

Evaluación de un programa multimedia de aprendizaje de habilidades de comunicación empáticas en una muestra de profesionales de la salud

Sabela Bermúdez Míguez

Tesis doctoral UDC / 2018

Directora: Montserrat Durán Bouza

Co-director: Jorge García Fernández

Tutora: Maria Jesús Manso Revilla

Programa oficial de Doctorado en Neurociencia e Psicoloxía Clínica

Doña Montserrat Durán Bouza, Profesora Titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos del Departamento de Psicología, y **Don Jorge García Fernández**, Profesor Asociado del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos del Departamento de Psicología de la Universidad de A Coruña, como directores de esta tesis,

INFORMAN:

Que la memoria adjunta titulada “ **EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIMEDIA DE APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EMPÁTICAS EN UNA MUESTRA DE PROFESIONALES DE LA SALUD**”, para optar para el grado de Doctora, presentada por la licenciada en Psicología Sabela Bermúdez Míguez, ha sido realizada bajo nuestra dirección.

Considerando que constituye trabajo de tesis y reúne los requisitos exigidos en el reglamento de Estudios de Doctorado, autorizamos su presentación en la Universidad de A Coruña.

A Coruña, a 5 de Julio del 2018

Fdo. Prof. Dra Montserrat Durán Bouza
Directora

Fdo. Prof. Dr Jorge García Fernández
Co-director

Fdo. Sabela Bermúdez Míguez
Doctoranda

**A Jorge, por escuchar
y enseñar a escuchar, de esa forma única**

Agradecimientos

A todas las personas que me han escuchado de forma tan activa durante este proyecto y han ayudado así a hacerlo posible.

A Montse y a Jorge, directores de esta tesis, por haber hecho tan fácil la supervisión, por su paciencia y por sus aportaciones, sin las que no hubiese conseguido llegar hasta aquí. A Jorge, en especial, por animarme y ofrecerme formar parte de esto.

A Guille, nuestro informático, por su trabajo. Por hacer que todo parezca más sencillo.

No puedo olvidarme aquí de Gonzalo, Javi y Gloria, por incluirse también en ese tándem, con el que comenzó a desarrollarse mi forma de hacer en consulta.

Por supuesto, a todas las profesionales que han colaborado en la investigación.

Gracias a Alicia y mi prima Isa, por sus recomendaciones. A María S., que le ha puesto la risa a los momentos de esfuerzo.

Por seguir siendo tantas veces ellos, y echarme una mano en todas las ocasiones, a María y a Nacho. Gracias Mil.

A Noticias. Por seguir estando.

A ti Dani, por estar y escuchar tantas veces, gracias por regalarme tu tiempo. Sin importarte el cómo, cuándo o por qué.

Y a mi familia, mis padres y mi hermano, por su incondicionalidad.

RESUMEN

Diferentes estudios muestran una asociación entre el empleo efectivo de destrezas comunicativas en profesionales sanitarios y la consecución de objetivos relacionados con la práctica clínica. Sin embargo, la mayor parte de estos trabajos no especifican con claridad el proceso de entrenamiento, ni los componentes comunicacionales empleados.

El objetivo de la presente investigación fue el de evaluar un programa multicomponente y estructurado de habilidades de escucha activa, elaborado en un formato multimedia y aplicado a una muestra de profesionales sanitarios.

Mediante un diseño pre-experimental con tres medidas temporales, pre-entrenamiento, post-entrenamiento y seguimiento, se evaluaron las respuestas comunicativas presentadas ante diferentes tipos de demandas relacionales, así como su asociación con posibles variables moduladoras, como la empatía y autoeficacia percibida. Para ello se empleó una muestra de 73 profesionales de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares.

Los resultados mostraron un amplio incremento de las habilidades de escucha activa y disminución de bloqueos comunicativos, indicando su mantenimiento tras el paso del tiempo y la generalización a contextos de práctica simulada. No se hallaron, sin embargo, asociaciones significativas con respecto a las variables moduladoras estudiadas. Los datos obtenidos apoyan la pertinencia y utilidad de incluir intervenciones de estas características en los programas formativos del personal sanitario

Palabras Clave: habilidades comunicación, empatía, escucha activa, microcounseling, programa multimedia

RESUMO

Diferentes estudos mostran unha asociación entre o emprego efectivo de destrezas comunicativas en profesionais sanitarios e a consecución de obxectivos relacionados coa práctica clínica. Con todo, a maior parte destes traballos non especifican con claridade o proceso de adestramento, nin os compoñentes comunicacionais empregados.

O obxectivo da presente investigación foi o de avaliar un programa multicompoñente e estruturado de habilidades de escoita activa, elaborado nun formato multimedia e aplicado a unha mostra de profesionais sanitarios.

Mediante un deseño pre-experimental con tres medidas temporais, pre-tratamento, post-tratamento e seguimento, avaliáronse as respostas comunicativas presentadas ante diferentes tipos de demandas relacionais, así como a súa asociación con posibles variables moduladoras, coma a empatía e autoeficacia percibida. Para elo empregouse unha mostra de 73 profesionais de enfermería e técnicos de coidados auxiliares.

Os resultados mostraron un amplo incremento das habilidades de escoita activa e unha diminución de bloqueos comunicativos, indicando o seu mantemento tralo paso do tempo e a xeneralización a contextos de práctica simulada. Non obstante, non se atoparon asociacións significativas con respecto ás variables moduladoras estudadas. Os datos obtidos apoian a pertinencia e utilidade de incluír intervencións destas características nos programas formativos do persoal sanitario.

Palabras Clave: habilidades comunicación, empatía, escoita activa, microcounseling, programa multimedia

ABSTRACT

Several studies showed an association between the effective use of communication skills in healthcare professionals and achieving clinical practices aims. However, the majority of them do not clearly specify neither the method, nor the communication components performed.

The aim of this research was to evaluate a multicomponent and structured program of active listening skills, developed in a multimedia format and applied to a group of health professionals.

A pre-experimental study was designed with three temporary measures; pre-training, post-training and follow up. The communicative responses presented to different types of relational demands, as well as their association with possible modulating variables, such as an empathic capacity, self-efficacy amongst others, were evaluated by a sample of 73 nurses and nursing assistants.

Results showed a wide increase of the skills of active listening and a decrease of communicative blocks, staying during the study progress and performing in the simulated practice context. However, no significant associations were found in the modulatory variables studied. In conclusion, results obtained support the relevance and use of including interventions of these characteristics in the training programs of healthcare professionals.

Keywords: communication skills, empathy, active listening, microcounseling, multimedia program

ÍNDICE

I. REVISIÓN TEÓRICA

0. Introducción	3
1. La Capacidad Empática	6
1.1. Aproximación histórica y aplicaciones del término empatía	6
1.2. Términos y teorías relacionadas con el concepto de empatía.	10
1.3. La empatía en el proceso psicoterapéutico.....	12
1.4. La competencia empática en contextos sanitarios.....	18
2. Las Habilidades De Comunicación Como Herramientas De Intervención De Escucha Empática.....	19
2.1. Habilidades de comunicación y habilidades sociales: aproximacion. histórica y conceptual.....	19
2.2. Las habilidades de escucha activa.....	23
2.3. Entrenamiento en habilidades de comunicación: utilidad en los contextos sanitarios.....	28
2.4. Programas de habilidades de comunicación implementados en sanitarios.....	34
2.4.1. Programas de intervención en habilidades de comunicación implementados en profesionales de enfermería.	40
2.4.1.1. Población y área de intervención al que van dirigidos.	41
2.4.1.2. Evaluación de las habilidades de comunicación	43

2.4.1.3. Procedimiento y contenidos de elementos empleados en los programas de entrenamiento en habilidades de comunicación.	50
3. Microcounseling	57
3.1. Concepto y definición de microcounseling.....	57
3.2. Habilidades de comunicación descritas desde el microcounseling: las microhabilidades..	58
3.3. Estudio de la eficacia y clasificación de los programas de microcounseling.....	69
3.3.1. Evolución del microcounseling: desde 1968 hasta 1990.....	71
3.3.2. Desde 1990 hasta la actualidad: desarrollo y novedades en el estudio del microcounseling.....	81
3.3.2. 1. Revisiones actuales: los programas de entrenamiento en habilidades de ayuda (helping skills training).....	83
4. Nueva Metodología De Formación: Aparición De Los Nuevos Programas Interactivos	89

II. INVESTIGACIÓN

1. Objetivos E Hipótesis.....	101
2. Metodología	102
2.1. Participantes.	102
2.2. Instrumentos.....	103
2.2.1. Cuestionario para la valoración de respuestas empáticas y de escucha activa.	104
2.2.2. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva – TECA- (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García, 2008).....	107

2.2.3. Escala de competencia comunicativa percibida.....	108
2.2.4. Escala de satisfacción con el curso	108
2.2.5. Programa de intervención multimedia para el aprendizaje de habilidades de comunicación empática y escucha activa en profesionales sanitarios.	109
3. Diseño.....	118
4. Procedimiento.....	119

III. RESULTADOS

1. Resultados.....	125
1.1. Análisis del efecto del programa de intervención sobre las habilidades de comunicación básicas de escucha activa, presentadas en producción escrita.	125
1.1.1. Análisis del efecto del programa de intervención sobre el total de habilidades empáticas y habilidades no empáticas.	125
1.1.2. Análisis del efecto del programa de intervención sobre la puntuación total obtenida.	127
1.1.3. Análisis del efecto del programa de intervención sobre la frecuencia de subtipos de variables comunicativas presentadas en producción escrita.	128
1.2. Análisis de las habilidades de comunicación de escucha activa presentadas en role playing.....	132
1.3. Análisis de los efectos del entrenamiento sobre la percepción de autoeficacia comunicativa.	136
1.4. Análisis de los efectos del entrenamiento sobre las puntuaciones en Empatía Cognitiva y Afectiva.	137

1.5. Análisis de los resultados obtenidos a través de la Escala de satisfacción con el curso. ...138

1.6. Análisis de correlación de las principales variables objeto de estudio.139

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Discusión145

2. Conclusiones151

REFERENCIAS.....153

APÉNDICE.....213

Apéndice A. Cuestionarios y escalas214

Apéndice B. Definiciones219

Apéndice C. Cuadro resumen del programa de habilidades de comunicación empáticas para profesionales sanitarios225

Apéndice D. Ejemplos de formatos de respuestas del programa de habilidades de comunicación empáticas232

Apéndice E. Consentimiento informado.....233

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características principales de los programas de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería	52
Tabla 2. Clasificación de las diferentes habilidades de comunicación descritas en los programas de microcounseling y habilidades de ayuda.....	62
Tabla 3. Características principales de la muestra	103
Tabla 4. Concordancia interobservadores para las categorías comunicativas definidas	106
Tabla 5. Comparación de las medias y desviaciones típicas para el porcentaje de respuestas empáticas y bloqueos comunicativos en las tres fases de evaluación.....	127
Tabla 6. Resultados del análisis descriptivo y de la comparación de medias en función del porcentaje de respuestas comunicativas en las tres fases de medida.	131
Tabla 7. Comparación por pares del porcentaje de respuestas comunicativas presentadas en T1, T2 y T3.	132
Tabla 8. Comparación entre el porcentaje de respuestas comunicativas producido en formato escrito y el presentado en role-playing.	135
Tabla 9. Resultados del análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas a través de la Escala de Autoeficacia General y el Cuestionario de Competencia Comunicativa en las tres fases de evaluación.	137
Tabla 10. Resultados del análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en el test TECA en la fase previa al entrenamiento	138

Tabla 11. Resultados del análisis de correlación de Spearman entre las dimensiones del Cuestionario TECA, las habilidades de comunicación y escucha y la autoeficacia general percibida	141
Tabla 12. Matriz de correlaciones entre las habilidades de comunicación y escucha, la edad, años de experiencia y la autoeficacia general percibida	141

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procedimiento básico en los programas de habilidades de comunicación	51
Figura 2. Ejemplo de corrección del cuestionario para la valoración de las respuestas empáticas y de escucha activa.....	107
Figura 3. Instrumentos empleados en las distintas fases de la evaluación.....	121
Figura 4. Media de respuestas empáticas y no empáticas presentadas en producción escrita en los tres momentos de medida.....	126
Figura 5. Porcentajes obtenidos en producción escrita para las distintas categorías comunicativas en las tres fases de medición.	129
Figura 6. Media de respuestas por categoría comunicativa presentadas en role playing	134
Figura 7. Comparación de respuestas empáticas y no empáticas presentadas en role playing ..	135

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AP	Aprendizaje Programado
CC	Comunicación
GE	Grupo experimental
GC	Grupo control
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
HHCC	Habilidades de comunicación
HHSS	Habilidades sociales
HRD	The Human Resources Development
IPR	Integrated Didactic-Experiential Training o Human Relations Training
RP	Role playing
TECA	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva
T1	Medida pre-entrenamiento
T2	Medida post-entrenamiento
T3	Medida de seguimiento.

I. REVISIÓN TEÓRICA

0. Introducción

La competencia comunicativa de los profesionales en contextos clínico-sanitarios, se ha asociado con una mayor calidad asistencial, siendo numerosos los estudios que han avalado en este ámbito, la utilidad de implementar programas dirigidos al incremento de habilidades empáticas. Sin embargo, la investigación desarrollada se caracteriza por una alta heterogeneidad, una escasa especificación de los procedimientos de intervención y el empleo de medidas de resultado muy diversas, y en muchos casos, de validez cuestionable.

El objetivo principal de esta tesis doctoral es el desarrollo, aplicación y evaluación, de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación empáticas, con el propósito de solventar en la medida de lo posible, estas limitaciones. Como importante innovación en el campo, se ha empleado una plataforma formativa online, desde la que a través de un programa multimedia diseñado para este estudio, se ha llevado a cabo el proceso de aprendizaje y evaluación en sus diferentes fases.

El trabajo se divide en cuatro partes. La primera, la introducción teórica, consta de tres capítulos dedicados al análisis del campo de conocimiento y la revisión de estudios sobre esta materia, y la segunda, tercera y cuarta parte, de carácter empírico, constituyen tres apartados que incluyen la metodología, los resultados, el análisis estadístico y finalmente la discusión y conclusiones.

En el capítulo uno se realiza una aproximación teórica al concepto de empatía, donde se exponen los orígenes del término y sus diferentes teorías explicativas. Posteriormente, se describen las líneas de investigación actuales, así como las implicaciones de las competencias

empáticas tanto en el proceso psicoterapéutico, como en las relaciones terapéuticas, en un sentido más amplio.

