansiedad del paciente antes y después del encuentro enfermera-paciente (cuando la enfermera no ha recibido entrenamiento en vínculo empático, grupo A). Comparar el nivel de ansiedad del paciente antes y después del encuentro enfermera paciente (cuando la enfermera ha recibido entrenamiento en vínculo empático, grupo B). Comparar el cambio ocurrido en el nivel de ansiedad del paciente entre los grupos de encuentros A y B. Comparar el nivel de empatía de la enfermera antes y después de recibir una intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”. Determinar la asociación que existe entre el nivel de empatía de la enfermera y el nivel de ansiedad del paciente.

Metodología: Estudio cuasiexperimental, en donde la unidad de análisis correspondió a los encuentros enfermera-paciente (diada de estudio). Cada encuentro fue observado una única vez con cada paciente. Se estableció un grupo de encuentro antes de que la enfermera recibiera la intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”, y otro después del entrenamiento. Durante cada encuentro se midió el nivel de ansiedad del paciente (por escala FAS y signos vitales). Se observó la intensidad del vínculo empático (lista de chequeo de comportamientos empáticos expresados por la enfermera durante el encuentro), y nuevamente se midió el nivel de ansiedad del paciente. Las enfermeras recibieron un entrenamiento sustentado en la teoría de Peplau y los principios de la relación de ayuda, antes y después del cual se midió el nivel de empatía de la enfermera (autorreportado) mediante la utilización de la escala de empatía de Reynolds, a la que se le realizó validez facial y de contenido.

Resultados: Participaron un total de 11 enfermeras y se midieron 311 encuentros enfermera-paciente, 154 antes y 157 después del entrenamiento de la enfermera. Los niveles de ansiedad de los pacientes en el grupo de encuentro con enfermeras no

entrenadas y entrenadas, en la unidad de cuidado intermedio, fueron relativamente bajos (2), mientras los pacientes en la UCI reportaron niveles de ansiedad de bajos a moderados (2 - 3).

El cambio en el nivel de ansiedad del paciente entre los dos grupos (antes y después del entrenamiento), fue estadísticamente significativo ($p < 0,000$) lo que muestra una disminución del nivel de ansiedad del paciente casi del doble para los pacientes en la unidad de cuidado intermedio y del 33 % para los pacientes en la UCI, después del entrenamiento de la enfermera. Las enfermeras aumentaron los comportamientos empáticos, expresados durante el encuentro e identificados mediante la intensidad del vínculo empático y su nivel de empatía (autorreportada) en 20 puntos, después de recibir el entrenamiento.

Palabras clave: Relación enfermera-paciente, empatía, ansiedad, paciente en estado crítico

Abstract

Purpose: To determine the effect of empathy nurse, after receiving training in empathic link, on the level of anxiety in adult patients in the ICU and Intermediate Care Unit

Objectives: To compare the patient's anxiety level before and after the patient nurse encounter, (when the nurse has not received empathic bond training - group A). To compare the patient's anxiety level before and after the patient nurse encounter, (when the nurse has received empathic bond training - group B). Compare the change in patient anxiety level between groups of encounters A and B. Compare the level of empathy of the nurse before and after receiving an "empathic bond" training type intervention. To determine the association between the level of empathy of the nurse and the level of anxiety of the patient.

Methodology: Quasi-experimental study where the unit of analysis corresponded to the patient's nurse encounters (dyad of study), each encounter was observed only once with each patient, a group of meetings was set before receiving nurse intervention type training "empathic link" and another after receiving nurse training during each encounter the anxiety level of the patient (scale FAS and vital signs) was measured, the intensity of empathic link (checklist of empathic behavior) was observed and again the patient's anxiety level was measured. Nurses received training based on the theory of Peplau and principles of the aid relationship, before and after which the level of empathy Nurse (self-reported) was measured by use of the empathy scale Reynolds, to which it was performed face and content validity.

Results: A total of 11 nurses and nurse measured 311 patient encounters, 154 before and after training 157 nurse. Anxiety levels of patients in group meetings with nurses untrained and trained in the intermediate care unit were relatively low (2), while patients in the ICU reported anxiety levels low to moderate (2 to 3). The change in the level of patient anxiety between the two groups (before and after training) was statistically significant ($p < 0.000$), showing a decrease in the level of patient anxiety almost double for patients in the care unit intermediate and 33% for patients in the ICU, after training of the nurse. Nurses increased empathic behavior, expressed during the meeting and identified

XII Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del
paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo

by the intensity of the empathic bond and level of empathy (self-reported) at 20 points, after receiving training

Keywords: nurse patient relationship, empathy, anxiety, critically ill patient

Contenido

	Pág.
1. Marco referencial	22
1.1. Área temática y fenómeno	22
1.2. Significancias	24
1.2.1. Significancia social	24
1.2.2. Significancia teórica	32
1.2.3. Significancia disciplinar	40
1.3. Justificación	54
1.4. Pregunta de investigación	56
1.5. Objetivos	57
1.5.1. Objetivo general	57
1.5.2. Objetivos específicos	57
2. Marco conceptual y teórico	59
2.1. Marco conceptual	59
2.1.1. Concepto de empatía	59
2.1.2. Concepto de ansiedad	66
2.2. Marco teórico	69
2.2.1. Perspectivas filosóficas y teóricas de la relación interpersonal	69
2.2.2. Perspectivas teóricas de la empatía y la ansiedad desde la psicología	72
2.2.3. Perspectivas teóricas de la empatía y la ansiedad desde la enfermería	77
2.2.4. Entrenamiento en empatía	86
2.3. Hipótesis de trabajo	90
2.3.1. Hipótesis estadísticas	90
3. Marco metodológico	91
3.1. Tipo y diseño del estudio	91
3.2. Etapas y fases del estudio	92
3.2.1. Inmersión en campo y prueba piloto	92
3.2.2. Estudio principal	94
3.3. Riesgos del diseño cuasiexperimental	96
3.4. Definición y caracterización de las variables	97
3.5. Entrenamiento en “Vínculo empático”	99
3.6. Criterios de inclusión y exclusión para los encuentros	102
3.6.1. Criterios de inclusión	102
3.6.2. Criterios de exclusión	103
3.7. Criterios de inclusión para pacientes	103
3.7.1. Criterios de inclusión	103

3.7.2.	Criterios de exclusión	103
3.8.	Criterios de inclusión y exclusión para enfermeras	103
3.8.1.	Criterios de inclusión	103
3.8.2.	Criterios de exclusión	104
3.9.	Tamaño de la muestra	104
3.10.	Instrumentos	105
3.10.1.	Lista de chequeo, momentos de encuentro enfermera-paciente:	105
3.10.2.	Escala de empatía de Reynolds (RES – Reynolds empathy scale)	106
3.10.3.	Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients (FAS)	109
3.10.4.	Lista de chequeo intensidad del vínculo empático	110
3.11.	Aspectos éticos	111
3.12.	Preparación de los datos.....	115
4.	Marco de análisis	117
4.1.	Análisis descriptivo	117
4.1.1.	Comparación del nivel de ansiedad del paciente en los encuentros con enfermera no entrenada en vínculo empático	120
4.1.2.	Comparación del nivel de ansiedad del paciente en los encuentros con enfermera entrenada en vínculo empático	123
4.2.	Análisis inferencial	125
4.2.1.	Comparación del cambio en el nivel de ansiedad del paciente entre los grupos de encuentros ocurridos antes y después del entrenamiento en vínculo empático de la enfermera.	125
4.2.2.	Comparación de la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera durante los encuentros enfermera-paciente, antes y después del entrenamiento en “vínculo empático” de la enfermera.....	127
4.2.3.	Fluctuación en los comportamientos empáticos expresados por la enfermera, antes y después del entrenamiento	130
4.2.4.	Comparación de la puntuación del nivel de empatía autorreportada por las enfermeras antes y después del entrenamiento en vínculo empático	131
4.2.5.	Asociación del nivel de empatía de la enfermera con el nivel de ansiedad del paciente	133
5.	Discusión	135
6.	Conclusiones, recomendaciones y limitaciones	147
6.1.	Conclusiones.....	147
6.2.	Recomendaciones.....	150
6.3.	Limitaciones.....	151

Lista de gráficas

Gráfico 2-1. Empatía y simpatía, según cognición y emoción	64
Gráfico 3-1. Organización de la observación y medición en los encuentros enfermera-paciente	96
Gráfico 3-2. Faces Anxiety Scale.....	110
Gráfico 4-1. Diagnóstico médico de ingreso a UCI	119
Gráfico 4-2. Diagnósticos médicos de ingreso a la unidad de cuidado intermedio	120
Gráfico 4-3. Puntajes del nivel de empatía autorreportada por las enfermeras, antes y después del entrenamiento	132

Lista de tablas

Tabla 1-1. Relación de los estudios correlacionales en la revisión sistemática de Juping Yu y Maggie Kirk.....	43
Tabla 3-1. Organización del estudio.....	95
Tabla 3-2. Variables dependientes.....	98
Tabla 3-3. Organización de las sesiones contempladas en el entrenamiento en "Vínculo empático"	101
Tabla 3-4. Lista de chequeo según NAS.....	106
Tabla 3-5. Cambio en los ítems de la escala, según aporte de los expertos.....	108
Tabla 3-6. Resultados del índice de concordancia de los ítems de la escala de empatía de Reynolds.....	109
Tabla 3-7. Comportamientos empáticos contenidos en la lista de chequeo	110
Tabla 4-1. Frecuencias de encuentros enfermera-paciente ocurridos en la UCI y ocurridos en la Unidad de Cuidado Intermedio, según el entrenamiento de la enfermera	119
Tabla 4-2. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad por signos vitales, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera no entrenada .	121
Tabla 4-3. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad autorreportado, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera no entrenada .	122
Tabla 4-4. Medidas resumen del puntaje de la escala FAS, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera no entrenada	122
Tabla 4-5. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad por signos vitales, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera entrenada	123
Tabla 4-6. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad autorreportado, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera entrenada	124

Tabla 4-7. Medidas resumen del puntaje de la escala FAS, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera entrenada	125
Tabla 4-8. P-valores para la relación de cambio en el nivel de ansiedad del paciente, entre los encuentros enfermera-paciente con enfermera no entrenada y entrenada	126
Tabla 4-9. Resultado de la media en encuentros con enfermeras entrenadas y no entrenadas para las variables de ansiedad que mostraron diferencias	127
Tabla 4-10. Medidas de resumen del puntaje en vínculo empático expresado por las enfermeras durante los encuentros	128
Tabla 4-11. P-valores para la relación de cambio en la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera en los encuentros enfermera-paciente entre enfermera no entrenada y entrenada.....	129
Tabla 4-12. Resultado de la media en la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera en los encuentros enfermera-paciente	129
Tabla 4-13. Razones de cambio para los comportamientos empáticos expresados por las enfermeras, antes y después del entrenamiento.....	130
Tabla 4-14. Nivel de empatía autorreportado por las enfermeras, antes y después de recibir entrenamiento	132
Tabla 4-15. Resultado de la prueba Chi-cuadrado de Pearson para la comparación de proporciones - p valores	133

Introducción

El presente documento se encuentra organizado en 6 capítulos o marcos, así: referencial, conceptual y teórico, metodológico, análisis y resultados, discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

El marco referencial se desarrolló en torno al área temática de la relación enfermera-paciente y el fenómeno de investigación, efecto de la empatía de la enfermera en la ansiedad del paciente en la unidad de cuidado intensivo. Contiene las significancias social, teórica y disciplinar. En la significancia social se resaltan los antecedentes que han motivado el interés en el estudio de la relación enfermera-paciente que se establece con el paciente en estado crítico de salud. Se presentan las características de los participantes de la relación, en este caso el paciente enfrentado a una condición amenazante para su vida y la enfermera con su naturaleza y conocimiento. Finalmente, se explora el contexto que rodea el desarrollo de la relación enfermera-paciente.

En la significancia teórica se parte de presentar las corrientes de pensamiento que dan fundamento a la relación enfermera-paciente, para luego centrarse en la empatía como atributo principal de esa relación y la ansiedad como un fenómeno prevalente en el paciente adulto en estado crítico de salud.

En la significancia disciplinar se presenta el desarrollo investigativo sobre el fenómeno de la empatía y la ansiedad desde la disciplina de enfermería, se sintetizan los aspectos relevantes que justifican el desarrollo de esta investigación, resaltando los vacíos del conocimiento y sustentando la pregunta de investigación y los objetivos del estudio, con los cuales se cierra este capítulo.

El segundo capítulo, que corresponde al marco conceptual y teórico, se inicia con la derivación histórica tanto del concepto de empatía como de ansiedad, lo mismo que su

definición desde las diferentes corrientes de pensamiento. Luego, partiendo de la mirada del ser humano desde la antropología filosófica y su relación con la visión holística del paciente en enfermería, se enfocan las perspectivas teóricas que han abordado el fenómeno de la empatía tanto en psicología como en enfermería, para finalmente hacer una mirada sobre las orientaciones que han marcado el incremento de la empatía mediante programas de entrenamiento. A partir de este capítulo se establecen los fundamentos conceptuales, teóricos y empíricos desde los cuales se construyó el diseño metodológico para esta investigación.

En el marco metodológico se presentan dos temáticas: la metodológica, que contempla el tipo de estudio, las fases y etapas, la descripción y definición de las variables, la cantidad y características de los participantes del estudio y su forma de selección, al igual que los instrumentos utilizados para obtener los datos y los aspectos éticos. La segunda temática hace referencia a la estructuración del programa de entrenamiento en “vínculo empático” desde los sustentos conceptual, teórico y empírico, así como su desarrollo operativo, es decir, se centra en la intervención.

El capítulo de análisis y resultados muestra los resultados obtenidos en el estudio y el análisis estadístico desarrollado a la luz de los objetivos propuestos, presenta cómo la empatía de la enfermera modificada con una intervención tipo entrenamiento en vínculo empático impacta el nivel de ansiedad del paciente y la dirección y fuerza de dicho impacto.

En la discusión se presentan los resultados del estudio en contraste con las premisas teóricas y los hallazgos de la literatura en cuanto al desarrollo investigativo en el tema, así como el sistema conceptual, teórico, empírico (C-T-E) que guio la investigación y, finalmente, en el capítulo de conclusiones, limitaciones y recomendaciones se enfatiza lo más relevante del aporte teórico y disciplinar derivado del desarrollo de este estudio y las propuestas para el desarrollo de futuras investigaciones.

1. Marco referencial

La presente tesis es producto de la línea de investigación de cuidado y práctica de enfermería, grupo de investigación de cuidado y práctica de enfermería, salud familiar, enfermería familiar y medición en salud del programa de Doctorado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. El campo de interés es el cuidado del paciente adulto en estado crítico de salud hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo y la unidad de cuidado intermedio desde la perspectiva de la relación enfermera-paciente.

En este capítulo se presenta el marco de referencia de la investigación, en el que se incluyen el área temática y el fenómeno de estudio, se desarrollan las significancias social, teórica y disciplinar, se presenta el planteamiento problemático y los objetivos del estudio.

1.1. Área temática y fenómeno

La relación enfermera-paciente ha sido considerada el fundamento del cuidado de enfermería (Kunyk y Olson, 2001); es una alianza interpersonal en la cual la enfermera y el paciente se unen durante un periodo definido para lograr objetivos relacionados con la salud y el tratamiento (Arnold y Boggs, 2011); es un proceso interpersonal que se desarrolla con el tiempo entre el paciente y la enfermera. Al identificarse como un proceso, implica la presencia de fases superpuestas en el contexto del cuidado y con un objetivo definido (Hagerty y Patusky, 2003; Beltrán, 2006). Esta conceptualización se basa en el trabajo de Peplau y fue posteriormente ampliada en los trabajos de King y otros.

Como lo plantea Beltrán (2008), “la relación que se establece entre la enfermera y el paciente no es de tipo social o de carácter informal, sino que es concebida como una relación terapéutica orientada al beneficio del paciente”. Está dirigida al logro de metas y enfocada a identificar y resolver problemas relacionados con el bienestar y la salud de las personas cuidadas.

La relación enfermera-paciente se centra en el paciente, lo que significa que todas las intervenciones de enfermería deben tener en cuenta las preferencias individuales del paciente, sus creencias, valores y necesidades. El paciente es la persona experta en su experiencia de vida y la enfermera es el experto en materia del cuidado de la salud (Arnold y Boggs, 2011).

En la relación enfermera-paciente, la enfermera participa como profesional, haciendo uso tanto de su experiencia (conocimiento y desarrollo de habilidades prácticas) como de su preparación académica, y participa, además, con su ser, en relación con el paciente, lo que implica atributos como autenticidad, presencia y conciencia de sí mismo (Kunyk y Olson, 2001; Urbina, Pérez, Delgado y Martin, 2003; Kelleher y Mc Auley, 2006).

La relación enfermera-paciente es el fundamento de la práctica de enfermería, tiene atributos especiales, características, escenarios, fases; sin embargo, la literatura resalta que la empatía es el componente fundamental de esta relación (Bailey, 1996; Gunther, Evans, Mefford y Coe, 2007; Yu y Kirk, 2008; Williams y Stickley 2010; McKenna, *et. al.*, 2012).

La relación enfermera-paciente ha sido de interés en la investigación en enfermería durante la última mitad de este siglo; sin embargo, a pesar de que los investigadores aluden a la importancia de la misma, no ha sido explorada en profundidad (Aranda y Street, 1999; Vouzavali, *et. al.*, 2011).

En este sentido, Cossette, Cara, Ricard y Pepin (2005) resaltan que se ha desarrollado poca investigación a la descripción de la relación enfermera-paciente y los resultados en salud de los pacientes como el confort, la calidad del cuidado o la estancia hospitalaria. Los autores mencionados manifiestan que muchos estudios se centran en identificar factores estructurales y organizacionales de la prestación del cuidado en relación con los

resultados en el paciente, pero pocos se detienen en temas del proceso de cuidado, tales como la relación enfermera-paciente y sus efectos en este último.

La perspectiva de la relación enfermera-paciente, como fundamento de la enfermería, ha continuado a pesar de los cambios en los entornos de salud y se desarrolla en ambientes conformados por normas éticas, culturales y sociales prevalentes, así como por tendencias económicas y legales que se han transformado con los cambios del milenio y con el desarrollo del conocimiento científico, lo cual demanda una mirada sobre los paradigmas de la práctica actual y la importancia de trabajar en el desarrollo y fortalecimiento de la relación enfermera paciente con el fin de balancear el énfasis en las habilidades técnicas (Reynolds, Scott y Austin, 2000; Hagerty y Patusky, 2003).

Teniendo como referente la relación enfermera-paciente, en la presente investigación se estudia el fenómeno de la empatía como elemento fundamental de esta y se busca conocer los efectos de la empatía de la enfermera sobre la ansiedad del paciente adulto en estado crítico de salud hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI) o en la unidad de cuidado intermedio, puesto que la empatía se ha asociado con resultados en salud positivos, medidos en términos de reducción de la ansiedad, mayor satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería y disminución del estrés.

1.2. Significancias

Se describe la importancia de esta investigación para el desarrollo disciplinar, el aporte teórico y su utilidad social, representadas en lo novedoso del área temática y fenómeno, a partir del cual se favorece el enfoque humanístico en la práctica profesional de enfermería.

1.2.1. Significancia social

Reflexionar sobre el cuidado de enfermería para los pacientes que se encuentran en condiciones críticas de salud, obliga a pensar más allá del escenario, donde lo biológico es lo más visible y hacer una mirada que demande prácticas diferentes sobre una

interpretación centrada en la persona, sus emociones y temores, a fin de establecer relaciones enfermera-paciente que propendan por mejores resultados en la recuperación de la salud y en la conservación de la dignidad humana.

Este postulado se enmarca en una visión interactiva integrativa desde un enfoque holístico, que considera a la persona como un todo, en relación estrecha de sus componentes biológico, psicológico y social, que se encuentra inmerso en un contexto histórico, económico, político y social, que influye en la dinámica interna del individuo y en la forma en que enfrenta las situaciones que vive a diario. Desde este panorama, el cuidado de enfermería se brinda a un ser humano, considerado como pluridimensional, que se encuentra en condiciones críticas de salud, manifestando una serie de necesidades biológicas, psicológicas, espirituales y sociales, las cuales deben ser valoradas y tratadas a partir de enfoques teóricos que contemplen los diferentes componentes.

En este contexto, existe un interés constante y un desarrollo investigativo logrado por el grupo académico de urgencias y cuidado crítico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (al cual pertenece la investigadora), que se ha centrado, entre otros, en la propuesta de un modelo de cuidado para la persona adulta en estado crítico hospitalizada en la unidad de cuidado intensivo (Parra, Guáqueta, Triana, 2012) el cual es un modelo pensado desde la academia, con el interés de incorporar una serie de fundamentos teóricos, filosóficos, metodológicos y éticos, que, relacionados entre sí, orientan el ejercicio profesional y la enseñanza de enfermería en esta área.

Entendiendo que el cuidado del paciente en estado crítico va mucho más allá de su dimensión fisiológica, severamente alterada, en este modelo se concibe el cuidado desde la perspectiva de la relación interpersonal, la satisfacción de las necesidades del paciente, la respuesta a la ayuda que requiere durante su proceso de estabilización y recuperación y desde los postulados de la calidad del cuidado, enfocados a partir de la construcción de una cultura de seguridad del paciente. A partir de estos referentes, el modelo toma su nombre como modelo de cuidado H.A.N.C (H: humanización del cuidado, A: ayuda al paciente crítico hospitalizado, N: necesidades satisfechas y C: cuidado de calidad).

Para el modelo se han definido cuatro dimensiones del cuidado de enfermería, así (Parra, *et. al.*, 2012):

- ✓ Dimensión ética, que se refiere a todos los valores, principios y códigos que orientan el análisis, la toma de decisiones y el acompañamiento a la persona en estado crítico y su familia.
- ✓ Dimensión de percepción, que se refiere al proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado.
- ✓ Dimensión científico clínica, que se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos propios del saber de enfermería.
- ✓ Dimensión interpersonal, definida como la habilidad del profesional de enfermería para establecer relaciones interpersonales positivas.

A partir de las dimensiones definidas para el modelo, se han planteado indicadores de la calidad del cuidado y el desarrollo del instrumento para la evaluación de la dimensión científico clínica; por otra parte, a través de la alianza de dos grupos de investigación (cuidado y práctica de enfermería, salud familiar, enfermería familiar y medición en salud y el grupo de urgencias y cuidado crítico), se realizó la validación de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo (Parrado, *et. al.*, 2016).

Existe, por tanto, un interés expreso y un camino recorrido con el objetivo de proponer una mirada diferente a la práctica de enfermería para el paciente en estado crítico de salud, manifestado en los productos generados desde la academia y donde el desarrollo del presente proyecto será un aporte fundamental. La relación enfermera paciente es un foco de interés y se convierte en un reto, teniendo en cuenta el mismo ambiente de la unidad y todas las características que rodean al paciente.

▪ Los participantes en la relación enfermera paciente

Desde lo fisiológico, el paciente en estado crítico de salud puede definirse como “aquel que debido a alteraciones en una o varias de sus funciones vitales se encuentra en peligro inminente de perder la vida, requiriendo cuidados continuos y coordinados por parte de un grupo de profesionales y técnicos del área de la salud, quienes proveen

desde su experticia clínica procesos terapéuticos y de vigilancia permanente, tendientes a restablecer en un corto tiempo el equilibrio vital requerido, evitando de esta manera el desencadenamiento de estados clínicos difícilmente reversibles” (Parra, 2008).

Pero, además de lo impactante que pueda ser el problema fisiológico del paciente en estado crítico de salud, es conocido que su vivencia en una unidad de cuidado intensivo le imprime características especiales determinadas no solamente por la situación amenazante para la vida (Kelleher y Mc Auley, 2006), sino que se enfrenta a problemas de tipo psicosocial, problemas derivados de las terapéuticas y del mismo escenario. Por lo tanto, las respuestas humanas ante la enfermedad crítica son de origen biológico, psicológico, social, cultural y tienen manifestaciones de carácter individual y repercusiones en el escenario de las relaciones familiares, sociales y laborales del paciente, por lo que una mirada biologicista que solo evalúe las condiciones fisiológicas, no es suficiente para ofrecer un cuidado de enfermería de calidad.

Los pacientes críticos sufren problemas de tipo psicosocial como miedo, pensamientos negativos, ansiedad, dolor, pérdida de control, aislamiento familiar y social, alteración de la imagen corporal, depresión y pérdida de autonomía (Moser *et. al.*, 2003), los cuales pueden tener efectos inmediatos o a largo plazo en el bienestar físico y psicológico y se han asociado con retraso en la recuperación física, prolongación de la estancia hospitalaria, delirio y estrés postraumático (Papathanassoglou, 2010). Según esta autora, la necesidad de sentirse seguro es una prioridad primordial de los pacientes.

En esta misma dirección, el estudio de Hofhuis, *et. al.*, (2008) que buscaba evaluar la percepción de los pacientes en relación con el cuidado de la enfermera en la UCI, encontró que para ellos es fundamental establecer una relación satisfactoria con la enfermera, ya que son muy sensibles a las actitudes y el comportamiento del personal, lo que puede aumentar su ansiedad y vulnerabilidad o, por el contrario, hacer que se sientan más seguros y confiados. Algunos pacientes de ese estudio indicaron que el comportamiento de cuidado de la enfermera y su apoyo continuo aliviaba sus temores y preocupaciones, de tal manera que podían concentrarse en su recuperación y rehabilitación. Es así como las conductas de los profesionales, como mostrar empatía y permitir a los pacientes expresar sus inquietudes, puede reducir las sensaciones de ansiedad e incertidumbre que experimentan.

Este estudio mostró como una de las categorías emergentes, que los pacientes valoraban que las enfermeras los vieran como seres humanos y los tuvieran como centro de su atención, lo que significa que el cuidado humano es crucial. De igual manera, resaltaron que no solo la tecnología y la experiencia de las enfermeras eran importantes, sino que aspectos humanos como la compasión, el estímulo, la atención, dar consuelo, aliviar el miedo y la creación de seguridad, también ocupaban un lugar preponderante.

Con respecto a la enfermera, según datos del Ministerio de la Protección Social en Colombia, existen aproximadamente 19.816 enfermeras, de las cuales, según el perfil ocupacional reportado en el estudio multicéntrico de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, referenciado por Velandia (2011), el 73.9% se dedican al cuidado de enfermería, el 68.6% a la gerencia, el 50.3% a la educación y un 31% a la investigación, lo que muestra que las enfermeras se ven enfrentadas a multiplicidad de funciones, a actividades en administración de recursos materiales o alimentación de sistemas de información que muchas veces las aparta del objetivo mismo de la disciplina.

Un estudio que evaluó la razón enfermera-paciente en 49 unidades de cuidado intensivo de Bogotá (Achury *et. al.*, 2014), reportó en promedio la razón de una enfermera por cada 5,98 (6) pacientes y una auxiliar de enfermería por cada 4,59 (5) pacientes en UCI adulto y en cuidado intermedio adulto la razón es de una enfermera por cada 6,4 (7) pacientes y una auxiliar de enfermería por cada 3,2 (4) pacientes, lo que es inadecuado dadas las condiciones de complejidad de estos pacientes, la necesidad de tiempo por parte de la enfermera para entablar una relación enfermera-paciente efectiva y los protocolos internacionales que establecen una relación menor que favorezca la calidad del cuidado.

El estudio realizado por Happ, *et. al.*, (2011), sobre interacción comunicativa enfermera-paciente en la UCI, mostró que el 71 % de la comunicación es de corta duración y se relaciona con tareas y preguntas breves. Del 76 al 96% de las interacciones verbales duran menos de 1 minuto, el 37% de la comunicación donde había dolor no era exitosa, y con el paciente en un estado semejante es difícil para la enfermera interpretar sus respuestas, y por lo tanto, se utilizan claves clínicas como tomar la tensión arterial, medir la frecuencia cardíaca e interpretar los gestos como indicadores de dolor.

A pesar del panorama anterior, las enfermeras tienen la responsabilidad social de ofrecer propuestas novedosas que resuelvan los problemas desde una perspectiva teórica, centrada en la relación con el paciente. De acuerdo con este compromiso, la misma ley 911 señala que “la enfermería se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social”.

Las enfermeras cuentan con los elementos necesarios para responder a ese reto, ya que, como lo plantea Urbina, *et. al.* (2003) la enfermería ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica, ha comenzado a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas, a fomentar el desarrollo académico de las personas que ejercen en el ámbito profesional, el paso de una visión particular determinista a una visión interactiva integrativa, e incluso unitaria transformativa; permite expresar los valores que rescatan lo humano del cuidado y la experiencia de la salud.

Se entiende entonces que el principal reto de la enfermera en unidades especializadas de alta complejidad, como la unidad de cuidado intensivo o cuidado intermedio, consiste en establecer relaciones interpersonales con el paciente, genuinamente humanas, en donde se haga énfasis en el respeto a su dignidad, lo cual implica respetar la autonomía, valores y creencias, y que la enfermera asuma una actitud cálida y empática, que le permita comprender la condición del paciente.

▪ El contexto de la relación enfermera paciente

El avance de la ciencia y la tecnología han permitido a la población vivir más y con mejor calidad de vida. El énfasis de la atención en salud va cambiando de un enfoque centrado exclusivamente en la prestación de servicios, a un enfoque de promoción para la salud y el bienestar. Como resultado de estos cambios, el alcance de la práctica y la naturaleza del cuidado para las enfermeras contemporáneas es multidimensional, multirrelacional y altamente complejo. Gestionar el cuidado, trabajar interdisciplinariamente e incluir la calidad de vida y la satisfacción del cuidado, debe cambiar el pensamiento acerca de qué necesidades han de ser incluidas en la relación enfermera-paciente.

Aspectos tales como el alto nivel tecnológico, el exceso de trámites administrativos y otros derivados de los lineamientos institucionales como las condiciones laborales, los procesos enfocados en criterios mercantilistas o el mismo modelo de salud, han provocado que tanto las enfermeras como otros profesionales de la salud se alejen de la finalidad del cuidado centrado en la persona y la relación interpersonal y presten mayor atención a otros aspectos. Esta situación ha generado que los usuarios del sistema de salud manifiesten problemas como la deshumanización, la desarticulación y la falta de confianza en el mismo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de la formulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud y las disposiciones para la operatividad de uno de sus componentes, el sistema Único de Acreditación en Salud, planteó como uno de los ejes trazadores del sistema, la humanización de la atención en salud cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2082 de 2014). En este mismo sentido, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) se ha planteado como propósito la mejora e innovación de todo el sistema desde la humanización y la coordinación de sus agentes. Este enfoque pone de manifiesto la necesidad de reflexionar y formular estrategias para hacer de la atención en salud un campo centrado en las personas y desarrollar en el talento humano que labora en salud habilidades y capacidades que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones (objetivo del PNMCS).

La enfermería, desde los principios humanísticos, es clave en la consecución de los objetivos formulados para la política de humanización y esta prioridad en la atención en salud se operacionaliza reconociendo en el paciente un ser humano sujeto de derechos y que requiere el interés genuino de parte de la enfermera de comprender sus necesidades o emociones.

Lo anterior es particularmente importante para el cuidado del paciente crítico, porque requiere manejo en un área especializada con alta tecnología, en donde con frecuencia el énfasis se encuentra en el uso de esa tecnología y en los tratamientos para salvar la vida. Si se tiene en cuenta que la naturaleza de la relación enfermera-paciente es dependiente del contexto en el que se brinda el cuidado, el ambiente altamente tecnologizado de la UCI puede llevar a la enfermera a perder la mirada sobre el individuo

como ser completo y único. Almerud *et. al.*, (2008), afirma que en la UCI la tecnología puede reducir la vivencia de la enfermedad y aumentar el valor de las dimensiones objetivas de la atención al paciente, lo que relacionan Kelleher y Mc Auley (2006), y Troncoso y Suazo (2007), con la práctica de la enfermería sustentada en el modelo biomédico, en donde los objetivos de la disciplina son percibidos como orientados por la curación.

La estructura sanitaria actual se articula en torno al modelo biomédico (Molina, 2011), centrado en la enfermedad y en el tratamiento biológico, más que en el paciente; por lo tanto, el cuidado de enfermería se articula de manera secundaria y silenciosa a este modelo, generando tendencia en las enfermeras a valorar su accionar cotidiano en las técnicas y en la tecnología, distanciándose de su realidad disciplinar y limitando su autonomía profesional, lo que puede resultar en que tengan dificultad para comprender la experiencia del paciente crítico (Kelleher y Mc Auley, 2006).

La significancia social de este estudio se sustenta en lo siguiente:

- Un interés y una trayectoria investigativa orientada a proponer formas de cuidar al paciente adulto en estado crítico desde el fundamento de la relación enfermera-paciente, lo que implica una mirada que va más allá de lo biológico, a una mirada que recupere la esencia de la enfermería en la relación enfermera-paciente que pueda balancear el énfasis actual de una práctica centrada en lo técnico y procedimental.
- El paciente en estado crítico de salud manifiesta serio compromiso fisiológico, pero valora, por encima de las habilidades técnicas de las enfermeras, el trato y la cercanía en el contexto de la relación enfermera-paciente.
- La política de humanización en salud y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud son los ejes sobre los cuales cambiará el sistema de salud y en donde la enfermería cumple un papel muy importante, dadas su naturaleza y razón moral.
- La mirada centrada en lo biológico no puede abordar la complejidad del ser humano, ni comprender y explicar los efectos de las relaciones interpersonales en la superación de una situación de enfermedad ni, como lo plantea Hojat (2012, pág. 74), “explicar los efectos promotores de la salud en las conexiones humanas. Es

necesario un enfoque holístico unificado para la atención al paciente. La empatía es un elemento clave en este enfoque holístico”.

1.2.2. Significancia teórica

En este apartado se presentan los elementos que se conocen con respecto a la temática de interés, se realiza una mirada sobre la empatía como fundamento de la relación enfermera-paciente y la ansiedad del paciente en condición crítica de salud.

- **Influencia teórica de la relación enfermera-paciente**

Algunas perspectivas teóricas han sido importantes con respecto a la naturaleza y desarrollo de la relación enfermera paciente. Se destacan, citados por Arnold y Boogs (2011), los modelos psicodinámicos (Freud, 1937; Carl Jung, 1971), los enfoques de la relación interpersonal (Harry Stack Sullivan, 1953), las teorías del desarrollo psicosocial (Erik Erikson, 1950; Abraham Maslow, 1970) y los modelos centrados en la persona (Carl Rogers, 1961).

Las ideas de Freud acerca de la transferencia, definida como la proyección irracional de actitudes y sentimientos desde el pasado en el presente de las personas, ha sido usada para entender los orígenes de los comportamientos difíciles que se pueden generar en la relación enfermera-paciente. La perspectiva teórica de Carl Jung proporciona una base para examinar la dimensiones complejas de los roles y del patrimonio universal como seres humanos, sugirió que las fuerzas del pasado continúan influenciando los comportamientos en el presente. Harry Stack Sullivan introdujo la idea de que la relación terapéutica es una conexión humana que cura.

Dos teorías del desarrollo adaptadas desde la psicología han guiado el estudio de la relación interpersonal en el cuidado de la salud: la teoría de Erik Erikson, del desarrollo psicosocial, para evaluar las necesidades del desarrollo de los pacientes y diseñar intervenciones de enfermería apropiadas, y la teoría de las necesidades de Abraham

Maslow, como un marco para priorizar las necesidades del paciente y desarrollar enfoques de enfermería relacionados.

El modelo centrado en la persona, de Carl Rogers, es un fundamento teórico para examinar conceptos del cuidado centrado en el paciente como una dimensión clave en la calidad de la relación enfermera-paciente. Rogers enfatizó en la asociación de iguales entre el paciente y el proveedor de cuidado, e identificó tres características esenciales en el desarrollo de la relación centrada en el paciente: consideración positiva incondicional, comprensión empática y autenticidad. Posteriormente, adicionó una cuarta característica, presencia espiritual o trascendental, como una forma intuitiva de ser con el paciente.

El constructo de empatía ha sido de importancia creciente para disciplinas como la biología, la psicología y las ciencias de la salud como la enfermería y la medicina. Tiene su origen desde la biología evolutiva y la psicología evolutiva, que han considerado la capacidad empática de los seres humanos como desarrollada a través de años de historia evolutiva (Decety and Ickes, 2009); sin embargo, el constructo es relativamente reciente y ha sido utilizado por diferentes autores de distintas formas.

Comprender cómo se puede saber lo que otra persona está pensando o sintiendo ha interesado a filósofos, neurofisiólogos y psicólogos del desarrollo, desde la teoría de la mente y desde la teoría de la simulación que sugiere que, al imaginarse en la situación de otros, se leen sus estados internos desde el propio punto de vista. Responder con sensibilidad al sufrimiento de otros ha sido de interés para quienes buscan entender y promover la acción prosocial, pretendiendo explicar una forma particular de acción de una persona que enfoca la necesidad de otra.

Decety and Ickes (2009) presentan ocho diferentes usos del constructo, según los autores que las han utilizado:

- Conocer el estado interno de otra persona, incluyendo sus pensamientos y sentimientos: algunos investigadores (Wiske, 1986; Preston y de Wall, 2002) lo han llamado empatía; otros (Zahn – Waxler, 1991; Eslinger, 1998) lo llaman empatía cognitiva, y otros, como Ickes (1993), lo denominan precisión empática.

- Adoptar la postura o conectar las respuestas neurales de la persona observada: es llamada empatía facial. Otros autores como Dimberg, Thunberg y Elmehed (2000) la denominan mímica motora, y Meltzoff y Moore (1997) la llaman imitación.
- Llegar a experimentar cómo se siente la otra persona: filósofos como Darwall (1998), Sober y Wilson (1998) o psicólogos como Eisenberg y Strayer (1987), Preston y de Wall, 2002), afirman que quien empatiza no necesita sentir exactamente la misma emoción sino una similar. Sin embargo, lo que determina si una emoción es suficientemente similar o no, nunca se ha aclarado. Entre los filósofos, llegar a sentir lo que otro siente es llamado compasión. Entre los psicólogos ha sido llamado contagio emocional, y Waxler Robinson (1992), lo denomina empatía afectiva.
- Intuirse y proyectarse uno mismo en la situación del otro: al proyectarse uno mismo en la situación del otro se da un estado psicológico que Titchener (1990) llamó empatía y que Wispe (1968) llama empatía estética, postura que no coincide con lo que se define como empatía en la psicología contemporánea.
- Imaginar cómo el otro está pensando y sintiendo: Wispe (1969) y Baston (1991) llamaron a imaginar lo que el otro siente empatía psicológica, distinguiéndola de la empatía estética. Adolf (1999) la llamó empatía o proyección.
- Imaginar cómo uno pensaría y sentiría en el lugar del otro: Pobinellu (1993) la llamó empatía cognitiva; Darwall (1998), empatía proyectiva o simulación.
- Sentir estrés al atestiguar el sufrimiento de otra persona: Hoffman (1981) lo llamó estrés empático. Battson (1991) estrés personal. Este estado involucra estrés por la situación del otro.
- Sentimiento por otra persona que sufre: la emoción orientada al otro, sentida cuando se percibe que el otro está en necesidad, no siempre se ha llamado empatía sino pesar o compasión, estrés compasional (Hoffman 1981 - 2000) o simplemente compasión (Darwall, 1998; Preston y Wall, 2002).

Las distinciones entre las diferentes definiciones de empatía son sutiles y los procesos por los cuales una persona puede llegar a conocer el estado interno de otra y es motivada a responder de manera sensible a su necesidad, son de enorme importancia tanto para la vida en común como para los profesionales que tienen la responsabilidad de trabajar con otros seres humanos. Algunos grandes pensadores, como el filósofo David Hume, han sugerido que estos procesos son la base de toda percepción e interacción social y son elementos clave de nuestro carácter social (Decey and Ickes, 2009)

▪ La empatía en la relación enfermera-paciente

El término empatía ha sido conceptualizado de diferentes formas, como un comportamiento, como una dimensión de la personalidad y como una emoción experimentada. Escritores como Kunyk y Olson (2001), Yu y Kirk (2008, 2009) y Pedersen (2009), afirman que debido a la complejidad del término hay confusión acerca de su significado y componentes, pero, por otra parte, existe una opinión generalizada a considerar la empatía como esencial en todas las formas de relación de ayuda. Escritores como Morse (1992) y Reynolds (2000), citados por Cutcliffe y McKenna (2005) proponen que la empatía es un constructo multidimensional y multifacético.

Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es fundamental para iniciar una relación terapéutica, y la empatía es el fundamento de esa comprensión. Al respecto, Kunyk y Olson (2001), expresan que el atributo que le da a la enfermera la habilidad para entender verdaderamente a la otra persona y así promover la salud, es la empatía, la cual consideran como esencia de toda relación enfermera-paciente; sin embargo, plantean que a pesar del interés por los estudios en empatía en enfermería, su naturaleza, significado y resultados siguen siendo estudiados.

Williams y Sticley (2010), afirman que la empatía facilita el desarrollo de la confianza mutua y la comprensión compartida y el hacerlo es una cualidad fundamental de cualquier relación de ayuda. En la literatura de enfermería ha sido vista como una condición esencial para un efectivo cuidado y está en el corazón de la relación enfermera-paciente. Sin embargo, a pesar de la frecuente aparición de la empatía en la literatura en enfermería, las percepciones de los pacientes sugieren que a menudo falta en las relaciones que establecen con el personal de enfermería (Williams y Sticley, 2010; Kunik y Olson, 2001).

Específicamente, en el campo del cuidado crítico, Vouzavali *et. al.*, (2011), afirma que la empatía ha sido descrita como necesaria para establecer una relación terapéutica y responder a las necesidades individuales de cuidado. Sin embargo, la forma en que las enfermeras de cuidado crítico desarrollan y comunican empatía con pacientes que a menudo están sedados o no responden, es rara vez abordado en la literatura.

La empatía es una dimensión social afectiva, base de las relaciones. Empatizar significa entendimiento, compartir, crear un espacio interno para aceptar a la otra persona, permitir que se sienta entendido (Gunther, *et. al.*, 2007).

La discusión de empatía en la literatura de enfermería comenzó en la década de 1960. Etimológicamente viene de la palabra alemana “Etnfuhlung”, que significa “sentir dentro”. A partir de este origen, se han establecido diferentes definiciones y se discute si es un atributo de tipo cognitivo o afectivo. Aun así, la definición que mayor consenso se identifica en la literatura de enfermería es la que presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento (Moser, *et. al.*, 2003; Beddoe y Murphy, 2004; Cossette, *et. al.*, 2005; Yu y Kirk, 2008; Williams y Sticley, 2010).

Con respecto a la conceptualización sobre empatía en enfermería, se plantea que esta se encuentra incompleta y requiere mayor desarrollo, aunque se han identificado en la literatura cinco conceptualizaciones diferentes (Kunyk y Olson, 2001; Beddoe y Murphy, 2004; Yu y Kirk, 2008; Williams y Sticley, 2010) como rasgo humano o habilidad natural innata, como estado profesional o habilidad aprendida, como un proceso donde la enfermera percibe la situación del paciente, expresa comprensión y el paciente recibe esa comprensión, como cuidado y como relación especial. Aunque esta conceptualización de empatía se encuentra en construcción, existe una tendencia a entender la empatía como un proceso que involucra etapas y en donde la percepción del paciente juega un papel muy importante.

Desde 1992, Morse, citada por Yu y Kirk (2008, 2009), planteó cuatro dimensiones de la empatía: cognitiva, emotiva o afectiva, moral y comportamental. El aspecto cognitivo se refiere a la habilidad intelectual de identificar y entender la perspectiva de otros; la dimensión afectiva describe la habilidad para experimentar y compartir con otros estados psicológicos o sentimientos; la dimensión moral trata acerca del impulso altruista que motiva la práctica de la empatía o una motivación interna de entender al otro, y la dimensión comportamental muestra la habilidad para comunicar entendimiento y preocupación empática y es en donde se han centrado el componente medible y observable de la empatía.

El proceso empático en sí es difícil de delimitar, ya que es interactivo y dinámico. Ocurre a través de una relación interpersonal de comprensión compartida. La dimensión afectiva se experimenta primero sintiendo las mismas emociones que el cliente, lo cual tiene dos componentes distintos: una sensación de simpatía y una motivación interna de entender, la cual constituye la dimensión moral. Luego, la etapa cognitiva o intelectual es necesaria para ayudar a la comprensión en la perspectiva de la otra persona o en un marco de referencia interno y contempla el empleo de habilidades conductuales para comunicar la comprensión de vuelta al cliente. Algunos autores (Nelson Jones 2006, citado por Williams y Sticley, 2010) añaden una etapa final de la empatía, que corresponde a cómo la otra persona percibe la empatía. Sin embargo, para Williams y Sticley (2010), la reducción del proceso a una serie de etapas separadas, es una mirada demasiado simple.

Se ha planteado que las principales barreras u obstáculos para la empatía se encuentran en los entornos clínicos y se relacionan con la forma de organización tradicional del trabajo en enfermería y con variables que pueden afectar la habilidad de las enfermeras para ofrecer empatía, como, por ejemplo, la falta de tiempo, los problemas clínicos de los pacientes, como la confusión, la falta de privacidad, la falta de apoyo de colegas y la interrupción en el trabajo clínico (Reynolds y Austin, 2000).

La necesidad de comprensión es especialmente potente cuando la persona se enfrenta a situaciones de crisis que las ponen en contacto con las enfermeras, como el caso de la enfermedad terminal o el estado crítico, porque los más profundos sentimientos humanos de miedo, dolor, pérdida o desesperación hacen su aparición. En estos casos un enfoque de cuidador empático se ha asociado con resultados en salud positivos, medidos en términos de reducción de la ansiedad, mejor manejo del dolor, ajuste emocional a la enfermedad crónica y esperanza (Reynolds y Austin, 2000; Williams y Sticley, 2010).

▪ **La ansiedad del paciente adulto en estado crítico**

Cualquier enfermedad o trauma que sea lo suficientemente serio para requerir admisión en la UCI o la unidad de cuidado intermedio, produce efectos físicos, psicológicos y sociales en el paciente y la familia. La experiencia de estar en la unidad de cuidado intensivo se ha caracterizado como especialmente estresante y se deriva no solamente

de enfrentarse a una enfermedad que amenaza la vida, sino también a repentinos trastornos familiares y laborales, pérdida de control, un ambiente ruidoso y con alta tecnología. Algunos autores citados por Moser, *et. al.*, (2003), como (Bone y Hayden – 1995, Jastremski – 2001, McCartney y Boland - 1994, Stanton – 1991, Stein y Parbury - 2000), coinciden en afirmar que los procedimientos invasivos que tienen lugar en la UCI son estresores adicionales.

Otros autores, como Castillo, Aitken y Cooke, (2012), hablan de ansiedad y se refieren a ella como un problema frecuente y serio de los pacientes críticamente enfermos y dado que los pacientes críticos están constantemente expuestos a una gran variedad de estímulos, el estado de ansiedad es altamente prevalente en la población de UCI, especialmente en aquellos que requieren ventilación mecánica.

Según Sauls y Warise (2010) y Moser *et. al.*, (2003) un estado continuo de ansiedad en los pacientes críticos es perjudicial, puesto que ya se encuentran comprometidos físicamente. Para los pacientes que ya sufren estrés físico, el estrés emocional añadido, por una parte, complica la situación, aumentando las necesidades de energía, y por otra, estos efectos pueden incrementar directamente la probabilidad de complicaciones que amenazan la vida. Según Castillo *et. al.*, (2012) una investigación australiana que incluyó 106 pacientes en la UCI, encontró cierto nivel de ansiedad en el 85% de ellos y este nivel fue de moderado a severo a pesar de recibir sedación o analgesia.

Los efectos negativos del estrés en los pacientes críticos se han asociado con complicaciones posteriores al alta (Castillo *et. al.*, 2012). Las vivencias experimentadas por el paciente en la unidad de cuidado intensivo pueden continuar produciendo alteraciones emocionales, incluso varios meses después del alta hospitalaria. Dentro de estas alteraciones están la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, que se puede observar en aproximadamente el 25% de los pacientes que sobreviven a la UCI. Además, se ha sugerido que estos problemas emocionales después de la experiencia de la UCI traen efectos negativos en la calidad de vida de estos pacientes.

La forma en que la atención es organizada, a menudo afecta la satisfacción de las necesidades físicas elementales en el paciente, así como su miedo y ansiedad, la cercanía de las enfermeras y los médicos es muy importante. La relación estrecha es

esencial en términos de seguridad, así como de esperanza, y en este sentido, como lo reportó el estudio de Hofhuis *et. al.*, (2008), aunque la experticia de la enfermera y sus habilidades clínicas son percibidas como importantes por el paciente, el comportamiento de cuidado, aliviar el miedo y el interés por el sentimiento del paciente es considerado más valioso.

En este sentido, Sauls y Warise (2010), afirman que aunque el uso de medicamentos para aliviar la ansiedad de los pacientes es un componente esencial en el tratamiento de la ansiedad, los estudios indican que a pesar de la administración de estos fármacos hasta un 34% de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo continúan experimentando ansiedad moderada a severa, con altos niveles de ansiedad en aquellos pacientes en ventilación mecánica. Se sugiere que en el cuidado de cualquier paciente que esté experimentando ansiedad, las enfermeras de cuidado crítico deben, primero, establecer una relación terapéutica de confianza con los pacientes y sus familias con una actitud de empatía y preocupación por el bienestar del paciente, utilizando la empatía para animarlo a ver la ansiedad como una respuesta normal a los factores de estrés presentes en el entorno, y de esta manera validar sus sentimientos y promover una sensación de bienestar.

Según el panorama presentado. en la significancia teórica se resalta la importancia de la relación enfermera-paciente y la empatía como componente fundamental de esta relación y como el atributo que le permite a la enfermera entender las emociones y necesidades del paciente. La empatía constituye un constructo que tiene diferentes conceptualizaciones, dimensiones y etapas, pero que, partiendo de considerarla como un proceso en el campo de la enfermería, se asume para esta investigación que va más allá de una habilidad innata y al corresponder a un fenómeno dialéctico, puesto que requiere de ambas personas para desplegarse, se considera de mucha importancia la percepción y participación del paciente en este proceso.

Se destaca cómo la empatía se ha relacionado con resultados en salud positivos medidos en términos de reducción de la ansiedad, entre otros, y al identificar la ansiedad como de muy alta prevalencia en el ámbito del cuidado intensivo y el cuidado crítico, se sustenta la importancia del desarrollo de este estudio, teniendo en cuenta, además, que tanto el concepto de empatía como su relación con la ansiedad han sido poco explorados

en el ámbito de la enfermería y de manera específica en el ámbito del cuidado al paciente en estado crítico. Se espera, entonces, que el desarrollo de una relación enfermera-paciente, basada en la empatía, pueda tener un efecto en el nivel de ansiedad del paciente en estado crítico de salud.

1.2.3. Significancia disciplinar

La significancia disciplinar corresponde a un recuento de lo que se conoce desde lo disciplinar en enfermería, relacionado con el fenómeno de interés, los estudios realizados alrededor de la empatía de la enfermera y la ansiedad del paciente adulto, así como los instrumentos desarrollados para la medición y estudio de la empatía en enfermería y la ansiedad en el paciente en estado crítico. Esta significancia está sustentada en la revisión de artículos publicados en revistas científicas de enfermería.

▪ El estudio de la empatía en enfermería

En relación con el desarrollo investigativo en empatía, se han encontrado de manera prevalente estudios cuantitativos de tipo descriptivo, predictivo y explicativo. Hay investigación publicada desarrollada desde 1996 hasta 2016. La producción principal se da en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Australia. No se encontraron estudios reportados en Colombia en relación con empatía.

Tres revisiones sistemáticas sobre empatía en enfermería reportan estudios en los cuales se investigó el fenómeno (Yu y Kirk, 2008), las herramientas de medición (Yu y Kirk, 2009) y los programas de educación sobre el mismo asunto (Brunero *et. al.*, 2010).

Los estudios descriptivos, incluidos los reportados en las revisiones sistemáticas, corresponden a once investigaciones que se enfocaron en establecer niveles de empatía entre enfermeras o estudiantes de enfermería y en la variación de la empatía entre profesionales de la salud. Los niveles de empatía reportados en estos estudios se encuentran desde bajos a moderadamente bien desarrollados. Seis estudios utilizaron la escala de evaluación constructo de empatía de La Monica (1981) (Empathy Construct Rating Scale ECRS), con n: de 20 a 183. Los dos estudios que encontraron niveles bajos

de empatía utilizaron una escala revisada de la escala de empatía de La Monica y el índice de comunicación de Carkhuff (1969).

Los estudios que compararon los niveles de empatía entre médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, utilizaron la versión polaca de la escala de empatía médica de Jefferson. Uno de estos estudios mostró que los médicos tenían puntajes de empatía con la media más alta, mientras que la media más baja fue encontrada en las enfermeras. Otro estudio no presentó diferencias significativas en los puntajes de empatía total entre médicos y enfermeras. Y el estudio que evaluó los niveles de empatía en tres grupos de mujeres profesionales de la salud, reportó que las enfermeras y las pediatras lograron valores significativamente más altos que los alcanzados por los médicos. Es importante resaltar que la escala de Jefferson fue desarrollada para médicos y estudiantes de medicina, lo que podría no ser confiable para evaluar empatía en las enfermeras.

El estudio de McKenna, *et. al.*, (2012), que evaluó los niveles de empatía y las actitudes ante condiciones médicas de los pacientes, en 106 estudiantes de enfermería, reportó que estos demostraron aceptables niveles de empatía, el estudio utilizó la escala de empatía médica Jefferson (Jefferson Escala of Physician Empathy JSPE), al igual que el estudio de Ward, Cody, Schaal y Hojat, (2012), que buscaba identificar los cambios en los niveles de empatía de estudiantes de enfermería durante un año académico, reportó que la empatía disminuía en estudiantes que eran más expuestos a encuentros con los pacientes, es decir, el trabajo previo en ambientes clínicos fue asociado con una significativa disminución de la empatía.

El estudio descriptivo que evaluó el nivel de empatía en 183 enfermeras de cuidado crítico (Bailey, 1996; Yu y Kirk, 2008), reportó que las enfermeras de cuidado crítico tenían moderadamente bien desarrollados niveles de empatía, sin encontrar relación estadísticamente significativa entre el nivel de empatía y el género, la edad, la experiencia o el nivel educativo. Este estudio utilizó el instrumento de La Monica (Empathy Construct Rating Scale ECRS).

Los estudios correlacionales, incluidos los reportados en las revisiones sistemáticas, doce en total, evaluaron la relación del nivel de empatía con respecto a la edad,

experiencia, nivel educativo, género, lugar de trabajo, cohortes de estudiantes de enfermería y estilo de liderazgo (Gunther, *et. al.*, 2007; Yu y Kirk, 2008). La relación entre la empatía y la edad se revisó en cinco estudios, tres de ellos mostraron que a mayor edad, menores son los niveles de empatía. Uno no encontró diferencias, y otro indicó que el impacto de la edad dependía del género para ciertos aspectos de la empatía. Cinco estudios evaluaron la relación de la empatía con la experiencia clínica, tres de los cuales no encontraron correlación. Uno de estos estudios reportó que la experiencia se relacionaba con niveles bajos de empatía, y el otro reportó que el efecto de la experiencia en la empatía dependía del género.

La relación entre empatía y nivel educativo se exploró en cuatro estudios, dos de los cuales no mostraron correlación, otro reportó correlación negativa y el estudio de Ancel (2006) reportó correlación positiva. De cuatro estudios que exploraron las diferencias de género en la empatía, dos encontraron que las participantes femeninas tenían puntajes empáticos significativamente más altos que los masculinos, y en los otros dos la correlación fue nula. La relación de empatía con el lugar de trabajo se examinó en dos estudios. En uno, la relación no fue encontrada comparando las enfermeras y asistentes de enfermería en el cuidado de pacientes con demencia en ambientes comunitarios. El otro autor reportó hallazgos similares, comparando niveles de empatía en enfermeras que trabajaban en cirugía, medicina interna y otras áreas.

Un estudio realizado en el Reino Unido, examinó los niveles de empatía en tres cohortes de estudiantes de enfermería, encontró que no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. El estudio de Gunther (2007), reportó correlación positiva débil entre los estilos de liderazgo transformacional y los niveles de empatía en estudiantes.

Los estudios correlacionales que evaluaron el impacto de la empatía en el cuidado del paciente, lo hicieron en relación con el estrés, la ansiedad, la satisfacción y el dolor. Estos se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 1-1. Relación de los estudios correlacionales en la revisión sistemática de
Juping Yu y Maggie Kirk**

Estudios correlacionales					
Autor - fecha	Objetivo	Área	Muestra	Medida	Resultados
Reid - Ponte 1992	Explorar la relación entre las habilidades empáticas de la enfermera y el estrés del paciente.	Unidad quirúrgica	60 enfermeras y 65 pacientes con cáncer	La Monica	Las enfermeras mostraron bajos niveles de empatía. Los puntajes fueron negativamente relacionados con el estrés del paciente ($p = 0.05$). A mayor nivel de empatía, menor nivel de estrés en pacientes con cáncer.
Warner 1992	Evaluar la relación entre niveles de empatía autorreportada por las enfermeras y la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería	Unidad médico-quirúrgica	20 enfermeras y 28 pacientes	La Monica	Las enfermeras mostraron empatía moderadamente bien desarrollada. Los niveles de empatía no se relacionaron con la satisfacción del paciente, pero no se reportó análisis estadístico.
Olson 1995	Examinar la relación entre los niveles de empatía expresados por las enfermeras y dos resultados en el paciente: empatía percibida por el paciente y estrés.	Unidad médico-quirúrgica en cuidado agudo.	70 enfermeras y 70 pacientes	Escala de interacción paciente staff, inventario de Barrett Lennard	Se encontró relación negativa entre la empatía (expresada por la enfermera y percibida por el paciente) y el estrés ($p < 0.001$). La empatía expresada por la enfermera se relacionó con la empatía percibida por el paciente ($p < 0.005$)

Estudios Correlacionales					
Autor - fecha	Objetivo	Área	Muestra	Medida	Resultados
Olson y Hanchett 1997	Examinar la relación entre la empatía expresada por la enfermera y dos resultados en el paciente: empatía percibida por el paciente y estrés.	Hospital	70 enfermeras y 70 pacientes	Escala de interacción paciente staff, inventario de Barrett Lennard	Se encontró relación negativa entre la empatía (expresada por la enfermera y percibida por el paciente) y el estrés. La empatía expresada por la enfermera fue moderadamente relacionada con la empatía percibida por el paciente.

Tabla 1-1 (Continuación)

Estudios Correlacionales					
Autor - fecha	Objetivo	Área	Muestra	Medida	Resultados
Wheeler <i>et. al.</i> 1996	Comparar los niveles de empatía en estudiantes puntuados por sí mismos, los pacientes y los instructores, y examinar la relación entre empatía y ansiedad del paciente.	Comunitario	38 estudiantes senior y 38 estudiantes residentes de enfermería	Estudiantes: Test de empatía de Layton Instructores: Escala visual análoga y Pacientes: Inventario de percepción de empatía	Los niveles de empatía autorreportada fueron estadísticamente significativos en relación con los puntuados por los instructores, pero los puntuados por los pacientes no se relacionaron con estos. Altos niveles de empatía medidos por instructores o pacientes fueron asociados con disminución de la ansiedad del paciente.
Watt - Watson 2000	Examinar la relación entre los niveles de empatía de las enfermeras y la intensidad del dolor del paciente y la administración de analgesia después de cirugía.	Unidad cardiovascular	80 enfermeras y 80 pacientes	Escala de interacción paciente staff	Las enfermeras tenían moderados niveles de empatía, los cuales no influenciaron significativamente la intensidad del dolor o la administración de analgesia.

Fuente: Yu Juping y Kirk Maggie. Measurement of empathy in nursing research; systematic review. Journal of advanced nursing. 2008. 64 (5), 440 - 454

Como se observa en la tabla anterior, el estudio de Reid Ponte (citado por Yu y Kirk, 2008), encontró que los altos niveles de empatía mostrados por las enfermeras se articulaban con menor estrés en los pacientes con cáncer. De igual manera, el estudio de Olson y Hanchett – 1997, entre pares enfermera-paciente en el hospital, encontró relación negativa tanto en los niveles empáticos expresados por las enfermeras y los percibidos por los pacientes y el estrés de estos. El estudio de Wheeler – 1996 (como se citó en Yu y Kirk, 2008), encontró que altos niveles de empatía en 38 estudiantes de enfermería fueron asociados con disminución en la ansiedad de 38 pacientes. En dos estudios no hubo correlación entre empatía y mejoría en los resultados del paciente. Uno de ellos encontró correlación nula entre niveles de empatía autorreportados en veinte enfermeras y la satisfacción percibida en el cuidado de veintiocho pacientes, y el estudio de Watt Watson con ochenta pares enfermera-paciente en una unidad cardiovascular, mostró que la empatía de las enfermeras no disminuía la intensidad del dolor en el paciente o la administración analgésica.

Los estudios cuasiexperimentales, incluidos los reportados en las revisiones sistemáticas, corresponden a 24 estudios (Yu y Kirk, 2008; Cunico, *et. al.*, 2012; Brunero *et. al.*, 2010, Chaffin y Adams, 2013), diseñados para evaluar programas para mejorar el desempeño empático. En ocho estudios se reportó que los cursos mejoraron los niveles de empatía de enfermeras y estudiantes de enfermería. Un estudio reportó que el nivel de empatía se sostuvo tres meses después de que se terminó el programa; sin embargo, otro de los estudios mostró que no había diferencias significativas entre los niveles de empatía de estudiantes a los nueve meses. De igual forma, en un estudio para 106 estudiantes de enfermería, se midió la empatía en seis ocasiones, siendo la evaluación final un año después de la graduación sin mostrarse mejoras sostenidas. Todos los estudios utilizaron estilos experienciales de aprendizaje.

La revisión realizada por Brunero *et. al.*, (2009) que exploró diecisiete estudios sobre los resultados de programas de entrenamiento en empatía, reportó que once de ellos mejoraron las habilidades empáticas de los participantes. Los programas variaron en duración, pero hubo evidencia estadísticamente significativa para los programas de corta duración (once horas) en comparación con programas de larga duración (105 horas). Todos los estudios utilizaron estilos experienciales de aprendizaje.

El estudio realizado por Cunico *et. al.*, (2012), evaluó los efectos de un curso de entrenamiento en empatía para estudiantes de enfermería. El trabajo tuvo 103 participantes, 76% de los cuales eran mujeres. Los resultados mostraron que el curso de entrenamiento fue efectivo, especialmente para ellas.

Se ubicó un estudio de tipo cualitativo en empatía (Eymard, Crawford y Keller, 2010), el cual buscaba identificar la experiencia de los estudiantes de enfermería al simular y enseñar aspectos del proceso de envejecimiento. El análisis de contenido de los diarios de los estudiantes mostró cuatro temas emergentes: la ansiedad por la enseñanza a otros, la diversión, la importancia del rol de educador y la empatía hacia las limitaciones físicas de los adultos mayores.

La revisión sistemática realizada por Yu y Kirk (2009), que buscaba evaluar las herramientas de medición de empatía en enfermería, mostró la existencia de doce instrumentos de medición de empatía que incluyen entre 3 y 84 ítems. Encontraron que no existe un “gold standard” en la medición de empatía en el contexto de enfermería; sin

embargo, con respecto a las herramientas evaluadas, la mayoría ha tenido un desarrollo riguroso y pruebas psicométricas; nueve presentan más de un tipo de validez, moderado a alto nivel de confiabilidad con alphas desde 0.70 a 0.98. Cinco de los instrumentos fueron desarrollados en el campo de la enfermería y siete probados en disciplinas distintas a la enfermería. Once de los doce instrumentos fueron desarrollados en Estados Unidos y la escala de empatía de Reynolds, es la única generada en el Reino Unido.

La dimensión conductual de la empatía fue la más comúnmente medida y estuvo incluida en siete de los instrumentos. Cuatro incluyeron la dimensión emocional y una evaluó el dominio moral; dos instrumentos evalúan los comportamientos empáticos percibidos por el paciente. Se plantea que las dimensiones cognitiva, emotiva y moral de la empatía pueden ser medidas más apropiadamente a través de autoevaluación, mientras que el dominio comportamental es especialmente medido por aquellos receptores de la empatía, por lo que es poco probable que una sola herramienta abarque todos los aspectos de la empatía, tanto desde la perspectiva propia como de los pacientes o de evaluadores externos (Olivera, Braun y Roussos, 2011).

La escala de La Monica (ECRS - Empathy construct rating scale), derivada de la teoría de Peplau (Fawcett, 2005) es la medida más popular, y fue usada en diez estudios de enfermería tanto en ambientes hospitalarios como comunitarios (Yu y Kirk, 2009) y utiliza autoevaluación, evaluación del paciente y evaluación por pares.

La evaluación de la calidad de los instrumentos, según los criterios establecidos por las autoras como validez, confiabilidad, sensibilidad, ámbito de medición, visión del usuario y practicabilidad y aplicación, fue determinada en una escala de 0 a 14, evidenció que la calificación más alta fue para la escala de La Monica, con ocho puntos, y la más baja fue para la escala de tendencia emocional de empatía (EETS - Emotional empathy tendency scale).

A continuación, se presentan aquellos instrumentos con mayores puntajes de calidad, según Yu y Kirk (2009):

- ✓ Escala del constructo empatía (ECRS). La Monica en 1981, desarrolló esta escala de 84 ítems con las enfermeras y los pacientes en ambientes hospitalarios. Inicialmente,

- un grupo de 500 ítems fue generado por las estudiantes de posgrado de psicología (n = 25) y enfermería (n = 25). La validez facial y de contenido fueron juzgadas por expertos y enfermeras. Exhibe altos niveles de consistencia interna y confiabilidad. Esta herramienta completa, pero larga, fue desarrollada para las enfermeras y ha sido ampliamente utilizada en la investigación en enfermería.
- ✓ Índice de discriminación y comunicación de Carkhuff (CIDC - Carkhuff indices of discrimination and communication). Fue desarrollada para usar en una situación de ayuda. El índice de discriminación incluye una calificación de ayuda prospectiva de 64 respuestas y existe cierta evidencia de su validez de constructo. El índice de comunicación contiene dieciséis expresiones de sentimientos de paciente. Tiene buena confiabilidad entre calificadores y muestra sensibilidad a los cambios. Las perspectivas de los usuarios no se tuvieron en cuenta en el desarrollo de la escala.
 - ✓ Escala de empatía de Reynolds (RES - Reynolds empathy scale). Esta escala de doce ítems, de siete puntos de calificación del evaluador, fue desarrollada en el Reino Unido (Reynolds, *et. al.*, 2000) y es una de las pocas realizadas para enfermeras. Fue desarrollada de acuerdo con la percepción de los pacientes con respecto a comportamientos interpersonales efectivos e inefectivos de las enfermeras. La validez facial y de contenido fue examinada por seis expertos de enfermería y psicología clínica. El alpha de Cronbach de la escala es de 0.90. El coeficiente Phi de discriminación osciló por arriba de 0.80, $p < 0.001$, la validez concurrente comparada con la escala de empatía de La Monica (ECRS Empathy Construct rating scale) de donde se deriva fue $r=0.85$, $p < 0.001$. La herramienta tiene un alto nivel de validez concurrente, consistencia interna, discriminación y confiabilidad test-retest. La confiabilidad entre evaluadores fue demostrada por acuerdo final entre evaluadores alcanzando de 41,6 a 91,6%. Esta respuesta fue examinada entre enfermeras que recibieron un programa de entrenamiento (Yu y Kirk, 2009). Esta escala se encuentra traducida al español y tiene adaptación cultural utilizando el método traducción-retrotraducción (Marco Gisbert *et. al.*, 2007).

▪ **El estudio sobre la ansiedad del paciente en estado crítico**

Una revisión de literatura que incluyó estudios cualitativos relacionados con los tipos de estrés que experimentan los pacientes en cuidado crítico (Fredriksen y Ringsberg, 2007),

identificó diez investigaciones realizadas entre 1994 y 2003. Estas investigaciones mostraron que el estrés aparece cuando el paciente pierde el sentido de la situación y se vivencia desde tres dimensiones: relacionada con el efecto sobre el cuerpo físico con reacciones como sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca, hiperventilación, inquietud e insomnio; estrés relacionado con la sala, que incluye el medio ambiente y la situación en la cual se encuentra el paciente y estrés relacionado con la interacción con los profesionales y la separación de sus personas cercanas.

Los estudios de tipo cuantitativo, incluyen investigaciones que van desde el nivel descriptivo hasta el cuasiexperimental.

Dentro de los estudios descriptivos, el de Moser *et. al.*, (2003) que buscaba identificar los indicadores clínicos que las enfermeras de cuidado crítico consideran atributos que definen la ansiedad en los pacientes críticamente enfermos y las intervenciones utilizadas, identificó en una muestra de 593 enfermeras, 70 indicadores de ansiedad y 61 estrategias de intervención. Los indicadores se categorizaron en cuatro niveles de evaluación de ansiedad: físicas-fisiológicas, de comportamiento, psicológicas-cognitivas y sociales, y tres niveles de estrategias: técnicas de cuidado, mejorar conocimiento y comunicación y brindar apoyo. Sin embargo, en este estudio menos del 5% de las enfermeras consideraron la verbalización por parte del paciente de ansiedad, como un elemento importante en la evaluación de este criterio.

Con respecto a lo anterior, un estudio realizado por Frazier *et. al.*, (2003), con un total de 783 enfermeras, reportó que la agitación, el incremento de la presión sanguínea, así como de la frecuencia cardiaca y la inquietud, son los indicadores más importantes de ansiedad en los pacientes.

El estudio de Kau y Ping (2007) comparó los estresores percibidos por los pacientes (n=60) en una UCI, contra aquellos de las enfermeras (n=54), sobre la base de sus percepciones de los estresores de los pacientes, y encontró que en cada comparación las enfermeras evaluaron los ítems significativamente más estresantes que como lo hicieron los pacientes, el estrés global percibido por las enfermeras fue también significativamente mayor que el advertido por los pacientes ($z = -8.78$, $p < 0.001$), con una diferencia media de 76.57 entre los dos grupos.

Los cuatro ítems con las más altas calificaciones por los pacientes fueron “miedo a la muerte”, “ser presionado para dar su consentimiento con el tratamiento”, “tener dolor” y “no saber el tiempo de estancia en la UCI”. Los cuatro más altos calificados por las enfermeras fueron “miedo a la muerte”, “no tener control de sí mismo”, “no ser capaz de comunicarse” y “ser presionado para dar su consentimiento con el tratamiento”.

Un estudio correlacional (Castillo *et. al.*, 2012) que buscaba determinar la relación entre el estado de ansiedad durante la estancia en UCI y los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en tres ocasiones: después de la salida de UCI, pero antes de salir del hospital y tres y seis meses después de la salida, en 170 pacientes, encontró que existe una relación entre el estado de ansiedad durante la estancia en UCI y los resultados emocionales adversos durante la recuperación. Los pacientes con nivel moderado a severo de estado de ansiedad durante la enfermedad crítica, pueden estar en alto riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático durante la recuperación, que aquellos con baja o ninguna ansiedad. El instrumento utilizado en este estudio para medir el nivel de ansiedad fue la Faces Anxiety Scale – FAS.

Un estudio cuasiexperimental (Saadatmand *et. al.*, 2013) que evaluó los efectos de la utilización de sonidos basados en la naturaleza en agitación, nivel de ansiedad y signos fisiológicos de estrés (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial) en pacientes bajo soporte mecánico ventilatorio, con 60 pacientes, encontró que el grupo experimental tuvo significativamente menor presión arterial sistólica y diastólica, menor nivel de ansiedad y agitación que el grupo control. Esa reducción se incrementó gradualmente a los treinta, sesenta y noventa minutos después del procedimiento, lo que indicó un efecto acumulativo. Los instrumentos usados en este estudio fueron la Faces Anxiety Scale – FAS, para el nivel de ansiedad y la escala Richmond agitation sedation scale, para evaluar la agitación.

Un ensayo clínico para determinar los efectos de una intervención de música en la ansiedad y exposición a sedación, en pacientes críticamente enfermos que estaban recibiendo soporte mecánico respiratorio, encontró que los que escucharon música resultaron en mayor reducción del nivel de ansiedad comparados con aquellos que recibieron el cuidado usual y tuvieron además reducción en la intensidad de la sedación

(Chlan *et. al.*, 2013).

El estrés y la ansiedad en los pacientes críticos tiene consecuencias fisiológicas dañinas. Por ejemplo, los pacientes con ansiedad temprana después de un IAM tienen más probabilidades de sufrir complicaciones físicas (Moser *et. al.*, 1996, citado por McKinley, 2003) y el estrés cognitivo en pacientes quirúrgicos cardíacos aumenta la carga de trabajo miocárdico, lo que puede poner en peligro su recuperación (McFetridge y Yarandi, 1997 citados por McKinley, 2003).

Así pues, un estudio que buscaba analizar la influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica, en una muestra de 42 pacientes que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica, encontró que estos tenían puntajes altos de ansiedad, medida por la escala STAI, presentaban un mayor nivel de cortisol en saliva y su recuperación empeoró en comparación con otros pacientes con baja ansiedad (Ramos, *et. al.*, 2008).

A pesar de la importancia reconocida de la ansiedad en el paciente en estado crítico, derivada de múltiples causas, esta no es rutinariamente evaluada (McKinley y Madronio, 2007; Galván y Martínez, 2009). En esta dirección, Obrien, *et. al.* (2001), encontró que no había evaluación de la ansiedad a pesar de encontrar la mitad de pacientes estudiados con niveles moderados y extremos de ansiedad. Este estudio en pacientes con infarto agudo de miocardio, hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo, reportó que de 101 de ellos estudiados, solamente el 45% tenían alguna evaluación de su nivel de ansiedad de manera documentada. De esos 45 pacientes, el 58% (26) fueron descritos como ansiosos sin una aclaración posterior que describiera el nivel de ansiedad. El 24% (11) de esos 45 pacientes, a su vez, tenían documentado comportamientos de ansiedad, de nuevo sin aclaración que describiera el nivel de esta y cuando se compararon el autorreporte de ansiedad por parte del paciente y la evaluación realizada por el médico, no se encontró asociación entre las dos.

Una revisión realizada por Galván y Martínez (2009), sobre los niveles de ansiedad de pacientes críticos en UCI y que además buscaba sintetizar las propiedades psicométricas de instrumentos usados para medir la ansiedad, sobre dieciocho artículos de estudios desarrollados, reportó que aunque los resultados variaron de manera considerable, los

niveles de ansiedad fueron moderados y el porcentaje de pacientes con ansiedad severa fue bajo. Los estudios en los cuales se reportaron un alto porcentaje de pacientes con ansiedad involucraron pacientes en ventilación mecánica.

Con respecto a los instrumentos usados con más frecuencia y que permitieron una comparación más exhaustiva de resultados, tenemos el STAI-s (Spielbeger State Trait Anxiety Inventory), el BSI-a (Brief Symptom Inventory), el HAD-a (Hospital Anxiety and Depression Scale). En orden, los tres instrumentos tuvieron buena confiabilidad; el STAI-s demostró alta consistencia interna; sin embargo, estos cuestionarios presentan inconvenientes en el tiempo y facultades requeridas para completarlos. Entre los instrumentos de un solo ítem utilizados están VAS (escala numérica de ansiedad), FAS (Faces anxiety Scale), LASS. Estos instrumentos, aunque son de fácil y rápida aplicación, necesitan ser reforzados en cuanto a su validez.

A continuación, se presentan algunos instrumentos utilizados en la investigación para la medición de la ansiedad en el paciente en estado crítico de salud:

- ✓ El intensive care unit stressor questionnaire (chino) fue usado para recolectar la percepción de los estresores por pacientes y enfermeras. Este instrumento fue traducido del Environmental Stress Questionnaire y previamente desarrollado por Cornock (1998). Consiste en cincuenta ítems clasificados en una escala de Likert de cuatro puntos desde “extremadamente estresante” hasta “no estresante”.
- ✓ Escala de caras de ansiedad en UCI (Faces Anxiety Scale – FAS). Es una escala que representa caras de cinco niveles diferentes de ansiedad, que va desde sin ansiedad hasta extrema ansiedad, puntuando de 1 a 5. La validez de contenido de esta escala se analizó a través de la revisión de la literatura y el juicio de expertos. La validez de constructo se midió por convergencia con la Hospital Anxiety and Depression, anxiety subscale (HDA-a), encontrando correlación moderada. La correlación entre la escala Spielberg (SAI) y la escala Faces fue de .70 ($p < 0.0005$), lo que indica buena validez de criterio (McKinley, 2004).