Los programas de intervención en habilidades de comunicación, constituyen la principal herramienta formativa empleada para el incremento de las competencias empáticas. En el segundo capítulo, se describe el campo de las habilidades de comunicación y habilidades sociales, con el objetivo de enmarcar el presente trabajo de investigación. Se revisa la bibliografía científica y se exponen las características principales de los programas dirigidos a los profesionales de la salud, y de forma específica, a profesionales de enfermería y auxiliares, por ser la población seleccionada para este estudio. A continuación, en el tercer capítulo, se presenta una amplia revisión de un modelo específico, el microcounseling, dirigido a la enseñanza de habilidades de comunicación empáticas y diferentes herramientas comunicativas de distinta complejidad, propias de la psicoterapia. El microcounseling supone un enfoque sistemático de aprendizaje de competencias, que solventa en gran parte, la falta de especificación de los procedimientos de intervención y de operativización de las variables comunicativas.

Finalmente, en el cuarto capítulo, se presenta una breve introducción a los contenidos y características de programas multimedia, y su relevancia como métodos de aparición reciente, en la enseñanza de las capacidades comunicativas.

La parte empírica de la tesis doctoral está compuesta por los apartados dos, tres y cuatro. En el segundo apartado, se presentan los aspectos propios de la metodología de *investigación*: el diseño, la muestra, los instrumentos de evaluación y el procedimiento de estudio. Se describe el proceso de construcción de las categorías de clasificación de las variables comunicativas y el análisis de su validez. Se detalla también el programa de intervención desarrollado, a través de los diferentes módulos que lo componen. En la descripción del

procedimiento, se recoge la página web dónde se encuentra alojado el programa de habilidades de comunicación.

El tercer apartado contiene el análisis estadístico y los resultados de la investigación.

En el cuarto apartado, se describen e interpretan los resultados hallados con respecto a las hipótesis planteadas y literatura científica revisada. Se señalan las aportaciones e implicaciones del presente estudio, así como las limitaciones del mismo. Finalmente se detallan las conclusiones.

Por último se recogen las referencias bibliográficas y los apéndices, donde se incluyen las definiciones de las categorías comunicativas aplicadas, los diferentes instrumentos de evaluación empleados y el material gráfico que muestra la plataforma formativa.

1. La Capacidad Empática

1.1. Aproximación histórica y aplicaciones del término empatía

El término de empatía, hace referencia a un concepto amplio para el que se han propuesto múltiples definiciones. Son numerosos los autores que han señalado las discrepancias existentes con respecto a la definición del mismo (Bohart y Greenberg, 1997; Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008; Preston y de Waal, 2002).

Suele admitirse que su origen proviene del término alemán “Einfühlung”, “sentir inducido” o “sentir en”, empleado por distintos filósofos del siglo XIX. Existe controversia acerca de la autoría de dicho término, aunque tradicionalmente se le atribuye a Robert Vischer (citado en Fernández-Pinto et al., 2008; Wispé, 1987), filósofo alemán que contextualizó su significado en el siglo XIX en el campo de la estética y el arte (Jahoda, 2005). Otros trabajos sin embargo, atribuyeron su origen a otro conocido filósofo alemán del siglo XVIII, Gottfried Herder (citado en Edwards, 2013).

Tal como podemos observar, independientemente del origen exacto del término, la concepción de empatía se relacionó en un principio con el mundo de la percepción y el arte, y era descrita como una respuesta emitida ante estímulos u objetos artísticos. A partir de aquí, se señala a Theodore Lipps (citado en Edwards, 2013), como el psicólogo alemán que en el siglo XX desarrolló dicho término. Lipps, además de aludir al “sentir en” como emoción que surge a partir del conocimiento artístico, extendió su significado hacia la capacidad para sentir y experimentar en uno mismo la acción, gestos y emoción observadas en otras personas (Jahoda, 2005).

Sin embargo, el término de empatía tal y como hoy lo conocemos, fue introducido en 1909 por Titchener (citado en Edwards, 2013; Fernández-Pinto et al., 2008; Gladstein, 1984; Wispé, 1987). A pesar de las críticas recibidas por su traducción, se le reconoce a este autor, una mayor aproximación a la definición actual de empatía, entendida como la capacidad para ponernos en el lugar de otra persona.

La perspectiva multidimensional e integracionista como modelo teórico.

El desarrollo del concepto de empatía, ha incluido a lo largo de la historia diferentes perspectivas teóricas, entre las que se encuentra la disyuntiva establecida entre la dimensión cognitiva y afectiva, y el enfrentamiento entre los autores que postularon teorías disposicionales y los que defendieron que esta capacidad dependía en mayor medida de factores situacionales.

Entre las posturas cognitivistas se halla la de Hogan (1969), que describió la empatía como la “capacidad de comprensión intelectual o imaginativa de la condición o estado de ánimo del otro” (p. 307). Este autor hizo especial referencia a la relación entre la disposición empática del individuo y el desarrollo de una perspectiva moral y, a pesar de que esta definición se basaba en una postura cognitivista, autores como Davis (1994) señalaron ciertas alusiones a la dimensión afectiva, en el instrumento de evaluación desarrollado por el autor. Parece que empiezan las primeras alusiones a una perspectiva multidimensional, que desarrollaremos posteriormente.

Además de la capacidad para comprender la situación de otra persona, desde esta posición, se hace también referencia a la capacidad para ponernos en su lugar. Autores como Dymond (1949), hicieron alusión a esta descripción en uno de sus artículos: “La empatía será empleada en este artículo para señalar la capacidad de imaginar una transposición de uno mismo

al pensamiento, sentimientos y emociones del otro y estructurar el mundo como él lo hace". (p. 127).

En contraposición a las posturas descritas previamente, Hoffman (1987, 1990) defendió una dimensión emocional, al considerar la empatía como una respuesta afectiva ante el estado de otra persona. Describió además cinco afectos o sentimientos morales, a través de los que se podía producir la respuesta empática: la angustia, la benevolencia o compasión, la culpa, el enfado o indignación y la injusticia.

Stotland y Smith (1993) consideraron que el término hacía referencia a una respuesta emocional producida ante la observación de la conducta de otra persona.

Próximos a este concepto, Mehrabian y Epstein (1972), propusieron la denominación de respuesta emocional empática, basándose en la postura mostrada por Stotland (1969). Mehrabian y Epstein (1972) resaltaron el papel que desempeñan los sentimientos que compartimos o son elicitados por las otras personas ante una determinada situación, manifestando así que la respuesta empática no solo debía de ser considerada desde un punto de vista cognitivo, como una anticipación o predicción de la conducta del otro. En su estudio, reflejaron además, que en las conductas empáticas influyen tanto aspectos disposicionales como situacionales. En consonancia con esta postura hallaron que la inmediatez y cercanía de las otras personas ante una determinada situación de sufrimiento, así como los rasgos de empatía del propio individuo, son variables que interaccionan entre sí y actúan como factores facilitadores o inhibidores de la conducta empática y/o de conductas agresivas. En esta línea, autores como Fernández-Pinto et al. (2008), expusieron también que este tipo de respuesta hacía alusión a una respuesta emocional vicaria.

Si bien en un principio, las definiciones sobre empatía se centraron en la capacidad cognitiva para ponernos en el lugar de la otra persona, posteriormente señalaron que la conducta

empática consistía en una respuesta emocional ante los demás. En la actualidad, está extendida una postura integracionista multidimensional entre ambas perspectivas (Fernández-Pinto et al., 2008).

Uno de los representantes más destacados de la postura integracionista, fue Davis (1980) que defendió ya en la década de los ochenta la multidimensionalidad del concepto de empatía. Con el propósito de ofrecer una definición completa que aúna ambas posturas, el autor describió cuatro subescalas o factores de la capacidad empática, pertenecientes al instrumento *IRI, The Interpersonal Reactivity Index* (Davis, 1980), una escala multidimensional que desde una perspectiva integracionista evalúa tanto los factores emocionales como cognitivos (Davis, 1983a, 1983b). Las cuatro subescalas que describió fueron las siguientes: la *subescala de fantasía*, entendida como la tendencia o capacidad de imaginarse a uno mismo en el lugar de personajes de fantasía, libros, películas y juegos; la *adopción de la perspectiva del otro*, que evalúa la capacidad para ponerse en el lugar de otra persona; la *preocupación empática*, definida como la tendencia a experimentar sentimientos de preocupación ante lo que le ocurre a otra persona y la *subescala de distress personal*, encargada de evaluar los sentimientos de ansiedad y distress ante situaciones de tensión o de crisis.

En nuestro país, el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)* (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008) analiza tanto los aspectos cognitivos de la empatía, dentro de los que incluyen la adopción de perspectivas y comprensión emocional, como los afectivos, entre los que se describieron el estrés empático y alegría empática.

Esta perspectiva integracionista, es también la asumida para las dimensiones disposicional y situacional. Davis (1980), señaló que la disposición de la persona a ayudar puede verse modulada por variables situacionales. Batson, Duncan, Ackerman, Buckley y Birch (1981)

plantearon también en sus estudios esta disyuntiva, y encontraron que ante altas puntuaciones en empatía los sujetos ayudaban en el mismo grado a una persona, sin embargo, ante puntuaciones más bajas, los elementos situacionales cobraban mayor peso.

En resumen, desde esta perspectiva surge la posibilidad de entender la empatía, no solo como un rasgo estable del individuo, sino como un elemento de su repertorio conductual, que puede ser modulado por los procesos de aprendizaje. En esta línea, Bohart y Greenberg (1997) hicieron alusión al concepto de *empatía como acción comunicativa*, es decir, como proceso activo que conlleva respuestas verbales y no verbales, dirigidas a la sintonización con la otra persona. Desde este punto de vista, cobra especial relevancia el modelado de conductas de comunicación efectivas, mediante el cual, se guiará el aprendizaje de esta habilidad o respuesta.

1.2. Términos y teorías relacionadas con el concepto de empatía.

A lo largo de la literatura el estudio de la empatía se ha relacionado con diferentes conceptos y otras áreas de investigación limítrofes.

Distintos trabajos han sugerido una conexión entre la capacidad empática y la conducta altruista (Batson et al., 1991; Batson et al., 1981). En este campo de investigación, destacan los estudios que han relacionado el juicio moral y la conducta prosocial con la empatía en adolescentes (Eisenberg et al., 2002; Eisenberg, Hofer, Sulik y Liew, 2014; Escrivá, García y Navarro, 2002; Sánchez-Queija, Oliva y Parra, 2006).

Otro de los conceptos que se ha asociado al comportamiento empático es el de *inteligencia emocional*, definida como la capacidad para entender, valorar y expresar nuestras emociones y las de los demás, así como poder adaptarnos a las mismas y al ambiente, a través de una regulación efectiva de las emociones (Salovey y Mayer, 1990). Goleman (2012) consideraba

que la empatía, junto con la autoconciencia, autorregulación, motivación y habilidades sociales, era uno de los componentes de la inteligencia emocional.

Desde un punto de vista estrictamente cognitivo, la capacidad empática de una persona está relacionada con la denominada teoría de la mente. Generalmente los trabajos de investigación se han dirigido a evaluar la capacidad para inferir y predecir conductas o estados mentales de los demás, especialmente en personas que padecen un Trastorno del Espectro Autista. Desde esta perspectiva se suele hacer alusión al estudio de Sally y Ana, en el que se plantea una tarea para valorar la capacidad de realizar una inferencia, desde el punto de vista de otra persona. En esta tarea, se representa una viñeta con dos niñas: una de ellas, Sally, coloca una pelota o canica en una cesta, a la vista de la otra niña, Ana. Después, Sally se va y Ana sin que la primera la vea, esconde la pelota en una caja. La teoría predice que los niños diagnosticados de trastorno del espectro autista, tendrán problemas para entender que cuando Sally vuelva a la habitación, buscará la pelota en el lugar que la dejó. Así, desde esta teoría, se predice que los niños diagnosticados de autismo, tienen problemas para comprender los estados mentales o situaciones de otras personas cuando no están presentes en las mismas o no las viven en primera persona (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Frith, 2001; Leslie, 1987).

Por otro lado, desde el campo de las neurociencias se ha postulado la teoría de las neuronas espejo para dar explicación a la reacción de *simpatía*, que podemos presentar ante la conducta o emoción de los demás. Así, el sistema de neuronas espejo, fue descubierto en un primer momento en primates, al comprobar la presencia de un sistema de neuronas que se activaba, tanto cuando el mono realizaba una acción motora, como cuando la observaba. Este sistema da cuenta de nuestra capacidad para responder del mismo modo, no solo ante la conducta

de un individuo, sino también ante las emociones de este. Por así decirlo, estas neuronas reflejan en nuestro propio cerebro, como si de un espejo se tratase, la acción o emoción que estamos observando en otra persona (Rizzolatti y Sinigaglia, 2008). Cuando presenciamos una conducta o una emoción que nos transmite otra persona, una escena o una situación, los circuitos neuronales que se activan son los mismos que lo harían si dicha conducta o emoción fuese la nuestra (Iacoboni, 2009).

En cuanto a los circuitos neuronales implicados en seres humanos, se ha investigado la relación entre la descarga de estas neuronas con la activación de zonas prefrontales, entre las que se incluyen el área de Brocca, y áreas frontoparietales, también implicadas en la imitación de movimientos. El córtex prefrontal y temporal medial, son áreas tradicionalmente asociadas a la capacidad empática y teoría de la mente. (Iacoboni et al., 1999; Moya-Albiol, Herrero y Bernal, 2010; Williams, Whiten, Waiter, Pechey, y Perrett, 2007).

Como vemos, el estudio de la competencia empática aborda diferentes conceptos interrelacionados entre si. Entre estos se halla también el de las habilidades de escucha activa, que se describe en el capítulo siguiente.

1.3. La empatía en el proceso psicoterapéutico.

La alianza terapéutica es un factor esencial a tener en cuenta en todo proceso psicoterapéutico (Bordin, 1979; Luborsky, 1994). De acuerdo con Bordin (1979) la alianza terapéutica está compuesta por tres elementos: el grado de acuerdo entre el paciente y el terapeuta con respecto a los objetivos planteados, el grado de acuerdo en relación a las tareas presentadas y el vínculo establecido entre ambos.

En este campo, destaca la figura de Rogers (1942, 1981), autor que desarrolló la denominada terapia centrada en el cliente. Esta orientación de corte humanista, establece una relación estrecha entre la empatía y el desarrollo de la alianza o relación terapéutica. Una de las aportaciones indiscutibles del autor, es la descripción de tres factores fundamentales en la actitud del terapeuta, de cara al logro del cambio en psicoterapia: la consideración positiva incondicional, la empatía y la congruencia o autenticidad (Feixas, 1993).

Distintos estudios señalaron también esta relación entre empatía y alianza, o en su defecto, hicieron alusión a su importancia en el contexto clínico-asistencial (Gladstein, 1984; Horvath y Luborsky, 1993; Marcia, 1987; Wispé, 1987). Más recientemente los trabajos de Feller y Cottone (2003) y el metanálisis de Nienhuis et al. (2016), que incluye además la percepción de autenticidad como elemento relacionado con ambos factores, aluden también a la conexión entre dichos elementos. Cada vez ha tomado mayor consistencia, la idea de que la comprensión de los pacientes y la capacidad para saber transmitir esta comprensión, se relaciona con resultados positivos en psicoterapia (Greenberg, Watson, Elliot, y Bohart, 2001).