La escala FAS reportó más respuestas de los pacientes de cuidado intensivo que la escala numérica análoga de ansiedad y la subescala de ansiedad del Brief Symptom Inventory (36 vs. 25 vs. 17, $p < 0.0001$) (McKinley, 2003). El criterio de validez informado de esta escala fue de 0.64 ($p < 0,001$) en pacientes con ventilación mecánica. Si bien su confiabilidad no ha sido medida debido a las limitaciones en los métodos de confiabilidad para un instrumento con un solo ítem, el FAS es un instrumento práctico para evaluar esta emoción en pacientes críticos (Saadatmand, *et. al.* 2013; Castillo, *et. al.*, 2012, Sauls y Warise, 2010)

Esta escala fue desarrollada sobre la base de que el rostro humano expresa emociones como felicidad, ira y ansiedad. Eckman y Oster (1979), citados por McKinley, *et. al.*, (2003), mostraron que los patrones de los músculos faciales se pueden utilizar para detectar las emociones de manera confiable.

- ✓ El Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI) propuesto por Spielberger 1983-1992, tiene 40 ítems (McKinley, *et. al.*, 2003). Es un instrumento que estudia la ansiedad mediante la autoevaluación de dos conceptos independientes de la misma, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo tanto en población normal como el paciente de diversos grupos clínicos. La ansiedad estado se conceptualiza como una condición emocional transitoria; la ansiedad rasgo se caracteriza por una propensión ansiosa de forma estable debido a la tendencia por parte del sujeto a percibir las situaciones cotidianas como amenazadoras (Ramos, *et. al.*, 2008).
- ✓ El Brief Symptom Inventory (BSI), propuesto por Marteau y Bekker, tiene 53 ítems que miden algunos estados afectivos, incluyendo la ansiedad. Cada uno de los seis puntos de la subescala de ansiedad se califica en una escala de 5 puntos, que va desde “nada” a “extremadamente”. La consistencia interna de esta escala es alta con un alpha de Cronbach de 0.87 (McKinley, *et. al.*, 2003).

El Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), es un instrumento de siete ítems y cuatro puntos de escala Likert. Fue desarrollado para discriminar entre diferentes trastornos del estado de ánimo y entre estrés físico y emocional, lo cual

indica que puede ser utilizado para medir el nivel de ansiedad en pacientes en UCI dada su posibilidad de tener estrés físico como dolor. Este instrumento ha reportado tener validez convergente con el Spielberger State Trait Anxiety Inventory (Gustad, *et. al.*, 2005).

- ✓ La escala numérica de ansiedad (VAS) es un tipo de escala visual análoga de 200 mm de larga numerada de 1 a 10 a intervalos de 20 mm, con los extremos opuestos de “sin ansiedad” a “ansiedad extrema”.

El estudio de McKinley, *et. al.*, (2003), en donde se desarrolla y prueba la Faces Anxiety Scale (FAS) y se evalúa la capacidad de los pacientes de cuidado intensivo para responder a esta, mostró que la FAS provocó más respuestas de los pacientes de cuidado intensivo (n=40), que la escala análoga numérica de ansiedad y el Spielbeger State Trait Anxiety Inventory (BSI) (36 vs 25 vs 17) respectivamente $p < 0.0001$; por lo tanto, mostró ser más accesible a una mayor proporción de pacientes en la UCI. Se plantea que las escalas BSI y STAI, aunque cortas, son relativamente complejas e implican un ejercicio cognitivo que muchos pacientes críticos son incapaces de realizar

Como se presentó en esta significancia, es posible destacar varios aspectos de singular importancia fundamental para la sustentación del presente estudio. Por una parte, aunque se muestra un amplio desarrollo investigativo en el campo de la empatía en enfermería, los resultados de estudios como los que relacionan el nivel de empatía con aspectos como la edad o el género, no son contundentes. De igual manera, aunque los estudios que evalúan el nivel de empatía de la enfermera con el nivel de ansiedad muestran una correlación negativa, no se reporta ninguno adelanto en el campo del cuidado intensivo, donde esta situación es tan prevalente.

Con respecto a los instrumentos para medir la empatía, se presenta una gran cantidad de ellos, muchos de los cuales no han sido desarrollados desde el campo específico de la enfermería. Se resalta la escala de empatía de La Monica (ECRS), por ser un instrumento desarrollado desde la enfermería, derivado de la teoría de Peplau, el más utilizado en investigación de esta disciplina, con altos estándares de confiabilidad y validez, con la posibilidad de medir la empatía desde el autorreporte de la enfermera, pero, además, desde la percepción del paciente, lo que se corresponde con la mirada

dialógica de la empatía; sin embargo, es un instrumento de 85 ítems, la escala de empatía de Reynolds derivado también de la teoría de Peplau y correlacionado con La Monica, se encuentra con una versión en español y contempla doce ítems.

Con respecto a la ansiedad, se resaltan dos aspectos importantes, fundamentales para el planteamiento de este estudio. Por una parte, aunque las enfermeras en cuidado intensivo tradicionalmente han centrado la evaluación de la ansiedad del paciente en los indicadores fisiológicos y comportamentales, la investigación evidencia que estas medidas pueden no ser tan precisas en relación con una emoción como la ansiedad, donde el autorreporte es la forma más precisa de medir algo tan personal, y por otra parte, desde enfermería se ha desarrollado una escala que ha demostrado ser fácil de administrar al paciente en la UCI, incluso al paciente bajo ventilación mecánica como la escala FAS.

Los aspectos enunciados son clave en el planteamiento y la sustentación de este estudio, desde su orientación metodológica y desde el aporte para la disciplina, específicamente en el cuidado del paciente en estado crítico.

1.3. Justificación

Revisar la complejidad de la relación enfermera-paciente y sus múltiples componentes obliga a centrarse en un fenómeno particular de esa relación. Un fenómeno fundamental para que el proceso de esa relación tenga lugar, que debe existir como requisito y que ha despertado interés investigativo, aun cuando ha sido muy poco vinculado en los ámbitos del cuidado crítico, es el concepto de empatía.

Aunque la enfermería ha sido definida como una relación interpersonal terapéutica, tanto por teóricos tradicionales y contemporáneos, la calidad y características de esta relación, los significados para las enfermeras, las variables que la afectan y el impacto sobre estos profesionales y los pacientes, siguen siendo poco conocidas. Las dificultades de comunicación con el paciente, el efecto de los estímulos que generan estrés en estos y el ambiente tecnologizado de la UCI, hacen que el concepto de relación interpersonal en este ámbito y más específicamente el concepto de empatía, se convierta en un reto.

Pensar en una enfermería que le de valor a la relación enfermera-paciente, puede ser el camino para la transformación hacia una visión menos reactiva y una práctica, que se incline menos hacia lo técnico y procedimental y más hacia la relación humana. Los retos a los que se enfrenta la enfermería actual, solamente se podrán asumir desde la fortaleza teórica de lo propiamente disciplinar, evidenciando una práctica que aporte a la solución de los problemas de los pacientes, desde una visión interactiva integrativa, asumiendo que el cuidado del paciente va más allá de lo biológico.

Las enfermeras están llamadas a reflexionar frente a su práctica diaria y proponer estrategias que favorezcan la relación con el paciente y permitan superar lo simplemente rutinario y procedimental, para acercarse a una práctica sustentada en la dimensión humana. En este sentido, los estudios enumerados han demostrado que los niveles de estrés, ansiedad y el temor, a los que se enfrenta el paciente en estado crítico se alivian con una enfermería dispuesta a la comunicación, la comprensión y la empatía.

A partir de esta consideración, entonces, las enfermeras tienen la responsabilidad de incorporar un enfoque empático para cuidar a sus pacientes. La empatía es un atributo crítico para establecer relaciones de apoyo y confianza entre la enfermera y el paciente.

A pesar de la importancia que la literatura otorga a la empatía en el desempeño profesional de enfermería, los estudios muestran que esta no es frecuentemente expresada por las enfermeras en sus relaciones con los pacientes.

Cabe preguntarse, entonces, si las enfermeras saben cómo proporcionar atención empática y si esta puede ser efectivamente enseñada, y para responder a estas preguntas desde un enfoque integrativo del concepto de empatía se plantea el presente estudio, que busca, a partir de un programa de entrenamiento en empatía, evaluar los niveles de esta en las enfermeras y los cambios en el nivel de ansiedad del paciente cuando se relaciona con una enfermera entrenada en empatía.

Centrarse en la empatía como fenómeno de estudio en enfermería, se justifica teniendo en cuenta que las investigaciones en el ámbito hospitalario, específicamente en la UCI y la unidad de cuidado intermedio, relacionados con empatía son pocas. Además, los resultados de tales investigaciones sobre empatía muestran vacíos que deben responderse a través de investigación acumulada; con respecto a la relación de la

empatía con los resultados en el paciente como el estrés, la satisfacción o el dolor, los estudios no muestran respuestas contundentes, lo que implica la necesidad de mayor exploración de esta relación.

Por otra parte, aunque los resultados de investigación en relación con el entrenamiento en empatía, revelan progresos, no exploran cómo ese aprendizaje puede observarse en la práctica y cómo, además, puede impactar el nivel de ansiedad del paciente, como se pretende con la presente investigación.

Un aspecto fundamental que debe ser resaltado, es que la empatía, al ser un atributo principalmente cognitivo, más que afectivo, es susceptible de ser mejorado y reforzado a través de la enseñanza, lo que significa un punto fundamental de desarrollo y mejoría en la práctica de la enfermería.

En cuanto a los indicadores empíricos para la medición de la empatía, se encuentran vacíos relacionados con la fuerza conceptual y psicométrica de los mismos, con la capacidad para medir todas las dimensiones de la empatía y con la sensibilidad para medir los cambios después de una intervención.

La relación enfermera-paciente es una herramienta fundamental en las situaciones clínicas para lograr mejores resultados en el paciente. La empatía permite acercarse con mayor propiedad y fidelidad a las necesidades o problemas del paciente.

Esta investigación pretende aportar a las enfermeras en las UCI herramientas que les permitan evaluar los niveles de ansiedad de sus pacientes y contar con estrategias que favorezcan la expresión de la empatía en la práctica diaria, de manera que se fortalezca la relación enfermera-paciente y se obtengan beneficios para el paciente en términos de reducción de la ansiedad.

1.4. Pregunta de investigación

¿La empatía de la enfermera reforzada mediante entrenamiento y expresada en el vínculo empático enfermera-paciente, disminuye el nivel de ansiedad del paciente adulto hospitalizado en la UCI?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar el efecto de la empatía de la enfermera después de recibir un entrenamiento en “vínculo empático” sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto hospitalizado en la UCI.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Comparar el nivel de ansiedad del paciente, antes y después del encuentro enfermera-paciente (cuando la enfermera no ha recibido entrenamiento en vínculo empático, grupo A).
2. Comparar el nivel de ansiedad del paciente, antes y después del encuentro enfermera-paciente (cuando la enfermera ha recibido entrenamiento en vínculo empático, grupo B).
3. Comparar el cambio ocurrido en el nivel de ansiedad del paciente entre los grupos de encuentros A y B.
4. Comparar el nivel de empatía de la enfermera, antes y después de recibir una intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”.
5. Determinar la asociación que existe entre el nivel de empatía de la enfermera y el nivel de ansiedad del paciente.

2. Marco conceptual y teórico

En este capítulo se presentan, por una parte, los dos conceptos principales que guiaron el desarrollo de esta investigación, a saber, la empatía y la ansiedad, y por otra, el componente teórico sobre el que se fundamentó la construcción metodológica.

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Concepto de empatía

El concepto de empatía fue usado por primera vez en el siglo XVIII, cuando el historiador de arte Robert Vischer, utilizó el término alemán “Einfühlung” para referirse a los sentimientos del observador al apreciar una obra y se traducía como “sentirse dentro de”. En 1897, el psicólogo alemán Theodore Lipps transfirió la palabra “Einfühlung” del campo de la estética al campo de la psicología, y posteriormente, el psicólogo Wilhelm Wundt, padre de la psicología experimental, utilizó el concepto por primera vez en el contexto de las relaciones humanas (Hojat, 2012). La palabra *empathy* tiene raíces griegas: “em”, que significa “poner en” y “pathy” (de phatos), que significa “sufrimiento o pasión” (Bailey, 1996).

En 1909, el psicólogo Edward Titchener acuñó el término inglés “empathy”, como se conoce actualmente, y lo utilizó para definir el “entendimiento” de otros seres humanos (Hojat, 2012). De Mead, en 1934, afirmó que adoptar la perspectiva del otro es comprender sus sentimientos. En 1947, el psicoanalista austriaco Otto Fenichel habló de la empatía como identificación con el otro. Un hito importante en el desarrollo del concepto de empatía se produjo con la introducción del término “adopción de perspectiva”, por Dymond, en el año 1949 (Fernández, López y Márquez, 2008).

El concepto de empatía ha sufrido confrontaciones teóricas importantes que no han llegado al consenso, pero que han sido fundamentales en el enriquecimiento y desarrollo del mismo. En un sentido muy amplio, la empatía se ha asociado con las reacciones que tiene alguien cuando observa experiencias de otra persona. Para los investigadores, esas reacciones pueden ser de tipo cognitivo (reacción intelectual para entender la perspectiva del otro) o una reacción emocional. Estos dos enfoques han marcado un punto fundamental de discusión sobre el constructo de empatía y han determinado diferentes posturas.

Quienes se inclinan por el enfoque cognitivo, como Kohler, Hogan, Kohut y Rogers (como se citó en Fernández, et. al., 2008), sugirieron que la empatía es una habilidad intelectual que permite a un individuo ver el mundo de otro o como la habilidad de entender la experiencia, sentimientos o estado mental de otra persona, manteniendo la objetividad del observador. En esta visión cognitiva la empatía es un proceso intelectual de toma de perspectiva.

Uno de los pioneros en el estudio de la empatía desde un enfoque cognitivo es Kohler, quien la explica como la comprensión de los sentimientos de los otros. La visión cognitiva de la empatía consiste en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro (cognitive role taking) o la habilidad intelectual para identificar y entender las perspectivas del otro (Fernández *et. al.*, 2008; Yu y Kirk, 2009).

Desde finales de los años 60, una visión distinta de la empatía, que le daba mayor importancia a su componente afectivo más que al cognitivo, la definió como un afecto compartido o sentimiento vicario. Quienes se han inclinado por el enfoque afectivo de la empatía (Stotland, Hoffman, Mehrabian y Epstein), la consideran como una reacción emocional correspondiente con las emociones de la otra persona (Van Berkhout, 2015).

Stotland en 1969), es de los primeros autores en abordar la empatía desde este punto de vista y la definió como la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción. Hoffman en 1987, define la empatía como una respuesta afectiva más ajustada a la situación de otra persona que a la propia. Mehrabian y Epstein en 1972, la definen como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, sentir lo

que la otra persona siente, consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales. (Van Berkhout, 2015).

Ambos enfoques han sido criticados, pero es en 1980 cuando se empieza a trabajar en una definición integradora que tiene en cuenta tanto los componentes cognitivos como los afectivos. Para Salover y Mayer en 1990) (citados por Fernández, *et. al.*, 2008), la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales de otras personas e implica no solo actitudes sino también habilidades o competencias bien definidas. Este enfoque multidimensional considera que la empatía incluye múltiples procesos que ocurren juntos o aislados.

La definición multidimensional dada por Davis propone una visión integradora que identifica la empatía compuesta por aspectos cognitivos y afectivos. Desde esta visión integradora, en 1996 propone un modelo organizacional para explicar los antecedentes, procesos y consecuencias de la empatía y plantea de este modo un marco teórico que concilia las visiones propuestas anteriormente desde lo conceptual y metodológico. La definición de empatía más aceptada en la actualidad es la propuesta por Davis: conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas.

Tanto el enfoque cognitivo como el afectivo se ubican en una perspectiva disposicional, es decir, consideran la empatía como una disposición del individuo; sin embargo, Baston en 1991, propuso una perspectiva situacional en donde la empatía tiene lugar ante la presencia de estímulos situacionales concretos (Fernández *et. al.*, 2008). Estas dos perspectivas dan origen al debate de si la empatía puede ser medida a través del autorreporte (autoinforme) o a través de evaluación en la ejecución. En el anterior sentido, Fernández *et. al.*, (2008) sugieren que sería muy interesante integrar ambas orientaciones en el estudio de la empatía, en concordancia con la definición de la misma por parte de Salover y Mayer, presentada arriba.

Otra de las controversias teóricas con respecto a la empatía, se relaciona con su desarrollo y tiene que ver con la diferenciación entre si es una habilidad innata o adquirida. Quienes se inclinan por definirla como una capacidad innata sostienen que es heredada genéticamente y que es el mecanismo primario que genera conductas

altruistas en los seres humanos. Sin embargo, para autores como Decety y Meyer (2008) la empatía es una capacidad que se desarrolla desde la infancia en el periodo de socialización y que se genera a través de la imitación.

Preston y Waal (2002) citados por Olivera (2010) propusieron un modelo que integra estas dos posturas anteriores, planteando que los procesos empáticos dependen, por una parte, de un código innato que es adaptativo y que luego se modifica según las experiencias vividas por cada sujeto.

En relación con lo anterior, también se ha abierto la discusión con respecto a si la empatía es una habilidad que pueda ser enseñada y aprendida. Al respecto, Rogers propuso que la empatía podía ser enseñada (Ancel, 2006; Hojat, 2012). Esta asunción se basa en considerar la empatía más como un estado de la personalidad que como un rasgo, ya que el rasgo se refiere a atributos humanos estables y con una gran resistencia al cambio. Hojat (2012 pág. 173), escribe: *“la noción de que la empatía tiene una raíz evolutiva sugiere que en circunstancias normales, los individuos están programados para demostrar empatía, la mejora del potencial para la empatía dependerá de la interacción de varios factores propios de la persona, así como la exposición a programas educativos específicos”*.

Para Hojat, la empatía no es ni un rasgo altamente estable de la personalidad, ni un estado que pueda ser cambiado sin esfuerzo (Hojat, 2012, pág. 173). La investigación desarrollada ha mostrado que el entrenamiento en habilidades comunicativas brindado en varios formatos (conferencias, talleres y videos) es útil para mejorar las habilidades relacionadas con la empatía; sin embargo, debido a que no todos desarrollan la capacidad para la empatía de modo instintivo, la mejora de la misma requiere de programas educativos con ese objetivo, experiencias apropiadas y exposición a modelos humanísticos (Hojat, 2012, pág. 176; Cunico, 2012).

Como se presentó en otro apartado, los componentes o dimensiones de la empatía identificados por Morse (Reynolds y Scott, 1999; Cutcliffe y McKenna, 2005) son moral (se refiere a una fuerza interna altruista que motiva a la práctica de la empatía), emotiva (se refiere a la habilidad de experimentar y compartir el estado psicológico de otro), cognitiva (habilidad intelectual de identificar y entender los sentimientos y perspectiva de

otra persona de una manera objetiva) y comportamental (respuesta comunicativa para transmitir comprensión de la perspectiva del otro). A partir del análisis de cómo estos componentes se relacionan, los teóricos han propuesto modelos, dentro de los que figuran el modelo cíclico de Barrett-Lennard, quien desarrolló esta propuesta sustentado en el trabajo de Rogers. En este modelo se conceptualiza la empatía como un proceso interpersonal activo que implica la comunicación y los comportamientos de interacción entre las partes en las siguientes fases: entendimiento de emociones, comunicar este entendimiento al otro y ese otro reconoce que ha sido entendido dando respuesta (Ancel, 2006).

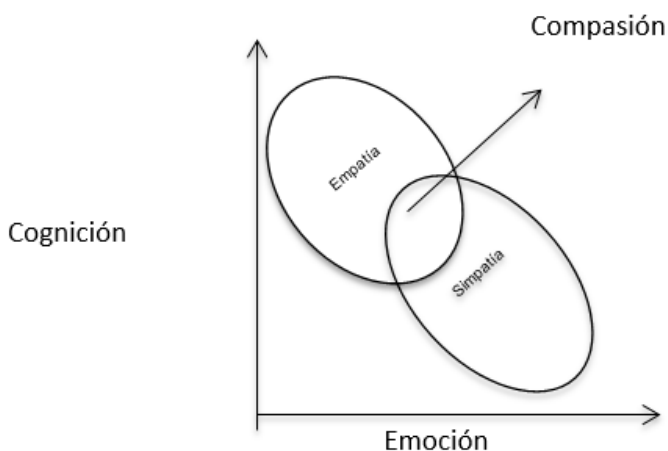
Según Cutcliffe y McKenna (2005), ha habido un incremento entre los teóricos de argumentar que la empatía es un concepto interpersonal que comprende un grupo de habilidades interpersonales y de comunicación, más que ser una cualidad instintiva que poseen ciertas personas. Reynolds (2000), declaró que la empatía involucra comunicar entendimiento de la experiencia del paciente con el fin de que este pueda ser validado por el mismo. En estos términos, la empatía involucra una comunicación adecuada para construir una relación de ayuda. Por esta razón, la comunicación efectiva no está separada de la empatía y al mismo tiempo, es gracias a esta capacidad de percibir y entender al otro, que los aspectos cognitivos y emocionales de la empatía pueden unirse (Cunico, 2012).

El concepto de empatía se ha relacionado con otros conceptos similares, como el de simpatía o el de compasión. Al respecto, hay varios asuntos que se deben considerar, y que permiten identificar lo inapropiado de utilizar los términos empatía y simpatía de manera indistinta. De una parte, el procesamiento de información cognitiva involucra actividades mentales como razonar y evaluar (Tausch, 1998, citado por Hojat, 2012). Por otra parte, el procesamiento mental emocional implica una respuesta afectiva espontánea que no involucra procesos mentales. Es así como la manifestación de comportamientos cognitivos requiere más esfuerzo y sus raíces conductuales son más avanzadas, lo que es válido para la empatía, la expresión de la emoción no requiere esfuerzo y sus raíces conductuales son más primitivas, lo que aplica para la simpatía (Hojat, 2012, pág. 8).

Aunque no puede asegurarse que la empatía y la simpatía son independientes de la cognición y la emoción, Hojat plantea un grado diferente de participación entre los

aspectos cognitivos y afectivos en el concepto de empatía, en contraste con el concepto de simpatía, manifestando que la característica clave de la empatía es la preponderancia del procesamiento de información cognitiva que la distingue del procesamiento mental predominantemente emocional involucrado en la simpatía (Hojat, 2012). Así se visualiza en el gráfico 1:

Gráfico 2-1. Empatía y simpatía, según cognición y emoción



Fuente: Hojat Mohammadreza (2012). *Empatía en el cuidado del paciente*. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados. Editorial Manual Moderno (pág. 10).

Hojat, entonces, diferencia el concepto de empatía del concepto de simpatía, manifestando que el primero es un atributo intelectual, y el segundo un estado emocional de la mente. Mientras el objetivo de la empatía es conocer mejor las emociones, preocupaciones o necesidades de la otra persona, el de la simpatía es sentir mejor las emociones de esa otra persona. La compasión, según propone Hojat (2012), estaría en el área donde se superponen empatía y simpatía, en donde ambos atributos se expresan de manera moderada.

Un intento genuino de entender las experiencias de otra persona incrementa la probabilidad de la conducta de ayuda altruista. La empatía implica un esfuerzo de entender las experiencias del paciente sin participar en ellas (Beddoe y Murphy, 2004).

La empatía ha sido presentada como un elemento central en la relación enfermera-paciente (Ancel, 2006), y analizada como un concepto cuyos componentes han sido

definidos a partir del desarrollo de diferentes modelos.

Como se presentó antes, en la literatura de enfermería existen cinco conceptualizaciones sobre la naturaleza de la empatía: empatía como rasgo humano, como estado profesional, como un proceso de comunicación, como cuidado y como una relación especial (Kunyk y Olson, 2001; Beddoe y Murphy, 2004; McMillan, 2007; Yu y Kirk, 2008; Williams y Sticley, 2010). La mayoría de autores e investigadores en enfermería acogen las tres primeras conceptualizaciones.

La empatía como un rasgo humano es vista como una habilidad natural e innata, que, por lo tanto, no puede ser enseñada, pero que una vez identificada, puede ser reforzada y refinada para desarrollar conocimiento empático, que implica, por parte de la enfermera, la precisa percepción de los sentimientos y la situación del otro.

La empatía como un estado profesional se concibe como una habilidad de comunicación aprendida integrada por componentes cognitivos y conductuales que son usados para comprender la realidad como la concibe el paciente. En esta conceptualización, la empatía es un fenómeno aprendido donde la enfermera cognitivamente selecciona la mejor respuesta. Aquí se hace énfasis en la objetividad que debe mantener la enfermera, hay una distinción entre ella y el paciente y una afirmación de las respuestas profesionales apropiadas. Se identifica que el enfoque primordial es la comprensión del sufrimiento del paciente y el desarrollo de un repertorio de estrategias de comunicación comportamentales y cognitivas que se pueden utilizar. En este enfoque no se tiene en cuenta la esencia de la empatía, la cual va más allá del simple uso de palabras apropiadas, de respuestas aprendidas, o la adquisición de habilidades de comportamiento (Yu y Kirk, 2008).

La empatía como un proceso implica que la enfermera advierte las emociones del paciente, expresa su comprensión y finalmente el paciente percibe la comprensión de la enfermera. El resultado de este proceso es la percepción exacta de los sentimientos del paciente. La comunicación es una respuesta profesional disciplinada que requiere una actitud empática y la habilidad necesaria para transmitírselo al paciente.

Esta visión de empatía usualmente incluye las dos conceptualizaciones previas en el

sentido de que el proceso de llegar a ser empático depende de habilidades innatas naturales, convertirse en cada vez más sensible y consciente de los sentimientos del otro y contar con formas aprendidas de responder ante la expresión de los sentimientos. La característica principal es el enfoque en tres etapas del proceso. Kunyk y Olson (2001), utilizaron las palabras percepción empática, enfermera expresando empatía y paciente percibiendo empatía.

La empatía como cuidado solamente es manejada por dos autores. Uno de ellos propone un concepto fenomenológico de empatía compuesto por cuatro fases: identificación (vista como un proceso de pérdida de conciencia de sí mismo y convertirse en la experiencia y situación del otro), introyección (que involucra experimentar emocionalmente lo que la otra persona está sintiendo en una resonancia emocional), la intervención (es una acción de enfermería tomada en nombre del paciente) y la fase de respuesta (implica que el paciente tenga necesidades cumplidas o sufrimiento emocional aliviado).

La empatía como una relación especial requiere un intercambio recíproco que se debe desarrollar con el tiempo entre la enfermera y el paciente. Este elemento de reciprocidad es único en esta perspectiva de empatía, una conceptualización soportada solamente por los escritos de Raudonis (Yu y Kirk, 2008).

2.1.2. Concepto de ansiedad

Desde los primeros años del siglo XX, existe un interés por el concepto de ansiedad en la literatura psicológica y se resalta la dificultad tanto de su conceptualización como de su medición debido a que resulta ser un constructo ambiguo. Diferentes corrientes psicológicas, como la psicodinámica, la humanista, la conductista y la cognitivo-conductual se han ocupado del abordaje de la ansiedad y de las semejanzas y diferencias con otros conceptos, ya que existe confusión con la angustia, el miedo y el estrés.

El término alemán “Angst”, empleado por Freud para referirse a un efecto negativo y a la activación fisiológica desagradable, fue traducido al inglés como “anxiety”, pero en español tuvo un doble significado, entendido como ansiedad y angustia.

La ansiedad se ha confundido con conceptos tales como angustia, miedo, tensión o temor; sin embargo, en la práctica actual los términos citados se siguen utilizando indistintamente (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). A este respecto, López Ibor (citado por Galván, 2012) distingue la angustia con predominio de síntomas físicos, mientras que en la ansiedad son característicos los signos psíquicos, se buscan soluciones y se percibe de manera más nítida que la angustia.

Actualmente, no se hacen esas diferenciaciones porque dentro del concepto de ansiedad se consideran los aspectos cognitivos como los conductuales. Entonces la angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, y ambos se consideran estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Sierra *et. al.*, 2003).

Con respecto al miedo, también ha habido discusión para diferenciarlo del concepto de ansiedad, ya que son diferentes. Se ha considerado que mientras el miedo se presenta frente una amenaza inminente, la ansiedad se asocia con la incertidumbre ante un resultado negativo.

Por otro lado, los términos ansiedad y estrés también se han usado indistintamente y aunque existen autores a favor de considerarlos equiparables, otros como Taylor plantean que el estrés hace referencia a la situación, mientras que la ansiedad tiene que ver con la reacción ante los sucesos estresantes. Este enfoque es el que valora el estrés como estímulo, explicando que las situaciones son objetivamente estresantes, como por ejemplo, la enfermedad o las pérdidas.

Al referirse a la ansiedad, la literatura plantea que un estado semejante forma parte de la vida humana y que todas las personas tienen un grado moderado de la misma, de modo que es una respuesta adaptativa. El término se refiere a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales y se diferencia del miedo en que este es una perturbación que se expresa ante estímulos presentes, y la ansiedad se relaciona más con la anticipación a peligros futuros e imprecisos (Sierra *et. al.*, 2003; McKinley y Coote, 2003).

Lo anterior representa la principal característica de la ansiedad, su sentido anticipatorio,

es decir, su capacidad para señalar el peligro o la amenaza, lo que le da ese valor funcional, activador y facilitador de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como “un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños” (Tobal, 1996 citado por Sierra *et. al.*, 2003). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a intensidad, frecuencia o duración, o se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984, citado por Sierra *et. al.*, 2003).

La ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional, que a su vez se divide en tres tipos de respuestas, de tipo cognitivo, fisiológico y motor, debido a la influencia de estímulos tanto internos como externos del propio individuo.

La ansiedad, entonces, se refiere a “un estado de agitación e inquietud desagradable, caracterizado por la anticipación al peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con gran nitidez” (Sierra *et. al.*, 2003).

Según Galván (2012), una definición de aceptación actual es la propuesta por Miguel Tobal en los años 90:

“La ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos situacionales como estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos externos o internos capaces de evocar la respuesta de ansiedad estarán en gran parte determinados por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones”.

2.2. Marco teórico

El marco teórico que se presenta en este apartado considera los aspectos fundamentales para situar los constructos de empatía y de ansiedad, desde sus fundamentos en las concepciones filosóficas de la relación interpersonal, por una parte, la relación terapéutica o de ayuda, por la otra, y finalmente la relación enfermera-paciente.

2.2.1. Perspectivas filosóficas y teóricas de la relación interpersonal

A continuación, se presentan las corrientes de pensamiento que dan fundamento al concepto de la relación interpersonal en el marco de la perspectiva humanista, y que han proporcionado elementos para la psicología humanista y para el desarrollo teórico de la disciplina de enfermería en el contexto del paradigma interpersonal.

Desde la antropología filosófica, “la persona se comprende como pluridimensional y plurirrelacional, entendiendo que no está sola en el Universo, sino que establece vínculos con el entorno y con las demás personas” (Canovas, 2008). A partir de esta perspectiva, el ser humano se enmarca en una visión holística e integral, es visto como un organismo total, autorregulado, con características biológicas, psicológicas y socioculturales, inmerso en un medio social, cuya existencia “se consume en el seno de las relaciones que las personas establecen con ellas” (Quitmann, citado por Henao, 2013).

Esa mirada sobre el hombre se profundiza en el Existencialismo, que es una corriente filosófica surgida después de la Segunda Guerra Mundial en Alemania y Francia con autores como Kierkegaard, Heidegger, Sartre, Jaspers, Nietzsche y Buber, que se sustenta en la afirmación según la cual “la existencia precede a la esencia”, lo que significa que el hombre elige en cada momento (Henao, 2013) y se centra en el análisis de la existencia del ser humano. Esa existencia corresponde al “ser” en el mundo; el ser humano no está aislado sino que se relaciona con el mundo y su realidad se establece a partir de la relación con el otro y con las cosas. Entonces, la existencia está en relación con la interacción.

Para el Existencialismo, “el ser humano se constituye en relación, el *ser* en el mundo y el *ser* con otros es la primera consideración de este enfoque. El individuo como entidad independiente solo es explicable en un segundo lugar” (Gendlin citado por Serra Undurraga, 2015). En este sentido, Buber planteó que no hay un “yo” sino que hay un “yo-tú” que permite identificar el énfasis en la relación que los seres humanos establecen con otros. Planteó como características de esta relación la inmediatez y la presencia valorando el “ahora”. Es una relación recíproca donde uno afecta al otro y cada cual está en la relación como totalidad (Cruz y Dobber, 2005).

Por su parte, la fenomenología como sistema filosófico, reúne diversos desarrollos en un sistema teórico delimitado por los planteamientos de Husserl (Moreira, citado por Jonquera y Arroyo, 2006) se basa en el fenómeno y la experiencia, las cuales están en unidad. Este enfoque plantea la forma en que la persona experimenta la existencia en el mundo y los fenómenos en cada momento (Serra Undurraga, 2015).

En contraposición con el método científico positivista, la fenomenología valora la experiencia que las personas tienen del entorno y de sí mismas. Las experiencias, como son vivenciadas por la persona, no son separadas de, son sobre algo (Jonquera y Arroyo, 2006). Para Husserl, los procesos psíquicos siempre son intencionales, es decir, están unidos a sucesos o a objetos, guardan relación con el medio donde se encuentran las personas (Henao, 2013). Un aspecto fundamental de la corriente fenomenológica es que es relacional, “ya que asume que la realidad debe ser entendida como una construcción que se produce entre el observador y lo observado” (Sassenfeld y Moncada citados por Henao, 2013).

Según Leep (citado por Henao, 2013) el hombre real es un ser social. El ser humano no se encuentra aislado del cuerpo, del mundo y del otro. El existir es una experiencia compartida con los demás, es coexistencia.

De las corrientes filosóficas interesadas en comprender la naturaleza y la existencia humana, como el existencialismo, la fenomenología y la antropología filosófica, surge el paradigma humanista que buscaba dar respuesta a interrogantes derivados de los procesos humanos y consideraba que la persona, para ser entendida y estudiada, debía ser mirada en su contexto interpersonal y social. Del existencialismo retoma la idea de

que el ser humano crea su personalidad a partir de sus propias decisiones, que es libre de escoger y responsable de las mismas, y de la fenomenología retoma la idea de que el ser humano responde al ambiente tal y como él lo comprende y percibe (Hernández, 1997).

Algunos postulados centrales del humanismo son:

- El ser humano es una totalidad que excede la suma de sus partes.
- El hombre es un ser en contexto humano, vive en relación con otras personas y esto es inherente a su naturaleza.
- El hombre es consciente de sí mismo y de su existencia.
- El hombre tiene facultades para decidir.
- La persona es vista como un ser activo, que tiende hacia un fin y que experimenta la propia existencia

El humanismo desde la psicología es una corriente que nace en los años 50 en contraposición al pensamiento determinista del conductismo y del psicoanálisis, buscando una mirada más completa del ser humano y centrada en sus potencialidades; es denominada “la tercera fuerza” y su fundador es Abraham Maslow. Los humanistas se manifestaron en contra del conductismo por su mirada sobre el ser humano como un ser a merced de los estímulos del medio y en contra del psicoanálisis por su mirada a las motivaciones inconscientes del ser humano (Gondra, citado por Henao, 2013).

Este movimiento, centrado en una mirada más integral del ser humano, genera en los Estados Unidos la creación de la Asociación de Psicología Humanística, en 1961, que se orientó por cuatro principios fundamentales (Henao, 2013, p 90):

- Centrar la atención en la persona que experimenta, y por lo tanto, en la vivencia como fenómeno primario del estudio del hombre.
- Acentuar las cualidades específicamente humanas, tales como la elección, la creatividad, la valoración y la autorrealización
- Mantenerse fiel al criterio de significación en la selección de problemas y procedimientos de investigaciones

- Comprometerse con los valores y la dignidad humana e interesarse por el desarrollo potencial inherente a cada persona. El punto central de esta visión es la persona tal como se descubre a sí misma y se relaciona con sus pares u otros grupos sociales.

Desde esta corriente humanístico-existencial en psicoterapia y con la influencia de las ideas de Buber y otros, el psicólogo Carl Rogers planteó el enfoque terapéutico “centrado en la persona”, y aportó a conceptos como la empatía y la aceptación un significado que transformó la manera de ver la relación interpersonal.

Rogers enfatizó en una asociación de igualdad entre el cliente y el proveedor de cuidado de salud, lo que fue una idea innovadora que cambió la visión del psicoterapeuta hasta ese momento. Señaló la primacía del cliente como el agente de curación y la fuerza principal que dirige el proceso terapéutico (Cruz y Dobber, 2005). Según Rogers, “Si yo puedo proveer un cierto tipo de relación, la otra persona podrá descubrir en sí mismo la capacidad de usar esa relación para crecer y cambiar y el desarrollo personal puede ocurrir” (Arnold y Boggs, 2011).

Para Rogers, el ser humano “es un ser libre y creativo, cuyo comportamiento depende más de su marco conceptual interno que de la coacción de impulsos internos o de la presión de fuerzas exteriores” (Cruz y Dobber, 2005), tiende hacia el desarrollo y a cambiar de la dependencia a la independencia y responde a patrones propios de autorregulación. En este contexto, uno de los postulados del enfoque centrado en la persona considera que “el organismo reacciona ante el campo de su percepción tal como lo experimenta y lo percibe” (Rogers citado por Cruz y Dobber, 2005). Entonces el comportamiento de la persona está determinado por la propia percepción de la realidad que experimenta. Comprender este aspecto es clave para establecer relaciones interpersonales fundamentadas en la comprensión del otro y su realidad.

2.2.2. Perspectivas teóricas de la empatía y la ansiedad desde la psicología

La teoría desde la que se define y estudia el constructo de empatía, marca diferencias importantes en su conceptualización y desarrollo. Es así como desde la perspectiva del

psicoanálisis la empatía fue abordada por Freud y Heinz Kohut. Este último desarrolló la psicología del self y definió la empatía como “el intento de una persona por experimentar la vida interna de otro, mientras se permanece como un observador externo”. La empatía para la psicología del self es una capacidad innata e implica un modo de observación que permite recabar información sobre el paciente (Olivera, 2010). Kohut declaró que la empatía no cura, no es terapéutica por sí misma y no es infalible. Dentro de la corriente del psicoanálisis hay autores que presentan posturas en contra de la empatía argumentando que no es científica y puede llevar a conclusiones erradas.

En contraposición, desde el área teórica de la psicología clínica, la empatía se sostiene como un importante motivador funcional y como uno de los factores clave para el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Durante los últimos treinta años se ha reunido información que avala la importancia de la empatía en el proceso terapéutico (Olivera *et. al.*, 2011).

Desde la visión de la “relación de ayuda” definida por Rogers como aquella en la cual al menos uno de los participantes hace el intento de promover el crecimiento, el desarrollo y la madurez de la otra persona, ayudándola a utilizar sus propios recursos para afrontar sus propios problemas, sin caer en paternalismos o autoritarismos (Olivera *et. al.*, 2011). Este autor identificó cuatro componentes principales, y consideró que el más importante de esos componentes era la empatía (Brown, 1990).

Carl Rogers (1975) resume el valor de la empatía en la relación de ayuda de la siguiente manera:

“Muy temprano en mi trabajo como terapeuta descubrí, que simplemente escuchar a mi cliente, con mucha atención, era una forma importante de ser útil. Así que cuando estaba en duda en cuanto a lo que debería hacer, de alguna manera activa, he escuchado. Parecía sorprendente para mí que tal tipo pasivo de la acción podría ser tan útil”.

“Con los años, sin embargo, la evidencia de la investigación se sigue acumulando, y apunta fuertemente a la conclusión de que un alto grado de empatía en una relación es posiblemente el más potente y sin duda uno de los factores más

importantes en lograr el cambio y el aprendizaje.” (Tomado de Brown, 1990, página 28).

Para Rogers, la empatía implica no solamente comprensión cognitiva de la otra persona, sino que el terapeuta experimenta con precisión los sentimientos que están siendo vividos por el paciente. Para él la comprensión empática implica sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, sin nunca olvidar la calidad de “como si” de esta situación (Rogers, 2007 citado por Olivera *et. al.*, 2011). La empatía en el enfoque centrado en la persona es siempre un entendimiento empático, es un elemento facilitador que permite el acceso al mundo subjetivo de la otra persona, y para que tenga efectos positivos no solo debe experimentar el terapeuta el marco de referencia del paciente, sino que el paciente debe recibir la comunicación de esa comprensión. Este aspecto es fundamental, ya que desde esta perspectiva es la percepción del cliente sobre el terapeuta la que señala el nivel de la capacidad empática de este (Olivera *et. al.*, 2011).

Una diferencia importante del enfoque de Rogers, es que la empatía es considerada un proceso más que un estado. Rogers, planteó que un grado alto de empatía en una relación es el elemento más potente que lleva al cambio y al aprendizaje y es un predictor de buenos resultados posteriormente. Es el terapeuta el que trae la empatía a la relación; por lo tanto, la oferta de empatía y la comprensión son responsabilidad del terapeuta. Según la postura de Rogers, la empatía, al ser evaluada por el paciente, descarta la opción de cuestionarios autoadministrados, pues consideraba que el terapeuta era incapaz de evaluar su propio nivel de empatía satisfactoriamente.

Con respecto a la ansiedad, como se mencionó antes, corrientes psicológicas como la psicodinámica, la humanista, la conductista y la cognitivo-conductual se han ocupado del abordaje de la ansiedad.

El enfoque psicoanalítico de la ansiedad se deriva de los postulados de Freud, quien la concibió como un estado afectivo desagradable acompañado de manifestaciones fisiológicas; le dio una mayor relevancia a los elementos subjetivos. Freud planteó tres teorías sobre la ansiedad:

- ✓ La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior y que se manifiesta como una advertencia para el individuo.
- ✓ La ansiedad neurótica, que también se entiende como una señal de peligro, pero cuyo origen viene de los impulsos reprimidos del individuo, siendo la base de todas las neurosis.
- ✓ La ansiedad moral, conocida como la de vergüenza, donde el “superyo” amenaza al sujeto con la posibilidad de que el “yo” pierda el control sobre los impulsos

El enfoque conductual de la ansiedad parte de una concepción ambientalista, en donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta. Esta escuela utiliza los términos miedo y temor al referirse a la ansiedad. Desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que producen la respuesta emocional. Se plantea que esta perspectiva supone que el sujeto afronte la situación sin considerar las consecuencias, escape de la situación o evite el peligro percibido una vez que se propone iniciar la conducta.

El enfoque cognitivo de la ansiedad se inicia después de los años 60 e intentaba cambiar el paradigma impuesto de estímulo-respuesta utilizado para explicar la ansiedad desde lo conductual.

Desde la corriente cognitivo-conductual, que sumaba los aportes de la corriente cognitiva y conductual, la ansiedad incluye factores cognitivos y se define como una respuesta emocional que no solamente se produce a estímulos externos sino también a estímulos internos como ideas, imágenes o recuerdos. La persona identifica la situación, la evalúa y producto de esa evaluación determina si es amenazante, ante lo cual se inicia una respuesta de ansiedad, influenciada también por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su intensidad (Galván, 2012).

Desde la psicología de la personalidad, la ansiedad se concibe en términos de rasgo y estado (Endler y Okada, 1975, Sandin, 1990, citado por Sierra *et. al.*, 2003; Spielberger citado por Castillo *et. al.*, 2013; Galván 2012). Como rasgo se refiere a la tendencia individual de responder de forma ansiosa o la disposición interna a reaccionar así, y la ansiedad entendida como estado, se refiere a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración, vivenciada como patológica en un momento particular,

caracterizada por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de tensión subjetiva. La diferenciación entre ambas respuestas radica en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal.

Las teorías situacionistas también derivadas de la psicología de la personalidad, pero mirando factores exógenos, consideran que la ansiedad depende más de las características de la situación que de las características de la persona. De acuerdo con este criterio, Mischel (citado por Galván, 2012) plantea que la ansiedad depende de las condiciones exactas del estímulo, del modo de respuesta y del individuo.

Las teorías interactivas, otra corriente de la psicología de la personalidad, plantean que la respuesta de ansiedad no solamente depende de las características de la situación y de la persona, sino especialmente de la interacción de ambas. Cuando una persona manifiesta sentir ansiedad intervienen variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas) y variables situacionales. La ansiedad, por lo tanto, pasa de ser concebida como un rasgo de la personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional. Dentro de esta corriente, la teoría tridimensional de Lang considera la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras que son relativamente independientes; la idea de que existe un fraccionamiento de las respuestas es aceptada actualmente (Galván, 2012).

Los procesos cognitivos son muy importantes frente a la ansiedad, porque a través de ellos se establecen las percepciones, evaluaciones y estrategias para responder a la situación. Dentro de los síntomas cognitivos de ansiedad descritos están preocupación, inseguridad, pensamientos negativos, dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Los síntomas conductuales se relacionan con hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la expresión verbal y conductas de evitación, y dentro de los fisiológicos están los cardiovasculares (palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada), gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea, molestias digestivas), genitourinarios (micciones frecuentes), neuromusculares (temblores, hormigueos, dolor de cabeza) y neurovegetativos (sequedad de boca, sudoración, mareos).

2.2.3. Perspectivas teóricas de la empatía y la ansiedad desde la enfermería

La enfermería como una práctica social se relaciona con la interacción con seres humanos, su sujeto de conocimiento es el hombre visto como ser único integral-holístico, y la relación enfermera-paciente como proceso interpersonal le permite comprender la conducta del otro, ayudarlo y lograr su bienestar.

La persona considerada desde una perspectiva integral y holística tiene dimensiones biopsicosociales y espirituales únicas. A través de esa visión la enfermera puede conocer al otro como una persona con preferencias, percepciones, creencias y valores, lo que combinado con la autoconciencia de la enfermera, se constituye en el entendimiento básico necesario en toda relación profesional en enfermería y es una característica esencial del “cuidado centrado en el paciente”.

La naturaleza de la relación enfermera-paciente es esencialmente una relación de ayuda. Es única en el sentido de que el paciente tiene necesidades específicas de cuidado y el rol que asume la enfermera en cada momento busca cumplir con aquellas necesidades identificadas, al punto de que ningún otro proveedor de salud en la atención sanitaria moderna está en condiciones de ayudar al paciente a encontrar una gama tan variada de opciones para suplir sus necesidades y dar respuestas centradas en lo humano.

La disciplina de enfermería ha abordado el concepto de empatía en el contexto de diferentes teorías propuestas desde una perspectiva humanística y resaltando la importancia de la relación enfermera-paciente, como la teoría de la relación interpersonal de Peplau. Se trata de una teoría planteada desde la perspectiva interaccional. Es explicativa porque la enfermería es vista como un proceso interpersonal en donde se relacionan las causas y efectos de la interacción (Moraes *et. al.*, 2006). Además, es la base para el desarrollo de esta investigación, teniendo en cuenta que vincula los dos conceptos clave, motivo de indagación, empatía y ansiedad. Es una teoría anclada a la práctica de enfermería y se ubica en la visión interactiva integrativa.

Peplau sustentó sus planteamientos desde las propuestas de Carl Rogers y Harry Stack Sullivan, quien introdujo la idea de la relación terapéutica como una conexión humana que sana. La esencia de enfermería en la teoría de Peplau es la relación terapéutica que se establece entre la enfermera y el paciente. Las personas se desarrollan a través de la relación interpersonal, incluyendo la relación enfermera- paciente (Forchuk y Dorsay, 1995). Peplau planteó que una adecuada experiencia interpersonal con un profesional, como la enfermera, puede ayudar al individuo a descubrir su fuerza y valor a través de la relación (Arnold y Boggs, 2011).

La teoría de Peplau describe cómo la relación enfermera-paciente puede facilitar la identificación y logro de objetivos terapéuticos mejorando el bienestar del paciente y la familia, y de este modo “permitió que las enfermeras comenzaran a alejarse de la enfermería orientada a la enfermedad, para acercarse a un modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos y los comportamientos pudieran ser explorados” (Canovas, 2008).

En la teoría de Peplau se plantean conceptos y procesos que ocurren en la enfermera y entre la enfermera y el paciente. Ella definió los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera (Forchuk, 1991):

- Enfermería: Es un proceso interpersonal significativo y terapéutico, es un instrumento educativo, una fuerza de maduración, con el objetivo de promover la salud y el movimiento de la personalidad en dirección de una vida creativa, constructiva.
- Persona: Es un individuo que se desarrolla a través de relaciones interpersonales y vive en un entorno inestable.
- Medio ambiente: Es la fluidez fisiológica, psicológica y social que puede mantener la enfermedad o promover la salud.
- Salud: Es un movimiento hacia adelante de la personalidad y otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria creativa y constructiva.

Peplau en su libro – 1952 (citado por Forchuk, 1991), identificó dos supuestos rectores:

- La clase de enfermera en que cada persona se convierte hace una diferencia substancial en lo que cada paciente aprenderá de cómo él o ella es cuidado durante su experiencia con la enfermedad

- Fomentar el desarrollo de la personalidad en dirección de la madurez es una función de la enfermería y de la educación de enfermería, lo cual requiere el uso de métodos que permitan y guíen el proceso, lidiando con problemas o dificultades interpersonales cotidianos.

En correspondencia personal también declaró:

- La enfermería puede tomar como único foco de reacción del cliente las circunstancias de su enfermedad o problema de salud.
- Ya que la enfermedad provee una oportunidad para aprender y crecer, la enfermería puede asistir a los clientes a ganar competencias intelectuales e interpersonales, más allá de aquellas que tiene en el punto de la enfermedad por la transmisión de las prácticas de enfermería que evolucionan estas competencias a través de la interacción enfermera-paciente

Supuestos implícitos y explícitos adicionales identificados por Forchuk (1991) incluyen:

- La enfermería psicodinámica cruza todas las áreas de la enfermería. No es sinónimo de enfermería psiquiátrica, ya que cada relación enfermera-paciente es una situación interpersonal en la que surgen dificultades de la vida cotidiana.
- Las dificultades en las relaciones interpersonales se repiten en variedad e intensidad en la vida de alguien.
- La necesidad de aprovechar la energía que se deriva de la tensión y la ansiedad conectado a necesidades sentidas como medio positivo para la definición y la comprensión
- Todo comportamiento humano es útil y objetivo de búsqueda de metas en términos de sentimientos de satisfacción y/o seguridad.
- La interacción de la enfermera y el cliente es fructífera cuando un método de comunicación que identifica y utiliza significados comunes es el que actúa en la situación.
- El significado del comportamiento del cliente es la única base relevante en la cual la enfermera puede determinar necesidades por ser alcanzadas
- Cada persona se comportará durante cualquier crisis de la manera como ha trabajado en las crisis que ha enfrentado en el pasado

El enfoque interpersonal de la teoría de Peplau requiere que la enfermera atienda los procesos interpersonales que ocurren entre ella y el cliente. Lo cual está en marcado contraste con teorías de enfermería centradas en el cliente como unidad de atención. Aunque los factores individuales del cliente se evalúan, la enfermera también se autorrefleja.

El proceso interpersonal incluye la relación enfermera-paciente, la comunicación, integración de patrones y los roles de la enfermera.

La relación terapéutica enfermera-paciente es un concepto multidimensional y es el punto crucial de la enfermería, que evoluciona a través de fases sobrepuestas e identificables. Las fases incluyen orientación, trabajo y resolución, y representan las dimensiones del concepto.

Las fases secuenciales que componen la relación enfermera-paciente son (Fawcett, 2005):

- Fase de orientación: En esta fase la enfermera y el paciente llegan a conocerse uno al otro como personas. En este contexto, la enfermera transmite interés profesional y receptividad para el paciente, obtiene información de él sobre su estado de salud, manifiesta en una necesidad sentida de asistencia. El paciente participa en esta fase haciendo preguntas y mediante la observación. El papel inicial de la enfermera es de extraño.
- Fase de trabajo
 - ✓ Subfase de identificación: Aquí el paciente aprende cómo hacer uso de la relación con la profesional de la enfermería. El paciente puede responder de diferentes maneras, sobre la base de la participación, de la independencia o sobre la base de la dependencia. El papel de la enfermera puede ser variado: desde persona recurso, consejero, líder o sustituto. Peplau enfatizó en que la enfermera no resuelve los problemas del cliente, sino que da a este la oportunidad de explorar opciones y posibilidades en el contexto de la relación.
 - ✓ Subfase de explotación: En este contexto, el paciente hace uso completo de los servicios profesionales disponibles. Es la búsqueda del equilibrio entre la

necesidad de ser dependiente y también de ser independiente. Las tareas de la enfermera durante esta fase son para entender lo que inicia los cambios en la conducta del paciente de la dependencia a la independencia.

- Fase de terminación: Etapa en la que el trabajo realizado se resume y se produce el cierre, en camino hacia la planeación para el alta. La tarea central de esta fase es la liberación del paciente para seguir adelante con su vida. Tanto la enfermera como el paciente participan en este proceso de liberación.

La comunicación en la teoría de Peplau incluye el contacto verbal y no verbal. La comunicación verbal se manifiesta a través del lenguaje y es el reflejo de los procesos de pensamiento, donde existe un nivel de contenido literal y significados simbólicos, así como declaraciones subyacentes que pueden ser transmitidas a través de la elección de palabras o frases. La comunicación no verbal es expresada a través del vínculo empático, gestos, posturas y patrones.

Para Peplau, la enfermera debe ser consciente de todos los mensajes verbales y no verbales comunicados por el paciente. Describe el “vínculo empático” como la habilidad de advertir en sí mismo los sentimientos experimentados por la otra persona. La transmisión interpersonal de ansiedad es la vinculación empática más habitual, pero otras emociones como el miedo o el disgusto también pueden ser comunicados no verbalmente a otros (Austin y Boid, 2010, pág. 102). Para Peplau no es suficiente tratar de entender la experiencia del paciente, sino que las enfermeras necesitan comunicar a sus pacientes que ellas están tratando de entender. Creía que si las enfermeras prestan atención a lo que ellas sienten durante una relación con el paciente, pueden ganar importante información para comprender lo que ese paciente está experimentando, aun antes de que este lo exprese verbalmente.

Los roles que asume la enfermera en la relación dependen de las necesidades del paciente y de las habilidades y la creatividad de la enfermera. Peplau incluyó los siguientes roles que cumplen las enfermeras: extraño (desarrolla un clima de aceptación para construir confianza interpersonal), recurso (proporciona e intercambia información, interpreta datos clínicos), profesor (proporciona instrucción y formación a través del análisis y síntesis de la experiencia del paciente), consejero (proporciona un ambiente

donde el paciente puede entender e integrar su experiencia junto con la orientación y el estímulo para desarrollar y experimentar cambios), sustituto (ayuda a clarificar al paciente sus dominios dependiente, independiente e interdependiente), líder (la enfermera proporciona un entorno donde los pacientes asumen la responsabilidad para alcanzar sus objetivos de tratamiento y funcionamiento óptimo) y experto técnico (la enfermera ofrece un entorno para el cuidado integral del paciente mediante la utilización de habilidades clínicas (Merrit y Procter, 2010).

Aunque el foco primario de la teoría de Peplau es el proceso interpersonal, el proceso intrapersonal tanto del paciente como de la enfermera también es considerado. El proceso intrapersonal ocurre dentro de la persona más que entre las personas. Los conceptos intrapersonales incluidos en la teoría de Peplau son la ansiedad, el aprendizaje, el pensamiento y las competencias (Forchuck, 1995).

La ansiedad es definida por Peplau como una energía que no es directamente observable, pero ejerce influencia sobre la vida de la persona. Es de tipo adaptativa porque señala una amenaza real o imaginaria sobre el autosistema (el autosistema incluye la autoimagen, la autoestima, el autovalor y el autorrespeto) que funciona para mantener el equilibrio y la integridad psicológica del individuo. La comprensión del autosistema por la enfermera es vital para desarrollar una efectiva relación terapéutica.

Peplau planteó que las personas tienen cualidades biológicas, psicológicas y sociales que las motivan al automantenimiento y que su autosistema se ocupa de la gestión de la ansiedad. Cuando este automantenimiento / autosistema está en desequilibrio, da lugar a una disonancia interna que se manifiesta como pánico e incapacidad para funcionar con eficacia. Peplau identificó que las inseguridades biológicas y psicológicas podían crear disonancia interna o ansiedad (Hrabe, 2005). La ansiedad entonces es generada por una necesidad no satisfecha de seguridad del autosistema. La describió como un continuo que incluye varios niveles: bajo (hay mayor conciencia); moderado (se estrecha la sensibilización); severo (conciencia centrada estrecha) y pánico (incapacidad de funcionar). Estas señales de comportamiento por algunos son llamadas “defensivas”, pero para Peplau son comportamientos de alivio.

La ansiedad, según ella, es a menudo una razón para que el paciente busque la ayuda de la enfermera y en este sentido planteó que la práctica profesional de enfermería no es segura si la ansiedad no es entendida.

Peplau creía en la importancia del medio ambiente interpersonal, el cual incluye la interacción persona-persona o enfermera-paciente. Enfatizó en la importancia del “vínculo empático” como la habilidad de percibir en uno mismo los sentimientos experimentados por otra persona, donde la transmisión interpersonal de ansiedad o pánico es el vínculo empático más común. Explicó que la comunicación empática existe y creía que la enfermera prestaba atención a lo que ella sentía durante la relación (Boyd, 2005).

Peplau planteó como un indicador empírico la metodología clínica para la práctica y la investigación en enfermería. Esta metodología considera los siguientes elementos (Fawcett y De Santo, 2013):

- Observación: El propósito es la identificación, clarificación y verificación de las impresiones en la interacción de la relación enfermera-paciente y cómo se producen. Incluye:
 - ✓ Observación participante: Comportamiento de la enfermera (observación de sus palabras, tono de voz, lenguaje del cuerpo y otros mensajes gestuales); comportamiento del paciente (observación de sus palabras, tono de voz, lenguaje del cuerpo y otros mensajes posturales); fenómeno interpersonal (observación de qué pasa entre la enfermera y el paciente); replantear los vínculos empáticos (ocurre cuando la habilidad de la enfermera, el paciente o ambos en comprender las emociones experimentadas por otra persona), se convierte en comunicación verbal por la enfermera, preguntando qué sentimiento se está experimentando en este momento.
- Comunicación: El propósito es la selección de símbolos o conceptos que transmiten tanto la referencia o el significado en la mente de la persona y el referente, el objeto o las acciones simbolizadas en el concepto y el deseo de luchar hacia el desarrollo de un entendimiento común por palabras entre dos o más personas.

- ✓ Técnicas interpersonales: Intervención verbal (usada por la enfermera durante la relación con el paciente), dirigida a lograr la resolución de problemas y el desarrollo de competencias en este. La enfermera utiliza comentarios y preguntas para ayudarlo a pensar, responder y usar las capacidades que producirán los datos necesarios; principio de claridad (las palabras y frases usadas son eventos clarificadores); la claridad en la comunicación es promovida cuando la enfermera y el paciente discuten sus preconcepciones acerca del significado de las palabras. La claridad se alcanza cuando el significado de una palabra del paciente es expresada), continuidad (ocurre cuando el lenguaje es usado como una herramienta para promover la coherencia o conectar ideas expresadas y permite la relación o conexión entre ideas y los sentimientos).
- Análisis de datos: Centrada en evaluar las hipótesis de la enfermera, las cuales son formuladas desde la primera impresión o desde las corazonadas sobre el paciente
 - ✓ Fases de la relación enfermera-paciente: Identificar la fase de la relación enfermera paciente, donde ocurre la comunicación.
 - ✓ Roles: Identificar los roles que asumen la enfermera y el paciente en cada fase de la relación de los dos.
 - ✓ Relaciones: Identificar las conexiones, vínculos que ocurren entre el paciente y otros, incluyendo la familia, amigos o la enfermera
 - ✓ Patrones de integración: Identificar los patrones de la relación interpersonal

Kunyk y Olson plantearon una teoría de mediano rango denominada “Empatía”, derivada del modelo de enfermería de Orlando/61, el cual fue seleccionado como fundamento porque describe la disciplina como una relación enfermera-paciente y describe un proceso de verificación en el encuentro terapéutico al expresar la empatía (Peterson y Bredow, 2004).

Este proceso de verificación del significado de las observaciones sobre el paciente es uno de los elementos cruciales, ya que las enfermeras validan sus precepciones o las corrigen para entender la experiencia de otros. El modelo de Orlando se enfoca en los resultados de enfermería, donde el estrés del paciente se toma como medida del cuidado

de la enfermera y provee una perspectiva global, aunque muy general y abstracta para hacer mediciones. Usando el proceso deductivo se derivan las proposiciones.

El proceso de desarrollo de la teoría de mediano rango envuelve afirmaciones de relación e identifica proposiciones que ligan las afirmaciones de Orlando con la teoría de rango medio. En el modelo de Orlando se seleccionaron tres afirmaciones para el desarrollo de teoría adicional:

- Habrá mayor mejora en el comportamiento del paciente y más efectividad en el cuidado cuando las enfermeras usen la respuesta profesional más que una respuesta personal automática.
- Cuando la enfermera evalúa las necesidades, experiencias inmediatas y comportamiento inmediato, es más efectiva en disminuir el estrés y el sentimiento de indefensión, incrementando el confort del paciente.
- Habrá mayor mejoría en los resultados del paciente cuando la enfermera tenga percepciones precisas de sus necesidades y las comunique verbalmente de una forma efectiva.

A partir del modelo de Orlando se desarrollaron tres proposiciones teóricas:

Dado que:

- Las percepciones precisas de la enfermera conducen a mejores resultados.
- Las evaluaciones de la enfermera contribuyen a disminuir el estrés del paciente.

Y asumiendo que la evaluación de la enfermera se basa en percepciones precisas para disminuir el estrés, tales percepciones se verbalizan adecuadamente.

Entonces, las proposiciones de la teoría de rango medio son:

- La empatía expresada por la enfermera de manera verbal y compartida, conduce a disminuir el estrés del paciente
- Si las percepciones precisas se comparten verbalmente, la experiencia del paciente es mejor percibida como empatía, ya que es un sentimiento de ser entendido y aceptado por la enfermera.
- La empatía percibida por el paciente disminuye su estrés.

Desde 1982, la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) propuso el diagnóstico de enfermería de ansiedad, basado en el trabajo de Peplau y fue definido con diecisiete indicadores subjetivos y doce indicadores objetivos. La ansiedad se define como “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprehensión causado por la anticipación a un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

2.2.4. Entrenamiento en empatía

Los investigadores desde diferentes disciplinas, enfoques y poblaciones, han examinado la eficacia de programas de entrenamientos en empatía. Una revisión sistemática de estudios de entrenamiento en empatía en estudiantes de medicina (Batt-Rawden *et. al.*, 2013) referenciado por Van Berkhout (2015), reportó que quince de los dieciocho estudios incluidos mostraron un incremento significativo en los niveles de empatía, y la revisión de Brunero, *et. al.*, (2010) en población de enfermeras reportó que once de los diecisiete estudios examinados mostraron significativas mejoras en la empatía.

Un metaanálisis que evaluó diecinueve ensayos controlados aleatorizados sobre programas de entrenamiento en empatía en diferentes poblaciones y que buscaba determinar el efecto de los programas de entrenamiento (Van Berkhout, 2015), reportó que el tamaño del efecto en general para los diecinueve estudios fue significativo, soportando la hipótesis de que el entrenamiento en empatía es beneficioso; los rangos del tamaño del efecto estuvieron entre 0,51 y 0,73.

En este estudio se evaluaron diferentes variables de los programas de entrenamiento, entre ellas el tipo de población. En ese caso los estudios que involucraron profesionales de la salud y estudiantes universitarios mostraron efectos significativamente mayores que los realizados con jóvenes u otro tipo de adultos. Los estudios que utilizaron mediciones objetivas para evaluar los efectos del entrenamiento, como calificación del paciente de comportamientos empáticos, mostraron efectos significativamente mayores que aquellos que utilizaron medidas de autorreporte. Dos estudios que incluyeron tanto medidas de

autorreporte como medidas objetivas mostraron más del doble del tamaño del efecto que los que utilizaron medidas de autorreporte.

Acerca de los métodos de entrenamiento, este estudio reportó que quienes utilizaron dentro de sus métodos los cuatro componentes de entrenamiento de habilidades de comportamiento (instrucción, modelado, práctica y *feedback*) tuvieron mayores efectos, y los estudios que se centraron en el entrenamiento de la empatía cognitiva y comportamental o cognitiva, afectiva y comportamental, mostraron mayores efectos que los que se centraron en el entrenamiento de la empatía cognitiva y afectiva. En cuanto a la duración del entrenamiento no encontraron evidencia significativa entre el número de horas y el efecto, ni entre el tiempo transcurrido entre la evaluación antes y después del entrenamiento, aunque los autores sugieren tener precaución con estos hallazgos.

Existen diferencias entre los autores para definir qué tipo de entrenamiento necesita implementarse para mejorar la empatía y hay confusión sobre los componentes que deben ser incluidos en enseñar empatía de manera eficaz. En la literatura se reportan diferentes modelos diseñados para esta enseñanza, algunos descritos como formación de habilidades interpersonales y otros en habilidades comunicativas.

Reynolds *et. al.*, (1999) plantea que la principal crítica a los programas de entrenamiento está en que fallan en definir operacionalmente la empatía o la teoría interpersonal sobre la cual el entrenamiento se construyó. Los programas de entrenamiento sobre habilidades interpersonales se centran en técnicas interpersonales, lo que puede contribuir a la empatía, pero para Reynolds, el grado en que un programa de formación que haga hincapié en una gama preseleccionada de técnicas o habilidades, pueda tener éxito, está abierta al debate. De igual manera, plantea que a menos que los estudiantes tengan a su disposición un extenso repertorio de estrategias de respuesta, pueden experimentar dificultades para hacer frente a los diversos problemas de la práctica, tales como la capacidad del cliente, o la voluntad para hacer autorrevelaciones.

Uno de los problemas identificados en los programas de entrenamiento tiene que ver con los métodos de evaluación, en el sentido de que los métodos utilizados son diferentes para cada caso y la comparación de éxito se dificulta. Por eso, para algunos es importante contar con un conjunto de criterios comunes de evaluación de manera que se

pueda contar con uniformidad en este aspecto, como lo propusieron Detterman y Sternberg (1982), citados por Reynolds (1999).

Reynolds (1999) señala que la evaluación del aprendizaje en diferentes programas de entrenamiento ha consistido en datos no estructurados, obtenidos a partir de diarios de los estudiantes o en discusiones informales y este enfoque de evaluación puede ser subjetiva ya que se basa en impresiones sobre el aprendizaje.

Un reto para los investigadores que desean indagar los resultados del aprendizaje en el entrenamiento de la empatía es identificar aquellos comportamientos específicos que indican empatía. La literatura revela que la definición operativa propuesta por los investigadores puede no ser conceptualmente compatible con el instrumento de medición seleccionado, o incluso, cuando la definición operativa de la empatía es compatible con el instrumento de medida, el grado en el cual los resultados de aprendizaje establecidos están reflejados adecuadamente por ítems en el instrumento debe ser considerado (Reynolds *et. al.*, 1999). Este autor sugiere tener en cuenta también, en el momento de estructurar un programa de entrenamiento, el contexto desde el cual los instrumentos de medida han sido desarrollados, es decir, estudiar la utilidad práctica para el conjunto de una profesión.

Los programas de entrenamiento han diferido en cuanto a los métodos de enseñanza, la duración del mismo y el grado en que se centra el aprendizaje en el aula o en la práctica clínica. El método de enseñanza experiencial se ha utilizado de manera importante en los programas de entrenamiento en enfermería. Dentro de estos estilos experienciales se reportan, por ejemplo, el juego de roles, el estudio de casos y la simulación (Brunero *et. al.*, 2009).

En la literatura hay tres tipos de modelos de entrenamiento en comunicación o empatía. El primer modelo comprende un programa específico con talleres o psicodramas. El segundo comprende instrucciones en clases tradicionales como aprendizaje de fundamentos de teoría, práctica de habilidades básicas y juego de roles. Y el tercero comprende técnicas de aprendizaje experiencial que consideran las relaciones de los estudiantes con los pacientes para mejorarlas basada en educación dada por profesionales. Los estudios han demostrado que la educación es efectiva en incrementar

la empatía y las habilidades de comunicación, pero determinar cuál programa es más efectivo, necesita ser examinado con más detalle (Ancel, 2006).

El programa de entrenamiento en habilidades de comunicación utilizado por Ancel en su estudio (Ancel, 2006) se basó en el modelo y los principios de enseñanza para adultos y fue organizado para obtener el más alto nivel de respuesta empática, según la clasificación de Dokmen.

Dokmen clasifica la empatía en tres etapas de respuesta empática, llamadas “ellos”, “yo” y “tu”. La persona responde en la etapa “Ellos” cuando hace evaluaciones basadas en juicios de la sociedad, por ejemplo, lo que otros sienten y piensan, más que centrado en el problema. Esta es la respuesta de menor calidad. En el estado “Yo” se responde críticamente al otro, dando consejos y evaluando el problema de acuerdo con la propia interpretación y transfiriendo nuestros propios sentimientos y experiencias en relación con el tema. El estado “Tu” implica ponerse uno mismo en el lugar del otro para entender el problema, reflejando que es entendido por el otro, apoyando a la persona y entendiendo sentimientos profundos. El contenido de educación, según la clasificación de Dokmen, se organizó así: en el estado “ellos” se estudiaron los efectos sociales y el estado del ego, la etapa “yo” incluyó autoexamen usando las cuatro dimensiones de Campbell.

Diferentes ejercicios fueron realizados para enseñar los pasos del modelo. Por ejemplo, en la etapa de “yo” se les pidió a los individuos que completaran frases como “qué es lo que más me gusta de mí mismo”, “qué características podría cambiar” o “qué me gusta o disgusta hacer”. La enseñanza de la etapa “tu” involucró la escucha activa, formulando preguntas abiertas apropiadas, entendiendo, poniéndose en el lugar del otro, respondiendo empáticamente y practicando la comunicación verbal y no verbal, para enseñar cómo ponerse en el lugar del otro, el juego de roles y la imaginación, así como fueron usadas el estudio de casos y la experiencia personal. Para la comunicación empática conceptos como concreción, respeto, sinceridad y orientación y estímulo para seguir las respuestas fueron estudiados. En este paso los alumnos estudiaron cómo distinguir respuestas empáticas en muestras de casos, fueron apoyados en dar respuestas apropiadas, actuaron en escenarios preparados, vieron videos y los discutieron. Este programa tuvo una duración de cuatro horas diarias por cinco sesiones

para un total de veinte horas, en grupos de veinte enfermeras, recibieron trabajo para hacer en casa y ejercicios diarios

2.3. Hipótesis de trabajo

El nivel de empatía de la enfermera (expresada durante el encuentro enfermera-paciente) después de recibir una intervención tipo entrenamiento en vínculo empático disminuye la ansiedad del paciente adulto en estado crítico de salud hospitalizado en UCI.

2.3.1. Hipótesis estadísticas

Ha: A mayor nivel de empatía de la enfermera (expresado-observado) disminuye la ansiedad del paciente.

Ho: No existe relación entre el nivel de empatía de la enfermera (expresado-observado) y el nivel de ansiedad del paciente.

Ha: Las enfermeras con entrenamiento en vínculo empático mejoran su nivel de empatía expresado-observado.

Ho: No existe diferencia del nivel de empatía de las enfermeras después del entrenamiento en vínculo empático.

3. Marco metodológico

En este capítulo se presenta el diseño del estudio, la población, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos, las variables, el programa de entrenamiento en vínculo empático, los aspectos éticos y la preparación de los datos para el análisis.

3.1. Tipo y diseño del estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo, de corte transversal y diseño cuasiexperimental secuencial, en el cual la intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático” es implementada para impactar el nivel de empatía de la enfermera (proximalmente) y nivel de ansiedad del paciente (distalmente), en pacientes hospitalizados en dos unidades de cuidado intensivo y dos unidades de cuidado intermedio de un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá.

Cuantitativo porque intenta explicar y predecir el fenómeno investigado buscando regularidades y relaciones causales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En este caso se pretende determinar cómo el fenómeno investigado, que es la empatía de la enfermera, afecta el nivel de ansiedad del paciente en estado crítico, de corte transversal porque la observación se realiza en un punto de corte en el tiempo, y secuencial porque se establecen etapas y fases donde cada una precede a la siguiente.

La utilidad principal de los estudios cuasiexperimentales consiste en saber si la variable independiente, en este caso entrenamiento en vínculo empático, afecta a la variable dependiente (nivel de empatía de la enfermera), y esta, a su vez, a la variable

dependiente nivel de ansiedad del paciente (Hernández *et. al.*, 2010). De manera particular se propone en esta investigación determinar, en pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo y cuidado intermedio, su nivel de ansiedad antes y después del encuentro enfermera-paciente con una enfermera no entrenada en vínculo empático, y determinar el nivel de ansiedad del paciente antes y después del encuentro enfermera paciente cuando la profesional ha sido entrenada en “vínculo empático”, para finalmente comparar las diferencias previas y posteriores a la intervención tipo entrenamiento.

El objetivo general de este estudio es determinar el efecto de la empatía de la enfermera después de recibir un entrenamiento en “vínculo empático” sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la UCI.

Los encuentros enfermera-paciente corresponden a la unidad de análisis (diada de estudio) en donde el primer grupo de encuentros enfermera-paciente, ocurridos cuando la enfermera no ha recibido el entrenamiento, actuarían como grupo de comparación (grupo A) y el segundo grupo de encuentros enfermera-paciente, ocurridos cuando la enfermera ha recibido el entrenamiento actuarían como el grupo de intervención (grupo B) y corresponden a grupos no equivalentes.

El contenido de la intervención es consistente con la corriente humanística existencial del enfoque centrado en la persona, se fundamenta teóricamente en la teoría de Peplau de las relaciones interpersonales y se estructura según su metodología clínica para la práctica y la investigación en enfermería y las habilidades necesarias para establecer una relación de ayuda.

3.2. Etapas y fases del estudio

3.2.1. Inmersión en campo y prueba piloto

- **Inmersión en el campo:**

Mediante un proceso de observación, conocimiento del campo y contrastación con el instrumento Nursing Activities Score (NAS) (A. Anexo: Versión en castellano del NAS diario) en una lista de chequeo diseñada para tal fin, se

establecieron aquellos momentos de encuentro enfermera-paciente cuya dinámica y duración permitieran la expresión del vínculo empático y orientaran la pertinencia de la medición del nivel de ansiedad del paciente, es decir, con esta fase se estableció la unidad de análisis “encuentro enfermera-paciente” durante la administración de medicamentos, a fin de centralizar y estandarizar las mediciones en esos momentos definidos, ya que fueron comunes a todas las enfermeras; además, se repetían varias veces en cada turno y las enfermeras se acercaban a los pacientes e interactuaban.

Se adelantaron los trámites administrativos como la solicitud del aval institucional, la presentación a los comités de ética e investigación del hospital y la aprobación del mismo por parte del hospital. Durante esta fase se identificó la necesidad de realizar la observación también en la unidad de cuidado intermedio, teniendo en cuenta los tiempos de estancia prolongada, el nivel de complejidad y el compromiso del paciente en la unidad de cuidado intensivo.

- **Prueba prepiloto:**

Validación facial y de contenido de la escala de empatía de Reynolds.

- **Prueba piloto**

Este espacio tuvo como objetivo evaluar y afinar los instrumentos por utilizar, verificar las condiciones de aplicación de los mismos y los procedimientos involucrados en la obtención de los datos. Durante este periodo se realizaron 21 observaciones de la unidad de análisis del estudio y se hicieron las mediciones correspondientes.

De acuerdo con el análisis de la prueba piloto, se efectuaron ajustes a la lista de chequeo utilizada para medir la intensidad del vínculo empático enfermera paciente durante el encuentro, la cual se modificó de catorce a doce ítems. De igual manera, se identificó que la rotación de pacientes, sobre todo en la UCI 2, no era suficiente para cumplir con el objetivo del tamaño de la muestra, por lo que se solicitó a las enfermeras coordinadoras estudiar la posibilidad de trabajar en la UCI cardiovascular, solicitud que fue aceptada. Se escribieron los instructivos

para el diligenciamiento de los instrumentos y se entrenó a las auxiliares de investigación.