Investigaciones de actualidad, centradas en el estudio de las características de la terapia basada en la evidencia, han puesto el foco de atención en la evaluación de técnicas e intervenciones concretas, dejando al margen el papel de la relación terapéutica y su influencia en los resultados obtenidos (Norcross y Wampold, 2011). Norcross y Wampold (2011) han conseguido redirigir el foco de atención hacia la alianza terapéutica y empatía, considerándolas, junto con otros factores como la cohesión y el feedback entre el profesional y paciente, elementos *manifiestamente* eficaces del proceso psicoterapéutico. En este sentido, se pronunciaron Ackerman et al. (2001) y Norcross y Lambert (2011) con sus trabajos, en los que analizaron las propuestas y conclusiones del grupo de la *American Psychological Association's*

Division of Psychotherapy Task Force (Division 29), con respecto al apoyo empírico que obtiene la relación terapéutica en estudios sobre eficacia en psicoterapia.

Por otra parte, es necesario hacer referencia a la relación entre los denominados factores comunes y la eficacia en psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert y Barley, 2001). Entre estos factores, los estudiados en mayor medida han sido los relacionados con la alianza terapéutica y las habilidades centradas en el cliente ya definidas por Rogers (1989). En este sentido, los metaanálisis desarrollados por el equipo de Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds (2011) y Horvath y Symonds (1991) han confirmado la existencia de una asociación positiva entre la alianza terapéutica y los resultados obtenidos en psicoterapia. Esta asociación se establece con independencia de otras variables, como pueden ser la orientación teórica o tipo de medición empleada en los distintos estudios. Sin embargo a nuestro entender, cabe señalar otro aspecto fundamental informado por este grupo de investigación, referente al peso de dicha asociación: los tamaños del efecto hallados en los distintos estudios reflejaron un valor modesto, situado alrededor de 0.275 (Horvath et al., 2011). En los metaanálisis realizados el tamaño del efecto se situó entre el 0.22 y 0.31 (Elliott, Bohart, Watson y Greenberg, 2011; Martin, Garske y Davis, 2000), por lo que de acuerdo con Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold (2012) consideramos sensato asumir que, si bien queda demostrada la asociación entre la alianza y resultados terapéuticos, no es posible dar por hecho una relación directa de causalidad. Tal como señalan Elvins y Green (2008), la heterogeneidad en las medidas y conceptualización de la alianza terapéutica pueden estar relacionadas con los resultados encontrados a este respecto.

No obstante, cuando se habla de factores comunes no solo se hace referencia a la alianza terapéutica. Los elementos relacionados con la generación de expectativas positivas, la contextualización del proceso psicoterapéutico y de roles de cada uno de los integrantes, así

como el consenso en el establecimiento de objetivos, forman también parte de los mismos y por ende, pueden ser relacionados con resultados favorables en psicoterapia (DeFife y Hilsenroth, 2011). Del mismo modo, se ha definido la alianza terapéutica a través de elementos como la colaboración mutua entre paciente y terapeuta (Horvath et al., 2011).

Elliot et al. (2011), consideraron que la percepción del paciente sobre la empatía es más determinante, que la percepción del terapeuta. Entre sus aportaciones se encuentra la subdivisión que realizaron sobre las distintas formas de transmitir empatía y medidas de evaluación de la misma. Así, distinguieron tres conceptos de empatía: el *emphatic rapport*, que definieron como el empleo de una actitud compasiva en la que el terapeuta quiere transmitirle al paciente que lo comprende; la *attunment comunicative*, que suele expresarse a través de respuestas comunicativas que pretenden sintonizar con el paciente, y en tercer lugar, la *empathy person*, que comparte una orientación en mayor medida psicoanalítica, y que definieron como la experiencia que nos acerca al mundo del paciente, ayuda a comprender las claves de su problema y cómo estas le hacen sentir. Con respecto a la evaluación de la empatía describieron cuatro posibles medidas: empatía calificada por evaluadores no participantes (empatía expresada), empatía calificada por el cliente o empatía recibida, empatía calificada por el propio terapeuta (resonancia empática) y exactitud de la empatía (congruencia entre la percepción del cliente y del paciente con respecto a la percepción de empatía). Los autores sugirieron además, que las características del propio cliente, influyen en el grado de empatía percibido por ambos.

Según esto, para que se establezca una comunicación empática entre dos personas, es necesario mostrar que estamos sincronizados con el mensaje que nos expresa el otro, transmitiéndole que lo seguimos en todo momento. Esta relación de conexión entre receptor y emisor del mensaje, no se constituye como una reacción unidireccional. Diversos trabajos han señalado

las características del terapeuta como variables que pueden influir en la alianza terapéutica y la eficacia de la intervención (Ackerman y Hilsenroth, 2001; Beutler, Machado, y Neufeldt, 1994; Dunkle y Friedlander, 1996). En estos trabajos las variables relacionadas con la capacidad empática, la flexibilidad y apertura en relación al estilo del terapeuta, se han asociado positivamente con el establecimiento de una adecuada relación. Otras variables como la experiencia profesional y orientación teórica fueron también revisadas, sin que se hayan obtenido resultados concluyentes al respecto. Además de las variables citadas previamente, algunos autores señalaron que las expectativas sobre la evolución del paciente, son también relevantes en el desarrollo de la alianza terapéutica y, por lo tanto, en los resultados obtenidos (Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, y Schauenburg, 2008).

Sin embargo, aunque el desarrollo de una relación empática dependa en mayor medida del profesional, es probable que determinadas variables del paciente que conducen normalmente a un afecto negativo en las relaciones interpersonales, influyan también en el establecimiento de la capacidad empática por parte del terapeuta. Características como la hostilidad, un estilo defensivo o el perfeccionismo, así como las expectativas con respecto a la terapia, pueden dificultar la creación de una buena relación terapéutica (Corbella y Botella, 2003; Machado et al., 2015)

Se hace por lo tanto evidente, la necesidad de que el terapeuta se adecue no solo a las características del paciente, sino que pueda ser consciente de cuáles son los factores a los que los pacientes dan un mayor peso en la alianza terapéutica (Bachelor, 2013). Cobra aquí importancia el concepto de *communicative attunement* descrito con anterioridad. La sincronización, es el punto de partida para establecer una conexión empática entre el profesional y el paciente (Elliot et al., 2011).

Con el propósito de poder monitorizar la alianza entre el paciente y terapeuta durante una entrevista clínica se han diseñado escalas específicas destinadas a valorar esta relación. Una de las escalas más empleadas y validada empíricamente es el *Working Alliance Inventory (WAI)* (Hovarth y Greenberg, 1986), un inventario de 36 ítems, divididos en tres subescalas basadas en el concepto de alianza de Bordin (1979). El *WAI* cuenta con una adaptación española llevada a cabo por Andrade-González y Fernández-Liria (2015). En nuestro país el equipo de Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) desarrollaron el *SOATIF (Sistema para la observación de la alianza terapéutica en la intervención familiar)*, un instrumento observacional que valora la alianza terapéutica tanto desde la perspectiva del terapeuta, como del paciente y su familia. Este sistema, tal como señalan los autores, parte de una perspectiva transteórica y multidimensional, siendo cuatro las dimensiones que valora: el enganche en el proceso terapéutico, la conexión emocional con el terapeuta, la seguridad dentro del contexto terapéutico y el sentido de compartir el propósito de la familia. Además de poder ser empleada en estudios de investigación, es considerada una herramienta útil para el terapeuta y la supervisión de la alianza generada en contextos psicoterapéuticos.

En resumen, si partimos de que la alianza terapéutica y capacidad empática están asociadas con resultados favorables en psicoterapia, es probable que la aplicación de programas de intervención dirigidos a mejorar esta capacidad en profesionales sanitarios, potencie la relación terapéutica entre el paciente y el profesional, y aporte una mayor efectividad a las intervenciones realizadas. A continuación se introduce brevemente la relevancia de la transmisión de la empatía en un entorno sanitario. Posteriormente, se describe la metodología destinada a trabajar este tipo de habilidades.

1.4. La competencia empática en contextos sanitarios

Son cuantiosos los trabajos de investigación diseñados para poner a prueba diferentes programas de entrenamiento, destinados a mejorar la capacidad empática en profesionales de la salud o que presentan entre sus objetivos principales, evaluar las competencias empáticas y comunicativas en este contexto (Austin, Evans, Magnus y O'Hanlon, 2007; Bikker, Fitzpatrick, Murphy y Mercer, 2015; Lauder, Reynolds, Smith y Sharkey, 2002; Ozcan, Oflaz y Bakir, 2012; Ozcan, Oflaz y Cicek, 2010). En el metaanálisis desarrollado por Teding van Berkhout y Malouff (2016) se analizaron dieciocho ensayos experimentales en los que se implementaba un entrenamiento en empatía, evidenciando la eficacia de este tipo de programas.

Paradójicamente a lo esperado, se ha descrito en estudiantes de medicina, la tendencia hacia una disminución de conductas empáticas, en el transcurso de la formación universitaria o durante la residencia (Hojat et al., 2009). Estos resultados ponen en evidencia una vez más, los déficits presentados en la formación de estudiantes de ciencias de la salud, con respecto a las aptitudes relacionadas con la empatía y habilidades de comunicación.

Por otro lado, se han estudiado posibles variables moduladoras de la capacidad empática. Entre estas se ha señalado la pertenencia al sexo femenino, entendemos que en relación a los roles de género instaurados, la experiencia previa con enfermedades graves en familiares y la motivación hacia la ayuda (Esquerda, Yuguero, Viñas y Pifarré, 2016). Otros trabajos plantearon la influencia de variables socioculturales, la formación y el contacto positivo previo con profesionales sanitarios (Delgado-Bolton, San-Martín, Alcorta-Garza y Vivanco, 2015). Se ha sugerido asimismo una relación negativa entre la elección de especialidades técnicas y la capacidad empática (Chen, Kirshenbaum, Yan, Kirshenbaum y Aseltine, 2012; Tavakol, Dennick y Tavakol, 2011).

A pesar de que la mayor parte de los resultados muestran la eficacia de los programas de intervención dirigidos al incremento de las conductas empáticas en sanitarios, la interpretación de estos resultados no está exenta de dificultades, debido a la falta de homogeneidad observada entre los distintos trabajos de investigación (Yu y Kirk, 2009).

En definitiva, de modo similar a lo acontecido en una intervención psicológica, el establecimiento de la alianza terapéutica y capacidad para transmitirle al paciente que lo comprendemos, es fundamental en un entorno hospitalario. Disponer de formación y herramientas para optimizar la relación entre paciente y profesional sanitario, contribuirá a la mejora asistencial y potenciará los resultados de las intervenciones. Y es en este contexto, donde los programas de entrenamiento dirigidos a incrementar las competencias comunicativas y empáticas de los profesionales sanitarios, cobran especial relevancia. En el siguiente capítulo se desarrolla el marco teórico correspondiente a esta área de investigación y se presentan las características de los principales programas de comunicación desarrollados en el área de la salud.

2. Las Habilidades De Comunicación Como Herramientas De Intervención De Escucha Empática

2.1. Habilidades de comunicación y habilidades sociales: aproximación histórica y conceptual

A lo largo de la literatura se puede observar la confusión terminológica que existe en este campo de conocimiento, en el que se han empleado distintas acepciones para describir estudios con objetivos y procedimientos similares. Aunque inicialmente se pueden hacer diferencias conceptuales, en la investigación aplicada los términos habilidades de comunicación y habilidades sociales se solapan constantemente. Ambos hacen referencia al carácter social y de

relación de este tipo de capacidades. Con el propósito de clarificar en parte esta confusión, en el presente estudio partimos del concepto general de habilidades sociales, que consideramos hace alusión a cualquier tipo de habilidad o conducta que se pueda dar en un entorno social o de interacción entre dos o más personas, para centrarnos en el de habilidades de comunicación, que comprende conductas comunicativas específicas.

Caballo (2007) señaló tres fuentes históricas clave en su origen y desarrollo; las dos primeras provenientes de América del Norte y la tercera de Europa. En primer lugar, Salter (1949), considerado uno de los padres de la terapia de conducta, se aproximó al concepto de habilidades sociales a través de su libro *Conditioned reflex therapy, the direct approach to the reconstruction of personality*, en el que expuso técnicas de intervención y consejos psicoterapéuticos para afrontar la timidez y los problemas de relación. Por otra parte, Zigler y Phillips (1960, 1961, 1962) relacionaron, en pacientes psiquiátricos institucionalizados, el nivel premórbido de competencia social con diferentes expresiones de la sintomatología, así como con una mayor adaptación y menor estancia hospitalaria. Argyle (1957b), señaló que la percepción y el juicio de los demás podía ser un factor determinante junto con la percepción de uno mismo, de la conducta social. Realizó diferentes trabajos basados en este punto de vista (Argyle y Kendon, 1967), a través de los que analizó la variabilidad producida en nuestra conducta, en función de que el contexto fuese de carácter público o privado (Argyle, 1957a).

Otro hito en el desarrollo de la investigación sobre habilidades sociales y de comunicación, fue la introducción del término *asertividad* (Wolpe, 1958; Wolpe y Lazarus, 1966). El concepto de asertividad hace referencia a la capacidad para dar una respuesta, que pueda defender una idea o posición propia, con respecto a una situación particular de una forma adecuada, sin emplear conductas de carácter agresivo. Este concepto sigue en auge en el

presente, siendo el elemento principal de muchos programas de entrenamiento dirigidos a mejorar las habilidades sociales. Salter (citado en Caballo, 1983) fue considerado uno de los precursores de dicho término, que sin hacer mención explícita al mismo, hizo referencia a este a través de la descripción de posibles intervenciones en el ámbito de las relaciones sociales.

De acuerdo con Ovejero (1990), el origen y evolución del concepto de habilidades sociales fue diferente en Europa, ligado al área de la Psicología Social, y en norteamérica, asociado en mayor medida a la Psicología Clínica. Las distintas bases teóricas, dieron lugar a diferencias en la comprensión y ámbitos de actuación en los que fueron aplicados los distintos programas de intervención.

En este sentido, la importancia de la formación en habilidades sociales en las profesiones en las que las relaciones interpersonales son la base de la actividad laboral, tales como las relacionadas con el ámbito de la enseñanza, área social y de la salud, fue ya defendida en los años ochenta por R. Ellis (1980). Y es en esta época, en la que se desarrollaron las principales líneas de investigación que continúan vigentes en la actualidad (Eisler, Blanchard, Fitts, y Williams, 1978; Hollinger, 1987; Mesibov, 1984; Wallace y Liberman, 1985).