3.2.2. Estudio principal

- Etapa 1
 - Fase 1: Se hizo medición del nivel de ansiedad del paciente mediante la escala FAS y los indicadores fisiológicos T/A, Fc y Fr, antes y después de los momentos de encuentro enfermera-paciente definidos previamente y realizados por las enfermeras (sin entrenamiento en vínculo empático) y se llevó a cabo medición de la intensidad del vínculo empático enfermera-paciente durante el encuentro, mediante la aplicación de una lista de chequeo para identificar la intensidad de este vínculo.
- Etapa 2
 - Fase 2: Se estableció el nivel de empatía del grupo de enfermeras que trabajan en la unidad de cuidado intensivo y la unidad de cuidado intermedio mediante la aplicación de la escala de empatía de Reynolds, versión en español.
 - Fase 3: Intervención: Se realizó el entrenamiento de las enfermeras en vínculo empático.
 - Fase 4: Se realizó nuevamente medición del nivel de empatía de las enfermeras después de recibir el entrenamiento en vínculo empático.
- Etapa 3
 - Fase 5: Se realizó nuevamente medición del nivel de ansiedad del paciente antes y después de los momentos de encuentro enfermera-paciente definidos previamente y realizados por las enfermeras (que ya habían recibido el entrenamiento en vínculo empático) y se realizó la medición de la intensidad del vínculo empático enfermera-paciente durante el encuentro.

La observación de la expresión de la empatía (mediante la lista de chequeo) y el autorreporte de empatía (mediante la escala de empatía de Reynolds), se realizó con las

mismas enfermeras (once) y diferentes pacientes (con una sola observación por paciente).

La organización del estudio, con las etapas y fases antes mencionadas, se observa en la tabla 3-1:

Tabla 3-1. Organización del estudio

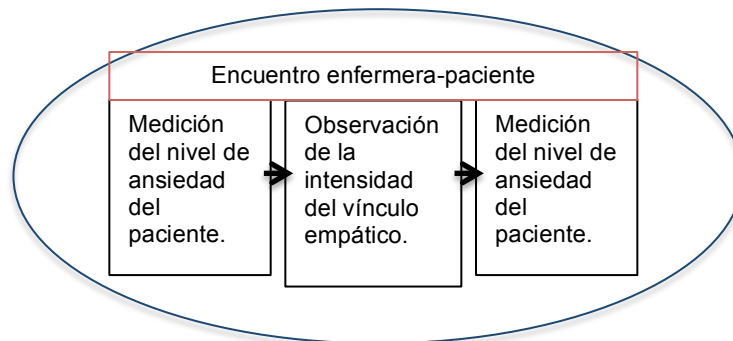
ETAPAS	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
ETAPA 1 Enfermera sin entrenamiento	Medición del nivel de ansiedad del paciente				
	Medición de la intensidad del vínculo empático				
ETAPA 2 Entrenamiento		Medición del nivel de empatía antes del entrenamiento	Entrenamiento en "vínculo empático"	Medición del nivel de empatía después del entrenamiento	
ETAPA 3 Enfermera con entrenamiento					Medición del nivel de ansiedad del paciente
					Medición de la intensidad del vínculo empático

Fuente: Elaborada por la investigadora

Los encuentros enfermera-paciente: definidos, como el periodo de tiempo en el que se establece esta relación, y que para el presente estudio corresponden al momento de la administración de medicamentos. Comprenden tres mediciones: primero, la medición del nivel de ansiedad del paciente (por escala FAS y signos vitales); luego, la observación de la interacción con la enfermera determinando la intensidad del vínculo empático (lista de chequeo), y finalmente, de nuevo la medición del nivel de ansiedad del paciente (escala FAS y signos vitales). De igual manera se procedió para los encuentros observados después del entrenamiento de la enfermera. Cada encuentro fue observado una única vez con cada paciente incluido en el estudio, en atención a la independencia de los datos.

La figura siguiente muestra la organización de las mediciones y observaciones en cada encuentro.

Gráfico 3-1. Organización de la observación y medición en los encuentros enfermera-paciente



Fuente: Elaborada por la investigadora

Por su parte, las once enfermeras participantes en el estudio, cuatro de la unidad de cuidado intensivo general, cuatro de la unidad de cuidado intensivo cardiovascular y tres de la unidad de cuidado intermedio de los turnos de mañana y tarde. Recibieron la intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático” donde previo y posterior a la intervención se les aplicó la escala de empatía de Reynolds; la evaluación posterior se realizó quince días después de terminado el entrenamiento.

3.3. Riesgos del diseño cuasiexperimental

La falta de aleatorización y por lo tanto la carencia de un control total en el diseño cuasiexperimental, representan riesgos a la validez, es decir, a que la información sea exacta y generalizable.

La validez interna se refiere a la posibilidad de derivar conclusiones consistentes acerca de la efectividad de un tratamiento (Cabré, 2012), se relaciona con la calidad y se logra cuando hay control, cuando los grupos difieren solamente en la exposición a la variable independiente, cuando la medición de la variable dependiente es confiable y válida y cuando el análisis es el adecuado (Hernández *et. al.*, 2010).

En esta investigación, con respecto a los sesgos producidos por la diferencia de los grupos, el muestreo fue por conveniencia, siguiendo los criterios de inclusión que se presentan más adelante, los cuales determinaron qué características de los pacientes no permitían su selección para el estudio.

Acerca de los factores relacionados con los efectos de la medición, en relación con que los instrumentos aplicados a los grupos no sean iguales. En este caso los instrumentos utilizados en los diferentes momentos de medición fueron los mismos, tanto antes como después de la intervención, conservando en el mismo sentido el protocolo de la observación y medición durante los encuentros enfermera-paciente.

La validez externa hace referencia al alcance y extensión que tienen los resultados (Cabré, 2012), es decir, qué tan generalizables son los resultados a situaciones no experimentales, así como a otros participantes o poblaciones (Hernández *et. al.*, 2010). En este sentido, el entrenamiento en “vínculo empático” está estructurado de manera que puede ser replicable en situaciones no experimentales, con otros grupos de enfermeras.

En esta investigación, con respecto a la influencia del investigador en todas las etapas estudio, se determinó su participación durante la recolección de información en los momentos de encuentros previos al entrenamiento, pero no participó durante la recolección de la información posterior a la intervención, por lo cual dos auxiliares de investigación fueron entrenadas con ese fin.

Uno de los sesgos que puede estar presente en esta investigación se refiere al cambio en el comportamiento de la enfermera durante su encuentro con el paciente; al sentirse observada, corresponde al sesgo de reactividad y se mitigó minimizando la interacción con el observado y utilizando un periodo amplio de habituación. Al respecto, la recolección de los datos se tomó un periodo de tres meses para cada grupo de encuentros, previos y posteriores al entrenamiento.

3.4. Definición y caracterización de las variables

- **Variables dependientes:** Se describen en la tabla 3-2

Tabla 3-2. Variables dependientes

Variable	Definición conceptual	Medición	Escala	Tipo de variable	Instrumento de medición
Nivel de ansiedad del paciente	Respuesta emocional o afectiva consistente en sentimiento de tensión, nerviosismo, aprehensión o preocupación, que se acompaña por la activación del sistema nervioso autónomo simpático frente a un estresor que representa un peligro indefinido.	Autorreporte	1 a 5	Cuantitativa ordinal	Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients (FAS).
		Signos vitales: T/A sistólica y diastólica: Cantidad de presión que ejerce la sangre en las arterias al desplazarse por ellas.	mmHg	Cuantitativa continua	Se toman del monitor de signos vitales.
		Frecuencia cardiaca: número de ondas pulsátiles de la sangre originadas en la contracción del ventrículo izquierdo. Frecuencia respiratoria: cantidad de ciclos respiratorios (inspiración/espирación) que se producen en un minuto.	Pulsaciones por minuto Respiraciones por minuto	Cuantitativa discontinua Cuantitativa discontinua	
Nivel de empatía de la enfermera	Capacidad de la enfermera de comprender las experiencias, preocupaciones o perspectivas del paciente sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento.	Autorreporte	0 a 120 puntos	Cuantitativa ordinal	Escala de empatía de Reynolds (RES – Reynolds empathy scale) versión en español.
		Intensidad del vínculo empático: grado en el que los comportamientos empáticos se hacen presentes durante el encuentro enfermera paciente.	1 a 12	Cuantitativa ordinal	Lista de chequeo intensidad del vínculo empático.

Fuente: Elaborada por la investigadora

- **Variable independiente:**

Intervención entrenamiento en vínculo empático: Preparación de las enfermeras para organizar de manera efectiva las intervenciones que permitan la expresión de la empatía en el encuentro enfermera-paciente.

3.5. Entrenamiento en “Vínculo empático”

El entrenamiento en “vínculo empático” se estructuró conceptualmente desde la corriente humanístico-existencial, fundamento de la relación interpersonal y del enfoque terapéutico centrado en la persona, donde son circunstancias necesarias para promover el cambio de la condición positiva, la congruencia y la empatía, que desde este enfoque es siempre un entendimiento empático.

Teóricamente, se sustenta en las afirmaciones derivadas de la teoría de la relación interpersonal de Peplau, considerando premisas como la vinculación empática, la importancia del ambiente interpersonal, la comunicación del entendimiento del paciente, la importancia del autoconocimiento, la reflexión de la enfermera y la definición de la empatía desde esta teoría.

A nivel empírico se sustenta en la metodología clínica de Peplau para la práctica y la investigación en enfermería (Fawcett y De Santo, 2013), presentada en el marco teórico, teniendo en cuenta la observación participante (del comportamiento de la enfermera, del comportamiento del paciente, del fenómeno interpersonal y del vínculo empático), la comunicación (técnicas interpersonales: intervención verbal, claridad y continuidad), el registro (observación participante y replanteamiento del vínculo empático) y el análisis de datos (evaluar hipótesis de la enfermera, identificar la fase de la relación y el rol que asume la enfermera).

El programa de entrenamiento diseñado busca fortalecer el vínculo empático que se establece durante la relación enfermera paciente mediante la adquisición de los conocimientos y habilidades propias de la relación de ayuda y atendiendo a las dimensiones cognitiva y conductual de la empatía, así:

- Autoconocimiento
- Habilidades en escucha activa:
 - Conducta no verbal (observación)
 - Comprensión del mensaje (análisis y comunicación)
 - Respuestas de escucha (comunicar entendimiento)

El programa de entrenamiento en vínculo empático responde a un proceso educativo que se desarrolla a corto plazo, se estructura de manera sistemática y se organiza y busca la adquisición de conocimientos y habilidades en las enfermeras de acuerdo con objetivos definidos. Se fundamenta en un modelo de enseñanza directa en donde se han definido previamente los contenidos, las habilidades que se desean desarrollar y las estrategias para lograr el desarrollo de las mismas.

Las estrategias definidas se centran en “el aprendizaje en situaciones prácticas y se dirigen al desarrollo de habilidades y al entrenamiento práctico” (Davini, 2008). Según Davini, la habilidad no es la reproducción mecánica de secuencia rígida de acciones, sino que en su desempeño interviene la conciencia y la toma de decisiones. “Desarrollar una habilidad implica habilitar para la acción, desarrollando capacidades prácticas y de conocimientos”. La adquisición de habilidades supone la comprensión de la estructura de soporte de la acción: elaborar la información y reconocer las normas y principios que regulan las prácticas”.

Las estrategias de aprendizaje utilizadas en este programa de entrenamiento fueron:

- Instrucción: Comprende los contenidos teóricos que se van a trabajar en la sesión.
- Modelado: Se refiere a exponer aquellas habilidades que constituyen el objetivo de aprendizaje y también los ejemplos modelo a través de videos y estudios de caso.
- Práctica: Comprende el desarrollo de ejercicios escritos de autoinstrucción cognitiva que permiten el análisis de diferentes situaciones y las actividades de ensayo abierto o *role play* en sesiones simuladas.
- *Feed back*: Comprende la retroalimentación de cada uno de los ejercicios realizados.

El programa estructuró en cinco sesiones de una hora de duración cada una y en las que se desarrollaron las estrategias de aprendizaje mencionadas anteriormente. Cada sesión se organizó teniendo en cuenta el objetivo de la sesión, la justificación del tema por tratar, la organización del ambiente de aprendizaje, contemplando los aspectos clave para el adecuado desarrollo de la sesión, los tiempos establecidos para cada actividad, las estrategias de instrucción, modelado, práctica y *feed back* y las ayudas didácticas necesarias para cada una de las sesiones (B. Anexo: Ejemplo estructura, sesión 1).

Las enfermeras se organizaron en cuatro grupos (tres de tres participantes y uno de dos participantes). Cada sesión se replicó cuatro veces, para cubrir los cuatro grupos de enfermeras. Las sesiones se desarrollaron en la mañana y la tarde de acuerdo con el turno de trabajo de las enfermeras. Esta organización contó con el apoyo y coordinación de la dirección de enfermería del hospital (C. Anexo: Cronograma de sesiones).

Una vez terminado el entrenamiento, las enfermeras fueron invitadas a evaluar el mismo calificando de 1 a 5 los contenidos, metodología, ayudas didácticas, las explicaciones teóricas, las actividades prácticas, la cercanía del formador, el nivel de satisfacción con el programa, lo que más les gustó y lo que no y sugerencias. La evaluación mostró una alta satisfacción con el programa de entrenamiento y una calificación global de 4.8. Las sugerencias de las enfermeras se centraron en la posibilidad de contar con mayor cantidad de ejercicios prácticos (D. Anexo: Formato de evaluación del entrenamiento).

Finalmente, las enfermeras recibieron un plegable con los aspectos clave trabajados durante las sesiones de entrenamiento a fin de contar con un elemento de rápida y fácil consulta. (E. Anexo: Plegable).

La tabla 3-3 presenta los temas y objetivos tratados en cada sesión:

Tabla 3-3. Organización de las sesiones contempladas en el entrenamiento en "vínculo empático"

SESIÓN 1	DURACIÓN	OBJETIVO
Motivación y autoconocimiento	1 hora	• Conocer la estructura del programa de entrenamiento. • Motivar a las enfermeras a participar activamente en el desarrollo del programa de

		entrenamiento. • Facilitar el autoconocimiento y reflexionar sobre las características y valores personales.
--	--	---

SESIÓN 2	DURACIÓN	OBJETIVO
La relación de ayuda	1 hora	• Comprender qué es la relación de ayuda, cómo se establece y qué papel juega la empatía en la misma.

SESIÓN 3	DURACIÓN	OBJETIVO
La escucha activa: conducta no verbal	1 hora	• Comprender cómo percibir y atender al contenido de la conducta no verbal del paciente.

SESIÓN 4	DURACIÓN	OBJETIVO
La escucha activa: comprender el mensaje	1 hora	• Identificar en los mensajes verbales el contenido cognitivo, el contenido afectivo y las demandas para poder ofrecer respuestas de escucha.

SESIÓN 5	DURACIÓN	OBJETIVO
La escucha activa: respuestas verbales de escucha	1 hora	• Comprender cómo utilizar las respuestas de escucha para emitir respuestas empáticas.

Fuente: Elaborada por la investigadora

3.6. Criterios de inclusión y exclusión para los encuentros

3.6.1. Criterios de inclusión

- Encuentros enfermera-paciente ocurridos durante la actividad de administración de medicamentos.
- Encuentros en los cuales se establezca comunicación entre la enfermera y el paciente, de manera que se favorezca la expresión de la empatía.

3.6.2. Criterios de exclusión

- Encuentros ocurridos durante otras actividades de asistencia directa realizadas por las enfermeras, diferentes a la administración de medicamentos.

3.7. Criterios de inclusión para pacientes

3.7.1. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos, mayores de 18 años, hospitalizados en la UCI o unidad de cuidado intermedio, con más de seis horas de ingreso, sin ingreso previo en unidad de cuidado intensivo o unidad de cuidado intermedio, hemodinámicamente estable, consciente y con capacidad para comunicarse de manera verbal.
- Pacientes sin antecedentes de enfermedad mental diagnosticada o sin alteraciones cognitivas.
- Pacientes que voluntariamente acepten participar en el estudio.

3.7.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con inestabilidad hemodinámica.
- Pacientes en estado de confusión o inconsciencia.
- Pacientes bajo efectos de anestesia o sedación.
- Pacientes con cuadro de delirio.
- Pacientes con ventilación mecánica.

3.8. Criterios de inclusión y exclusión para enfermeras

3.8.1. Criterios de inclusión

- Enfermeras que trabajen en las unidades de cuidado intensivo o en las unidades de cuidado intermedio de la institución participante, en turnos de mañana o tarde y que desempeñen funciones asistenciales que incluyan contacto directo con el paciente.

3.8.2. Criterios de exclusión

- Enfermeras que no trabajen en la unidad de cuidado intensivo o unidades de cuidado intermedio de la institución participante.
- Enfermeras que desempeñen funciones administrativas que no incluyan contacto directo con el paciente.

3.9. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se establece teniendo en cuenta que el análisis estadístico tiene dos propósitos: el primero, comparar los niveles de empatía exhibida por las enfermeras(os) antes y después del entrenamiento, y el segundo, evaluar los cambios fisiológicos medidos por signos vitales y el nivel de ansiedad de los pacientes posteriores al encuentro enfermera(o)-paciente donde la enfermera(o) ha recibido un entrenamiento en protocolo de vínculo empático.

Para cumplir con el primer propósito, el tamaño de muestra que sustenta la comparación mencionada se calcula por medio de la expresión (Desu, M 1990)

$$n = 1 + 2 \left\{ \sqrt{\chi^2_{1-\alpha}(k-1) - (k-2) + z_{1-\beta}} \right\}^2 \left(\frac{\sigma}{\Delta} \right)^2$$

teniendo en cuenta que se trata de una comparación entre dos grupos o muestras independientes ($k=2$), al tratarse de pacientes distintos.

En dicha expresión, k es el número de grupos, que en este caso son dos, α es la probabilidad de incurrir en error tipo I asumida como 0,05, β es la probabilidad de incurrir en error tipo II asumida como 0,01, σ la desviación estándar del nivel de ansiedad estimada a partir de la regla empírica que la relaciona con el rango de puntajes, Δ el valor en unidades de la escala FAS elegido para el cálculo del error tipo II y que se asume su valor en una unidad de la citada escala, $\chi^2_{1-\alpha}(k-1)$ y $z_{1-\beta}$ los percentiles superiores de las distribuciones chi-cuadrado y normal estándar respectivamente. A partir de estas consideraciones cada muestra o grupo debe incluir 162 encuentros.

El segundo propósito, centrado en la comparación de los cambios fisiológicos y el nivel de ansiedad de los pacientes posteriores al encuentro enfermera(o)-paciente donde la enfermera(o) ha recibido un entrenamiento en protocolo de vínculo empático, requiere de un tamaño de muestra válido para sustentar dicha comparación cuyo tamaño se determina recursivamente mediante la siguiente expresión

$$n = 1 + \left\{ \frac{\sigma_d(t_{1-\alpha}(n-1) + t_{1-\beta}(n-1))}{\delta} \right\}^2$$

teniendo en cuenta que se trata de una comparación de unos estados fisiológicos y de ansiedad previos al encuentro con unos estados posteriores a él de un mismo grupo de pacientes, donde la enfermera(o) ha recibido entrenamiento. Es decir, se trata de muestras relacionadas o pareadas.

En esta última expresión, α y β tienen el mismo significado que en la primera expresión, pero se asumen para este propósito como 0,01 cada una. Como son varios los signos vitales para ser analizados, además de la ansiedad y sus unidades son diferentes, los términos σ_d y δ se determinan fijando la relación $\frac{\delta}{\sigma_d} = \frac{1}{2}$. Los términos restantes corresponden a los respectivos percentiles superiores de la distribución t de *student* con (n-1) grados de libertad. Con estas especificaciones, el tamaño de la muestra es de 90 encuentros. Por tanto, como el tamaño válido para el primer propósito es de 162 encuentros, este cubre igualmente el segundo propósito. En consecuencia, el estudio incluye 162 encuentros enfermera(o)-paciente antes de recibir el entrenamiento y 162 encuentros enfermera(o)-paciente después de recibir el entrenamiento.

3.10. Instrumentos

3.10.1. Lista de chequeo, momentos de encuentro enfermera-paciente:

Para definir los momentos de encuentro en los cuales se estandarizarán las mediciones del nivel de ansiedad del paciente y la intensidad del vínculo empático, se diseñó una lista de chequeo, tabla 3-4, en donde a través de un proceso de observación y contrastación con el instrumento NAS (Nursing activities score) (Arias, *et. al.*, 2012) (A.

Anexo: Versión en castellano del NAS diario), se establecieron aquellos momentos de encuentro enfermera- paciente cuya dinámica y duración permitan la expresión del vínculo empático y orientaban la pertinencia de la medición del nivel de ansiedad del paciente. Según esa observación, la actividad de enfermería común a todas las enfermeras y que se presentaba regularmente todos los días en los mismos espacios de tiempo fue la administración de medicamentos, razón por la cual en ese momento se centralizó la observación.

Tabla 3-4. Lista de chequeo, según NAS

Actividades de enfermería según NAS	Número de veces que la enfermera realiza la actividad en un turno	Tiempo de duración	Observaciones
Monitorización y valoración			
Procedimientos de laboratorio			
Administración de medicamentos			
Procedimientos de higiene			
Cuidados de drenajes			
Movilización y cambios posicionales			
Apoyo a familiares y pacientes			

Fuente: Elaborada por la investigadora

3.10.2. Escala de empatía de Reynolds (RES – Reynolds empathy scale)

Es una escala que consta de doce ítems que describe los comportamientos empáticos de un profesional durante la interacción con el paciente. Fue diseñada para medir el grado en el cual la enfermera expresa comportamientos empáticos en el contexto de su interacción con el paciente. Cada ítem presenta siete alternativas desde siempre a nunca, en una escala de Likert (escala de autorreporte).

La validez facial y de contenido fue examinada por seis expertos de enfermería y psicología clínica. El alpha de Cronbach de la escala fue de 0.90, la validez concurrente comparada con la escala de empatía de La Monica (ECRS Empathy Construct rating scale) de donde se deriva fue $r=0.85$, $p < 0.001$.

La escala tiene adaptación cultural por el método traducción retrotraducción al español en España y valoración de la comprensión y equivalencia del lenguaje utilizado (Marco Gisbert A, *et. al.*, 2004). La utilización de este instrumento fue autorizada por los traductores del mismo a la versión en español (F. Anexo: Autorización utilización escala de empatía).

La escala se ajusta a la definición de empatía derivada de La Monica, originada, a su vez, de la teoría de Peplau. Es una medición de la empatía cognitiva y conductual. Se diseñó para el contexto de la relación enfermera-paciente, y para la construcción de los ítems se tuvo en cuenta la experiencia de los pacientes con los profesionales de enfermería y a partir de las variables. El autor diseñó un curso de formación en empatía (Marco, *et. al.*, 2004).

Para esta investigación se le realizó validación facial y de contenido, teniendo en cuenta que a pesar de estar en español y contar con una guía de aplicación que favorece la comprensión, las diferencias culturales en cuanto a la utilización del lenguaje hicieron necesario realizar esta adaptación. Para tal efecto se siguieron los siguientes pasos:

- Revisión de la panorámica general del instrumento, por un experto en psicometría, quien sugirió que los ítems redactados de manera negativa debían ser redactados como comportamientos en positivo. De igual manera, la escala de Likert de 7 puntos se redujo a 5 con el fin facilitar la comprensión entre puntos opuestos y puntos intermedios.
- La escala con esas modificaciones se sometió a juicio de expertos por parte de seis enfermeras experimentadas en el cuidado del paciente en estado crítico desde la docencia y la práctica. Para la validez facial se tuvieron en cuenta la gramática y cohesión, es decir, si el ítem se encontraba correctamente escrito en términos de su semántica (significado del texto), sintaxis (estructura del texto) y ortografía y coherencia, o sea, si estaba escrito de tal forma que tuviera sentido y fuera de fácil comprensión. Los resultados obtenidos mostraron un porcentaje de acuerdo con respecto a la gramática del 81% y con respecto a la cohesión del 77%. Las sugerencias aportadas por los expertos permitieron la

modificación de algunos de los ítems. Los ítems se modificaron según se muestra en la tabla 3-5.

Tabla 3-5. Cambio en los ítems de la escala, según aporte de los expertos

Ítems antes	Ítems después
1. Invito al paciente a expresar sus sentimientos.	1. Invito al paciente a expresar sus sentimientos.
2. Escucho al paciente y lo observo.	2. Escucho al paciente y lo observo.
3. Centro al paciente en su tema de preocupación.	3. <u>Oriento</u> al paciente <u>para que se centre</u> en su tema de preocupación.
4. Verbalizo lo que el paciente está sintiendo o intentando comunicar (repito), de modo que le permito confirmar o refutar el mensaje.	4. Verbalizo lo que el paciente <u>expresa</u> , permitiéndole confirmar o refutar el mensaje.
5. Tengo presente la comunicación verbal y no verbal del paciente.	5. Tengo presente la concordancia entre la comunicación verbal y no verbal del paciente.
6. Ayudo al paciente a explorar el significado personal de sus sentimientos, reproduciendo las experiencias significativas que manifieste.	6. Ayudo al paciente a <u>encontrar</u> el significado personal de sus sentimientos.
7. Evito hacer juicios de valor y manifestar mi opinión personal sobre lo que comunica el paciente.	7. Evito manifestar mi opinión personal sobre lo que comunica el paciente.
8. Intento conocer y expresar al paciente la razón que yo identifico como causa de su estado de ánimo específico.	8. <u>Expreso o comunico</u> al paciente la razón que identifico como causa de su estado de ánimo.
9. Evito interrumpir al paciente, tengo tiempo para la comunicación.	9. Destino tiempo para comunicarme con el paciente.
10. Ayudo al paciente a encontrar opciones o soluciones de su preferencia.	10. Oriento al paciente a encontrar soluciones alternativas a sus problemas.
11. Respondo a las preguntas directas que me formula el paciente.	11. Respondo las preguntas directas que me formula el paciente.
12. Mi tono de voz es amigable y suena relajado e interesado.	12. Utilizo un tono de voz <u>suave y relajado</u> .

Fuente: Datos del estudio

- En cuanto a la validez de contenido, igualmente, se sometió a juicio de expertos por parte de cinco enfermeras (tres expertas en cuidado al paciente en estado crítico y dos enfermeras en salud mental), quienes evaluaron la pertinencia y relevancia de los ítems. La pertinencia se refiere a identificar si el contenido del ítem guarda correspondencia con el dominio que se pretende evaluar, y la relevancia identifica si el ítem tiene la importancia suficiente para evaluar los contenidos definidos. La armonía interjueces de las diferentes observaciones permitió identificar el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir la misma variable (Parrado *et. al.*, 2016). Se utilizó el índice de concordancia de Kappa (superior a 0,50) con una fuerza de

concordancia moderada, tabla 3-6.

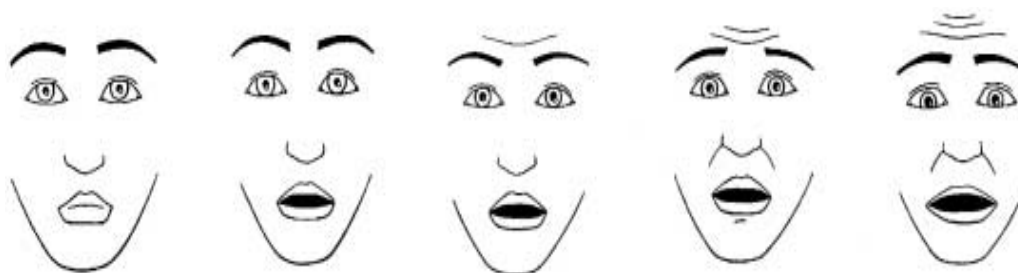
Tabla 3-6. Resultados del índice de concordancia de los ítems de la escala de empatía de Reynolds

ÍTEM	Pertinencia		Relevancia		Índice de concordancia	
	SÍ	NO	SÍ	NO	Pertinencia	Relevancia
1.	4	1	4	1	0,8	0,8
2.	5		5		1	1
3.	5		5		1	1
4.	5		5		1	1
5.	5		5		1	1
6.	5		5		1	1
7.	4	1	4	1	0,8	0,8
8.	5		5		1	1
9.	4	1	4	1	0,8	0,8
10.	5		5		1	1
11.	4	1	4	1	0,8	0,8
12.	5		5		1	1

Fuente: Datos del estudio

3.10.3. Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients (FAS)

Escala de caras para la evaluación de la ansiedad en pacientes críticamente enfermos: Es una escala de ítem único con cinco posibles respuestas, que van desde una cara neutra a una que muestra extrema ansiedad. Las caras se presentan al paciente, quien debe señalar o indicar la cara con la cual identifica el nivel de ansiedad que está sintiendo en ese momento. La utilización de este instrumento fue aprobada por la autora (G. Anexo: Autorización uso de escala FAS)

Gráfico 3-2. Faces Anxiety Scale

Fuente: McKinley Sharon, Coote Katherine y Stein-Parbury Jane. (2003). Journal of advanced nursing 41 (1), 73-79.

3.10.4. Lista de chequeo intensidad del vínculo empático

En concordancia con la definición conceptual de empatía y los ítems de la escala de empatía de Reynolds se elaboró una lista de chequeo a través de la cual se hiciera observación y registro de los comportamientos empáticos expresados por la enfermera durante el encuentro con el paciente. Si el comportamiento era observado, se marcaba en la lista como presente, y a través de la suma total de los comportamientos empáticos expresados (1 punto para cada uno) se obtenía la intensidad del vínculo empático. En la tabla 3-7 se presentan los doce comportamientos y el instructivo mediante el cual se operacionalizó cada uno de ellos.

Tabla 3-7. Comportamientos empáticos contenidos en la lista de chequeo

CONDUCTA	INSTRUCTIVO
1. Saluda al paciente	Chulear si la enfermera utiliza expresiones como “Buenos días, señor...”; “Buenas tardes, don o doña...” y pregunta cómo está al paciente.
2. Invita al paciente a expresar sus sentimientos (clarificación)	La enfermera utiliza expresiones como “Describame o cuénteme cómo se siente”, o “Qué es bien, qué significa bien”; “Cómo va ese ánimo”, o qué quiere decir cuando dice que está (deprimido, triste, más o menos), o “no le comprendo. Por favor, explíqueme qué le ocurre de otra forma para poder entenderlo mejor”.
3. Escucha al paciente	Cuando la enfermera mantiene la conversación en el tema de preocupación del paciente, no ignora el mensaje que este le expresa iniciando un nuevo tema de conversación.
4. Observa al paciente	Establece un contacto visual con el paciente, observa su entorno y el del paciente.
5. Evalúa la comunicación no verbal del paciente	La enfermera hace referencia a lo que observa en la expresión no verbal del paciente. Por ejemplo, puede expresarle al paciente la comparación que hace entre lo que dice y ve en su expresión no verbal: “dice que está tranquilo, pero lo veo con cara de angustia”; “dice que está bien, pero lo veo llorando”.

Tabla 3-7 (Continuación)

CONDUCTA	INSTRUCTIVO
6. Ayuda al paciente a centrarse en su tema de preocupación (paráfrasis)	Cuando la enfermera explora el tema de preocupación del paciente, se centra en la situación, acontecimiento o idea de este y lo expresa en otras palabras. Por ejemplo: “Lo que me dice es que desde el diagnóstico tuvo que dejar de trabajar. ¿Es así?”.
7. Verrbaliza lo que el paciente está sintiendo o comunicando (Reflejo)	Cuando la enfermera responde a los sentimientos del paciente, repite o identifica la parte afectiva de su mensaje, por ejemplo, dice: “Usted se siente frustrado o enojado porque...”; “Parece enfadado por eso”; “Se siente preocupado por su capacidad para ...”
8. Identifica la razón o causa del estado de ánimo del paciente (averigua los motivos)	La enfermera explora las razones del paciente para experimentar determinados sentimientos. Por ejemplo, “Usted se siente... porque... o descríbame lo que sucede cuando usted se siente así... “
9. Ayuda al paciente a encontrar el significado personal de sus sentimientos	La enfermera indaga sobre lo que le preocupa al paciente, uniéndolo con sucesos vitales de las experiencias de este. Por ejemplo, “¿Cómo se sentía antes del diagnóstico de...”; “¿Cómo se encuentra hoy en comparación con el día de ayer?”; “Descríbame qué pasó cuando se sintió desesperado”
10. Ayuda al paciente a encontrar soluciones	La enfermera puede ayudar al paciente, por ejemplo, diciendo: “Puede pensar en alguna forma alternativa de luchar contra esos sentimientos de... (culpa, tristeza, rabia...)” o cuando la enfermera dice al paciente: “Usted quiere... O le gustaría intentar...”
11. Responde a las preguntas directas del paciente	La enfermera es precisa al responder al paciente las preguntas que él le formula o los temas que le plantea, se mantiene en el tema de preocupación del paciente. Si actúa a la defensiva o desvía el tema este comportamiento no puede chulearse.
12. Su tono de voz es suave y relajado	La enfermera utiliza un tono de voz que no es amenazante, suena amigable, interesada en el paciente.

Fuente: Elaborada por la investigadora

3.11. Aspectos éticos

Teniendo en cuenta que los pacientes en estado crítico se encuentran en una situación de vulnerabilidad, relacionada por un lado con su situación clínica y por otro con el contexto en el cual se encuentran, se genera un alto nivel de estrés. Por eso, es necesario que esta investigación tenga presente los siguientes principios que guían su desarrollo:

- **No maleficencia:** Procurar no producir el más mínimo daño a la persona participante. Aquí se han evaluado los riesgos físicos, psicológicos, sociales, legales y económicos, para llegar a la conclusión de que los beneficios serán mucho mayores en términos de entrenamiento para las enfermeras y

establecimiento de una relación empática enfermera-paciente que facilite el manejo de la ansiedad en el paciente. La investigación tendrá en cuenta un aspecto de alta relevancia en el paciente crítico, como la ansiedad. En todo momento se velará por que la investigación no desencadene más ansiedad que la que la condición del paciente por sí misma trae consigo. Para tal efecto, se utilizará un instrumento de evaluación de la ansiedad, de fácil aplicación y que ha demostrado ser útil para el paciente en estado crítico. Además, se tendrá en cuenta en todo momento la evolución de su situación de salud, los aportes de los miembros del equipo de cuidado intensivo e intermedio y las observaciones de la familia. El control de este riesgo está garantizado por la formación en cuidados críticos y la larga trayectoria de la investigadora en este campo. De presentarse un riesgo o daño para la salud de la persona participante (enfermera o paciente), esta será retirada inmediatamente del estudio y el evento se reportará al comité de ética en investigación de las instituciones participantes. De otra parte, según la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el artículo 11 clasifica las investigaciones con riesgo mínimo en donde se encontraría el presente estudio.

- **Respeto:** Principio que reúne dos conceptos interrelacionados: la autonomía de cualquier individuo y la protección de personas con autonomía disminuida. En cuanto a la autonomía, se pretende que una persona sea capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de tal deliberación. Como los pacientes en estado críticos se encuentran en una condición de dependencia, recibirán protección especial contra riesgos o abusos, situación que será monitoreada por la investigadora y reportada al Comité de Ética de las instituciones participantes (hospital y universidad). Para que los participantes no se vean privados de su derecho a participar o no hacerlo en el proyecto de investigación, se creará y aplicará un consentimiento donde se informe tanto a las enfermeras como a los pacientes con el fin de darle alcance a este principio (H, I. Anexos: Consentimientos informados para el paciente y la enfermera).
- **Beneficencia:** Entendida como la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos. En esta investigación los riesgos para los sujetos son razonables en relación con los beneficios esperados.

El diseño de la investigación es el considerado como más apropiado; la investigadora es competente para conducir la investigación y tiene asesores expertos en el tema para garantizar el bienestar de los participantes.

- **Transparencia:** Los trámites, procedimientos y resultados de la investigación serán de conocimiento público, respetando el derecho a la intimidad y las reservas legales.
- **Equidad:** El estudio garantizará este principio teniendo en cuenta que las enfermeras de la UCI y cuidado intermedio recibirán el entrenamiento en vínculo empático, lo cual representa un fortalecimiento para establecer la relación enfermera paciente y los pacientes despiertos serán valorados en su nivel de ansiedad, reportando de manera inmediata al equipo de salud tratante, los niveles altos de ansiedad a fin de que sean implementadas las medidas correctivas apropiadas.
- **Confidencialidad:** Los datos recolectados en el desarrollo de la investigación serán tratados reservando la identificación de las personas participantes. Así mismo, serán mantenidos en lugar seguro (bloqueados) hasta el momento en que sean introducidos para su análisis, y tampoco serán asociados con nombres. La información obtenida del estudio solamente será conocida por otros con fines estrictamente académicos, presentando los resultados de manera general.
- **Aplicación de la ley 911 de 2004** (Tribunal Nacional Ético de Enfermería), el cual señala la prioridad de los valores y principios: valor de la vida y la dignidad humana bajo los principios éticos de beneficencia no maleficencia, integridad, confiabilidad, privacidad, veracidad y fidelidad.
- **Ley 266 de 1996:** La enfermería es una disciplina social y se fundamenta en los principios de integralidad, individualidad, calidad y continuidad.
- La investigación debe basarse en los derechos fundamentales que enuncia la Constitución Nacional (1991) como son la salud y la vida.

- **Responsabilidad social:** La investigación contribuirá a la solución de problemas sanitarios que beneficiarán la labor de enfermería, los resultados en salud para los pacientes en la UCI y la sociedad en general.

Para el proceso de recolección de la información como para el diligenciamiento del consentimiento informando tanto a las enfermeras como a los pacientes, recibieron las instrucciones relacionadas con el mismo, incluyendo en esta información los objetivos del estudio y la aclaración de que el participante podía solicitar el retiro del estudio en cualquier momento que así lo considere, lo cual no acarreará ningún tipo de consecuencia o pérdida de los beneficios obtenidos antes de participar en la investigación. De igual manera, se aclaró a los participantes que no se entregaba ningún beneficio de carácter económico por la participación en el estudio. Inicialmente, se informó a los pacientes y enfermeras que cumplían con los criterios de inclusión las características y objetivos del estudio y luego se entregó el consentimiento informado (a los pacientes se les leyó). Una vez leído y aclarado en qué consistía el estudio, se les preguntó si estaban interesados en participar y se les pidió que firmaran el documento, lo que la investigadora también hizo.