Autores como Kelly (1982) hicieron mención a distintos ámbitos de aplicación, entre los que se incluyó el laboral, relacionado con el manejo y afrontamiento de las entrevistas de trabajo, y el entorno clínico, dirigido a la intervención en niños con problemas de relación. El autor describió las habilidades sociales a partir de su carácter funcional en el medio ambiente e hizo alusión a las denominadas *habilidades sociales en conversación*, concepto muy ligado a la noción actual de habilidades de comunicación.

El entrenamiento en habilidades sociales se ha empleado en distintos tipos de poblaciones clínicas, a las que se le presuponen dificultades o déficits en este tipo de competencias. Tras

revisar la bibliografía, se observa que las poblaciones empleadas con mayor frecuencia en este tipo de intervenciones, están compuestas por pacientes diagnosticados de esquizofrenia o que han sufrido algún tipo de experiencia psicótica (Granholm et al., 2014; Kurtz y Richardson, 2012; Wallace y Liberman, 1985), y por población infantil o adolescente con el diagnóstico de algún tipo de Trastorno del Espectro Autista (Cappadocia y Weiss, 2011; Kasari, Rotheram-Fuller, Locke y Gulsrud, 2012; Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon, y Mogil, 2012). Entre los primeros trabajos destacan las aportaciones de Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta (2004), los cuales analizaron los estudios realizados hasta la fecha y presentaron un modelo de intervención propio, dirigido a pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Este tipo de programas se ha extendido a otros objetivos, como la mejora de la sintomatología ansiosa (Beidel et al., 2014; van Dam-Baggen y Kraaimaat, 2000).

En nuestro país además de los ya citados, son numerosos los autores que han puesto de manifiesto la importancia de las habilidades sociales en distintos contextos y desde distintas perspectivas (Ballester y Llarío, 2002; Gil y García Sáiz, 1984; Pelechano, 1999; Rodríguez, Rubio y Expósito, 1995; Rosa et al., 2002).

Al tratarse de un concepto con dificultades para su delimitación, son muchas y variadas las descripciones desarrolladas a lo largo de la historia. No será objeto del presente trabajo exponer y analizar las múltiples definiciones elaboradas, sin embargo cabe destacar las principales características de las mismas. La mayor parte de estas definiciones, recogen el carácter social o interpersonal de este tipo de habilidades, así como la posibilidad de ser aprendidas. Por otro lado, tal como señaló Caballo (2007), suelen hacer alusión a su contenido, es decir, a las conductas que las conforman y/o al refuerzo social o funcionalidad que implica su

puesta en práctica. En opinión del autor, una definición adecuada debe hacer referencia a ambos factores.

En resumen, el origen y desarrollo de las habilidades sociales se contextualiza en disciplinas como la Psicología Clínica y Psicología Social, donde la Terapia de Conducta y el modelo de Aprendizaje Social (Bandura, 1977a, Bandura y Walters, 1963) asumen un papel relevante. La mayor parte de paquetes de tratamiento basan sus elementos en el aprendizaje social, donde, modelado, retroalimentación y ensayo de conducta son los elementos básicos de los mismos.

Las habilidades de comunicación pueden considerarse un tipo de habilidades específicas relacionadas con la conducta social, por ser puestas en práctica ante otras personas y en situaciones de carácter social. Comprenden un repertorio de herramientas comunicativas que pueden ser aprendidas y que facilitan las relaciones interpersonales, disminuyen posibles conflictos y promueven la resolución de problemas, favoreciendo la transmisión de la empatía y la satisfacción en las interacciones sociales.

Una comunicación efectiva debe promover el discurso de la otra persona, a través de herramientas de escucha empática y/o escucha activa. A continuación se define este tipo de competencia comunicativa, así como los beneficios asociados a su puesta en práctica en el marco de la salud.

2.2. Las habilidades de escucha activa.

Las habilidades de escucha activa pueden ser definidas como las habilidades que nos permiten entender y atender al mensaje completo del interlocutor, tanto en su forma verbal como no verbal, así como transmitirle a la otra persona que la escuchamos y comprendemos. Sus

orígenes se remontan a Rogers (1980), que definió la *Attentive listening o escucha atenta* como la atención total que prestamos a lo que nos dice otra persona.

Distintas denominaciones pueden ser empleadas para hacer referencia a este mismo concepto. Tal es el caso de términos como escucha empática, escucha efectiva, escucha activa o escucha atenta (Boudreau, Cassell y Fuks, 2009). Cabe destacar la definición propuesta por estos autores, que incluyeron la participación de procesos perceptivos y cognitivos en este modo de escucha, señalando la probable influencia de variables contextuales y haciendo alusión al carácter dinámico del mismo. Así, definieron la escucha atenta como un proceso activo, perceptivo, cognitivo y social, que incluye tanto al lenguaje verbal como no verbal y del que participan no solo el receptor, sino el emisor y el mensaje transmitido. Además, concibieron este tipo de escucha como una habilidad que puede ser aprendida, destacando el carácter de no neutralidad que la identifica. Compartimos su percepción de que la escucha efectiva no es un acto neutro.

Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002) describieron en su manual *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*, las habilidades necesarias en el proceso de psicoterapia, entre las que se encuentran las habilidades propias de la escucha activa. La clasificación que realizaron fue la siguiente:

1. Habilidades básicas de escucha, entre las que enumeraron la actitud de escucha, la atención al discurso no explícito del paciente (los temas que a los que suele hacer referencia, omisiones durante el discurso...), la comunicación no verbal y la atención del terapeuta ante sus propias emociones, con el propósito de reflexionar sobre las mismas y clarificar en qué medida están influyendo en consulta.

2. Habilidades que promueven la actividad narrativa del paciente, como es el caso de los facilitadores no verbales y la intervención verbal mínima (“Uhum” “ya”...), la paráfrasis, el reflejo empático, la recapitulación o resumen, las preguntas abiertas y cerradas, la clarificación y el silencio.
3. Habilidades que facilitan narrativas alternativas como la interpretación, confrontación y la capacidad para informar y dar instrucciones.

A partir de esta clasificación se desprende una subdivisión entre habilidades que pueden ser agrupadas en dos grandes categorías: las destrezas de escucha activa, que abarcan los dos primeros puntos (a excepción de las habilidades que implican una acción directa ante el discurso, como la clarificación y la realización de preguntas), y las habilidades de influencia sobre la narrativa del discurso, como la interpretación y confrontación, que pretenden ejercer de forma directa un cambio en el discurso del paciente y pueden ser consideradas habilidades específicas dentro del campo de la psicoterapia. Autores como Cormier y Cormier (1991) y Menchaca y Alonso (2004) hicieron también referencia a este tipo de habilidades, como destrezas comunicativas necesarias en la entrevista y en el proceso psicoterapéutico. La división entre habilidades de escucha y habilidades de influencia, es una descripción frecuente en las distintas clasificaciones realizadas. En capítulos posteriores desarrollaremos este tema con mayor profundidad.

Barreras o bloqueos comunicativos como entorpecedores de las habilidades de comunicación efectiva o de escucha activa.

Además de las habilidades de comunicación que facilitan y promueven el discurso de la otra persona, existen otra serie de elementos que pueden dificultar el proceso de comunicación

efectiva¹.

Tal como se describía previamente, los factores relacionados con una actitud defensiva en el paciente pueden dificultar la activación de actitudes empáticas en el proceso terapéutico (Corbella y Botella, 2003; Machado et al., 2015). En este contexto cobra relevancia el concepto de contratransferencia, desarrollado ampliamente en el campo del psicoanálisis y empleado en la actualidad desde la mayor parte de orientaciones psicoterapéuticas, para hacer referencia a las reacciones emocionales negativas que provocan ciertas características o rasgos determinados de un paciente en el terapeuta. Se ha encontrado en diferentes estudios, una correlación negativa moderada entre la contratransferencia negativa y la alianza terapéutica (Bischsel, 2013; Machado et al., 2015). De este modo, Safran y Muran (2005), destacan la necesidad de prevenir interacciones de carácter hostil con el paciente, entendiéndose el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica y la reparación de rupturas, en caso de que se produzcan, como un aspecto fundamental de toda intervención en psicoterapia.

Norcross y Wampold (2011), señalaron distintas conductas a evitar durante el proceso psicoterapéutico, debido a su relación con un empobrecimiento de la relación terapéutica y capacidad empática. Entre estas hicieron referencia a la rigidez del terapeuta, a la no adaptabilidad al usuario y feedback que este ofrece, a basar la intervención en la confrontación y realizar comentarios hostiles o críticos.

Miller y Rollnick (2015b) describieron por su parte, diferentes variables relacionadas con la desvinculación del paciente, entre las que describen: una actitud imperativa y directiva excesivamente asimétrica y centrada en prestar exclusivamente soluciones, una actitud excesivamente inquisidora o centrada de forma desmesurada en la evaluación (a través por

¹ A este tipo de elementos o respuestas las denominaremos a partir de ahora, barreras o bloqueos comunicativos, por dificultar o bloquear el discurso del interlocutor.

ejemplo de múltiples preguntas), anteponer una posible intervención o propuesta de cambio terapéutico al establecimiento de una alianza sólida, basar la intervención en una etiqueta diagnóstica o sobrepasarnos con la entrevista social.

Gordon (citado en Miller y Rollnick, 2015c, p. 84) desarrolló estas recomendaciones y popularizó los denominados doce obstáculos de la escucha activa, entre los que enumeró los siguientes:

- Ordenar, dirigir o instruir.
- Avisar, advertir o amenazar.
- Aconsejar, sugerir o aportar soluciones.
- Persuadir mediante la lógica, discutir o sermonear.
- Decirle al otro lo que debe hacer, moralizar.
- Mostrar desacuerdo, juzgar, criticar o culpar.
- Estar de acuerdo, aprobar o elogiar.
- Humillar, ridiculizar o etiquetar.
- Interpretar o analizar.
- Tranquilizar, simpatizar o consolar.
- Preguntar o indagar.
- Retirarse, distraer, divertir o cambiar de tema.

Binder y Strupp (1997) aludieron también a las características de hostilidad y a la contratransferencia entre el paciente y el terapeuta, como claves en la ruptura de la alianza. Para solventar las diferencias generadas propusieron estrategias como la capacidad para reflexionar acerca de la propia intervención y relación establecida, así como la habilidad de

metacomunicar. En esta misma línea se pronunciaron autores como Ackerman y Hilsenroth (2001), que señalaron entre las variables que pueden empobrecer la relación terapéutica la rigidez, el mantenerse distante, la auto-revelación excesiva y el uso inadecuado de la interpretación y del silencio.

De este modo, Zimmermann, Del Picolo y Finset (2007) en una revisión sobre esta cuestión, señalaron la importancia de que los profesionales de la salud, faciliten el discurso del paciente y atiendan a los problemas y señales emocionales referidos por los mismos, obviados en la mayoría de ocasiones.

Parece evidente y necesario implementar programas de intervención dirigidos a mejorar los procesos de comunicación en profesionales sanitarios, facilitar la identificación de barreras o bloqueos comunicativos, con el objetivo de prevenir su aparición o reducirlos, y fomentar la producción de habilidades de comunicación efectiva o de escucha activa.

2.3. Entrenamiento en habilidades de comunicación: utilidad en los contextos sanitarios.

El estudio de la eficacia de los programas de habilidades de comunicación en los profesionales de la salud, representa desde hace décadas un área importante de investigación. Las habilidades de comunicación efectiva son consideradas en la actualidad la base de una adecuada relación terapéutica y se presentan como aspecto clave en la formación de los profesionales sanitarios. Las competencias comunicativas de carácter empático no suponen una característica o rasgo estático del individuo, sino que pueden ser modificadas mediante la práctica. Dicha cualidad, posibilita la implementación de programas de entrenamiento dirigidos a la enseñanza de estas habilidades.

El establecimiento de una buena relación supone un conjunto de cambios en distintas variables del proceso asistencial: las relacionadas con el paciente, con el profesional sanitario, con la relación entre ambos y las variables referentes a los resultados terapéuticos.

Por lo tanto, en los contextos clínico-sanitarios, los profesionales que reciben un entrenamiento en habilidades de comunicación, no sólo mejoran en la aplicación y puesta en práctica de las mismas, sino que dichos cambios se asocian también a una mejor relación terapéutica entre el paciente y el profesional y a variables de bienestar y cumplimiento terapéutico. Entre estos beneficios cabe destacar: una mayor satisfacción percibida (Bensing, 1991; Boissy et al., 2016; Delvaux et al., 2004; Haskard et al., 2008; León et al., 1991; Roter et al., 2012) la disminución del distress emocional en el paciente (Olson, 1995; Roter et al., 1995), un mayor manejo y/o disminución de la percepción del dolor (Butow y Sharpe, 2013), la disminución del estrés laboral o burnout (Arranz, Ulla, Ramos, Del Rincón y López-Fando, 2005; Cebrià, Palma, Segura, Gracia y Pérez, 2006; Delvaux et al., 2004; Ruiz y Ríos, 2004; van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker y Nijkamp, 2015) y el aumento de la percepción de autoeficacia por parte de los sanitarios (Gulbrandsen, Jensen, Finset y Blanch-Hartigan, 2013).

Además de estas ganancias, se encuentran las correspondientes al proceso de cambio y adherencia terapéutica. En esta línea, son varios los trabajos que relacionaron en diversos campos de actuación el empleo de habilidades empáticas y de comunicación efectiva, con el cumplimiento terapéutico y adopción de medidas preventivas y de promoción de la salud por parte de los pacientes (Dubé, O'Donnell y Novack, 2000; Finocchiaro-Kessler et al., 2012; Flocke et al., 2012; Jansink et al., 2013; Sargeant, Valli, Ferrier, y MacLeod, 2008).

Un claro ejemplo de la influencia de estos factores sobre los comportamientos saludables ha sido estudiado desde un marco concreto, el de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick,

2015a), que además de un método de intervención psicoterapéutica, supone un enfoque desde el que se potencia la alianza terapéutica y la comunicación empática. En el ámbito de la promoción y prevención de la salud, distintos trabajos hacen referencia a la entrevista motivacional como un método de intervención centrado en el paciente, que se ha comprobado eficaz en la promoción de hábitos saludables, como pueden ser el ejercicio físico y una dieta equilibrada, así como en relación a modificar dichos hábitos en enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión arterial. (Britt, Hudson y Blampied, 2004; Emmons y Rollnick, 2001; Knight, McGowan, Dickens y Bundy, 2006; Martins y McNeil, 2009; Resnicow et al., 2002).

De acuerdo con esta área de investigación, Brug et al. (2007) implementaron un programa en nutricionistas, comprobando como la puesta en práctica de este tipo de intervenciones mejoraba las habilidades empáticas de los sanitarios, además de conseguir tras su aplicación, un menor consumo referido de grasas saturadas. Otros autores observaron un aumento del ejercicio físico en pacientes cardíacos (Brodie, Inoue y Shaw, 2008) o un mejor control de la hipertensión arterial (Navidian, Abedi, Baghban, Fatehizadeh y Poursharifi, 2010).