Los resultados del estudio serán presentados en las instituciones participantes, al igual que se entregará copia del documento una vez finalizada la investigación. Los resultados de este estudio serán publicados en revistas indexadas de enfermería y presentados en eventos académicos que permitan la divulgación y el beneficio, tanto para la disciplina como para los pacientes. Se tendrán en cuenta los requerimientos, normas y solicitudes de las instituciones participantes en cuanto a la publicación y divulgación del estudio.

Los derechos de propiedad intelectual serán respetados realizando la referenciación de las fuentes bibliográficas consultadas y la autoría de los instrumentos utilizados.

La realización de la investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité de Ética del Hospital Santa Clara (J, K. Anexos: aprobación comités de ética).

- Pasantía internacional

La investigadora realizó una pasantía en la Universidad de Alicante (España), con el doctor Juan Diego Ramos Pichardo, Secretario Académico del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la institución mencionada.

La pasantía se planteó como un conjunto de actividades organizadas y relacionadas directamente con el proyecto de investigación “Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la UCI”, específicamente como apoyo al logro del objetivo de entrenar a las enfermeras en el protocolo de vínculo empático (sustentado en las teorías de la relación interpersonal de Peplau).

El interés fundamental consistió en estudiar, analizar y ver en la práctica los conceptos clave que permitieran la posterior formación de profesionales de enfermería en empatía, de la mano de un experto en el tema, quien ha desarrollado experiencias de formación en este campo. Con la asesoría y acompañamiento del profesor Juan Diego Ramos, se trabajó el programa de entrenamiento que se aplicó como la intervención en el desarrollo de esta investigación.

3.12. Preparación de los datos

Una vez obtenidos completamente los datos, se sistematizaron incluyendo los pasos sugeridos por García (2009), es decir, la codificación, que es el proceso por el cual se asignan valores numéricos a las respuestas recolectadas en los instrumentos y la elaboración de la matriz de datos, que consiste en el vaciado de la información recolectada con los instrumentos a una matriz. La matriz se elaboró considerando en los renglones los encuentros enfermera-paciente y en las columnas los valores de las variables.

La exploración inicial de los datos permitió identificar que algunos datos relacionados con los signos vitales mostraban valores muy alejados de la media, para lo cual se utilizó el criterio de la distancia de Mahalanobis y se descartaron del análisis trece casos (ocho del primer grupo de encuentros y cinco del segundo) tomando como base el percentil 95 de la distribución y quedando 311 encuentros como base para el análisis.

4. Marco de análisis

En este capítulo se presenta el procesamiento estadístico de los datos obtenidos en el estudio para dar respuesta al objetivo general. Dicho objetivo consistió en determinar el efecto de la empatía de la enfermera, después de recibir un entrenamiento en “vínculo empático”, sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo y la unidad de cuidado intermedio.

El análisis se organizó de acuerdo con los objetivos específicos planteados, como son comparar el nivel de ansiedad del paciente (medido por autorreporte y monitorizado por signos vitales) antes y después del encuentro enfermera-paciente con una enfermera no entrenada en vínculo empático, comparar el nivel de ansiedad del paciente (medido por autorreporte y monitorizado por signos vitales) antes y después del encuentro enfermera paciente con una enfermera entrenada en “vínculo empático”, comparar el cambio ocurrido en el nivel de ansiedad del paciente entre los grupos de encuentros antes y después del entrenamiento de la enfermera en “vínculo empático”, comparar el nivel de empatía de la enfermera (autorreportado y expresado durante el encuentro) antes y después de recibir una intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”, determinar la asociación entre el nivel de empatía de la enfermera (expresado durante el encuentro) con el nivel de ansiedad (autorreportado) del paciente.

4.1. Análisis descriptivo

El encuentro enfermera-paciente se ha definido como el periodo de tiempo según las intervenciones directas de enfermería, en el que se establece la relación enfermera-paciente. Para este estudio corresponde, en el tiempo, al momento de la administración

de medicamentos y se observa como un espacio que permite crear vínculos que favorezcan climas de cuidado para el paciente de forma natural y generar relaciones enfermera-paciente donde se prioriza a la persona.

El total de encuentros enfermera-paciente que permitieron la medición de las variables en este estudio corresponden a 311. Los encuentros enfermera-paciente, en donde la enfermera no había recibido la intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”, corresponden a 154. Durante estos encuentros se midieron el nivel de ansiedad del paciente (autorreportado y monitoreado por signos vitales) antes y después del encuentro enfermera-paciente y la intensidad del vínculo empático (expresado-observado) durante el encuentro. De los 154 encuentros, 98 ocurrieron en la unidad de cuidado intermedio y 56 en la unidad de cuidado intensivo.

Los encuentros enfermera-paciente, en donde la enfermera había recibido la intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”, corresponden a 157. Durante estos encuentros se midieron el nivel de ansiedad del paciente (autorreportado y monitoreado por signos vitales) antes y después del encuentro enfermera-paciente y la intensidad del vínculo empático (expresado-observado) durante el encuentro. De los 157 encuentros, 107 ocurrieron en la unidad de cuidado intermedio y 50 en la unidad de cuidado intensivo.

La exploración de los datos y la influencia que sobre la expresión de la empatía tiene el contexto o ambiente en cual se realiza el encuentro enfermera-paciente, permitió identificar la conveniencia de analizar por separado tales encuentros, ocurridos en las unidades de cuidado intensivo y cuidado intermedio. En este sentido, el análisis se presenta en dos apartados definidos por el sitio donde se desarrolla el encuentro y discriminado también por la presencia de la variable independiente “entrenamiento en vínculo empático”. Los dos grupos, en este caso los encuentros ocurridos en la UCI y los sucedidos en la unidad de cuidado intermedio, se encuentran equilibrados numéricamente, como lo muestra la siguiente tabla.

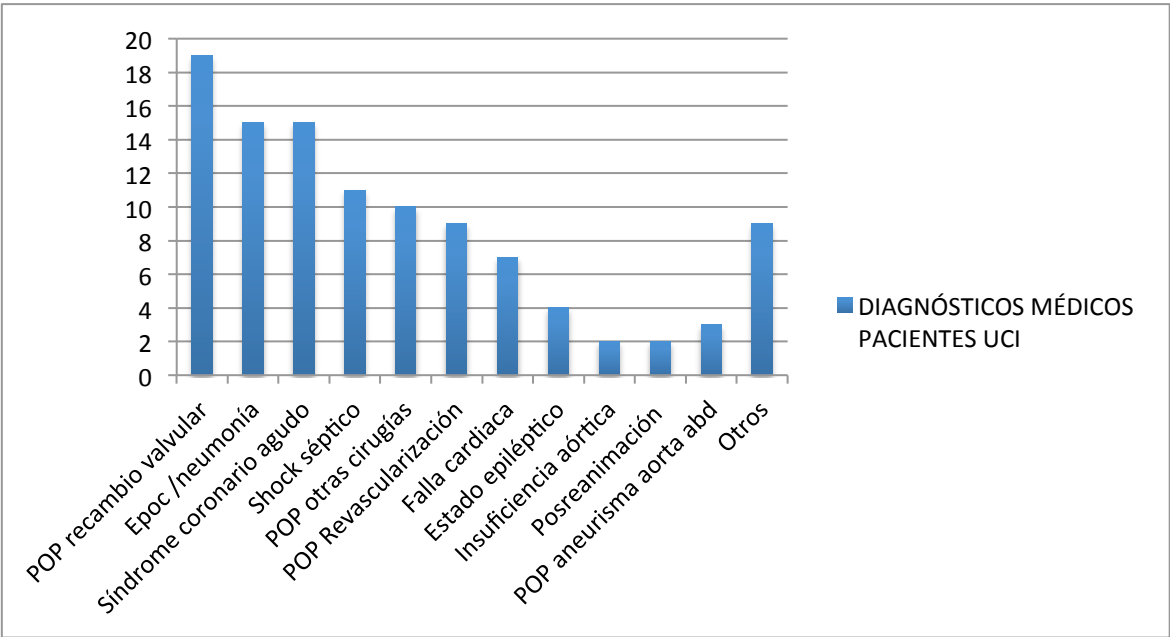
Tabla 4-1. Frecuencias de encuentros enfermera-paciente ocurridos en la UCI y en la unidad de cuidado intermedio, según el entrenamiento de la enfermera

		Entrenamiento de la enfermera	
		No	Sí
Lugar del encuentro	Intermedio	98	107
	UCI	56	50

Fuente: Resultados del estudio

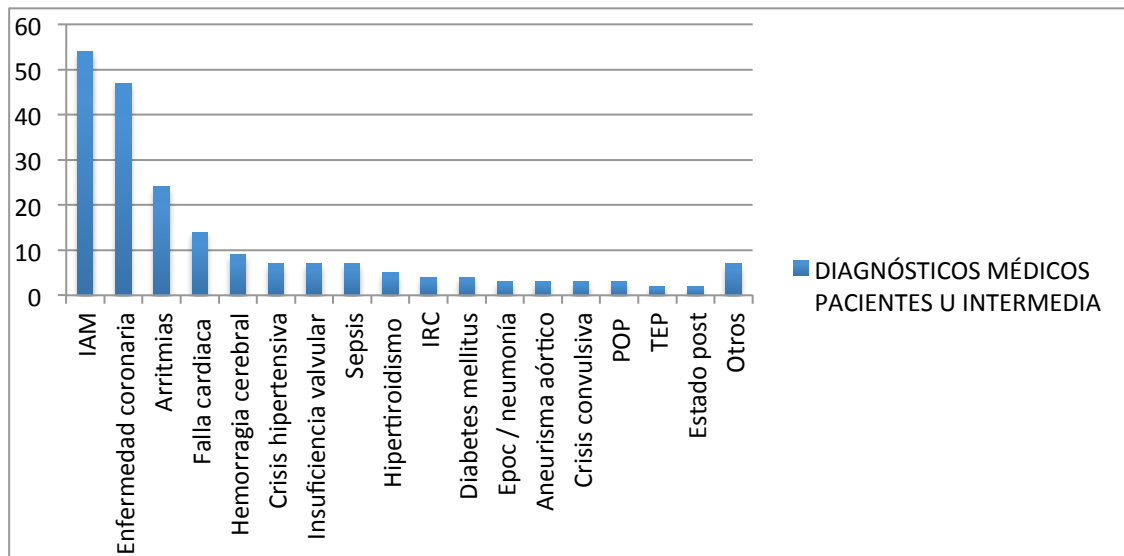
Los diagnósticos médicos de ingreso de los pacientes que participaron en los encuentros ocurridos en la UCI se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico 4-1. Diagnóstico médico de ingreso a UCI



Fuente: Datos del estudio

Los diagnósticos médicos de ingreso de los pacientes que participaron en los encuentros enfermera-paciente ocurridos en la unidad de cuidado intermedio, se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico 4-2. Diagnósticos médicos de ingreso a la unidad de cuidado intermedio

Fuente: Datos del estudio

Como puede observarse, existen diferencias en los orígenes de los pacientes. Por una parte, los pacientes de la UCI provienen en un porcentaje importante (38,6 %) del área quirúrgica en posoperatorios de recambio valvular, revascularización miocárdica u otras cirugías abdominales. Los pacientes en la unidad de cuidado intermedio presentan como diagnóstico de ingreso patología médica, en especial derivada del sistema cardiovascular como el IAM, la enfermedad coronaria, las arritmias cardíacas y la falla cardíaca, en un porcentaje del 67.8 %.

Teniendo en cuenta que la información de las variables de estudio no provienen de una distribución normal, se plantea el desarrollo del análisis mediante pruebas no paramétricas. Las pruebas estadísticas para prueba de hipótesis consideraron un nivel alfa de 5% y los procedimientos estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS, versión licenciada de la Universidad Nacional de Colombia.

4.1.1. Comparación del nivel de ansiedad del paciente en los encuentros con enfermera no entrenada en vínculo empático

La comparación del nivel de ansiedad del paciente (por signos vitales y autorreporte) en el grupo de encuentros donde la enfermera no estaba entrenada, se realizó utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas. Esta prueba tiene como objetivo comparar las diferencias entre cada par de puntajes antes y después, dando mayor peso a las diferencias más grandes (García, 2009). Aquí se analiza la observación realizada sobre el mismo paciente, antes y después del encuentro con la enfermera.

- **Por signos vitales:** La evaluación de los signos vitales T/A sistólica y diastólica, Fc y Fr, antes y después del encuentro con la enfermera no entrenada tanto en unidad de cuidado intermedio como en la UCI, no mostró cambios significativos, como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 4-2. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad por signos vitales, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera no entrenada

Signos vitales	Encuentros enfermera-paciente con enfermera sin entrenamiento en “vínculo empático”	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI
Nº encuentros	98	56
T/A Sistólica	,764	,128
T/A Diastólica	,087	,100
Frecuencia cardíaca	,704	,969
Frecuencia respiratoria	,752	,232

Fuente: Resultados del estudio

- **Por escala FAS (Faces Anxiety Scale):** El nivel de ansiedad autorreportado por el paciente, antes y después del encuentro enfermera-paciente presenta cambios estadísticamente significativos, así:

Tabla 4-3. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad autorreportado, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera no entrenada

Nivel de ansiedad	Encuentros enfermera-paciente con enfermera sin entrenamiento en “vínculo empático”	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI
Nº encuentros	98	56
Escala FAS	,004	,000

Fuente: Resultados del estudio

Como puede observarse, el nivel de ansiedad autorreportado por los pacientes disminuye después del encuentro con la enfermera. La cercanía de la enfermera al paciente por sí sola muestra un efecto sobre el nivel de ansiedad, incluso cuando la enfermera no ha recibido entrenamiento reciente en este aspecto.

Los valores en el nivel de ansiedad autorreportado por los pacientes, antes y después del encuentro enfermera-paciente fluctuaron, según se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4-4. Medidas resumen del puntaje de la escala FAS, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera no entrenada

Puntajes escala FAS	Encuentros enfermera-paciente con enfermera sin entrenamiento en “vínculo empático”			
	Unidad de cuidado intermedio		UCI	
Nº encuentros	98		56	
	Antes	Después	Antes	Después
Mediana	2	2	3	2
Valor mínimo	1	1	1	1
Valor máximo	4	4	5	4

Fuente: Resultados del estudio

Como puede observarse, los pacientes en la unidad de cuidado intermedio reportaron niveles de ansiedad relativamente bajos, sin modificaciones después del encuentro, mientras que los pacientes en la UCI reportaron niveles de ansiedad moderados con disminución de un punto después del encuentro con la enfermera.

4.1.2. Comparación del nivel de ansiedad del paciente en los encuentros con enfermera entrenada en vínculo empático

La comparación del nivel de ansiedad del paciente (por signos vitales y autorreporte) en el grupo de encuentros donde la enfermera estaba entrenada. Igualmente, se realizó utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se analiza la observación realizada sobre el mismo paciente, antes y después del encuentro con la enfermera.

- **Por signos vitales:** La evaluación de los signos vitales T/A sistólica y diastólica, Fc y Fr, antes y después del encuentro con la enfermera entrenada tanto en unidad de cuidado intermedio como en la UCI, no mostró cambios significativos en la misma forma como se encontró en el grupo de encuentros ocurridos cuando la enfermera no estaba entrenada, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4-5. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad por signos vitales, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera entrenada

Signos vitales	Encuentros enfermera-paciente con enfermera entrenada en “vínculo empático”	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI
Nº encuentros	107	50
T/A Sistólica	,746	,667
T/A Diastólica	,064	,336
Frecuencia cardiaca	,089	,525
Frecuencia respiratoria	,753	,829

Fuente: Resultados del estudio

- **Por escala FAS (Faces Anxiety Scale):** El nivel de ansiedad autorreportado por el paciente, antes y después del encuentro enfermera-paciente presenta cambios estadísticamente significativos, así:

Tabla 4-6. P-valores para la prueba de Wilcoxon del nivel de ansiedad autorreportado, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera entrenada

Nivel de ansiedad	Encuentros enfermera-paciente con enfermera entrenada en “vínculo empático”	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI
Nº encuentros	107	50
Escala FAS	,000	,000

Fuente: Resultados del estudio

Como puede observarse, el nivel de ansiedad autorreportado por los pacientes disminuye después del encuentro con la enfermera. En el mismo sentido que cuando la enfermera no había recibido el entrenamiento, la comparación de las diferencias entre el grupo de encuentros ocurridos de manera previa al entrenamiento y los ocurridos posteriormente a este, permitirá conocer las variaciones producidas por la intervención y su impacto sobre el nivel de ansiedad del paciente.

Los valores en el nivel de ansiedad autorreportado por los pacientes, antes y después del encuentro enfermera-paciente fluctuaron, según se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4-7. Medidas resumen del puntaje de la escala FAS, antes y después del encuentro enfermera-paciente con enfermera entrenada

Puntajes escala FAS	Encuentros enfermera-paciente con enfermera entrenada en “vínculo empático”			
	Unidad de cuidado intermedio		UCI	
Nº encuentros	107		50	
	Antes	Después	Antes	Después
Mediana	2	1	2	1
Valor mínimo	1	1	1	1
Valor máximo	5	5	5	4

Fuente: Resultados del estudio

Como puede observarse, los pacientes tanto de la UCI como de la unidad de cuidado intermedio mostraron niveles de ansiedad relativamente bajos y similares, con disminución después del encuentro con la enfermera; la disminución fue de un punto menos en ambos sitios; sin embargo, en los pacientes de la UCI el valor máximo reportado después del encuentro fue menor en comparación con el reportado por los pacientes de la unidad de cuidado intermedio.

4.2. Análisis inferencial

4.2.1. Comparación del cambio en el nivel de ansiedad del paciente entre los grupos de encuentros ocurridos antes y después del entrenamiento en vínculo empático de la enfermera.

Con el objeto examinar si existe evidencia estadística de un cambio significativo entre el grupo de encuentros cuando las enfermeras no están entrenadas y el grupo de encuentros cuando la enfermera está entrenada, en relación con el nivel de ansiedad del paciente (por signos vitales y autorreporte), se hace uso de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, la cual dará evidencia de los cambios. Mediante esta prueba se busca examinar si la diferencia de medias entre dos muestras

independientes, en este caso diferencias entre el grupo de encuentros con enfermera no entrenada y el grupo de encuentros con enfermera entrenada en pacientes diferentes, es significativa.

Para establecer la evidencia, se calcularon las variables diferencia, las cuales son la diferencia entre los valores o puntajes de la variable, antes del encuentro, menos los valores o puntajes de la variable después del encuentro, tanto para el grupo de encuentros con enfermera previo al entrenamiento y el grupo de encuentros con enfermeras posterior al entrenamiento. Con los datos resultantes de estas diferencias se aplicó la prueba. El objetivo es evidenciar un cambio positivo en la relación de cambio, lo que indicaría una disminución del valor de la variable. Con base en lo anterior se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 4-8. P-valores para la relación de cambio en el nivel de ansiedad del paciente entre los encuentros enfermera-paciente con enfermera no entrenada y entrenada

Nivel de ansiedad (signos vitales y FAS)	Cambio entre los encuentros con enfermera no entrenada y entrenada en vínculo empático	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI
T/A Sistólica	0,428	0,177
T/A Diastólica	0,012*	0,494
Frecuencia cardiaca	0,124	0,616
Frecuencia respiratoria	0,922	0,425
Escala FAS	0,016*	0,086

Fuente: Resultados del estudio

Los resultados anteriores muestran que existen evidencias estadísticamente significativas entre la diferencia de la tensión diastólica y la diferencia del puntaje FAS en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intermedio, lo cual significa que para los pacientes en la unidad de cuidado intermedio hubo una modificación significativa tanto en los valores de la T/A diastólica como en el nivel de ansiedad en comparación con los pacientes de la UCI después de los encuentros ocurridos donde las enfermeras estaban entrenadas. Para determinar en qué sentido se produce el cambio, se calculó la

media para cada uno de los casos considerados y para la diferencia del puntaje FAS en la UCI (aunque no fuera estadísticamente significativa), como se muestra en la siguiente tabla

Tabla 4-9. Resultado de la media en encuentros con enfermeras entrenadas y no entrenadas para las variables de ansiedad que mostraron diferencias

Entrenamiento de la enfermera	Unidad de cuidado intermedio		UCI
	Diferencia de T/A diastólica	Diferencia del puntaje FAS	Diferencia del puntaje FAS
No	2,12	0,15	0,41
Sí	- 1,47	0,32	0,60

Fuente: Resultados del estudio

Como se observa en la tabla anterior, los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intermedio que tuvieron encuentros enfermera-paciente con enfermeras entrenadas en “vínculo empático” mostraron aumento en la tensión diastólica comparado con los pacientes atendidos por las enfermeras sin dicho entrenamiento. En cuanto a la diferencia del puntaje FAS, los pacientes que tuvieron encuentros con enfermeras entrenadas mostraron una disminución casi del doble en la ansiedad en comparación con los pacientes de los encuentros con enfermeras no entrenadas, mientras que los pacientes en la UCI mostraron una disminución del 33% en el nivel de ansiedad después del encuentro con enfermera entrenada.

4.2.2. Comparación de la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera durante los encuentros enfermera-paciente, antes y después del entrenamiento en “vínculo empático” de la enfermera

El puntaje de la intensidad del vínculo empático expresado por las enfermeras durante los encuentros enfermera-paciente, antes y después del entrenamiento, mostró las siguientes características:

Tabla 4-10. Medidas de resumen del puntaje en vínculo empático expresado por las enfermeras durante los encuentros

Vínculo empático (valor con base en 12 puntos)	Enfermera sin entrenamiento en “vínculo empático”		Enfermera con entrenamiento en “vínculo empático”	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI	Unidad de cuidado intermedio	UCI
Nº encuentros	98	56	107	50
Mediana	5	5	6	7
Valor mínimo	3	3	2	3
Valor máximo	9	10	10	9

Fuente: Resultados del estudio

Como puede observarse, los puntajes en intensidad del vínculo empático fueron más altos después del entrenamiento, tanto en las enfermeras de la UCI como las de la unidad de cuidado intermedio, pasando de una media de 5 a 6 en intermedios y de 5 a 7 en UCI, aunque en los encuentros ocurridos en la UCI las enfermeras mostraron puntajes más altos en comparación con sus pares de la Unidad de Cuidado Intermedio. Los valores máximos alcanzaron 10 puntos o la presencia de 10 comportamientos empáticos durante los encuentros.

Para examinar si existe evidencia estadística de un cambio significativo entre los encuentros ocurridos cuando las enfermeras estaban entrenadas o no en cuanto a la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera durante el encuentro, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, entendiendo que se trata de encuentros con pacientes diferentes en cada grupo. Igualmente, se utilizaron las variables diferencia y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4-11. P-valores para la relación de cambio en la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera en los encuentros enfermera-paciente entre enfermera no entrenada y entrenada

Vínculo empático	Cambio entre los encuentros con enfermera entrenada y no entrenada en vínculo empático	
	Unidad de cuidado intermedio	UCI
Vínculo empático	0,000*	0,000*

Fuente: Resultados del estudio

Los resultados mostrados en la tabla anterior indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre la intensidad del vínculo empático de las enfermeras entrenadas y no entrenadas, tanto para la unidad de cuidado intermedio como para la UCI. De la misma manera, se indagó la dirección en que se dan dichas diferencias, apoyándose en el cálculo de la media, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4-12. Resultado de la media en la intensidad del vínculo empático expresado por la enfermera en los encuentros enfermera-paciente

Entrenamiento de la enfermera	Unidad de cuidado intermedio	UCI
	Intensidad del vínculo empático	Intensidad del vínculo empático
No	5.21	5.71
Sí	6.01	6.58

Fuente: Resultados del estudio

Como se observa, la intensidad del vínculo empático expresado por las enfermeras en los encuentros enfermera-paciente ocurridos tanto en la unidad de cuidado intermedio como en la UCI, mostraron un incremento del 15% en la presencia de comportamientos empáticos en las enfermeras después del entrenamiento.

Para los encuentros ocurridos en la unidad de cuidado intermedio, se calcularon las correlaciones de Spearman entre la intensidad del vínculo empático y las diferencias antes mencionadas, lo que mostró que tan solo la relación entre la intensidad del vínculo empático y la diferencia del FAS tenían asociación positiva estadísticamente significativa para las enfermeras entrenadas, siendo dicha asociación de 0,391. En el caso de las

enfermeras no entrenadas no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

El mismo procedimiento se realizó para los encuentros ocurridos en la UCI, para encontrar, igualmente, una asociación positiva entre la intensidad del vínculo empático y la diferencia del FAS, siendo de 0,563 para las enfermeras entrenadas y de 0,369 en el caso de las enfermeras no entrenadas.

4.2.3. Fluctuación en los comportamientos empáticos expresados por la enfermera, antes y después del entrenamiento

Con el fin de identificar qué comportamientos empáticos de las enfermeras cambiaron y se expresaron en el encuentro enfermera-paciente, según el entrenamiento, se utilizaron las razones de cambio calculando los porcentajes para cada uno de ellos.

Tabla 4-13. Razones de cambio para los comportamientos empáticos expresados por las enfermeras, antes y después del entrenamiento

Conducta observada	Antes de entrenamiento	Después de entrenamiento	
		No	Sí
1. Saluda al paciente.	Sí	1%	99%
	No	-	-
2. Invita al paciente a expresar sus sentimientos (clarificación)	Sí	10%	90%
	No	-	100%
3. Escucha al paciente	Sí	9%	91%
	No	19%	81%
4. Observa al paciente	Sí	-	100%
	No	-	100%
5. Evalúa la comunicación no verbal del paciente	Sí	22%	78%
	No	29%	71%
6. Ayuda al paciente a centrarse en su tema de preocupación (paráfrasis)	Sí	35%	65%
	No	53%	47%
7. Verbaliza lo que el paciente está sintiendo o comunicando (Reflejo)	Sí	14%	86%
	No	50%	50%

Tabla. 4-13 (Continuación)

Conducta observada	Antes de entrenamiento	Después de entrenamiento	
8. Identifica la razón o causa del estado de ánimo del paciente (averigua los motivos)	Sí	-	-
	No	95%	5%
9. Ayuda al paciente a encontrar el significado personal de sus sentimientos	Sí	100%	0%
	No	99%	1%
10. Ayuda al paciente a encontrar soluciones	Sí	91%	9%
	No	91%	9%
11. Responde a las preguntas directas del paciente	Sí	41%	59%
	No	46%	54%
12. Su tono de voz es suave	Sí	-	100%
	No	-	-

Fuente: Resultados del estudio

Según se muestra en la tabla anterior, algunos comportamientos como saludar al paciente, observarlo y mantener un tono de voz suave, eran realizados por la enfermeras antes y continuaron estando presentes en los encuentros posteriores del entrenamiento. Los comportamientos que se vieron modificados en los encuentros enfermera-paciente después del entrenamiento fueron invitar al paciente a expresar sentimientos, escuchar, evaluar la comunicación no verbal, ayudar a centrarse en el tema de preocupación y verbalizar lo que el paciente está sintiendo o comunicando. Estos cinco comportamientos forman parte de las respuestas de escucha (clarificación, paráfrasis y reflejo) y corresponden a una de las fases del entrenamiento recibido por las enfermeras. Por su parte, algunos comportamientos como identificar la causa del estado de ánimo del paciente, ayudar a encontrar el significado personal de los sentimientos y ayudar al paciente a hallar soluciones, que se relacionan con la respuesta de escucha de síntesis, no se presentaron antes ni después, aunque hicieron parte de otra fase tratada durante el entrenamiento.

4.2.4. Comparación de la puntuación del nivel de empatía autorreportada por las enfermeras, antes y después del entrenamiento en vínculo empático

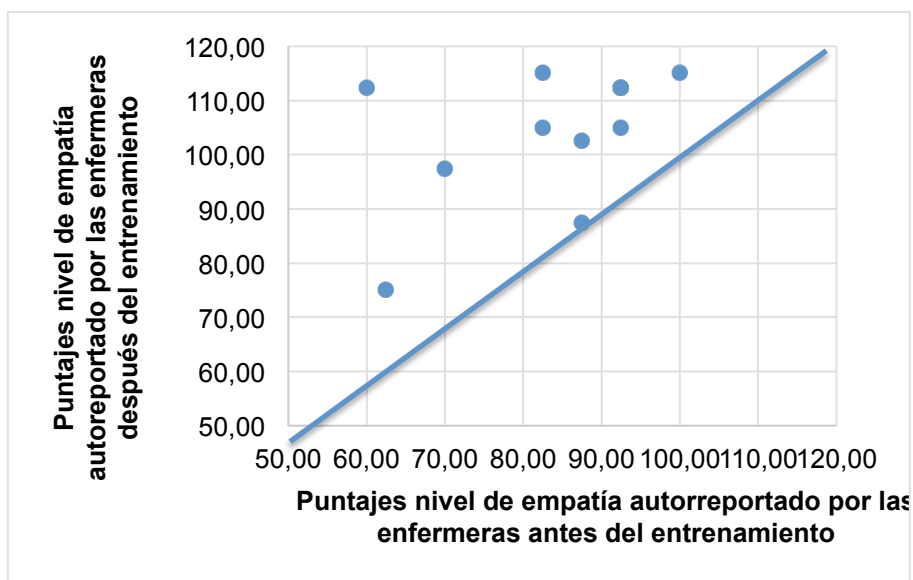
La aplicación de la escala de empatía de Reynolds para medir el nivel de empatía autorreportado por las once enfermeras participantes en el estudio, antes y después de recibir el entrenamiento, mostró los siguientes puntajes.

Tabla 4-14. Nivel de empatía autorreportado por las enfermeras, antes y después de recibir entrenamiento

Puntaje escala (valor con base en 120 puntos)	Antes de entrenamiento	Después de entrenamiento
Enfermera		
1	92,50	112,50
2	62,50	75,00
3	87,50	87,50
4	70,00	97,50
5	60,00	112,50
6	87,50	102,50
7	92,50	105,00
8	82,50	115,00
9	100,00	115,00
10	92,50	112,50
11	82,50	105,00

Fuente: Resultados del estudio

Gráfico 4-3. Puntajes nivel de empatía autorreportado por las enfermeras, antes y después del entrenamiento



Fuente: Resultados del estudio

Como puede observarse, el nivel de empatía autorreportado por las enfermeras, antes y después de recibir entrenamiento, cambia, de tal manera que se encuentra una percepción de las enfermeras de ser más empáticas después de recibir el entrenamiento, lo que coincide con los niveles de empatía expresados durante los encuentros enfermera-paciente ocurridos después de recibir el entrenamiento.

4.2.5. Asociación del nivel de empatía de la enfermera con el nivel de ansiedad del paciente

Con el objetivo de juzgar si la proporción de encuentros con enfermeras entrenadas o no difiere significativamente, dado que baja el nivel de ansiedad del paciente, se propone el uso de la prueba estadística de comparación de proporciones Chi-cuadrado de Pearson. Retomando el esquema de análisis, se realiza la prueba para los encuentros ocurridos en la UCI, los ocurridos en la unidad de cuidado intermedio y a nivel global, para obtener los siguientes resultados.

Tabla 4-15. Resultado de la prueba Chi-cuadrado de Pearson para la comparación de proporciones - p valores

Lugar del encuentro	P-valor
<i>Cuidado intermedio</i>	0,010*
<i>Unidad de cuidado intensivo</i>	0,085
<i>Global</i>	0,004*

*Diferencia estadísticamente significativa al 5%

Fuente: Resultados del estudio

Como se puede observar, los resultados apoyan la hipótesis de diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de enfermeras entrenadas que bajan el nivel de ansiedad del paciente tanto en cuidado intermedio como a nivel general. Sin embargo, al observar el mismo evento en la UCI, muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de enfermeras entrenadas que bajan el nivel de ansiedad del paciente. Todo ello permite reflexionar sobre un entrenamiento más puntual para las enfermeras que se encuentran en dicho lugar y considerar los altos

niveles de ansiedad que pueden presentar los pacientes en la UCI por su propia condición o por estar sometidos a procedimientos más invasivos o a un ambiente más hostil que los pacientes que se encuentran, también en una condición crítica, pero más estables y en un ambiente menos hostil como la unidad de cuidado intermedio.

5. Discusión

En este apartado, según la estructura del conocimiento en enfermería, se presentan los resultados a la luz de los supuestos y proposiciones que guían esta investigación, se contrastan con los hallazgos del conocimiento disponible sobre el fenómeno estudiado y se derivan los supuestos finales, generados como conocimiento para la disciplina.

El presente estudio determinó el efecto de la empatía de la enfermera, expresada durante el encuentro enfermera-paciente y representada en la intensidad del vínculo empático, sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en estado crítico de salud, hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo y la unidad de cuidado intermedio, después de la enfermera recibir un entrenamiento en vínculo empático.

El nivel de ansiedad del paciente fue medido mediante la escala FACES, antes y después del encuentro enfermera-paciente, inicialmente cuando la enfermera no había recibido un entrenamiento en “vínculo empático” y después en los encuentros cuando la enfermera ya había recibido el entrenamiento. La empatía de la enfermera fue medida por autorreporte mediante la escala de empatía de Reynolds y observada durante el encuentro enfermera-paciente, siguiendo una lista de chequeo a través de la cual se identificaban los comportamientos empáticos, finalmente representados en la intensidad del vínculo empático, según la cantidad de comportamientos identificados.

La hipótesis de trabajo fue el nivel de empatía de la enfermera (expresada durante el encuentro enfermera-paciente) después de recibir una intervención tipo entrenamiento en vínculo empático, disminuye el nivel de ansiedad del paciente adulto en estado crítico de salud hospitalizado en UCI y unidad de cuidado intermedio.

El desarrollo de este estudio se enmarca en una visión interactiva integrativa, en donde la persona (enfermera y paciente) es considerada desde una perspectiva holística, con dimensiones únicas biopsicosociales y espirituales. Este enfoque permite reconocer una serie de necesidades, experiencias o perspectivas que requieren ser entendidas por la persona. De acuerdo con esto, la expresión de la empatía en los encuentros enfermera-paciente es prueba de una mirada centrada en lo humano, que va más allá de lo que exhiben los síntomas fisiológicos y que busca la comprensión de la situación del otro.

El entendimiento del paciente como persona, se combina con la autoconciencia de la enfermera, como pilares fundamentales del conocimiento en toda relación enfermera-paciente, y por lo tanto, como expresión del patrón de conocimiento personal en enfermería, comprendiendo que a través del conocimiento de sí mismo, la persona puede relacionarse con otro y la enfermería puede concebirse como un proceso interpersonal.

Al comprender la importancia del autoconocimiento, el entrenamiento en vínculo empático, formulado y aplicado en esta investigación, se inicia en un ejercicio de autoconocimiento de la enfermera. Este conocimiento es “regla básica en las interacciones y confrontación con los seres humanos” (Durán, 2001), para llegar a la comprensión del paciente y generar resultados positivos en términos de reducción de la ansiedad, para este caso.

En la visión interactiva integrativa que enmarca este estudio, el ambiente es entendido como el contexto interno y externo del paciente, el cual ejerce una influencia fundamental sobre la persona, y por lo tanto, es fuente de análisis en esta investigación, por una parte, la manera como se establece el encuentro enfermera-paciente, en cuanto a la expresión de la empatía, es foco de interés, y por otra, el entorno en el cual se observa esa interacción influencia los resultados obtenidos.

Con respecto al entorno físico o externo, los encuentros enfermera-paciente estudiados, tanto antes como después del entrenamiento de la enfermera, ocurrieron en dos escenarios diferentes, los cuales marcan una diferencia importante en los resultados obtenidos. Unos encuentros se realizaron en la UCI y otros en la unidad de cuidado intermedio. Aunque los dos escenarios comparten la asistencia al paciente en situación

crítica de salud, tienen diferencias a partir de las necesidades, complejidad y dependencia de los pacientes.

Las unidades de cuidado intensivo están destinadas a ofrecer cuidado permanente y oportuno a pacientes inestables y se caracterizan por contar con tecnología de alta complejidad. Por su parte, las unidades de cuidado intermedio están destinadas al cuidado de pacientes críticos estables, que requieren monitoreo no invasivo y vigilancia permanente (Herrera *et. al.*, 2004). Es claro entonces que existe un perfil diferente, tanto del ambiente como de los pacientes ingresados a UCI y a cuidado intermedio.

Derivado de las condiciones anteriores, los pacientes difieren en la duración de la hospitalización. En este sentido, Heras *et. al.*, (2007) reportó estancias promedio en UCI de 5,6 días, frente a estancias promedio del paciente en la unidad de cuidado intermedio de 3,1 días, lo que es consistente con las diferencias en cuanto al número de encuentros ocurridos en las unidades de cuidado intensivo e intermedio en el presente estudio, donde los efectuados en la unidad de cuidado intermedio fueron el doble de los efectuados en la UCI.

Una diferencia importante entre los pacientes de UCI y de cuidado intermedio radica en el origen de los mismos, es decir, de donde provienen los pacientes al ingreso, mientras que la mayor proporción de ingresos en la UCI son del área quirúrgica, en la unidad de cuidado intermedio provienen del servicio de urgencias, lo cual marca diferencia en los diagnósticos de ingreso (Heras *et. al.*, 2007). De hecho, en este estudio los principales diagnósticos médicos de ingreso a la UCI corresponden a posoperatorios de recambio valvular, revascularización miocárdica y cirugía abdominal, con un 38% (41) del total de los 106 pacientes participantes en los encuentros ocurridos en la UCI.

Por su parte, en la unidad de cuidado intermedio los principales diagnósticos médicos de ingreso fueron el IAM, la enfermedad coronaria, las arritmias y la falla cardíaca con un 67.8 % (139) de los 205 pacientes participantes en los encuentros ocurridos en la unidad de cuidado intermedio.