En esta línea, Lundahl et al. (2013) realizaron un estudio de metaanálisis en el que presentaron este enfoque como un tipo de intervención prometedora de cara a mejorar entre otras áreas, los cuidados de salud en enfermedades como el VIH, la intervención ante hábitos de consumo de tabaco y alcohol, el control del peso corporal, aumento de ejercicio físico y la mejora de hábitos relacionados con la higiene bucal.

Se ha podido comprobar que la mayor parte de los trabajos, se centraron en probar una relación directa y positiva entre el empleo de habilidades de comunicación empáticas y/o efectivas y la mejoría en distintas variables de bienestar. Sin embargo, un grupo de estudios pone de relieve el supuesto contrario, la relación entre la ausencia de competencias comunicativas y

repercusiones desfavorables en la intervención asistencial. Así, Britten, Stevenson, Barry, Barber y Bradley (2000) relacionaron el aumento de malentendidos y confusiones en la toma de medicación, con una mala comunicación entre médicos y pacientes y escasa participación en la consulta de estos últimos. Una gran parte de las quejas que realizan los pacientes, más allá de los errores asistenciales propios del diagnóstico o tratamiento clínico, se centran en el trato recibido por el profesional de medicina (Richards, 1990; Shapiro et al., 1989).

Por lo tanto, parece adecuado pensar que una puesta en práctica de habilidades de comunicación basadas en la escucha activa, conlleve a una mayor satisfacción con la asistencia sanitaria, así como a un menor número de conflictos con los pacientes.

Aunque en general se obtienen resultados favorables, no todas las investigaciones llevadas a cabo encuentran efectos positivos en las distintas variables estudiadas.

Brown, Boles, Mullooly y Levinson (1999) llevaron a cabo un ensayo controlado con sesenta y nueve médicos de atención primaria, en los que observaron que la mejoría referida por los médicos en la aplicación de las habilidades tras la intervención, no estaba asociada a una mayor satisfacción por parte de los pacientes. En este caso, los autores atribuyeron los resultados obtenidos a la brevedad de la intervención (cuatro horas), así como a la necesidad no cubierta de enseñar un amplio rango de habilidades y proporcionar retroalimentación sobre el desempeño de los participantes.

En esta misma línea otros trabajos obtuvieron modestos resultados en cuanto a la satisfacción de los pacientes (Hulsman, Ros, Winnubst y Bensing, 2002; Shilling, Jenkins y Fallowfield, 2003). En este caso, explicaron los resultados en base a factores externos, como el tiempo de espera para ser atendidos. Además, las puntuaciones obtenidas previas al entrenamiento eran altas, por lo que contaban con un menor margen de cambio. Tampoco

hallaron mejoría en la frecuencia de habilidades de comunicación, pero sí en la calidad de las mismas, e identificaron la motivación del profesional como un factor a tener en cuenta a la hora de valorar la eficacia de una intervención. A través de estos estudios, se pone de relieve la importancia de evaluar no solo la cantidad de las habilidades producidas, sino la calidad y cualidad de éstas.

Por otro lado, de la revisión sistemática llevada a cabo por Uitterhoeve, Bensing, Grol, Demulder y Van Achterberg (2010) se desprenden resultados no concluyentes con respecto a la mejora del distress emocional en pacientes oncológicos. Otros trabajos como el de Rask, Jensen, Andersen y Zachariae (2009), no coinciden con la mayor parte de estudios realizados en el campo de la oncología, al no poder apoyar una mejora de las habilidades comunicativas tras la implementación de programas de entrenamiento.

Otra de las cuestiones a considerar en relación a la eficacia de los programas de comunicación, es la dificultad para transferir las habilidades aprendidas a la práctica clínica diaria. Este factor, junto con la necesidad de una metodología de evaluación adaptada al conocimiento de los pacientes, es clave en los resultados obtenidos, ya que es probable hallar distintos resultados en función de la experiencia del evaluador: el desconocimiento del formato de evaluación por parte de los pacientes, en comparación con procedimientos de evaluación de la mano de expertos, puede influir de forma considerable en el grado de mejoría valorado (Curtis et al., 2013).

Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing y van de Wiel (2000) analizaron catorce estudios relacionados con la formación en habilidades de comunicación en profesionales de enfermería y señalaron entre las principales limitaciones, la ausencia de diseños experimentales y grupo control. Además de ello, basándose en el estudio de Francke, Garssen y Huijer Abu-Saad (1995),

describieron distintas variables mediadoras, entre las que se encontraban la experiencia de las enfermeras, de los profesionales, la relación entre ambos, el tipo de evaluación y el procedimiento de intervención llevado a cabo.

Parece entonces que los resultados, tanto positivos como negativos encontrados, no siempre se ven avalados por una metodología de calidad y que aporte fiabilidad a los mismos, lo que hace evidente la necesidad de una mayor rigurosidad en los diseños a desarrollar (Chant, Tim, Randle, Russell y Webb, 2002).

Resumiendo, el empleo de habilidades de comunicación basadas en los principios de la escucha activa, habilidades que promueven la percepción en el paciente de que está siendo escuchado y comprendido, potencia la relación terapéutica entre el profesional sanitario y el usuario de los servicios de salud. A lo largo de la literatura científica, numerosos estudios avalan la eficacia de programas de entrenamiento destinados a mejorar dichas habilidades en los contextos clínico-terapéuticos. La mayor parte de los diseños relacionan la puesta en práctica de estas competencias comunicativas, con la mejora de variables asociadas al proceso asistencial, con la relación percibida, la satisfacción y el bienestar percibido, tanto por parte del paciente como por el profesional sanitario. Se hace por lo tanto necesaria, la inclusión de una formación adecuada, que pueda comenzar en la universidad y mejore así la relación médico-paciente tanto en los profesionales de medicina, como en profesionales de enfermería y demás categorías sanitarias (Kurtz, 2002; Simpson et al., 1991). Por otra parte, tal como señalaron algunos de los trabajos descritos, será necesario mejorar la calidad metodológica de los diseños de investigación desarrollados en este ámbito, y tener en cuenta la relación entre los resultados obtenidos y distintas variables potencialmente moduladoras.

2.4. Programas de habilidades de comunicación implementados en sanitarios.

Tras haber realizado el análisis de la eficacia de los programas de habilidades de comunicación y los beneficios asociados a las mismas, en este punto, se describen las características principales de este tipo de intervenciones en contextos sanitarios. Con la intención de acotar de manera progresiva el extenso número de trabajos publicados en esta área, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de las diferentes bases de datos, Pubmed, PsycInfo y Cohcrane, siendo necesario resumir las características de los estudios más relevantes. En primer lugar, y a modo introductorio, se revisaron los trabajos dirigidos a profesionales sanitarios en general. Posteriormente, se describieron de forma detallada los estudios aplicados a profesionales de enfermería, por tratarse de la población objeto de este trabajo.

Se presentan a continuación los elementos centrales de estos programas de intervención: los objetivos que plantean, la población empleada y los ámbitos de actuación a los que se dirigen.

En base a los objetivos al que son dirigidos este tipo de programas, los trabajos de investigación desarrollados, pueden dividirse en estudios cuyo fin principal es el de la formación, es decir, el de mejorar el conocimiento y la puesta en práctica de una serie de habilidades de comunicación específicas; o aquellos cuyo objetivo principal es el de mejorar el bienestar en un área o población asistencial concreta. En este último caso, se asume que una mayor capacitación comunicativa por parte del estudiante o profesional sanitario, repercutirá de forma positiva en pacientes que comparten una misma afectación o problema de salud. Ambos tipos de objetivos no son incompatibles entre sí y pueden ser compartidos en un mismo estudio.

En cuanto al tipo de profesionales sobre los que se han aplicado estos programas, los universitarios de las carreras de medicina y enfermería, constituyen una de las poblaciones más estudiadas.

Diversos trabajos avalan la eficacia de los programas enfocados a mejorar las habilidades de comunicación en estudiantes de Ciencias de la Salud. Por lo general, introducen esta formación como parte del curriculum durante la carrera, o en su defecto, la incluyen como un curso externo a la misma. En esta línea, Illing et al. (2013) encontraron que los estudiantes percibían la importancia de este tipo de formación, al equipararla con la requerida para llevar a cabo la práctica clínica diaria. Los programas de entrenamiento, incluyen modelado en vídeo y el role playing como elementos básicos del paquete de intervención y plantean como objetivo principal mejorar la calidad formativa y/o puesta en práctica de las habilidades comunicativas, para su futura implementación en el entorno clínico (Mauksch, Farber y Greer, 2013).

El trabajo de Stiefel et al (2013), cuyo objetivo es enseñar a dar malas noticias, constituye un ejemplo de la puesta en práctica de este tipo de programas en estudiantes. En otros casos, este tipo de trabajos se ha llevado a cabo sobre un campo concreto, como el de la odontología, (Hannah, Millichamp y Ayers, 2004; Sangappa y Tekian, 2013) o tocología (Lupi, Runyan, Schreiber, Steinauer y Turk, 2012), a través del entrenamiento con pacientes reales o simulados, de cara a asegurar en mayor medida la generalización de los resultados.

En el ámbito laboral, los trabajos se han dirigido generalmente a profesionales de medicina y enfermería, así como a grupos mixtos, formados por diferentes tipos de profesionales que comparten por lo general, una misma área de intervención, como puede ser la de cuidados paliativos. Una gran parte de estos programas logra dar un paso más en la investigación, al

evaluar no solo la mejora de las habilidades entrenadas, sino también la repercusión de las mismas, en distintas variables relacionadas con el bienestar de los pacientes.

En cuanto a las áreas de intervención son numerosos los trabajos que muestran la importancia de las habilidades de comunicación en profesionales sanitarios, que trabajaban en contacto con pacientes oncológicos. (Bragard et al., 2006; Fallowfield y Jenkins, 1999; Fallowfield, Lipkin y Hall, 1998; Lerman et al., 1993; Moore et al., 2013; Razavi y Delvaux, 1997; Razavi et al., 1993; Stiefel, Favre y Despland, 2006; Schofield, Green y Creed, 2008; Stiefel y Razavi, 2006). Este tipo de pacientes, están sometidos por lo general a un alto nivel de distress, en relación al diagnóstico, proceso, evolución de enfermedad e ingresos hospitalarios. Entre el amplio número de trabajos que demostraron resultados positivos para estos programas de intervención, se encuentran los programas dirigidos a médicos (Delvaux et al., 2005; Delvaux et al., 2004; Fallowfield et al., 2002; Fallowfield et al., 1998; Razavi et al., 2003) o poblaciones mixtas conformadas por médicos y profesionales de enfermería (Parle, Maguire y Heaven, 1997).

Revisiones sistemáticas como la de Uitterhoeve et al. (2010), pusieron de manifiesto la eficacia de los programas enfocados a mejorar las competencias comunicativas en esta área de intervención, así como su relación con el incremento de la satisfacción de los pacientes, con respecto a la asistencia sanitaria recibida.

En esta línea se comprobó también, en una muestra mixta de profesionales sanitarios, la relación entre este tipo de programas y el establecimiento de una buena alianza terapéutica en los cuidados de oncología (Meystre, Bourquin, Despland, Stiefel y de Roten, 2013). El uso de preguntas abiertas y respuestas empáticas dirigidas en mayor medida hacia aspectos psicológicos, promueve el discurso del paciente oncológico (Maguire, Faulkner, Booth, Elliott y

Hillier, 1996). En otros casos, se valoró la percepción que este tipo de pacientes tenía sobre las habilidades de comunicación de médicos y enfermeras, en lo concerniente a su seguridad y satisfacción en el contexto hospitalario (Kullberg, Sharp, Johansson y Bergenmar, 2015).

Un buen ejemplo del interés por este campo de la oncología, es el programa desarrollado en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido en 2008, *Connected* (Bibila y Rabiee, 2014), concebido como un programa breve, de dos o tres días de duración según el formato de intervención. Este programa dirigido a profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, se basa en procedimientos entre los que se incluyen el role playing, feedback y grabaciones con pacientes simulados, y ha sido implementado con el objetivo de tratar distintos temas de relevancia en este campo, como los referentes al consentimiento informado, dar malas noticias, la comunicación interprofesional y aspectos comunicativos con familiares de pacientes.

Dentro del ámbito de la oncología, un gran número de estudios centra su foco de atención en la población paliativa. En esta área de intervención, el cómo dar malas noticias ha sido también un tema central (Farrell, Ryan y Langrick, 2001; Merckaert et al., 2013). Residentes de medicina pertenecientes a distintas especialidades médicas, han destacado la necesidad de trabajar las habilidades de comunicación con el propósito de mejorar la práctica clínica en este aspecto (Dosanjh, Barnes y Bhandari, 2001).

Pero la investigación sobre programas de habilidades de comunicación, no solo se centra en el campo de la oncología, si bien es una de las áreas más desarrolladas. En el área de urgencias, se llevaron a cabo también estudios para aumentar tanto la empatía en las intervenciones practicadas, como la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida (Cinar et al., 2012; Sullivan, Ellison, Quaintance, Arnold y Godrey, 2009).

Por su parte en el área atención primaria, se ha seguido un enfoque relacionado con la denominada *atención centrada en el paciente*. En el ámbito de la salud, este modelo de actuación acoge conceptos relacionados con la necesidad de explicar el tratamiento y exploración clínica al paciente, el tener en cuenta sus creencias y percepciones y la empatía o cercanía con el mismo. Los estudios que hacen referencia a este modelo suelen demostrar una asociación entre el mismo y el aumento de la satisfacción por la atención recibida (Dwamena et al., 2012; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein y Dick, 2001).

Se ha señalado también la relación entre las habilidades de comunicación e intervención terapéutica en el campo de la de Fisioterapia. La relación terapéutica entre el profesional y el paciente se ha relacionado además con distintos aspectos, como el conocimiento técnico y la organización de factores externos, como puede ser el caso de la flexibilidad en las citas ofrecidas (Hiller, Guillemin y Delany, 2015; O'Keeffe et al., 2016; Włoszczak-Szubzda y Jarosz, 2013). Algunos estudios de investigación controlados, objetivaron la mejoría en habilidades de comunicación tras un programa de intervención en fisioterapeutas y comprobaron cómo dicha mejoría, guardaba relación con un mayor apoyo a pacientes que sufrían dolor lumbar crónico y se traducían en una mayor adherencia y potencia del tratamiento rehabilitador prestado (Murray et al., 2015; Lonsdale et al., 2012). Asimismo, Adam, Peters y Chipchase (2013), evaluaron las habilidades requeridas para el desempeño de la fisioterapia y terapia ocupacional, entre las que hicieron mención a un adecuado conocimiento de las habilidades de comunicación.

Además de los grupos profesionales ya descritos, que abarcan la mayor parte de investigaciones, se encuentran otro tipo de estudios dirigidos a población asistencial más específica, como los enfocados a mejorar la satisfacción en pacientes de cirugía ortopédica

(Nørgaard, Kofoed, Ohm Kyvik y Ammentorp, 2012), o incluso minoritaria, como en el caso de las enfermedades falciformes (Thomas y Cohn, 2006).

A pesar de que la presente investigación, se centra en el estudio de intervenciones que plantean como objetivo principal mejorar la formación de estudiantes y sanitarios, cabe mencionar otros campos de intervención, como es el caso del las habilidades interpersonales para el trabajo en equipo. Trabajos como el de Shapiro et al. (2004), que aplicaron un programa para mejorar las relaciones interprofesionales en personal de urgencias, son claros ejemplos de ello. También en estudiantes sanitarios, se encuentran estudios que pretenden enseñar este tipo de habilidades de forma previa a la incorporación laboral (Aarnio, Nieminen, Pyörälä y Lindblom-Ylänne, 2010).

Las habilidades interpersonales se contemplan en este contexto, bien sea de forma directa, bien a través de la relación con otras variables, como pueden ser el estilo de liderazgo, la capacidad de adaptarnos a los otros profesionales y la confianza entre los miembros del equipo, así como la toma de decisiones, resolución de conflictos e información que transmitimos (Baker, Salas, King, Battles y Barach, 2005; Wright et al., 2009).

Para finalizar, cabe indicar que la literatura científica dirigida a la implementación de programas de habilidades de comunicación en un entorno sanitario, es muy extensa y confusa, debido al amplio número de términos y conceptos empleados. Asimismo, diferentes modelos como la terapia centrada en el cliente, la entrevista motivacional y algunos de los enfoques de counseling que se exponen con posterioridad, basan su intervención sobre este tipo capacidades. Además de ello, tal como se señaló con anterioridad, si bien la mayor parte de estudios informan de resultados positivos, otros metaanálisis hallaron resultados modestos, indicando la necesidad de llevar a cabo trabajos de mayor calidad metodológica (Barth y Lannen, 2011).

2.4.1. Programas de intervención en habilidades de comunicación implementados en profesionales de enfermería.

Tras un análisis general de los programas de habilidades de comunicación llevados a cabo en el ámbito sanitario, se realizó una revisión exhaustiva sobre los trabajos encontrados en el área de enfermería. El esquema seguido es similar al mostrado previamente. A continuación se exponen los principales elementos y programas de habilidades de comunicación aplicados en estos profesionales. Para finalizar, se describen 23 de los trabajos de investigación revisados, por ser considerados una buena representación de este campo de conocimiento (Ver Tabla 1).

Los profesionales de enfermería constituyen una muestra importante en los estudios sobre habilidades de comunicación. Son numerosos los trabajos que señalan la relevancia de las habilidades de comunicación en el desempeño laboral de enfermería (Bramhall, 2014; Groves, 2014; Kourkouta y Papathanasiou, 2014) y la necesidad de incluir una formación específica relacionada con el aprendizaje de las mismas (Brereton, 1995; Brunero, Lamont y Coates, 2010). En la década de los setenta el grupo de Lamonica et al. (1976) y Lamonica y Karshmer (1978) hicieron referencia a la necesidad de incluir en el plan de estudios de enfermería, una formación en habilidades de carácter empático e implementaron un programa de estas características a dichos profesionales, encontrando un incremento de los niveles de empatía tras el programa de entrenamiento. En los años ochenta, se señaló también la relación favorable entre la aplicación de habilidades empáticas en estos profesionales y la mejora en la calidad asistencial en el cuidado del paciente (Flaskerud, 1986; Kasch, 1984, 1986).

Tal como se ha descrito con anterioridad, las investigaciones que implementan un programa de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería, siguen los mismos

principios que los estudios dirigidos al resto de profesionales sanitarios. Los objetivos principales, son los de aumentar la competencia comunicativa en esta población, de cara a mejorar una serie de factores relacionados, bien con la relación terapéutica y adherencia al tratamiento, bien con el bienestar y satisfacción del profesional y de los usuarios del servicio de salud.

2.4.1.1. Población y área de intervención al que van dirigidos.

En cuanto al aumento de competencias comunicativas en el ámbito de la enfermería, destacan de nuevo los dos grupos definidos con anterioridad: los programas enfocados a mejorar la formación de estudiantes, en los que se evalúan las capacidades aprendidas sobre un paciente, en la mayor parte de las veces simulado, o bien los programas orientados a profesionales de enfermería, en los que se evalúa su repercusión en una población sanitaria determinada. Dentro de estos últimos, se encuadran igualmente distintas áreas de intervención.

Tal como ocurría con otros profesionales sanitarios, la mayor parte de estudios se centran también en el área de la oncología, empleando como muestra tanto enfermeras como grupos profesionales mixtos. De nuevo, estos trabajos señalaron la relación entre la competencia comunicativa de los profesionales y resultados favorables referentes al proceso asistencial y a los agentes que participan del mismo (Canivet et al., 2014; Delvaux et al., 2004; Pehrson et al., 2016; Razavi et al., 2002).

En este campo de investigación, conviene destacar la revisión llevada a cabo por Adriaansen y van Achterberg (2008), en la que analizaron la literatura científica comprendida entre los años 1990 y 2005, relacionada con los cursos sobre cuidados paliativos en enfermería. Los autores señalaron las habilidades empáticas y de comunicación como elementos fundamentales en estos programas, además de probar su eficacia sobre las habilidades

entrenadas, al observar un aumento de preguntas abiertas y expresiones emocionales tras el entrenamiento.

En esta misma línea, estudios como el de Montgomery, Sawin y Hendricks-Ferguson (2016) evaluaron a través de grupos focales, la percepción de las enfermeras con respecto a la calidad comunicativa de los servicios de cuidados paliativos en unidades pediátricas, y las barreras y facilitadores que solían encontrarse en su práctica profesional. La experiencia para manejar distintos aspectos clínicos y dar apoyo a los padres ante situaciones terapéuticas complejas, el establecimiento de una relación íntima y cercana con los padres y niños, el afrontamiento de las propias emociones ante la pérdida o enfermedad y la organización del equipo profesional, fueron señalados como aspectos centrales de un manejo asistencial eficaz.

Otros trabajos pusieron de relieve la importancia de estas habilidades a la hora manejar la información aversiva, como puede ser el diagnóstico de una enfermedad terminal (Mishelmovich, Arber y Odelius, 2016) o ante la prestación de cuidados al final de la vida en contextos domiciliarios (Griffiths, Wilson, Ewing, Connolly y Grande, 2015). La mayor parte de autores coinciden en señalar las habilidades interpersonales, como aspecto clave de una asistencia de calidad en las áreas de oncología y de cuidados paliativos. La calidez y el apoyo, se perciben como variables de similar importancia a la de los conocimientos técnicos en los cuidados de enfermería (Johnston y Smith, 2006). En España, autores como De Blas Gómez y Rodríguez García (2015) destacan la empatía, la calidez y las habilidades de comunicación, como competencias fundamentales en enfermería paliativa.

La relevancia de las habilidades interpersonales se pone también de manifiesto en otros dispositivos, como las Unidades de Cuidados Intensivos (Dithole, Sibanda, Moleki y Thupayagale-Tshweneagae, 2016), las unidades de neonatos, donde la relación establecida con

los padres es fundamental (Bry et al., 2016; Fisher, Broome, Friesth, Magee y Frankel, 2014; Jones, Woodhouse y Rowe, 2007; Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer y Van Aerde, 2010; Weis, Zoffmann y Egerod, 2015), o los servicios de emergencias, en los que se comprobó como un programa de entrenamiento para enfermería mejoraba la satisfacción de los pacientes, junto con las habilidades empáticas para enfrentarse a este tipo de situaciones (Ak et al., 2011).

Otro objetivo frecuente de los programas de habilidades de comunicación, ha sido el de mejorar la adherencia terapéutica a unas pautas de cuidados básicos en enfermedades crónicas, como ocurre con el caso de la diabetes mellitus (Jansink et al., 2013; Jansink et al., 2009; Mulder, van Belzen, Lokhorst y van Woerkum, 2015).

En definitiva, las investigaciones sobre habilidades de comunicación en enfermería, se dirigen a mejorar la formación de los profesionales y potenciar los beneficios sobre los pacientes. Aunque el campo asistencial es diverso, una gran parte de los estudios, se ha orientado a los cuidados de pacientes oncológicos y/o paliativos, demostrando cómo las habilidades comunicativas de carácter empático, están relacionadas con una mayor calidad en la atención prestada.

2.4.1.2. Evaluación de las habilidades de comunicación

La evaluación de los programas de habilidades de comunicación, se caracteriza por recurrir a una gran variedad de métodos dispares. Con el fin de facilitar el análisis podemos crear dos grandes grupos de clasificación. Por un lado se encuentran los cuestionarios e instrumentos estandarizados, que evalúan de forma específica los distintos aspectos relacionados con el proceso de intervención y agentes participantes del mismo. Por otro lado, la evaluación no estandarizada, que aporta un alto grado de información sobre las variables a medir, a través de contextos en mayor medida ecológicos. Dentro de esta última categoría, se encuentra un amplio

abánico de métodos, que abarcan desde el cálculo de una variable numérica discreta que informa sobre la frecuencia, presencia o ausencia de una determinada conducta, hasta la valoración dimensional de dicha conducta, realizada a través de una Escala Analógico Visual o escala tipo Likert. El empleo de este tipo de medidas, para valorar lo aprendido a través de un ejercicio de role playing, es muy común.

En la actualidad los métodos de evaluación, tienden a combinar diferentes factores: indicadores del aprendizaje obtenidos tras la implementación del programa, indicadores relacionados con el bienestar del paciente, e indicadores relacionados con la satisfacción y/o bienestar del profesional sanitario.

Indicadores de aprendizaje.

Para evaluar si se ha producido un aprendizaje adecuado de las habilidades de comunicación presentadas durante el entrenamiento, distintos estudios aplican cuestionarios específicos relacionados con la puesta en práctica o conocimiento de estas habilidades, o emplean en su defecto, cuestionarios de carácter general también validados, pero en los que la capacidad comunicativa es un factor más entre los valorados. Así por ejemplo, el OSCE (Objective Structured Clinical Examination), es un cuestionario que evalúa tanto competencias clínicas y de relación como habilidades de comunicación, a través de casos prácticos y pacientes simulados (Hsu, Chang y Hsieh, 2015; Leung, Wang y Chen, 2012). La mayoría de estos estudios, complementan la evaluación con la medición de otro tipo de variables, como la satisfacción de los pacientes o la percepción de autoeficacia.

Además de los indicadores estándar de aprendizaje, se encuentran los que se basan en la ejecución de las habilidades aprendidas. La mayor parte de trabajos emplean el role playing con pacientes simulados como método de evaluación (Bays et al., 2014) o combinan el mismo, con el

empleo de pacientes reales en los que se analiza la presencia o ausencia de una determinada conducta comunicativa. A su vez, esta conducta suele calificarse a través de una escala tipo Likert u otro tipo de escala de medida autoelaborada (Heaven, Clegg, y Maguire, 2006; Delvaux, 2004; Razavi et al., 2002).

También encontramos trabajos, que emplean instrumentos específicos para el análisis de interacciones como el *Roter's Interaction Anaysis System (RIAS)* (Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing y Grypdonck, 2000; Roter y Larson, 2002).

Otros sistemas de análisis de interacción aplicados son el *Communication Rating System (CRS)*, desarrollado por Hulsman et al. (2002) y la *Medical Interview Aural Rating Scale (MIARS)*, implementada en una muestra de enfermería para analizar y contabilizar las distintas claves comunicativas producidas en la entrevista, durante la interacción con pacientes simulados y reales. Entre las habilidades analizadas se encuentran las habilidades específicas de entrevista, como la producción de preguntas abiertas, negociación y resumen, entre otras muchas (Heaven et al., 2006).

Por su parte, *The Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual (CRCWEM)*, constituye un indicador específico centrado en un área de intervención concreta. Este sistema de evaluación es un instrumento que califica no solo la cantidad, sino la calidad de las habilidades de comunicación producidas en base a factores como la forma, el análisis de función de los enunciados y el análisis de conductas de bloqueo y profundidad psicológica del discurso. En el factor forma, se incluyen diferentes categorías relacionadas con el tipo de preguntas o enunciados planteados, como es el caso de las preguntas abiertas y cerradas. El análisis de la función de los enunciados está constituido por diferentes categorías, como la recogida de información y exploración, la interpretación del discurso del paciente, la

introducción y las conclusiones. Por último, el análisis de conductas de bloqueo y profundidad psicológica del discurso, hace referencia a la emocionalidad de las palabras empleadas (Delvaux et al., 2004; Razavi et al., 2002).

En ocasiones, el interés se centra en evaluar la empatía y otras aptitudes de comunicación relacionadas con la capacidad empática y la escucha activa. Ejemplos de instrumentos en esta línea de investigación los constituyen la *Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)* de Mehrabian (citado en Cunico, Sartori, Marognolli y Meneghini, 2012), la *Empathic Communication Skill B (ECS-B)* de Dökmen y Ozcan (citado en Ançel, 2006) o la escala *The Empathic Communication Skills Scale (ECSS)* y *Empathic Tendency Scale (ETS)* desarrolladas ambas por Dökmen (citado en Ozcan et al., 2010).

En otros casos, se administran cuestionarios estandarizados de asertividad, para valorar si tras un entrenamiento dirigido a mejorar dicha capacidad, se halla un aumento en las competencias comunicativas relacionadas con esta variable. Es el caso de Unäl (2012) que empleó en profesionales de enfermería, el *Rathus Assertiveness Schedule (RAS)*, además de una escala de autoestima.

Algunos trabajos, en lugar de aplicar un cuestionario estandarizado para valorar la empatía transmitida, clasifican y contabilizan las palabras emitidas en función de su carácter empático. Bry et al. (2016) pusieron en práctica este método, a través de grabaciones con pacientes reales y el cálculo posterior de las respuestas desarrolladas por las enfermeras.

Indicadores de bienestar en el profesional sanitario.

La mayor parte de investigaciones, administran cuestionarios estandarizados para medir variables relacionadas con el bienestar percibido por parte del profesional sanitario.

La medición del distress y burnout es común en el ámbito de la salud y en concreto también en el campo de la enfermería. Numerosos estudios ponen el foco de atención en el burnout percibido y su relación con la puesta en práctica de habilidades de comunicación efectiva (Arranz et al., 2005; Emold, Schneider, Meller y Yagil, 2011; Tannen, 2014).