Los niveles de ansiedad de los pacientes en la unidad de cuidado intermedio fueron relativamente bajos (2), mientras los pacientes en la UCI reportaron niveles de ansiedad

de bajos a moderados (2 - 3). Estos hallazgos muestran dos aspectos importantes. De una parte se correlacionan con los reportes de ansiedad de los pacientes en UCI de otros estudios (McKinley y Madronio, 2008; Galván y Martínez, 2009; Chlan y Svik, 2011). McKinley reportó niveles de ansiedad de bajos a moderados en pacientes en UCI, no ventilados, con capacidad de respuesta verbal y utilizando la escala FAS. El estudio de Galván (2012), que evaluó los niveles de ansiedad reportados y las propiedades psicométricas de los instrumentos usados para medir ansiedad en pacientes de UCI en dieciocho estudios, encontró niveles moderados de ansiedad y de otra parte muestran niveles de ansiedad menores entre los pacientes de cuidado intermedio, atendiendo a que estos pacientes presentan distintas condiciones de gravedad, mejor pronóstico y menores requerimientos de carga asistencial (Heras *et. al.*, 2007) y en la UCI los procedimientos invasivos que tienen lugar allí son estresores adicionales (Moser *et. al.*, 2003).

Es importante anotar, sin embargo, que los niveles de ansiedad reportados por los pacientes de la UCI en este estudio, son bajos si se comparan con los reportados por otros estudios con pacientes de UCI sometidos a ventilación mecánica, dada la mayor dependencia, demandas fisiológicas y tratamientos invasivos que acompañan la necesidad de ventilación mecánica, por cuanto este estudio no contempló pacientes sometidos a esta clase de procedimiento.

Cuando se consideraron los cambios en los niveles de ansiedad de los pacientes en los encuentros con enfermera no entrenada, se encontró que hubo una diferencia estadísticamente significativa, es decir, el nivel de ansiedad disminuyó. Este hallazgo resulta interesante y confirma el hecho de que la cercanía de la enfermera puede producir cambios en las respuestas del paciente, de manera que estar dispuesto a escuchar e interesarse por su bienestar puede ser una herramienta efectiva para aliviar la ansiedad (Sauls y Warise, 2010).

Por su parte, al considerar los cambios en los niveles de ansiedad de los pacientes en los encuentros con enfermera entrenada, se encontraron hallazgos similares a los anteriores, con una disminución estadísticamente significativa del nivel de ansiedad del paciente, es decir, que se encontró una disminución del nivel de ansiedad autorreportado por el paciente después del encuentro con la enfermera, tanto entrenada como no entrenada.

Sin embargo, al comparar los cambios en el nivel de ansiedad del paciente entre los dos grupos (antes y después del entrenamiento), se encontró que aunque el cambio era estadísticamente significativo en ambos grupos, se vio una disminución del nivel de ansiedad del paciente casi del doble para aquellos que se encontraban en la unidad de cuidado intermedio y del 33 % para los que estaban en la UCI, después del entrenamiento de la enfermera. Estos hallazgos se sustentan además mediante la comparación de proporciones que confirma la hipótesis de trabajo de esta investigación, planteada como la empatía de la enfermera después de un entrenamiento en vínculo empático disminuye el nivel de ansiedad del paciente en estado crítico.

Los hallazgos anteriores son consistentes con algunos estudios como el Reid Ponte (1992), en pares enfermera-paciente, quien reportó que los mayores niveles de empatía mostrados por las enfermeras se relacionaban con disminución del estrés en pacientes con cáncer ($p= 0.05$), o el de Wheeler (1996), que encontró que los mayores niveles empáticos de 38 estudiantes de enfermería se relacionaban con disminución de la ansiedad en 38 pacientes. En estos dos estudios, los instrumentos utilizados para medir el nivel de empatía son diferentes: en uno se utilizó el ECRS (Empathy Construct Rating Scale) y en el segundo, la escala de empatía de Layton.

El nivel de ansiedad de los pacientes, evaluado por los signos vitales, no mostró modificaciones en los encuentros con las enfermeras no entrenadas ni en aquellos con enfermeras entrenadas, al mirarlos por separado. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Moser (2007), en un estudio realizado para determinar el grado donde la frecuencia cardíaca y la presión arterial se relacionaban con los niveles de ansiedad en pacientes con falla cardíaca, IAM y personas saludables, sin encontrar asociación entre la ansiedad y la frecuencia cardíaca o la presión arterial en ninguno de los tres grupos. Al contrario, altos niveles de ansiedad se asociaron con bajas presiones sistólicas en pacientes con IAM ($r= -0,23$, $p< ,05$) y en personas saludables ($r=-0,27$, $p<,05$). Las presiones sistólica, diastólica y la frecuencia cardíaca fueron similares para los pacientes con altos y bajos niveles de ansiedad entre los subgrupos.

En esta misma línea, el estudio de McKinley *et. al.*, (2004) que evaluó la frecuencia y severidad del estado de ansiedad en pacientes de cuidado intensivo, no encontró

correlación entre los niveles de ansiedad y la presión arterial media, ni la frecuencia cardíaca.

Otra razón que se debe considerar con respecto a los hallazgos anteriores, se sustenta en la teoría tridimensional de la ansiedad, que plantea que las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras son relativamente independientes, lo que han llamado el fraccionamiento de las respuestas, donde no todos los indicadores de ansiedad se presentan en el mismo nivel de activación (Galván, 2012).

Cuando se compararon los cambios en los signos vitales, entre los grupos de encuentros con enfermeras no entrenadas y entrenadas se encontró que la presión arterial diastólica tuvo una modificación estadísticamente significativa en los pacientes de los encuentros ocurridos en la unidad de cuidado intermedio. La modificación se relacionó con un incremento de la presión arterial diastólica, lo que es un hallazgo inusitado o no esperado, dado que la ansiedad se ha relacionado con activación del sistema nervioso simpático y la actividad de las catecolaminas, produciendo aumento de las respuestas cardiovasculares, una disminución de la ansiedad se asocia con descenso de esas respuestas (De Jon *et. al.*, 2011).

Los hallazgos relacionados con los signos vitales, tienen implicaciones para la práctica de enfermería, puesto que las enfermeras se guían por los datos reportados por los signos vitales para evaluar qué tan ansioso puede estar el paciente, Frazier *et. al.*, (2002) reportó que las enfermeras usaban la inquietud del paciente, el incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, el incremento de la frecuencia respiratoria y la diaforesis como indicadores de ansiedad; sin embargo, los signos y síntomas fisiológicos y comportamentales de ansiedad pueden no ser útiles al evaluar la ansiedad del paciente críticamente enfermo, porque son difíciles de interpretar en estos pacientes y pueden tener muchas explicaciones que compiten por tales signos (Moser *et. al.*, 2003; McKinley *et. al.*, 2003; McKinley y Madronio, 2008).

Relacionado con lo anterior y a pesar de la importancia de la ansiedad sobre los resultados en el paciente, esta no es sistemáticamente evaluada (McKinley y Madronio, 2007; Galván y Martínez, 2009) y además, cuando es valorada por el personal, no coincide con los autorreportes de los pacientes (Frazier *et. al.*, 2002; O'Brien *et. al.*,

2008). Lo anterior puede tener varias explicaciones, como, por ejemplo, no contar con instrumentos estandarizados para la evaluación de los niveles de ansiedad, limitaciones de las enfermeras para identificar o describir las características de la ansiedad o para responder a ella o el énfasis en los indicadores fisiológicos para evaluar la ansiedad.

El informe del paciente de su nivel de ansiedad es el método más fiable para su medición en aquellos que se encuentran en estado crítico (McKinley, 2003; Gustad *et. al.*, 2005; Sauls *et. al.*, 2010). Teniendo en cuenta que la ansiedad es una experiencia propia, solamente la persona es quien puede describir lo que está sintiendo. Sin embargo, a pesar de ello, Moser *et. al.*, (2003) indicó que menos del 5% de las enfermeras consideraban la verbalización por parte del paciente de ansiedad, como un elemento importante en sus evaluaciones al respecto.

La empatía como un constructo complejo, multidimensional y relacional, tiene componentes desde las dimensiones cognitiva, moral, afectiva y comportamental, se encuentra en el corazón de la relación enfermera-paciente y es un atributo indispensable para permitir que dicha relación sea terapéutica y favorezca el crecimiento tanto del paciente como de la enfermera. Su presencia se ha asociado con mejores resultados en salud para los pacientes en cuanto a satisfacción, manejo del dolor o ansiedad.

Derivado de las diferentes propuestas teóricas, la empatía se asumió, para este estudio, como una habilidad susceptible de ser enseñada y mejorada en la práctica, como un proceso que incluye componentes cognitivos, afectivos y comportamentales y que pueden evaluarse a través del autorreporte y la expresión de la misma en la práctica. Frente a estos supuestos, los hallazgos de esta investigación sustentan el hecho de que puede ser enseñada y mejorada, que es un proceso que incluye primero una disposición y luego el despliegue de habilidades, unas combinadas con otras, y que es mejor evaluada en la práctica que por autorreporte.

Conceptos de la teoría de Peplau de las relaciones interpersonales, fueron fundamentales para el desarrollo de este estudio, como el medio ambiente interpersonal, que incluye la interacción enfermera-paciente, el concepto de empatía comprendido en la noción de “vínculo empático” y la ansiedad como aspecto clave que debe ser identificado y tratado por la enfermera.

La presente investigación valida el constructo de empatía, como un fenómeno para la práctica, la investigación y la educación en enfermería, puesto que la empatía se expresa durante el encuentro enfermera-paciente, es la base para el desarrollo de la relación terapéutica, requiere de conocimiento empírico por parte de la enfermera para ser utilizada durante la relación, produce efectos en el paciente, es objeto de contrastes teóricos, requiere de estudio detallado a través del proceso de indagación y puede y “debe” ser enseñada desde el currículo de enfermería.

En relación con lo anterior, el nivel de empatía de la enfermera expresado durante los encuentros (antes de entrenamiento) y que se estableció mediante la intensidad del vínculo empático, mostró puntajes con una media de 5 puntos (esto es, 5 comportamientos empáticos expresados, de 12 que fueron observados). Esta intensidad es considerada moderada. Por su parte, el nivel de empatía de la enfermera expresado durante los encuentros (después de entrenamiento), mostró puntajes con una media de 6 para las enfermeras de la unidad de cuidado intermedio y 7 para las enfermeras de UCI, considerados igualmente moderados, pero definitivamente más altos que antes del entrenamiento.

De otra parte, los niveles de empatía de la enfermera, en este estudio, también se correlacionan con los hallazgos reportados por Bailey (1996), al evaluar los niveles de empatía de 183 enfermeras de cuidado crítico, para hallar niveles moderadamente bien desarrollados, utilizando el ECRS como instrumento, sin encontrar diferencias significativas entre el nivel de empatía y el género, los años de experiencia o el nivel de educación. O el estudio de Watt-Wattson (2000) que también reportó niveles moderados de empatía en enfermeras de una unidad cardiovascular.

Un hallazgo importante que se debe tener en cuenta es que aunque las enfermeras de la UCI expresaron más comportamientos empáticos después del entrenamiento, que las enfermeras de cuidado intermedio, los niveles de ansiedad del paciente disminuyeron más para los pacientes de cuidado intermedio que para aquellos que se encontraban en la UCI. Estos hallazgos pueden explicarse nuevamente por la condición de mayor carga estresante para los pacientes en la UCI y la necesidad de contemplar estrategias que permitan el control de la ansiedad.

Las enfermeras aumentaron los comportamientos empáticos, expresados durante el encuentro e identificados mediante la intensidad del vínculo empático, después de recibir el entrenamiento, es decir, el entrenamiento impactó la empatía expresada por la enfermera en los encuentros con el paciente, después del entrenamiento, y esto, a su vez, tuvo un efecto sobre el nivel de ansiedad del paciente.

El cambio en la intensidad del vínculo empático fue un 15% mayor después del entrenamiento. Así pues, los comportamientos evaluados se relacionan con la definición conceptual de empatía, considerada como la capacidad de la enfermera de entender o comprender las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento, que incluye un proceso que se estructuró (tanto para la observación de los comportamientos, como para el entrenamiento) en tres momentos: escuchar (centrado en la conducta no verbal); comprender (proceso cognitivo para decodificar el mensaje verbal) y responder (utilizando las respuestas de escucha).

El principal cambio ocurrido después del entrenamiento de las enfermeras se dio en la presencia de las respuestas de escucha (clarificación, paráfrasis y reflejo) durante los encuentros con los pacientes, mientras que los comportamientos relacionados con la respuesta de escucha (síntesis), no se presentaron después de recibir el entrenamiento.

Esta situación puede tener varias explicaciones: de una parte, la síntesis es una respuesta un poco más compleja que requiere mayor entrenamiento y práctica, y de otra, requiere tener más tiempo con el paciente, lo que en estos servicios no es tan fácil, sobre todo por la carga asistencial de las enfermeras y las características de los pacientes en estas áreas.

Con respecto a los comportamientos evaluados, la literatura sustenta su importancia en la expresión de la empatía, y en ese sentido (Matthews, 1993 citado por Hojat, 2007) plantea que, el reconocimiento de las conductas no verbales y el reconocimiento explícito de los mensajes verbales, son importantes para establecer la vinculación empática, la cual es el elemento esencial de las relaciones empáticas. La vinculación puede ser fortalecida por la habilidad para descodificar y codificar mensajes no verbales y transmitir el entendimiento de esos mensajes a los pacientes y además señala que algunas conductas no verbales que promueven la vinculación incluyen el tono y la velocidad del

habla, el tono de la voz, la mirada o el desvío de la mirada, la postura, la expresión facial, el silencio.

Como indicadores empíricos, esta investigación aporta una fuerte evidencia del efecto de la empatía sobre la ansiedad del paciente, lo que se traduce en mejores resultados en salud, una estrategia de entrenamiento que genera insumos para la política de humanización en salud a nivel operativo e instrumentos de medición en empatía y ansiedad, desarrollados por y para la enfermería y que además demostraron su utilidad y fácil aplicación en la práctica.

El nivel de la empatía de la enfermera medido por autorreporte, mostró cambios, de manera que se encontró que el promedio del puntaje de la escala de empatía de Reynolds fue de 82,73 en la primera aplicación y de 103,64 en la segunda aplicación, después de recibir el entrenamiento en vínculo empático (sobre un valor máximo de 120 puntos), un incremento de 20 puntos fue alcanzado de manera general. Se utilizó la misma escala antes y después del entrenamiento.

Un aspecto clave en la evaluación de la empatía en este estudio, estriba en que se realizó mediante una escala de autorreporte y además mediante la expresión de los comportamientos empáticos durante el encuentro enfermera paciente, lo que además de mostrar coherencia en los resultados entre uno y otro tipo de evaluación, se convierte en una forma novedosa de reportar los resultados del entrenamiento en empatía. Sobre este particular, Reynolds señaló que la evaluación del aprendizaje en diferentes programas de entrenamiento ha consistido en datos no estructurados, obtenidos a partir de diarios de los estudiantes o en discusiones informales y este enfoque de evaluación puede ser subjetiva, ya que se basa en impresiones sobre el aprendizaje.

La estructura del programa de entrenamiento fue adecuada en el logro de los objetivos perseguidos, y al respecto, Van Berkhout (2015), reportó que los programas de entrenamiento en empatía que utilizaron dentro de sus métodos los cuatro componentes de entrenamiento de habilidades de comportamiento (instrucción, modelado, práctica y *feed back*) tuvieron mayores efectos, al igual que los estudios que se centraron en el entrenamiento de la empatía cognitiva y comportamental o cognitiva, afectiva y

comportamental, mostraron mayores efectos que los que se centraron en el entrenamiento de la empatía cognitiva y afectiva.

De la metodología clínica para la práctica y la investigación en enfermería, propuesta por Peplau, se estructuró el entrenamiento de las enfermeras, el cual demostró ser efectivo para enseñar y mejorar la expresión de comportamientos empáticos en el encuentro enfermera-paciente.

Con respecto al entrenamiento, las enfermeras manifestaron satisfacción con los contenidos, la metodología, las ayudas didácticas, las explicaciones teóricas, las actividades prácticas, la cercanía y trato del formador. La calificación general del entrenamiento fue de 4,9 y sugieren fortalecer las actividades prácticas.

Los hallazgos anteriores señalan que el entrenamiento en “vínculo empático” fue influyente en incrementar los niveles de empatía y en la percepción de las enfermeras de cambios en sus niveles empáticos. Estos hallazgos son consistentes con lo que reporta la literatura acerca del efecto del entrenamiento, donde la mayoría de estudios reportan mejorías significativas (Ancel, 2006; Yu y Kirk, 2008; Brunero, *et. al.*, 2010; Cunico, *et. al.*, 2012; Van Berkhout, 2015).

La asociación entre el nivel de empatía de la enfermera y el nivel de ansiedad del paciente fue estadísticamente significativa, para mostrar que el entrenamiento modifica el nivel de empatía de la enfermera y logra disminuir el nivel de ansiedad del paciente, especialmente en la unidad de cuidado intermedio y a nivel global, lo que confirma la hipótesis de trabajo planteada.

6. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

6.1. Conclusiones

Desde lo teórico, los resultados de esta investigación permiten comprobar la magnitud y fortaleza de la relación terapéutica, centrada en el paciente, para generar resultados positivos en salud, en este caso la disminución del nivel de ansiedad en situaciones altamente estresantes como la hospitalización en UCI o cuidado intermedio.

Se confirman supuestos de la teoría de Peplau, en términos de que la salud es promovida a través del proceso interpersonal, el cual se ve fortalecido por una comunicación que favorezca la expresión de la empatía. Por lo tanto, los pacientes se benefician de relaciones enfermera-paciente más centradas en lo humano donde se rescate la interrelación humana y se enfatice en la empatía como elemento fundamental para promover una relación de ayuda.

Se demuestra que la empatía de la enfermera, expresada durante el encuentro enfermera-paciente, después de recibir un entrenamiento en “vínculo empático” disminuye el nivel de ansiedad del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo y la unidad de cuidado intermedio, al establecerse una asociación positiva entre la intensidad del vínculo empático y el nivel de ansiedad del paciente; sin embargo, la multidimensionalidad de los fenómenos estudiados justifican el nivel de correlación encontrado.

La empatía se valida como un constructo multidimensional, que se expresa durante el encuentro enfermera-paciente en diferentes niveles de intensidad y puede ser efectivamente enseñada y mejorada en la práctica, teniendo en cuenta que el

entrenamiento en “vínculo empático” sustentado desde la teoría de Peplau de las relaciones interpersonales y estructurado para esta investigación, modificó los comportamientos empáticos de las enfermeras.

Los pacientes en la UCI se enfrentan a mayor carga estresante respecto de aquellos que se encuentran en cuidado intermedio, derivada de su misma condición clínica y del ambiente de la unidad. Sin embargo, los niveles de ansiedad de los pacientes en UCI no se relacionaron con cambios en los signos vitales, dados posiblemente los efectos de los fármacos administrados u otras condiciones intervinientes. Por lo tanto, la evaluación de la ansiedad del paciente en estado crítico a través de los signos fisiológicos como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, o a través de los síntomas comportamentales, no es fiable a la hora de evaluar esta situación en estos pacientes.

Así pues, se requieren instrumentos de medición del nivel de ansiedad de los pacientes en estado crítico, que sean objetivos, de rápida aplicación, que no impliquen una carga cognitiva para el paciente y que tengan una carga mínima de administración para las enfermeras. En este contexto, la escala FAS demostró ser un instrumento de fácil aplicación y entendimiento para el paciente.

Los niveles de ansiedad reportados por los pacientes en la UCI se ubicaron en el rango de bajos a moderados, contrariamente a lo que se supone experimenta el paciente en la UCI, lo cual es entendible considerando que no se incluyeron pacientes sometidos a ventilación mecánica, la cual adiciona elementos que se convierten en estresantes, y por lo tanto, generan niveles más altos de ansiedad.

La evaluación de la empatía en la relación enfermera-paciente, es mejor valorada durante el encuentro, dada su naturaleza relacional. Desde luego, las medidas de autorreporte por sí solas no ofrecen una evaluación objetiva de la empatía, que es expresada en la práctica. De acuerdo con este criterio, la lista de chequeo conformada para esta investigación y derivada de la escala de empatía de Reynolds, fue de utilidad para considerar los aspectos que pueden ser observados en la práctica como parte de la expresión de la empatía, y es la base para el desarrollo de un instrumento que permita su evaluación expresada en el encuentro enfermera-paciente, y por lo tanto, es fuente de futuras investigaciones.

Con respecto a la escala de empatía de Reynolds, para evaluar la empatía por autorreporte, es un instrumento que mostró concordancia de criterios, pero que requiere pruebas psicométricas y validez de constructo para contar con un instrumento confiable para utilizar en nuestro medio.

La intervención tipo entrenamiento en vínculo empático muestra evidencia estadísticamente significativa en mejorar la percepción de las enfermeras sobre su nivel empático en los encuentros con los pacientes, de una parte, y además, en mejorar la cantidad de comportamientos empáticos exhibidos durante los encuentros, lo cual se evidenció al encontrar mayor número de comportamientos empáticos relacionados con las respuestas de escucha, clarificación, paráfrasis y reflejo, pero no los relacionados con la respuesta de síntesis.

La intervención se desarrolló desde la base conceptual derivada del enfoque humanista, sustentada en los supuestos teóricos de la teoría de Peplau de las relaciones interpersonales y en el nivel empírico de su metodología y los principios de la relación de ayuda. La intervención aporta una herramienta que ha medido su efectividad en aumentar los comportamientos empáticos y que puede ser replicada como una estrategia dentro de la política de humanización en salud o en ambientes de formación en pregrado y posgrado.

El entrenamiento en vínculo empático aporta estrategias claras para enseñar a las enfermeras a reconocer tres pasos fundamentales en expresar empatía (la escucha activa centrada en la observación, la comprensión y decodificación del mensaje verbal del paciente) y la respuesta según esa comprensión

Esta investigación aporta un entrenamiento que demostró su efectividad en mejorar la percepción personal de las enfermeras frente a su nivel empático y deja once enfermeras con entrenamiento en este tema en el área del cuidado al paciente crítico.

Desde lo metodológico, la presente investigación aporta en la aplicación de un diseño cuasiexperimental en empatía y en proponer una intervención para mejorar el desempeño empático en la práctica. Además, se constituye en un estudio novedoso en el contexto colombiano, teniendo en cuenta que en la literatura no se encontró un estudio similar que aporte en la construcción de la relación enfermera-paciente.

La unidad de análisis establecida como el encuentro enfermera-paciente, es novedosa en el proceso investigativo, entendiendo que es el centro de esa relación a partir de un elemento medular como la empatía.

6.2. Recomendaciones

- Considerar una razón enfermera-paciente, en áreas hospitalaria que favorezcan espacios de acercamiento y comunicación con el paciente, como estrategias que benefician la expresión de la empatía y producen resultado positivos en salud.
- Considerar estrategias que permitan la reducción de los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a ventilación mecánica, los cuales pueden presentar niveles más altos de ansiedad.
- Se requiere contar con programas de entrenamiento en empatía, puesto que el entrenamiento es efectivo en lograr la disminución de la ansiedad.
- Se debe tener en cuenta que a mayor nivel de complejidad y dependencia de los pacientes, se requieren otras estrategias para disminuir los niveles de ansiedad.
- Considerar la formación de las enfermeras en cuanto a evaluar y responder a las demandas psicológicas del paciente y en especial a la ansiedad en pacientes críticos.
- Entrenar a las enfermeras para identificar respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad de manera integrada.
- Continuar utilizando sistemáticamente el instrumento FAS para evaluación de la ansiedad.
- Generar espacios y estrategias para continuar aplicando la intervención a mayor población de enfermeras.
- El entrenamiento necesita ser ajustado en mayores oportunidades de práctica, de manera que puedan incluirse estrategias para favorecer las respuestas de síntesis.
- Adelantar la validación de los instrumentos, para la escala de empatía la validez de constructo y para la lista de chequeo iniciar la construcción de un instrumento y la validación del mismo.

- Es importante para las instituciones conocer estos resultados, de manera que se comprenda la importancia de mantener la cercanía enfermera-paciente y se incentive una razón enfermera-paciente menor, que favorezca el desarrollo de una relación de esta índole centrada en la interacción humana y no exclusivamente en lo técnico y procedimental.
- Implementar o reforzar la enseñanza de la empatía como una habilidad desde el nivel de pregrado desde las facultades de enfermería, es una tarea imperiosa.
- Adelantar estudios que exploren otros aspectos no claros de la empatía como la relación con la edad, la experiencia, el género o el entrenamiento previo.
- Proponer estudios de tipo cualitativo o con diseños metodológicos mixtos que complementen el estudio de la empatía desde la percepción de las enfermeras sobre sus habilidades empáticas al interactuar con sus pacientes o desde la experiencia y vivencia de los pacientes al establecer relaciones enfermera-paciente con enfermeras empáticas.
- Socialización de resultados
 - La socialización de los resultados se realizará en la institución donde se llevó a cabo el estudio.
 - Se presentó un primer artículo derivado de la revisión de la literatura sobre empatía a una revista nacional indexada, titulado “Empatía: fenómeno de la práctica e investigación en enfermería”.
 - Se elaborará un artículo que presente los resultados de esta investigación.
 - Se participará en eventos académicos en instituciones hospitalarias o académicas interesadas en conocer los resultados de esta investigación.

6.3. Limitaciones

- Tiempos prolongados en el proceso de aprobación institucional para el desarrollo de proyectos investigativos.
- No se conocen los resultados de la intervención: entrenamiento en vínculo empático a largo plazo.

- Estructura del sistema de salud en cuanto a la vinculación de las enfermeras, que no facilita su permanencia en los servicios, generando alta rotación.
- Dificultades en alcanzar el tamaño de la muestra, dada la baja rotación y características de los pacientes en la UC intensivo.
- La falta de aleatorización, y por lo tanto, la carencia de un control total en el diseño cuasiexperimental, representan riesgos a la validez
- La permanencia de las mismas enfermeras en todas las fases del estudio, se dificultó teniendo en cuenta la movilidad del personal de estos servicios.

A. Anexo: Versión en castellano del NAS diario

NAS Diario (Nursing Activities Scores)

1. Monitorización y «valoración»

1a Signos vitales horarios. Registro y cálculo de balance de fluidos.	4,5
1b Estar presente a pie de cama y observación continua o activa de 2h o más durante algún turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia como ventilación mecánica no invasiva, procedimientos de destete, inquietud, desorientación mental, posición de decúbito prono, procedimientos de donación, preparación y administración de fluidos o medicación, ayuda en procedimientos específicos.	12,1
1c Estar presente a pie de cama y observación activa de 4h o más durante algún turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia, tal y como los ejemplos de 1b.	19,6

2. Realización de procedimientos de laboratorio, bioquímica y microbiología, excluidos los rutinarios.	4,3
--	-----

3. Administración de medicación, excluidos fármacos vasoactivos	5,6
---	-----

4. Procedimientos de higiene

4a Realización de procedimientos higiénicos, tales como cura de heridas y catéteres intravasculares, aseo del paciente, cambio de sábanas, incontinencia, vómitos, quemaduras, heridas, cura quirúrgica compleja con irrigación y procedimientos especiales (por ejemplo, medidas de aislamiento, medidas relacionadas con la infección cruzada, limpieza de la habitación, higiene del personal).	4,1
4b Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 2h en algún turno.	16,5
4c Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 4h en algún turno.	20,0

5. Cuidados de drenajes (todos, excepto la sonda gástrica).	1,8
---	-----

6. Movilización y cambios posicionales

Incluidos procedimientos como movilización del paciente en la cama, movilización de la cama a la silla, uso de grúa elevadora o levantamiento del paciente en equipo (por ejemplo, inmovilización del paciente, tracciones, posición de prono).

6a Realización de procedimientos hasta 3 veces en 24h	5,5
6b Realización de procedimientos más de 3 veces en 24h o con 2 enfermeras, con cualquier frecuencia.	12,4
6c Realización de procedimientos con 3 o más enfermeras, con cualquier frecuencia	17,0

7. Apoyo y cuidados de familiares y pacientes

Incluidos procedimientos, tales como llamadas telefónicas, entrevistas, asesoramiento u orientación. A veces, el apoyo y cuidado de familiares o pacientes permite al personal continuar con otras actividades de enfermería (por ejemplo, comunicación con los pacientes durante procedimientos de higiene, comunicación con familiares mientras se está a pie de cama y observando al paciente).

7a Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante al menos 1h en alguno de los turnos, tales como explicar la situación clínica, intentar solucionar problemas de dolor o angustia, circunstancias familiares difíciles	4,0
7b Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante 3h o más en alguno de los turnos, tales como la muerte, circunstancias demandantes (por ejemplo, gran número de familiares, problemas idiomáticos, familiares hostiles).	32,0

8. Tareas administrativas y de organización

8a Tareas rutinarias, tales como procesamiento de datos clínicos, solicitud de pruebas, intercambio profesional de información (por ejemplo, contar el parte, mesas redondas, sesiones clínicas, visita clínica).	4,2
8b Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 2h en alguno de los turnos, tales como actividades de investigación, actualización de protocolos,	23,2

tramitación de ingresos y altas de pacientes.

8c Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 4h o más en alguno de los turnos, tales como coordinación con otras disciplinas en los procesos de muerte o donación de órganos. 30,0

Soporte ventilatorio

9. Soporte respiratorio: Cualquier forma de ventilación mecánica, ventilación asistida, con o sin PEEP, con o sin relajantes musculares, respiración espontánea, con o sin PEEP, con o sin tubo endotraqueal. Oxígeno suplementario con cualquier método. 1,4

10. Cuidados de la vía aérea artificial: Tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía. 1,8

11. Tratamiento para mejorar la función pulmonar: Fisioterapia respiratoria, espirometría incentivada, terapia inhalatoria, aspiración endotraqueal. 4,4

Soporte cardiovascular

12. Medicación vasoactiva. Independientemente del tipo y la dosis. 1,2

13. Reposición intravenosa de altas dosis de fluidos. Administración de 3l/m²/d (≈6l/24h), sin tener en cuenta el tipo de fluidos administrados. 2,5

14. Monitorización de la aurícula izquierda: Catéter de arteria pulmonar, con o sin mediciones de gasto cardíaco. 1,7

15. Resucitación cardiopulmonar tras parada, en las últimas 24h (solo puñopercusión precordial no incluido). 7,1

Soporte renal

16. Técnicas de hemofiltración, técnicas de diálisis. 7,7

17. Mediciones cuantitativas de orina (por ejemplo, a través de sonda vesical). 7,0

Soporte neurológico

18. Medición de la presión intracraneal 1,6

Soporte metabólico

19. Tratamiento de complicaciones metabólicas, solo acidosis/alcalosis. 1,3

20. Nutrición parenteral, >40kcal/kg/d 2,8

21. Alimentación enteral a través de sonda digestiva u otra vía gastrointestinal (por ejemplo, yeyunostomía). 1,3

Intervenciones específicas

22. Intervenciones específicas en la unidad de cuidados intensivos: Intubación endotraqueal, inserción de marcapasos, cardioversión, endoscopias, cirugía de urgencia en las últimas 24h, lavado gástrico. No están incluidas intervenciones rutinarias sin consecuencias directas para la situación clínica del paciente, tales como radiografías, ecografía, electrocardiografía, curas o inserción de catéteres arteriales o venosos. 2,8

23. Intervenciones específicas fuera de la unidad de cuidados intensivos: Cirugía o procedimientos diagnósticos. 1,9

Fuente: Arias Rivera S, et. al., Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score. Enferm Intensiva. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.10.002>

B. Anexo: Ejemplo sesión 1, Entrenamiento

SESIÓN 1: MOTIVACIÓN Y AUTOCONOCIMIENTO (SESIÓN DISEÑADA POR LA INVESTIGADORA)

IDENTIFICACIÓN

FECHA: _____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE
TERMINACIÓN: _____

OBJETIVO

Conocer la estructura del programa de entrenamiento.
Motivar a las enfermeras (os) a participar activamente en el desarrollo del programa de entrenamiento.
Facilitar el autoconocimiento y reflexionar sobre las características y valores personales.

JUSTIFICACIÓN

El significado de la conducta en todas las situaciones de enfermería resulta más claro cuando se comprende la imagen de sí mismo que tienen tanto la enfermera como el paciente (pág. 171). Toda enfermera posee una idea de sí misma que se expresa en sus relaciones con los pacientes de una forma que facilita u obstaculiza el crecimiento de ambos participantes en la situación (pág.161) (Peplau, 1990)
La autoconciencia (autoconocimiento) se considera una competencia ligada a la regulación emocional y a la empatía.

La habilidad de implicarse en una interacción personal efectiva está influida por los sentimientos y actitudes que tenemos respecto a nosotros mismos. Por lo tanto, es importante estar al tanto de nuestro propio desarrollo personal. Los valores definidos como algo que apreciamos, consideramos elevado o preferimos, son nuestros sentimientos o actitudes sobre algo y nuestras conductas o acciones preferidas; los valores están determinados por las acciones frecuentes y consistentes; además, se intercambian en cualquier interacción. El sistema de valores determina el comportamiento ético (Caballo, 1999).

El autoconocimiento implica conocer cuáles son los propios recursos y limitaciones, tanto personales como técnicas. Las limitaciones pueden conducir a comportamientos antiterapéuticos, tales como evitar aspectos conflictivos, tratar solo aspectos superficiales, dominar o enfadarse con los pacientes o tratar de imponer su propio sistema de valores. El autoconocimiento debe ir acompañado de una autorregulación, suficiente para que los propios problemas y dificultades no interfieran en su relación con los pacientes. Una aplicación importante del autoconocimiento es que el terapeuta sepa detectar cuándo experimenta fuertes reacciones emocionales en respuesta a sus pacientes. Todo terapeuta debe ser sensible a sus propios procesos internos y a los procesos de interacción, analizar sus propias motivaciones y reacciones internas e impedir que influyan negativamente (Bados y García, 2011).

ORGANIZACIÓN DEL AMBIENTE DE APRENDIZAJE

- Planeación del programa de entrenamiento.
- Organización del cronograma teniendo en cuenta los tiempos de las enfermeras y las dinámicas de los servicios.
- Coordinación con la enfermera coordinadora de las UCI para el desarrollo del programa de entrenamiento.
- Motivación a cada una de las enfermeras (os) para participar en la sesión, invitación y motivación individual a cada una (o).
- Verificar las ayudas didácticas: presentación, ejercicios de trabajo para cada participante.
- Organizar diez minutos antes de la sesión el lugar de encuentro con todos los elementos necesarios.
- Organizar el material de trabajo y la lista de asistencia.