Por ejemplo Emold, Schneider, Meller y Yagil (2011) emplearon el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach y Jackson, 1981), con el propósito de constatar el desgaste profesional en relación a las tres variables medidas por el cuestionario: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Son también frecuentes los trabajos que evalúan la satisfacción del profesional sanitario, con el aprendizaje obtenido tras el programa de entrenamiento (Hsu, Huang y Hsieh, 2014). En estos casos es frecuente el empleo de metodología cualitativa como el desarrollo de preguntas dirigidas o Escalas Analógico-Visuales (Stadelmaier, Duguey-Cachet, Saada y Quintard, 2014). Otras variables frecuentemente evaluadas, son la satisfacción con el trabajo (McGilton, Irwin-Robinson, Boscart y Spanjevic, 2006) y la percepción de autoeficacia (Hsu et al., 2014) o autoestima (Ünal, 2012). En estos casos suelen emplearse escalas de creación propia, debido a la dificultad de encontrar una escala general que se adapte a las variables que se pretenden medir. Respecto a la evaluación de autoeficacia, la mayor parte de escalas son de contenido general, por lo que es probable que no correlacionen con el entrenamiento desarrollado. En estos casos existe una guía de orientación para la construcción de cuestionarios de autoeficacia desarrollada por Bandura (2006).

Indicadores de bienestar en el paciente.

El bienestar del paciente es valorado a través de instrumentos que evalúan la satisfacción percibida con la asistencia sanitaria, generalmente a través de las denominadas Escalas Visuales

Analógicas (Fukui, Ogawa y Yamagishi, 2011) o a través de cuestionarios validados dirigidos a medir de forma específica esta variable como es el caso del *The Patient Satisfaction with Communicationm Questionnaire* (Wilkinson, Perry, Blanchard y Linsell, 2008). En ocasiones, los autores emplean medidas indirectas relacionadas con la satisfacción en el cuidado (McGilton et al., 2006) o instrumentos diseñados para el propio estudio, como el *Interview Assessment Questionnaire* (Delvaux et al., 2004)

En el ámbito de la medicina se emplearon también cuestionarios estandarizados con este propósito. Así, Hulsman et al. (2002) emplearon la *Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)* (Wolf, Putnam, James y Stiles, 1978) para la evaluación de las variables cognitivas, emocionales y conductuales, que se dan durante la relación entre profesional y paciente.

Como se puede observar, no existe un cuestionario común para la medición de la satisfacción percibida. Autores como Uitterhoeve et al. (2010) recogieron en su revisión hasta siete cuestionarios, empleados para valorar la satisfacción de los pacientes en profesionales de la salud.

Además de los instrumentos de medida relacionados con la satisfacción, distintos trabajos administraron cuestionarios relacionados con la salud general y con el malestar físico o psicológico (Wilkinson et al., 2008). Entre los instrumentos empleados para este fin se encuentran el *General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)* (Goldberg y Williams, 1988) la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond y Snaith, 1983) para la valoración de sintomatología ansioso-depresiva en el contexto hospitalario, o el *Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberg, 1983). En otras ocasiones se ha evaluado también la percepción de la calidad de vida (Delvaux et al., 2004).

En suma, a lo largo de la literatura científica, se pone en evidencia la diversidad metodológica en cuanto al tipo de evaluación seleccionado, no encontrando ningún instrumento especialmente representativo. La mayor parte de los estudios llevan a cabo una evaluación multicomponente, en la que se evalúan distintas variables independientes susceptibles de ser influidas por el programa de intervención.

La metodología de evaluación ha pasado de contabilizar la frecuencia de las conductas comunicativas presentadas en una entrevista y de la aplicación de cuestionarios clásicos, a una valoración multivariable, que combina una evaluación de carácter práctico basada en el role playing, con cuestionarios específicos, utilizados con el objetivo de analizar los factores relacionados con los distintos agentes del proceso asistencial. Diversos estudios sugieren que para evaluar la relevancia del aprendizaje logrado, es necesario superar la dificultad de transferir las habilidades aprendidas a la práctica clínica. Parece conveniente, por tanto, que se incluyan en el proceso de evaluación metodologías ecológicas llevadas a cabo in situ, a través de observadores externos, o en su defecto, una evaluación en role playing con pacientes reales o simulados.

A modo de conclusión, respecto a las variables dependientes analizadas, cabe mencionar que podrían dividirse en función de los tres indicadores de aprendizaje expuestos previamente. Así, en relación a los factores asociados con el paciente, la satisfacción con la atención asistencial y valoración de la relación que mantenemos con el profesional que nos atiende, ha sido la variable más estudiada. Además, el nivel de estrés percibido, la ansiedad, distress emocional o bienestar físico, son otras de las variables investigadas.

Dentro de las variables relacionadas con el bienestar del profesional de enfermería, la percepción de autoeficacia y burnout percibido, constituyen elementos frecuentemente

analizados.

Por su parte, la evaluación de la empatía, las habilidades de comunicación puestas en práctica, valoradas a través criterios tanto cuantitativos como cualitativos, son variables dependientes comúnmente incluidas, con el objetivo de comprobar si se ha producido o no aprendizaje tras el entrenamiento.

2.4.1.3. Procedimiento y contenidos de elementos empleados en los programas de entrenamiento en habilidades de comunicación.

Las investigaciones realizadas emplean en su mayor parte, intervenciones *multicomponente* basadas en el aprendizaje social (Bandura 1977a). Los elementos fundamentales en los distintos programas de intervención están constituidos por: 1) el modelado, 2) el role playing y 3) el feedback.

Dentro del modelado, una gran parte de programas se decantan frecuentemente por el modelado simbólico, concretamente por el visionado de videos. En estas escenas se presentan a través de modelos, la puesta en práctica de las habilidades de comunicación a entrenar e incluso en ocasiones, una muestra de habilidades de comunicación inefectivas o no deseables (Heaven et al., 2006). Existen distintos formatos basados en este principio, como es el caso de la presentación del modelado a través de un role playing presencial con pacientes simulados (Yoo y Park, 2015). Además de estos elementos, la mayor parte de programas añaden una o varias sesiones iniciales a modo de introducción teórica, en las que se suelen presentar los conceptos básicos relacionados con las habilidades de comunicación a ejecutar, además de añadir en muchas ocasiones, material teórico relacionado con el área asistencial a la que se dirige el entrenamiento (Arranz et al., 2005; Canivet et al., 2014; Caris-Verhallen et al., 2000; Daniels, Denny y Andrews, 1988; Delvaux et al., 2004; Fukui, Ogawa, Ohtsuka y Fukui, 2008; Kriner,

1987; Liu, Mok, Wong, Xue y Xu, 2007; Razavi et al., 2002; Schlegel, Woermann, Shaha, Rethans y van der Vleuten, 2012; Vallerand, Riley-Doucet, Hasenau y Templin, 2004; van Weert, Jansen, Spreeuwenberg, van Dulmen y Bensing, 2011). Esta introducción teórica puede realizarse en formato de lecturas, tal como ocurre en la mayor parte de ocasiones o añadir a éstas un tiempo para su debate en grupo.

En definitiva, una estructura resumen de los procedimientos empleados en los programas de habilidades de comunicación, se basaría en los siguientes componentes, a expensas de posibles variaciones en función de los objetivos planteados (Ver Figura 1):

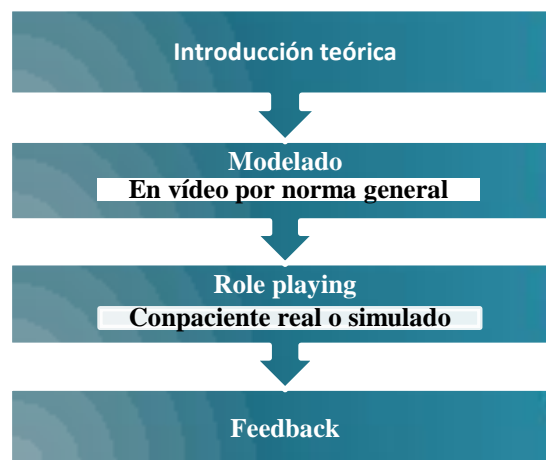


Figura 1. Procedimiento básico en los programas de habilidades de comunicación

Para finalizar, y a modo de resumen, se describen a continuación (Ver Tabla 1) los principales trabajos de investigación, sobre habilidades de comunicación en profesionales de enfermería, algunos de los cuales ya se han citado en descripciones previas.

Tabla 1

Características principales de los programas de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería

AUTOR	N	Objetivo: Comparar/ Comprobar eficacia de los programas	Elementos intervención	Resultados
Norris (1986)	147	Lectura vs RP y estilos aprendizaje: Dependiente de campo (DC) e independiente de campo (IC).	HHCC de Carkuff (Carkhuff, 1980) G1 (Aprendizaje tradicional) y G2 (RP): videos CC efectiva e inefectiva + lecturas + dudas. G2: RP tras los videos + preguntas	No dif sig en G1 y G2 en los test objetivos. Grabación en vídeo: G2 > en test objetivo y dimensiones “cuidado” “concreción” y “empatía”. RP: > satisfacción con el curso (Valorado como método + activo). IC > puntuación en test objetivos
Kriner (1987)	42	Comprobar si la intervención en HHCC aumenta las puntuaciones en empatía	Duración: 1 día. HHCC (lectura, discusión y práctica real). Conceptos de empatía y escucha activa.	Dif sig tras tratamiento y transcurridos 3 meses. No mantenimiento en el tiempo (tras 3 años)
Daniels et al. (1988)	53	Comprobar si las HHCC ↑ CC empática, facilita respuestas y se mantiene en tiempo	Microcounseling: realizar entrevista, manual, videos, Feedback videos + repetir entrevista	GE > funcionamiento terapéutico (sig) > empatía, < nº errores, > capacidad para discriminar. Seguimiento: GE: continúa mejoría (pero no sig)
León et al. (1991)	21	Comprobar si las HHSS ↑ satisfacción de pacientes y el conocimiento sobre prevención de la salud.	Modelo HHSS de León y Jarana: instrucciones, modelado, RP, retroalimentación y reforzamiento.	Dif sig GE y GC en satisfacción y comprensión de la información recibida. No dif sig por sexos profesionales. Si por edad del paciente.
Caris-Verhellen et al. (2000)	40	Efecto de un programa de HHCC aplicado a enfermeras que trabajan con ancianos.	Programa basado en <i>Video Interaction Analysis</i> : teoría HHCC, análisis de la interacción de los vídeos, RP, práctica tiempo real + feedback + práctica en casa+ evaluación del curso	CC: no dif sig en el hogar de ancianos (Solo en 2 categorías). En atención domiciliaria mejores resultados. Si dif sig en CC no verbal. En los 2 contextos: ↑ calor y protección y < sonrisa e inclinación corporal.
Marín y León (2001)	16	Estudiar la eficacia de un programa de HHCC basado en la Escala Multidimensional de Expresión	HHSS efectivas e inefectivas (video) HHSS específicas: aceptación, oposición, asertividad, capacidad de planificar, resolver conflictos)	Mejor puntuación en GE en EMES tras intervención (dif. sig).

Tabla 1 (Continuación)

AUTOR	N	Objetivo: Comparar/ Comprobar eficacia de los programas	Elementos intervención	Resultados
Emocional (EMES)				
Razavi et al. (2002)	115	Comprobar si un programa en HHCC ↑ uso de palabras emocionales en enfermeras (oncología)	Presentaciones de casos y RP. Diversos temas a tratar relacionados con CC. básica en oncología, y factores físicos y psicológicos.	GE: ↑ sig de palabras emoc, tanto en entrevistas clínicas como simuladas (En entrevistas clínicas el uso de éstas se mantiene estable y aumenta en las simuladas).
Delvaux et al. (2004)	115	Eficacia de un programa sobre actitudes, HHCC, estrés y satisfacción de los pacientes	GE: 3 semanas: 30 h teoría y 75 RP. HHCC básicas onconología + trabajar estrategias afrontamiento distress, estrategia ante la muerte...	GE cambios sig en nivel de estrés y actitudes. Efectos + en entrevista simulada: ↑ HHCC facilitadoras y ↓ inhibitorias Casi no dif con pacientes reales. No dif satisfacción percibida por enfermeras, si ↑ la de los pacientes
Valle-rand et al. (2004)	202	Implementar un programa para mejorar el control del dolor en pac con cáncer	GE: Intervención básica: teoría sobre intervención dolor y cáncer + lectura + debate. Avanzada: HHCC + RP + supervisión	Intervención básica: cambios sig. en actitud y conocimientos. Avanzada: solo cambios sig en percepción de barreras. Cambios sig en percepción de control
Arranz et al. (2005)	660	Efectividad del counseling: comprobar si ↑ interacción enfermeras- pac y ↓ problemas relación	Intensivos de 18 horas en grupo: RP y talleres en 7 módulos (relacionados con manejo emocional, toma de decisiones y mejora de relaciones trabajo).	Con paciente y la familia: ↓ sig de dificultades percibidas. Con compañeros: resultados inesperados: ↑ de las dificultades de interacción tras el tratamiento, pero ↓ en seguimiento
Heaven et al. (2006)	61	La supervisión clínica mejora la transferencia de las HHCC	GC y GE (3 días): video demostración, RP y Feedback. GE: + supervisión + trabajar expectativas negativas.	Mejoría sig GE: > utilización de preguntas abiertas, negociación y exploración psic. No > detección de problemas en GE ni GC.
Liu et al. (2007)	129	Efectividad de una intervención en HHCC en un servicio de oncología.	Aprendizaje intensivo en grupo: práctica repetida, Feedback, RP y supervisión	↑ en GE en las 4VD: HHCC básicas, autoeficacia, expectativas resultado, apoyo percibido. (Correlación entre las 4) Se mantienen resultados.