INICIACIÓN

TIEMPO: 5 minutos

- Saludo. Bienvenida y agradecimiento por la participación.
- Presentación del investigador y de los participantes.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. Tiempo, 5 minutos: Presentación de la organización de la sesión y del objetivo de la misma.
2. Tiempo, 5 minutos: Presentación del programa de entrenamiento en vínculo empático.
3. Tiempo, 5 minutos: Evaluación de la empatía autorreportada mediante la escala de empatía de Reynolds (adaptación de la investigadora), pretest.
4. Tiempo, 5 minutos: Presentación concepto de autoconocimiento.
5. Tiempo, 10 minutos: Ejercicio de reflexión primera parte de la entrevista conmigo mismo.
6. Tiempo, 5 minutos: Socialización de la primera parte de la entrevista conmigo mismo.
7. Tiempo, 10 minutos: Ejercicio de reflexión de la segunda parte de la entrevista conmigo mismo.
8. Tiempo, 5 minutos: Socialización de la segunda parte de la entrevista conmigo mismo

OBJETIVO	ESTRATEGIAS			AYUDA	EVALUACIÓN - FEED BACK	DURACIÓN
	INSTRUCCIÓN - CONTENIDO	MODELADO	PRÁCTICA			
1. Presentar la estructura general del programa de entrenamiento y las estrategias empleadas en el mismo	1. La presente sesión está estructurada en tres momentos: en la primera parte se realizará una presentación de la estructura general del programa de entrenamiento y sus referentes teóricos, en la segunda parte se realizará la aplicación de la escala para la valoración de la relación enfermera paciente (Escala de empatía de Reynolds) y en la tercera parte se realizará un ejercicio de autoconocimiento.	Presentación del programa de entrenamiento o en diapositivas		Presentación power point		5 minutos
	2. El programa de entrenamiento en vínculo empático hace parte de la investigación "Efecto del vínculo empático enfermera- paciente					5 minutos

	sobre el nivel de ansiedad del paciente en la UCI". Este estudio se fundamenta en la premisa que considera que la necesidad de comprensión es especialmente potente cuando la persona se enfrenta a situaciones críticas de salud (Hojat, 2012). En tal situación, la teoría enuncia que un enfoque de cuidador empático expresado en el vínculo empático se ha asociado con resultados positivos en salud medidos en términos de reducción de la ansiedad, mejor manejo del dolor, ajuste emocional a la enfermedad y esperanza (Reynolds, <i>et. al.</i>, 2002, Williams y Stickey, 2002, Reyes y Benitez, 1990). El programa de entrenamiento en vínculo empático se estructuró fundamentado en la teoría humanística de Carl Rogers desde el enfoque centrado en la persona donde la empatía es un elemento facilitador de la relación. También se tuvo en cuenta la teoría de Peplau, de enfermería de la relación interpersonal que resalta la importancia de la relación enfermera-paciente y el vínculo empático como la habilidad de la enfermera de entender y expresar					
--	--	--	--	--	--	--

	ese entendimiento al otro y en donde la observación, la comunicación y las técnicas interpersonales permiten el establecimiento de esta relación. El programa responde a un proceso educativo que se desarrolla a corto plazo. Se fundamenta en un modelo de enseñanza directa en donde se han estructurado previamente los contenidos, las habilidades por desarrollar y las estrategias para lograr el desarrollo de las mismas. Las estrategias definidas se centran en "el aprendizaje en situaciones prácticas y se dirigen al desarrollo de habilidades y al entrenamiento práctico" (Davini, 2008). Las estrategias de aprendizaje utilizadas en este programa de entrenamiento son: - Instrucción: Comprende los contenidos teóricos que se van a trabajar en la sesión. - Modelado: Se refiere a exponer aquellas habilidades que constituyen el objetivo de aprendizaje; comprende los ejemplos modelo a través de videos y estudios de caso - Práctica: Comprende el					
--	---	--	--	--	--	--

	desarrollo de ejercicios escritos de autoinstrucción cognitiva que permiten el análisis de diferentes situaciones y las actividades de ensayo abierto o <i>role play</i> en sesiones simuladas. - Feedback: Comprende la retroalimentación de cada uno de los ejercicios realizados (Tedina, <i>et. al.</i>, 2015). El programa de entrenamiento diseñado busca fortalecer el vínculo empático que se establece durante la relación enfermera-paciente mediante la adquisición de los conocimientos y habilidades propias de la relación de ayuda, como: - Autoconocimiento - Habilidades de relación - Habilidades en respuestas de escucha: comunicación verbal y no verbal. El programa se ha estructurado en cinco sesiones de una hora de duración cada una Sesión 1: Autoconocimiento Sesión 2: Relación de ayuda Sesión 3: La observación Sesión 4: Respuestas verbales Sesión 5: Procesar el mensaje					
--	--	--	--	--	--	--

OBJETIVO	ESTRATEGIAS			AYUDA	EVALUACIÓN – FEEDBACK	DURACIÓN
	INSTRUCCIÓN - CONTENIDO	MODELADO	PRÁCTICA			
2. Evaluar el nivel de empatía autorreportado por las enfermeras participantes mediante aplicación de la escala de empatía de Reynolds	3. A continuación, se solicita a los participantes el diligenciamiento de un instrumento, a manera de pretest, que contiene doce ítems que describen los comportamientos o las actitudes de una enfermera (o) durante la interacción con su paciente. Se solicita que lean cada una de las afirmaciones y autoevalúe su comportamiento de acuerdo con la escala: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca.			Instrumento impreso para cada participante de la escala de empatía de Reynolds.	Cada participante diligencia el instrumento.	5 minutos
OBJETIVO	ESTRATEGIAS			AYUDA	EVALUACIÓN – FEEDBACK	DURACIÓN
	INSTRUCCIÓN - CONTENIDO	MODELADO	PRÁCTICA			
3. Facilitar la toma de conciencia de los valores y virtudes de cada persona	4. El autoconocimiento es el resultado de un proceso reflexivo, por medio del cual una persona adquiere noción de su yo y de sus propias cualidades y características. Es tomar conciencia de nosotros mismos. Es un paso necesario para la autorregulación emocional y la empatía. El autoconocimiento es uno de los elementos de la inteligencia emocional. Es la tarea más importante antes de intentar conocer o comprender a los demás; por lo tanto, el autoconocimiento influencia nuestras relaciones con los	Presentación del concepto de autoconocimiento en diapositivas		Presentación power point		5 minutos
			Cada participante recibe el ejercicio	Ejercicio documentado de	Cada participante realiza el análisis de	10 minutos

	demás y en el ámbito profesional también influencia nuestras relaciones con los pacientes. En la medida en que nos conocemos podremos expresar nuestras emociones de manera más acertada, lo que facilita que la comunicación que tenemos con otros sea sana y eficaz. El método para el autoconocimiento es buscar en uno mismo. 5. Cada participante completa los enunciados que se presentan en la primera parte del ejercicio "Entrevista conmigo mismo". 6. Se invita a alguno de los participantes a socializar algunas de las respuestas que ha escrito en la primera parte de la "Entrevista conmigo mismo". 7. Cada participante completa los enunciados que se presentan en la segunda parte del ejercicio "Entrevista conmigo mismo". 8. Se invita a alguno de los participantes a socializar algunas de las respuestas que ha escrito en la segunda parte de la "Entrevista conmigo mismo".		"Entrevista conmigo mismo" y completa los enunciados que se presentan en la primera parte. Cada participante hace un listado en dos columnas de los valores que considera importantes en sí mismo y en los demás. Se realiza socialización de la primera parte del ejercicio. Cada participante escribe qué película le gusta más y por qué. Cada participante extracta de los ejercicios anteriores las características y valores que lo identifican. Se realiza la socialización del ejercicio. Cada participante lee el listado de valores y características que lo identifican.	trabajo sesión 1: "Entrevista conmigo mismo".	autoconocimiento y extracta aquellas características y valores que considera importantes.	5 minutos 10 minutos 5 minutos
--	--	--	--	--	--	---

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Se pregunta a los participantes su percepción sobre el desarrollo de la sesión.2. Se pregunta a los participantes cómo se sintieron durante el desarrollo de la sesión. |
|---|

BIBLIOGRAFÍA

Bados Arturo y Eugeni García. Habilidades terapéuticas. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Junio, 2011.

Bisquerra Rafael, Pérez Juan Carlos, García Esther. Inteligencia emocional en educación. Editorial Síntesis. Madrid, 2015.

Caballo Vicente. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI editores. Tercera edición, 1999.

Devino María Cristina. Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores. Santillana. Buenos Aires, 2008.

Peplau Hildegard. Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Salvat editores. Barcelona, 1990.

Repetto Elvira. Formación en competencias socioemocionales. Libro del formador. Editorial la Muralla. 2007

C. Anexo: Cronograma de entrenamiento

CRONOGRAMA ENTRENAMIENTO ENFERMERAS ESTUDIO DOCTORADO ENFERMERÍA

ENFERMERA (O)	HORA	ENERO		FEBRERO							
		Martes	Miercoles	Martes	Miercoles	Martes	Miercoles	Martes	Miercoles	Martes	Miercoles
		26	27	2	3	9	10	16	17	23	24
2	7.30 - 8:30 am	SESION 1		SESION 2		SESION 3		SESION 4		SESION 5	
3	1:30 - 2:30 pm	SESION 1		SESION 2		SESION 3		SESION 4		SESION 5	
3	7.30 - 8:30 am		SESION 1		SESION 2		SESION 3		SESION 4		SESION 5
3	1:30 - 2:30 pm		SESION 1		SESION 2		SESION 3		SESION 4		SESION 5

D. Anexo: Formato de evaluación programa de entrenamiento

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN VÍNCULO EMPÁTICO

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

Marque con una X su nivel de satisfacción así: 1 (muy bajo), 2 (bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (muy alto)

1. Contenidos del programa:	1	2	3	4	5
2. Metodología:	1	2	3	4	5
3. Ayudas didácticas:	1	2	3	4	5
4. Explicaciones teóricas:	1	2	3	4	5
5. Actividades prácticas:	1	2	3	4	5
6. Cercanía, trato del formador	1	2	3	4	5
7. Nivel de satisfacción global con el programa	1	2	3	4	5

8. En general lo que más me ha gustado del programa es:

9. En general lo que menos me ha gustado del programa es:

10. Indique los efectos que ha producido en Ud. El programa

- Los más positivos

- Los más negativos

Sugerencias

E. Anexo: Plegable

ELEMENTO 2. COMPRENDER

Los mensajes tienen tres partes fundamentales:

- La parte del mensaje que expresa información o describe una situación o suceso.
- La parte del mensaje que revela cómo se siente el paciente con respecto al contenido, generalmente se distingue por el uso de alguna palabra de afecto o sentimiento.
- La otra parte del mensaje corresponde a las demandas o necesidades del otro.

Para lograr decodificar el mensaje verbal en los tres tipos de contenido debemos estar atentos a escuchar y comprender estas tres dimensiones del discurso del otro.



- Respuestas al sentimiento: implica la habilidad para resumir y expresar verbalmente los sentimientos que son expresados implícita o explícitamente por el otro.
- Respuestas profundamente empáticas: implican la habilidad de formular respuestas que combinen lo que la persona está sintiendo con la razón que explica ese sentimiento, y encontrar un paso activo que ella pueda adoptar.

ELEMENTO 3. RESPONDER

Mi respuesta es el reflejo de mi comprensión y consiste en captar en palabras el sentimiento específico que experimenta el otro y expresar esa comprensión de tal modo que el otro identifique una razón significativa del porqué de sus emociones y vivencias.

Existen diferentes clases de respuestas:

- Las interrogativas: cuando no he comprendido del todo el mensaje del otro.
- Respuestas al contenido explicativo del mensaje: implican la habilidad de resumir con nuestras propias palabras el contenido explicativo expresado por el otro.

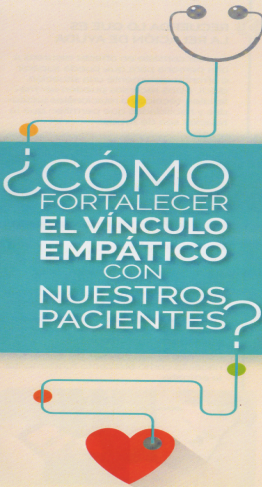
RECUERDA UN ENFOQUE DE CUIDADOR EMPÁTICO SE HA ASOCIADO CON MEJORES RESULTADOS EN SALUD PARA LOS PACIENTES.

¡La empatía es tu compromiso!

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN VÍNCULO EMPÁTICO

Marta Cecilia Triana Restrepo
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

¿CÓMO FORTALECER EL VÍNCULO EMPÁTICO CON NUESTROS PACIENTES?



RECUERDA LO QUE ES LA RELACIÓN DE AYUDA

Ayudar consiste en ofrecer recursos a una persona para que pueda superar o afrontar sanamente una situación difícil, estos recursos pueden ser materiales, técnicos o relacionales (actitudes y habilidades que permiten que la relación sea de ayuda).



Las enfermeras (os) realizan la relación de ayuda mediante la interacción y la comunicación.

La relación de ayuda permite al otro utilizar sus propios recursos, para afrontar los propios problemas y el papel de la enfermera (o) no puede ser con un estilo autoritario o paternalista.

La persona que está viviendo una situación de necesidad y de inseguridad desea ser comprendida.

Para que la relación sea de ayuda se necesita como elemento fundamental la empatía.



RECUERDA EL CONCEPTO DE EMPATÍA

Es la habilidad de comprender o entender los sentimientos, pensamientos, ideas... que expresa la otra persona (de manera verbal y no verbal), unido a la capacidad de comunicar este entendimiento al otro de manera que el otro percibe ese deseo de ser entendido por la enfermera (o).

La empatía implica un **esfuerzo consciente** por entender al paciente.

¿POR QUÉ APRENDER O REFORZAR LA EMPATÍA?

- Mejoran nuestras habilidades sociales.
- Las relaciones a un nivel personal se incrementan.
- Nuestras relaciones se hacen más auténticas.
- Podemos profundizar más en el conocimiento de los demás enriqueciendo nuestra propia realidad.
- Abandonamos actitudes de duros jueces sancionadores a favor de actitudes más comprensivas y tolerantes.
- Ampliamos nuestros puntos de vista.
- Los demás buscarán nuestros oídos y nuestra compañía que les reconforta.
- Mejora nuestra capacidad de trabajo en equipo.
- Nos predispone a conductas solidarias y disminuye nuestras respuestas agresivas verbales.

ELEMENTOS DE LA EMPATÍA

La empatía es un proceso relacional que se basa en la comunicación y sus principales componentes son:

- La destreza de escuchar (escuchar centrándose en el otro).
- La comprensión de la experiencia del otro, dar significado y elaborar el mensaje.
- La destreza de responder.



ELEMENTO 1. ESCUCHAR

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, no solo a lo que se dice, sino también a cómo se dice. Implica un proceso activo, es un arte más complejo que hablar.

Escuchar es la capacidad de acoger a la persona que nos habla y decodificar adecuadamente su lenguaje verbal y no verbal, con el fin de comprender los distintos contenidos de su mensaje.

Sabemos escuchar con nuestro físico y nuestro lenguaje verbal: la mirada centrada en quién nos habla, la postura dirigida hacia el que habla, asentir y suspender otra actividad que pueda distraernos.

F. Anexo: Autorización uso escala empatía de Reynolds

9 de feb. (hace 9 días)

para mí

Estimada compañera Martha Cecilia,

Soy Amparo Marco, los compañeros del Hospital me han remitido tu correo en el que muestras tu interés por la Escala de Empatía de Reynolds de la cual nosotras realizamos la adaptación transcultural.

Puedes utilizar la Escala y deseamos que sea un buen instrumento para la realización de tu trabajo de investigación. Si la utilizas si que nos gustaría recibir un documento oficial que así lo acredite.

No dudes en consultarnos lo que quieras.

Un cordial saludo

Margis29@hotmail.com

G. Anexo: Autorización uso escala FAS

Dear Martha

Thank you for your inquiry re using the Faces Anxiety Scale.

You certainly have permission to use the Faces Anxiety Scale in your studies. As it is a pictorial scale, the only translation into Spanish that will be required are the instructions for patients. The English version of these, published in J Adv Nurs. 2003 Jan;41(1):73-9, is:

Instructions

“These faces are showing different levels of anxiety. This face shows no anxiety at all, this face shows a little bit more . . . a bit more (sweep finger along scale), right up to extreme anxiety. Have a look at these faces and choose the one that shows how much anxiety you are feeling at the moment”.

As we went to a lot of trouble to establish the interval measurement properties of the Scale, we recommend against photocopying and enlarging the Scale because photocopying often distorts images. We can provide a 42 x 11 cm laminated version of the Scale for your use, at the cost of A\$25, to cover production and airmail postage. I will post that to you, with an invoice and the Instructions and references.

Please provide me with your campus location at the University and your postal address.

I would be grateful if you confirm that you have received the package with the Scale.

Best wishes with your studies.

Sharon McKinley
Professor of Critical Care Nursing
University of Technology Sydney and
Northern Sydney Local Health District

POSTAL ADDRESS:
Intensive Care Unit

H. Anexo: Consentimiento pacientes

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PARTICIPANTES

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA**

Título del proyecto: Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo

Investigador: Martha Cecilia Triana

Directora: Doctora Yaneth Parrado Lozano

Apreciado participante

Las enfermeras cumplen una labor fundamental en el cuidado de la salud y están cerca de los pacientes en momentos en los cuales ellos están más vulnerables y se enfrentan al dolor y el sufrimiento, convirtiéndose así en un factor que influencia los resultados en salud de los pacientes, la satisfacción y la calidad del cuidado.

Estoy invitándolo a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer cómo una mejor relación enfermera-paciente tiene efectos sobre el nivel de ansiedad del paciente.

Antes de que usted decida participar en este estudio, debe comprender en qué consiste su participación y qué se espera de usted. Este proceso para las investigaciones se llama consentimiento informado.

Su participación es de carácter completamente voluntario. Usted puede decidir si participa o no en el estudio, o se retira del mismo en cualquier momento, sin que esto acarree consecuencias de cualquier índole.

Este estudio requiere que usted responda en una escala con 5 posibles respuestas representadas en diferentes expresiones de la cara. Las posibilidades van desde una cara neutra a una que muestra extrema ansiedad. Usted debe señalar o indicar la cara que representa el nivel de ansiedad que está sintiendo en ese momento. La valoración con esta escala se le realizará en dos ocasiones, antes y después de reunirse con la enfermera. Una vez aplicada esta escala se le tomarán la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria, datos que serán registrados en una hoja que llevará el investigador.

Si tiene preguntas o reclamación sobre sus derechos, puede contactarse con la investigadora principal, enfermera Martha Cecilia Triana, teléfono celular 3153330406 o a la enfermera..... coordinadora de educación de la Clínica. *Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto, contactar a la doctora Lorena Chaparro Díaz, presidenta del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, al teléfono: +571-3165000 ext. 17001-17020-17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co*

La realización de este estudio fue aprobado por la Universidad Nacional y la Clínica.....

Los datos correspondientes a su participación en este estudio se mantendrán de manera confidencial. Cada medición que se le realice con la escala será asignada con un número, evitando registrar el nombre.

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

Al firmar este documento, usted da su consentimiento para ser incluido en la investigación realizada por la enfermera MARTHA CECILIA TRIANA, estudiante del Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional, quien está desarrollando una investigación no lucrativa.

Entiendo que la escala que voy a responder forma parte de un estudio llamado **Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo.**

Se me ha informado que este estudio aportará información valiosa sobre la relación enfermera-paciente con el nivel de ansiedad del paciente; sin embargo, no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación y tampoco se me acarrearán costos adicionales en mi tratamiento.

Entiendo que he sido elegido para participar en este estudio porque actualmente me encuentro hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de..... institución que aprobó la realización del estudio.

He concedido libremente la realización de la medición mencionada, se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada o retirarme del estudio en cualquier momento.

Se me ha informado que las respuestas a mis preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de esta investigación se revelará mi identificación. También se me ha informado que si participo, como si no lo hago, o si me rehusó a responder alguna pregunta, no se me verán afectados los servicios, que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de los servicios de salud en esta u otra institución hospitalaria por cuenta de esta investigación.

Entiendo que los resultados me serán proporcionados si los solicito y que la investigadora es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna duda acerca del estudio o sobre mis derechos como participante. La investigadora puede ser localizada mediante una llamada telefónica en Bogotá, al número celular 315 333 04 06 o al número fijo 3019811

Fecha: dd /mm/aaaa ____/____/____.

Paciente:

Yo _____ CC. _____

he leído y entendido el presente documento, comprendo la naturaleza del estudio y los posibles riegos, se me han respondido las preguntas y voluntariamente acepto participar en el estudio.

Investigador

CC.

Testigo

CC.**Testigo**

CC.

I. Anexo: Consentimiento enfermeras

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA**

Título del proyecto: Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo

Investigadora: Martha Cecilia Triana

Directora: Doctora Yaneth Parrado Lozano

Apreciado (a) colega participante:

Las enfermeras cumplen una labor fundamental en el cuidado de la salud y están cerca de los pacientes en momentos en los cuales ellos están más vulnerables y se enfrentan al dolor y el sufrimiento, convirtiéndose así en un factor que influencia los resultados en salud de los pacientes, la satisfacción y la calidad del cuidado.

Estoy invitándolo (a) a participar en un estudio de investigación y un programa de entrenamiento relacionado con la práctica de la relación enfermera paciente. Su papel es muy importante porque puede a partir de nuevas estrategias reconocer oportunidades e intervenir para mejorar el cuidado del paciente.

El estudio tiene como objetivo conocer cómo una mejor relación enfermera-paciente ejerce efectos sobre el nivel de ansiedad del paciente y el programa de entrenamiento está enfocado al fortalecimiento de esa relación. El instrumento que usted completará como parte de este estudio proveerá retroalimentación que será de gran utilidad en mejorar el cuidado del paciente.

Antes de que usted decida participar en este estudio, debe comprender en qué consiste su participación y qué se espera de usted. Este proceso para las investigaciones se llama consentimiento informado.

Su participación es de carácter completamente voluntario. Usted puede decidir si participa o no en el estudio, o se retira del mismo en cualquier momento, sin que esto traiga consecuencias de cualquier índole.

Este estudio requiere que usted responda una encuesta de doce ítems respecto de su relación con los pacientes. Cada ítem presenta siete alternativas de respuesta que van desde siempre a nunca, en una escala de Likert. La valoración con esta escala se le realizará en dos ocasiones durante el estudio, antes y después de recibir el entrenamiento. El programa de entrenamiento será realizado durante cuatro encuentros de dos horas de duración cada uno. Estos espacios y tiempos para la formación serán concertados previamente con los participantes, la organización de la clínica y la investigadora principal.

Si tiene preguntas o reclamación sobre sus derechos puede contactarse con la investigadora principal, enfermera Martha Cecilia Triana, teléfono celular 315 333 04 06 o a la enfermera.....

coordinadora de educación de la clínica. *Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto, contactar a la doctora Lorena Chaparro Díaz, presidenta del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, al teléfono: +571-3165000 ext. 17001-17020-17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co*"

La realización de este estudio fue aprobado por la Universidad Nacional y la Clínica.....

Los datos correspondientes a su participación en este estudio se mantendrán de manera confidencial. Cada medición que se le realice con la escala será asignada con un número, evitando registrar el nombre

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

Al firmar este documento, usted da su consentimiento para ser incluido en la investigación y programa de entrenamiento realizado por la enfermera MARTHA CECILIA TRIANA, estudiante del Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional, quien está desarrollando una investigación no lucrativa.

Entiendo que la escala que voy a responder forma parte de un estudio llamado **Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo**.

Se me ha informado que este estudio aportará información valiosa sobre la relación enfermera-paciente con el nivel de ansiedad del paciente.

Entiendo que he sido elegido para participar en este estudio porque actualmente trabajo como enfermera en la unidad de cuidado intensivo de..... institución que aprobó la realización del estudio.

He concedido libremente la realización de la medición mencionada y del programa de entrenamiento. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada o retirarme del estudio en cualquier momento.

Se me ha informado que las respuestas a mis preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de esta investigación se revelará mi identificación.

Entiendo que los resultados me serán proporcionados si los solicito y que la investigadora es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna duda acerca del estudio o sobre mis derechos como participante. La investigadora puede ser localizado mediante una llamada telefónica en Bogotá al número celular 315 333 04 06 o al número fijo 3019811

Fecha: dd /mm/aaaa ____/____/____.

Paciente:

Yo _____ CC. _____

he leído y entendido el presente documento, comprendo la naturaleza del estudio y los posibles riesgos, se me han respondido las preguntas y voluntariamente acepto participar en el estudio.

Investigadora

CC.

Testigo

CC.

Testigo

CC.

J. Anexo: Aval Comité de Ética

1/1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

AVAL-002-2015

Bogotá D.C., 17 de marzo de 2015

Profesora
CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO
Directora
Posgrados en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora Clara Virginia:

De la manera más atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 9 de marzo de 2015 Acta No. 4, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Doctorado en Enfermería y titulado **"Efecto del vínculo empático enfermera paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo"**, de la estudiante Martha Cecilia Triana Restrepo y bajo la dirección de la profesora Yaneth Mercedes Parrado Lozano.

Es necesario que en el consentimiento informado se presenten los datos de este comité de ética, de la siguiente manera: *"Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto contactar a la Dra. Lorena Chaparro Díaz, presidenta del Comité de ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia al teléfono: +571-3165000 ext. 17001-17020-17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co"*

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

LORENA CHAPARRO DÍAZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

*Delegada por la Decana

Copia: Dra. Yaneth Mercedes Parrado Lozano – Directora de Tesis
Martha Cecilia Triana Restrepo – Estudiante Doctorado

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ENFERMERÍA, Edificio 101, Oficina 805
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica

K. Anexo: Aval Hospital Santa Clara



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALA DE
ALCALDES

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Certificado en Buenas Prácticas Clínicas - Resolución No. 2011024781 del 05 de Julio de 2011

OF. CEI. 202/15

Bogotá D.C., 30 de Junio de 2015

Doctora

MARTHA CECILIA TRIANA RESTREPO

Investigadora

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La ciudad_

REF: Protocolo de Investigación: "Efecto del vínculo empático enfermería paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la Unidad de Cuidado Intensivo".

Apreciada doctora.

Atento saludo. Por medio de la presente y de acuerdo a su comunicación del 30 de abril de 2015, recibida en la Unidad de Investigación el 05 de mayo de 2015 con radicado # 122, donde envían el protocolo de la referencia para evaluación, me permito comunicarle que el Comité de Ética en Investigación evaluó y aprobó el trabajo, bajo las condiciones solicitadas por el por el Comité de Investigación, como consta en el acta 175 del 22 de junio de 2015.

El Comité de Ética en Investigación del Hospital Santa Clara está integrado por 7 miembros y el quórum reglamentario es de 5 integrantes.

Los Integrantes del Comité que participaron en la aprobación:

Dr. Álvaro Valbuena Barrera	Presidente (E) - Md. Especialista Anestesiólogo - Magister Bioética
Lic. Martha Jannet Sabogal García	Miembro Activo - Lider Docencia - Enfermera Bioeticista.
Dr. David Benigno Paramo	Miembro Activo - Md. Gastroenterólogo
Dr. Francisco Eduardo González A	Miembro Activo - Md. Especialista Farmacología Bioética.
Dra. Esmir Torres Monrras	Miembro Activo - Representante del área administrativa

Revisó: Martha Jannet Sabogal - Secretaria Técnica CEI
Elaboró: Yenny E. Catamo C - Auxiliar Administrativa

Carrera 14 B No 1 - 45 sur
PBX: 328 2828
www.esesantaclara.gov.co
Información: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

Bibliografía

Achury, D., Achury, L., Díaz, J., Rodríguez, S., Alvarado, H., Ortiz, C., García, P., Acosta, S. (2014). Panorama general de la relación enfermera-paciente en algunas unidades de cuidado intensive en Bogotá. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 16 (1), 73 – 85.

Almerud, S., Alapack, R., Fridlund, B., y Ekebergh M. (2008). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing philosophy*, 9, 55 – 61.

Ancel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249 – 257.

Aranda, S. y Street A. (1999). Being authentic and being a chameleon: nurse patient interaction revisited. *Nursing inquirÍ*, 6, 75 - 82.

Arias, S., Sánchez, M., Fraile, M., Patiño, S., Pinto, V., Conde, M., Ferguson, N y Frutos. V. (2012). Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score. *Enferm Intensiva*. 1 - 11

Arnold, E. y Boggs, K. (2011). *Interpersonal Relationships: professional communication skills for nurses*. Sixth edition. Missouri, USA: Elsevier Saunders.

Austin, W., y Boyd, M. (2010). *Psichiatric and mental health nursing for Canadian practice*. Ontario, Canada: Lippincott Williams.

- Bailey, S. (1996). Levels of empathy of critical care nurses. *Australian Critical Care*, 9(4), 121-127.
- Beddoe, A., y Murphy, S. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of nursing education*, 43(7), 305-312
- Beltrán, O. (2006). Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest. educ. enferm*, 24(2), 144 – 150.
- Beltrán, O. (2008). La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichan*, 8(1), 50-63.
- Boyd, M.A. (2005). *Contemporary practice*. Ontario, Canadá: Ed. Lippincott Williams and Wilkons.
- Brown, K. (1990). *The nurse, empathy and patient satisfaction*. (Dissertation). College of nursing. University of Utah.
- Brunero, S., Lamont, S., y Coates M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing inquiry*, 17(1), 64 – 73.
- Cabré, R. (2012). *Diseños cuasiexperimentales y longitudinales*. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/30783>
- Castillo, M., Aitken, L., y Cooke, M. (2013). Study protocol: intensive care anxiety and emotional recovery (Icare) - A prospective study. *Australian Critical Care*, 26(3):142-147.
- Canovas, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, España.
- Chaffin, A., y Adams, C. (2013). Creating empathy through use of hearing voices

- simulation. *Clinical simulation in nursing*, 9(8), 293 – 304.
- Chlan, L., Weinet, C., Heiderscheit, A., Tracy, M., Skaar, D., Guttormson, J., Savik, K. (2013). Effects of patient directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support. A randomized clinical trial. *JAMA*, 309(22), 2335-2344.
- Cossette, S. Cara, C. Ricard, N. y Pepin, J. (2005). Assessing nurse patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the caring nurse patient interactions scale. *Int J Nurs Stud*, 42(6), 673-86.
- Cruz, I., y Dobber, M. (2005). El desarrollo de las relaciones interpersonales en las experiencias transculturales: una aportación del enfoque centrado en la persona. (Tesis de maestría). Universidad Iberoamericana. Ciudad de México.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., Meneghini, A.M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *J Clin Nurs*, 21(13-14), 2016-2025.
- Cutcliffe, J., y McKenna, H. (2005). The essential concepts of nursing. Churchill, Livingstone: Elsevier.
- Davini, M.C. (2008). *Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores*. Buenos Aires: Editorial Santillana.
- Decety, J., and Ickes, W. (2009). *The social neuroscience of empathy*. Zurich, Switzerland: A brandford book.
- De Jon, M., Chung, M., Wu, J., Riegel, B., Moser, D. (2011). Linkages anxiety and outcomes in heart failure. *Heart and Lung*, 40, 393-404.
- Dennis, R., Pérez, A., Rowan, K., Londoño, D., Metcalfe, A., Gómez, C., et. al. (2002). Factores asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en cuidados intensivos en Colombia. *Online Archivos de Bronconeumología*. 38(3),

117-122.

Desu, M., Raghavarao, D. (1990). *Sample size methodology*. Boston: Academic press.

Díaz de León Ponce, M., Briones Garduño, J., Gómez Bravo, E., Gil Rojas, N., Heredia Hernández, O., Mendoza Trejo, A. *et. al.*, (2003). La problemática de la medicina crítica en México. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia intensiva*, XVII(1), 28-33.

Durán, M. (2001). *Enfermería, desarrollo teórico e investigativo*. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos.

Eymard, A., Crawford, B., y Keller, T. (2010). Take a walk in my shoes: nursing students take a walk in older adults shoes to increase knowledge and empathy. *Geriatric nursing*, 31(2), 137 – 141.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Second edition. Philadelphia: Davis company.

Fawcett, J., and De Santo, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Third edition. Philadelphia: Davis company

Frazier, S.K., Moser, D.K., Obrien, J.L., Garvin, B.J., Macko, A.K. (2002). Management of anxiety after acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 31, 411-420.

Fernández, I., López, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, (2), 284 – 298.

Fredriksen, S.T., y Ringsberg, K. (2007). Living the situation stress experiences among intensive care patients. *Intensive and critical care nursing*, 23, 124 - 131

Forchuk, Ch. (1991). Peplaus Theory: concepts and their relations. *Nursing Science Quarterly*, 4 (2), 54 – 60

- Forchuk, Ch., and Dorsay, J. (1995). Hildegard Peplau meets family systems nursing: innovation in theory-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 110 – 115.
- Galván, J. (2012). *Adaptación de una versión corta de la subescala estado del “State Trait Anxiety Inventory” de Spielberg STAI, en pacientes españoles conectados a ventilación mecánica invasiva*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante: España.
- Galván, J., Martínez, M. (2009). Scales for evaluating self perceived anxiety levels in patients admitted to intensive care unit: a review. *Am J Crit Care*, 18, 571-580.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México: Editorial Manual Moderno
- Gómez, P., y Morales, J.M. (2004). ¿Las organizaciones favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm*, 13(44-45), 26-31
- González, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichán*, 7(2), 130-138.
- Gunther, M. Evans, G. Mefford, L. y Coe, T. (2007). The relationship between leadership styles and empathy among student nurses. *Nurs Outlook*, 55(4), 196 – 201.
- Gustad, L., Chaboyer, W., Wallis, M. (2005). Performance of the faces anxiety scale in patients transferred from the UCI. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(6), 355 – 360.
- Hagerty, B. y Patusky, K. (2003). Reconceptualizing the nurse patient relationship. *Journal of nursing scholarhip*. 35(2), 145 - 150.
- Happ, M.B., Garrett, K., Thomas, D.D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. (2011). Nurse - patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal of critical care*, 20(2), 28 - 40.

- Heras, A., Abizanda, R., Belenguer, A., Vidal, B., Ferrándiz, A., Micó, M.L., et al. (2007). Unidades de cuidados intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. *Med. Intensiva*, 31(7), 353-360.
- Henao, M. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanística existencial hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83 – 100
- Hernández, G. (1997). *Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa (Bases Psicopedagógicas)*. Coordinadora: Frida Díaz Barriga Arceo. México: Editado por ILCE- OEA.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: Editorial McGraw Hill.
- Herrera, A. (2004). Guías (2004) de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 19(4): 209-223
- Hofhuis, J., Spronk, P., Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J., Bakker J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and critical care nursing*, 24(5), 300 - 313
- Hojat, M. (2012). Empatía en el cuidado del paciente, antecedentes, desarrollo, medición y resultados. México: Manual Moderno.
- Hrabe, D. (2005). Peplau in cyberspace: an analysis of Peplaus interpersonal relations theory and computer mediated communication. *Issues in Mental Health Nursing*, 26,397-414.
- Jonquera, A, y Arroyo, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista – existencial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XV(1), 89 – 104
- Kau, P., Ping, L. (2007). Stressors in the ICU: a comparison of patients and nurses perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2681 - 2689.

Kelleher, S. y Mc Auley, C. (2006). Providing patient centred care in an intensive care unit. *Nursing standard*. 21(13), 35 – 40.

Kunyk, D. y Olson, J. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of advanced nursing*, 35(3), 317 – 325.

León, H. (2004). Aspectos epidemiológicos del trauma en Colombia. *Arch Med Manizales*, 4(9), 55-62.

Ley 911 de 2004. Diario oficial 45.693. Bogotá. Colombia. Imprenta Nacional. Título I, capítulo II.

Marco Gisbert, A., Reynolds, J.W., Fonfrias Vivas, C., Muñoz Izquierdo, A., Bellver Navalon, C., Fusté Rodríguez, D., *et. al.*, (2007). La importancia de una buena traducción: adaptación al español de la encuesta de empatía de Reynolds W. *Revista Rol de enfermería*, 27(12), 857 – 862.

McKenna, L. Boyle, M. Brown, T. Williams, B. Molloy, A. Lewis, B. y Molloy L. (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *Int J Nurs Pract*, 18(3), 246-251.

McKinley, Sh., Coote, K., y Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 73 – 79.

McKinley, Sh., Parbury, J., Chehel Nabi, A., Lovas, J. (2004). Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale. *Am J Crit Care*. 2004; 13(2), 146 – 152

McKinley, Sh., y Madronio, C. (2008). Validity of the Faces Anxiety Scale for the assessment of state anxiety in intensive care patients not receiving mechanical ventilation. *J Psychosom Res*, 64(5), 503-507.

- McMillan, L. (2007). Empathy and empathic communication: nursing student perception of program effectiveness, academic experiences and competence. Tesis de doctorado. Auburn University, Alabama.
- Merilainen, M., Kyngas, H., y Kokko, T.A. (2013). Patients interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. *Intensive and critical care nursing*, 29(2), 78 – 87
- Merrit, M., Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation liaison nurse in multi-morbidity, using Peplaus nursing theory. *Contemporary Nurse*, 34(2), 158-166.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 2082 de 2014*. Diario Oficial No. 49.167 de 30 de mayo de 2014.
- Molina, J. (2011). El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. *Index Enferm*, 20(4), 238 - 242.
- Moraes, L.M.P., Lopes, M.V.O., Braga, V.A.B. (2006). Componentes funcionales de la teoría de Peplau y su confluencia con el referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermería*, 19(2), 228-233.
- Moser, D.K., Chung, M.L., McKinley, Sh., Riegel, B., An, K., Cherrington, C.C., *et. al.* (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs*, 19(5), 276-88.
- O'Brien, J.L., Moser, D.K., Riegel, B., Frazier, S.K., Garvin, B.J., Kim, K.A. (2001). Comparision of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units. *Am J Crit Care*, 10, 97-103.
- O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *Nursing in critical care*, 13(3), 138 – 143
- Olivera, J.M. (2010). Acerca del concepto de empatía. Su rol y evaluación en

psicoterapia. Tesinas. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.

Olivera, J.M., Braun, M., y Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XX(2), 121 – 132

Oliveros, H., Martínez, F.H., Lobelo, R., Velásquez, J.P., Gómez, M., Granados, M., *et. al.* (2008). Recursos utilizados y calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos egresados de la unidad de cuidados intensivos. *Acta Médica Colombiana*, 33(4), 268-275.

Pang, P.S., y Suen, L.K. (2008). Stressors in the UCI: a comparison of patients and nurses perceptions. *J Clin Nurs*, 17(20), 2681-2689

Papathanassoglou, E. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in critical care*, 15(3), 118 - 128

Parker, M. (2005). *Nursing theories and nursing practice*. Segunda edición. Philadelphia: Ed. Davis company.

Parra, M., Guáqueta, S., Triana, M. (2012). *Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI: una visión desde el modelo de cuidado H.A.N.C.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Parra, M. (2008). *Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en la UCI. Enfermería cardiovascular*. Comité capítulo de enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología: Editorial Distribuna.

Parrado, Y., Sáenz, X., Soto, V., Guáqueta, S., Amaya, P., Caro, C., *et. al.* (2016). Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 18(1), 115-28

Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine: a critical review. *Patient*

education and counseling, 76, 307 - 322

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencial conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat editores

Peterson, S., y Bredow, T. (2004). *Empathy. Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.

Ramos, M.I., Cardoso, M.J., Vaz, F., Torres, M.D., García, F., Blanco, G., et. al. (2008). Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Esp. Psiquiatr*, 36(3), 133 – 137

Reynolds, W., Scott, P., Austin, W. (2000). Nursing empathy and perception of the moral. *Journal of advanced nursing*, 32(1), 235 – 242.

Reynolds, W., Scott, P. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*, 6, 363 – 370.

Reynolds, W., Scott, P., Jessiman, W. (1999). Empathy has not been measured in clients terms or effectively taught: a revision of the literature. *Journal of advanced Nursing*, 30(5), 1177-1185.

Ruiz Bolívar, C. (2008). El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de filosofía y socio-política de la educación*, (8), 13-28.

Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S.D., Zayeri, F., Vaismoradi, M., et al. (2013). Effect of nature-based sounds intervention on agitation, anxiety and stress in patients under mechanical ventilator support: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 50(7), 895-904.

Salazar, A. (2011). Tendencias internacionales del cuidado de enfermería. *Inves Educ Enferm*, 29(2), 294 - 304.

- Sauls, J., y Warise, L. (2010). Interventions for anxiety in the critically ill: a guide for nurses and families. *Nursing Clinics North America*, 45, 555 – 567
- Serra Undurraga, J.K.A. (2015). Justificar, fundamentar y pensar: una reflexión sobre el uso de las bases fenomenológico existenciales en el enfoque humanista en psicología. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 2015. 6(1), 159-174.
- Sierra, J.C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar Subj*, 3(1), 00.
- Troncoso, M., y Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499 - 503.
- Urbina, O. Pérez, A. Delgado, J. Y Martín, X. (2003). El modelo de actuación de enfermería y su valor humanista. *Educ Med Super*, 17(3), 00.
- Van Berkhout, E., and Malouff, J. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Couns Psychol*, 63(1), 32-41.
- Velandia, A.L. (2011). La enfermería en Colombia, 1990-2010, ejercicio profesional y situación legal. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 13, 65 – 78.
- Verhallen, W., Timmermans, L., y Van Dulmen, S. (2004). Observation of nurse patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient education and counseling*, 54, 307 – 320.
- Vouzavali, F. Papathanassoglou, E. Karanikola, M. Koutroubas, A. Patiraki, E. Papadatou, D. (2011). The patient is my space: hermeneutic investigation of the nurse - patient relationship in critical care. *Nursing in critical care*, 16(3), 140 - 151
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., Hojat, M. (2012). The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of professional nursing*, 28(1), 34 – 40.

Williams, J. y Stickley, T. (2010). Empathy in nursing education. *Nurse education today*, 30, 752 – 755.

Yu, J. y Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research; systematic review. *Journal of advanced nursing*, 64(5), 440 – 454.

Yu, J. y Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1790 – 1806