Tabla 1 (Continuación)

AUTOR	N	Objetivo: Comparar/ Comprobar eficacia de los programas	Elementos intervención	Resultados
Fukui et al. (2008)	8	HHCC para ↓ distress y ↑ afrontamiento psicológico ante pac con cáncer	Basado en el programa SPIKES: RP.	GE ↓ de las puntuaciones de distress en el HADS y ↑ espíritu de lucha ↓ fatalismo y preocupación ansiosa.
Wilkinson et al. (2008)	172	Programa 3 días de Wilkinson (1998) (Comprobar si ↑ HHCC y estrategias de Resolución de Problemas)	Grabaciones entrevistas; problemas de CC, eficacia HHCC; CC positiva y negativa; manejo dificultades CC; RP; feedback; debate + manuales	> Confianza percibida x enfermeras, ↑ puntuación obtenida por pacientes en GHQ y STAI. En seguimiento se mantienen dif sig a favor GE, excepto en STAI (no sig).
Baghche-ghi, Kooches y Rezaei (2011)	34	Aprendizaje tradicional vs aprendizaje cooperativo	GE: aprendizaje cooperativo, división para debate en grupos. GC: lecturas	No diferencias sig en puntuaciones totales entre GC y GE. Si en la subescala de habilidades de interacción y seguimiento del problema.
van Weert et al. (2011)	115	HHCC en enfermeras de pacientes oncológicos.	Contenido teórico, grabaciones, Feedback. Intervención de refuerzo.	Si dif sig entre el GE y GC en HHCC.
Cunico et al. (2012)	103	Comprobar si la intervención aumenta los niveles de empatía	Videos + RP + práctica con pares y debate guiado. Duración: 3 años académicos (dificultad creciente)	Dif sig en GE entre el pre y post. No en GC. Resultados inesperados: dif sig en relación al sexo, beneficiándose las mujeres en mayor medida
Schlegel et al. (2012)	55	HHCC de pacientes estandarizados (SP) vs RP	Introducción + lectura+ entrevista clínica con SP+ Feedback+ OSCE	Ambos grupos ↑ autoeficacia, aunque no sig. GE: dif sig en la valoración de supervisores enfermería
Hsu et al. (2014)	136	CC simulada ↑ competencia comunicativa, autoeficacia en el conocimiento del Infarto Miocardio (IM) y ↑ satisfacción	Visionado videos: atención al paciente con Infarto de Miocardio (IM). Aplicación HHCC en dist situaciones. Escenarios simulados (lecturas y vídeos) y grupos de discussion + Feedback.	Mejoría sig GE: competencias comunicativas y autoeficacia. Tras 1 mes no dif sig en GE y GC en OSCE. Conocimiento sobre IM: ↑ sig pre-post en GC y GE (no dif entre ambos). GC y GE ↑ la satisfacción con el aprendizaje, aunque > en GE)

Tabla 1 (Continuación)

AUTOR	N	Objetivo: Comparar/ Comprobar eficacia de los programas	Elementos intervención	Resultados
Stadel- maier et al. (2014)	15	Estudiar si el instrumento de valoración Po-Bado: ↑ HHCC y mejora la relación terapéutica	Po-Bado: The Basic Documentation for Psycho-Oncology: evaluación estrés psicosocial en pacientes con cáncer. G1: Con experiencia en Po-Bado; G2 (Sin experiencia)	No dif. sig G1 y el G2 tras Intervención. G2 se acercó en mayor medida al 1: ↑ de técnicas alentadoras y ↓ no alentadoras. G2: ↓ derivaciones psicología. Y duración consultas (no sig). Profesionales satisfechos con la intervención.
Canivet et al (2014)	115	HHCC en el manejo del dolor en el paciente oncológico	30 h teóricas sobre dimensiones Cáncer (Ca) y HHCC+ 75 h presentación de casos y RP	↑ nº preguntas relacionadas con la emoción ante el dolor y sobre cogniciones acerca del tratamiento del dolor. Única variable en la que no se observa mejoría: “evaluar componentes del dolor en Ca”
Fisher et al. (2014)		HHCC centradas en la emoción, ante padres de pacientes pediátricos	Breve intervención (1h): 4HHCC, RP con SP + sesión informativa	GE: Mejoría sig en HHCC emotivas Dif en relación a la experiencia profesional: solo se hallaron con respecto a la ansiedad: las que tenían > experiencia mostraron reducción sig de la ansiedad Sobre la aplicación en la práctica clínica: el 52% reportaban ejemplos en los que empleaban las HHCC aprendidas
Yoo y Park (2015)		Aprendizaje basado en casos vs aprendizaje tradicional en estudiantes enfermería	GE : aprendizaje basado en casos,RP + reflexión individual, + debate en grupo y puesta de nuevo en escena	GE: ↑ en las 3VD: capacidad comunicativa , resolución problemas y motivación

Nota: Tabla de elaboración propia. La N es la suma de la muestra empleada en el grupo control y experimental o de los dos grupos de comparación; ↑ = aumento; ↓ = disminución; RP = Role playing; GC = Grupo Control; GE= Grupo Experimental; G1 = Grupo 1; G2 = Grupo 2; VD = Variable dependiente; HHCC = Habilidades de comunicación; CC = Comunicación; SP = Paciente Simulado; h = horas; dif = diferencias; sig. = significativa/o/s; GHQ = *General Health Questionnaire* (Goldberg y Williams, 1988); HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983); STAI = Stait-Trait Anxiety Inventory (Spielberg, 1983); programa SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news (Baile et al., 2000)

Como se puede observar en la tabla anterior, los resultados encontrados a lo largo de la literatura avalan la eficacia de los programas de habilidades de comunicación en profesionales sanitarios y en concreto en profesionales de enfermería. Los resultados de la mayor parte de trabajos reflejan una mejoría en la puesta en práctica de las habilidades de comunicación aprendidas tras el entrenamiento, si bien en algunos trabajos se observan diferencias no significativas para algunas de las categorías comunicativas entrenadas. El aumento de las puntuaciones en empatía y autoeficacia percibida, junto con una disminución en los llamados errores comunicativos o habilidades no empáticas suelen ser también hallazgos frecuentes.

Por lo tanto, parece que si bien queda demostrada la eficacia de los programas de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería, la heterogeneidad propia de la metodología empleada y variables seleccionadas para la medición, la escasa operativización de las habilidades a entrenar, así como la disminución del aprendizaje con el paso del tiempo, representan claras limitaciones a la hora de generalizar los resultados hallados. La operativización de las habilidades de comunicación y la aplicación de sesiones de refuerzo de cara a mantener los resultados obtenidos, aparecen como las recomendaciones a tener en cuenta a la hora de desarrollar un programa de estas características.

Tras la revisión llevada a cabo, en la cual se han identificado tanto propuestas particulares de distintos autores, como las basadas en paradigmas teóricos concretos, cabe resaltar un enfoque de entrenamiento en el cual se basa el presente trabajo de investigación, y que a nuestro entender, solventa en gran parte las limitaciones antes citadas: el microcounseling.

3. Microcounseling

3.1. Concepto y definición de microcounseling

El concepto de *microcounseling* fue desarrollado en la década de los ochenta (Ivey, 1971; Ivey, Normington, Miller, Morrill, y Haase, 1968) a partir de un enfoque de aprendizaje implementado en el ámbito educativo dirigido a profesores, denominado *microteaching* (Allen, 1967). El microcounseling es un enfoque de aprendizaje sistemático dirigido a la enseñanza de habilidades de asesoramiento y entrevista. Aporta una mayor estructuración con respecto a los programas de entrenamiento previos a través de la especificación y secuenciación de las conductas comunicativas a enseñar.

Las técnicas de microcounseling y microtraining son un intento directo de desarrollar un enfoque sistemático en la formación de las habilidades de entrevista... El esqueleto o estructura del microcounseling proporciona un marco preciso para el aprendizaje de una habilidad concreta de asesoramiento, acorta la duración de la entrevista, y proporciona práctica intensiva hasta que se aprende bien la habilidad. (Ivey, 1971, p.5)

En concreto, Ivey y Authier (1978) definen el microcounseling como: “un enfoque innovador para la enseñanza de habilidades clínicas básicas que se basa en la premisa de que la conducta de entrevista es extremadamente compleja y por lo tanto se puede enseñar mejor dividiendo la entrevista en unidades discretas”(p.32).

Este enfoque se asienta sobre las premisas del aprendizaje social (Bandura, 1977a). El entrenamiento secuencial de las habilidades de comunicación a entrenar, el modelado en vivo, la autoobservación en video de la conducta ejecutada, la práctica real y el feedback, constituyen los

principios del paradigma. La posibilidad de aplicar este tipo de entrenamiento en diferentes situaciones de aprendizaje y contextos socioculturales, supone otra de las características fundamentales.

Higgins, Ivey y Uhlemann (1970) adaptaron este enfoque a la denominada *Terapia de Mediación*, que consistía en la aplicación del presente paradigma a la enseñanza de habilidades que pueden ser aplicadas en la vida diaria. La Media Therapy aunque también se puede llevar a cabo como terapia individual, está en su mayor parte dirigida a la intervención sobre interacciones entre personas, como puede ser el caso de las relaciones de pareja. El programa diseñado para ello, sigue los mismos principios del microcounseling, utilizando también los pasos básicos de este, grabaciones de video, feedback y práctica in vivo.

Aunque el microcounseling se estableció como un método de aprendizaje flexible, capaz de adaptarse a distintas situaciones y orientaciones, cuenta con una serie de pasos básicos a aplicar: una primera entrevista entre el estudiante y el paciente voluntario o simulado, que generalmente es grabada en vídeo, una introducción teórica sobre las habilidades a aprender y la revisión de la primera entrevista y la repetición de la misma, tras obtener el feedback pertinente durante el entrenamiento.

En contraposición a la mayor parte de los programas que se llevan a cabo hoy en día, el aprendizaje sistemático descrito, permite la operativización y monitorización del procedimiento de intervención.

3.2. Habilidades de comunicación descritas desde el microcounseling: las microhabilidades

La primera clasificación propiamente denominada de *microhabilidades*, es decir de habilidades de comunicación que se encuadran dentro del paradigma clásico de microcounseling,

fue también desarrollada por Ivey (1971). En un primer momento, describió doce habilidades de entrevista, que agrupó en cuatro tipos de categorías: habilidades para comenzar una entrevista, de escucha, de interpretación y de auto-expresión (Ivey, 1971; Ivey y Authier, 1978).

Dentro de cada una de ellas describió distintos subtipos de habilidades:

- Habilidades para comenzar a realizar una entrevista:
 - Conductas que demuestran atención, como pueden ser el contacto visual, una postura corporal relajada o la utilización del silencio.
 - Invitaciones a hablar, concepto que hace referencia a la utilización de preguntas abiertas y cerradas para facilitar el discurso.
 - *Mínimos animadores o alentadores*, definidos como expresiones no verbales: *um-hmm*, repeticiones de una o dos palabras de lo que el paciente acaba de decir o cambios y gestos posturales que puede realizar el entrevistador con el mismo fin.
- Habilidades de escucha:
 - Reflejo.
 - Resumen de sentimientos.
 - Paráfrasis.
 - Resumen de contenidos.
- Habilidades de auto-expresión:
 - Expresión de sentimientos por parte del terapeuta.
 - Expresión de contenido.

- Comunicación directa y mutua, definida como la habilidad del terapeuta para centrarse en la propia interacción con el paciente a expensas de los factores sociales.
- La interpretación: definida como la capacidad para prestar un nuevo marco de referencia al paciente.

Con posterioridad, el autor introdujo distintos cambios. Entre estos, encuadró los dos últimos grupos de categorías, la auto-expresión e interpretación, en lo que denominó habilidades de influencia interpersonal. Realizó así una importante diferenciación, entre las habilidades de atención y/o de escucha y las habilidades que influyen sobre el paciente, a través de la inducción de insight y la producción de cambios psicoterapéuticos (Ivey y Authier, 1978). En la actualidad esta diferenciación entre habilidades de atención y de influencia, es compartida por la mayor parte de autores.

La categorización y definición de las habilidades presentadas, supone un aspecto clave del presente paradigma, que será asumido por la mayor parte de programas de intervención basados en este enfoque. La clasificación del autor exige el desarrollo de un modelo ambicioso, que recoge de forma detallada un amplio número de habilidades de comunicación y el contexto terapéutico en el que pueden desarrollarse. Podemos decir que es el primer enfoque que operativiza de forma tan específica, las habilidades de comunicación a entrenar.

En la actualidad Ivey (2007) defiende una clasificación piramidal de las habilidades de comunicación, basada en los requerimientos atencionales de las mismas. Mantiene una categorización similar a la presentada con anterioridad, ya que conserva la división creada previamente e incluye entre las habilidades de escucha y las de influencia, una nueva categoría

destinada a las habilidades que permiten la estructuración de la entrevista. Estas últimas hacen referencia a cinco fases, relacionadas con el establecimiento del contexto de la entrevista y de la relación terapéutica (los saludos iniciales, importancia de señalar los puntos fuertes del paciente...), la recogida de datos (tanto del paciente como los relacionados con la intervención terapéutica), el establecimiento de objetivos comunes, la exploración de estrategias y alternativas al problema planteado y la fase de finalización de la entrevista y orientación hacia el futuro.

Las diferentes categorías y habilidades descritas por el autor fueron además distribuidas a través de un continuum, en base a la capacidad de influencia y de promover cambios terapéuticos en el paciente. Por lo tanto, este modelo no solo consiste en un programa de entrenamiento de habilidades de escucha, sino también en un aprendizaje de las habilidades comunicativas propias de la intervención psicoterapéutica.

La mayor parte de autores, emplearon en sus programas de intervención clasificaciones que parten de las categorías propuestas por Allen Ivey (2007). A continuación, en la Tabla 2, se muestra un resumen de las habilidades de comunicación empleadas en los estudios más representativos publicados hasta la fecha, y que siguen el paradigma del microcounseling o un programa de habilidades de comunicación y consejo similar a este. Además de ello, se incluyen las clasificaciones actuales realizadas a partir de metanálisis o revisiones sistemáticas, de los denominados en la actualidad *programas de habilidades de ayuda*.

Tabla 2

Clasificación de las diferentes habilidades de comunicación descritas en los programas de microcounseling y habilidades de ayuda.

Autores	Habilidades de comunicación
Carkhuff (1969)	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Genuinidad • Respeto • Concreción • Autodivulgación • Confrontación • Inmediatez de relación
Guttman y Hasse (1972)	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de atención: contacto ocular, postura y seguimiento verbal • Reflejo de sentimientos • Resumen de sentimientos
Guttman (1973)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación defensiva vs no defensiva
Moreland, Ivey y Phillips (1973)	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de atención • Mínimos activadores • Preguntas abiertas y cerradas • Paráfrasis • Reflejo de sentimientos • Resumen
Toukmanian y Rennie (1975)	<ul style="list-style-type: none"> • Invitaciones a hablar consistentes en: respuestas mínimas (mínimos alentadores), preguntas cerradas y abiertas, clarificaciones y reflejos • Preguntas cerradas • Interpretaciones y consejos
Authier y Gustafson (1976)	<ul style="list-style-type: none"> • Invitaciones a hablar • Reflejo de sentimientos • Preguntas-enunciados que indican la opinión del entrevistador. • Confrontación • Retroalimentación • Autorrevelación
Uhlemann, Hearn, y Evans, (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de atención • Preguntas abiertas y cerradas • Mínimos animadores • Reflejo de sentimientos • Reflejo de contenido

Tabla 2 (Continuación)

Autores	Habilidades de comunicación
Richardson y Stone (1981)	<ul style="list-style-type: none"> • Reflejo de sentimientos. • Confrontación
Daniels et al. (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de atención • Preguntas • Mínimos animadores • Paráfrasis • Reflejo de sentimientos • Resumen
Cormier y Cormier (1991) 3ª ed	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para potenciar la relación terapéutica. <ul style="list-style-type: none"> - Empatía. - Genuinidad. - Consideración positiva. • Conductas no verbales: <ul style="list-style-type: none"> - Conductas kinésicas. - Conductas paralingüísticas - Proxémica. - Ambiente/entorno - Tiempo • Conductas verbales: <ul style="list-style-type: none"> - Respuestas de escucha: clarificación, paráfrasis reflejo y resumen. - Respuestas de acción: pruebas o preguntas, confrontación, interpretación y dar información.
Sobel (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades no verbales: <ul style="list-style-type: none"> - Conductas de atención: contacto ocular, lenguaje corporal y cualidades de la voz. • Habilidades verbales: <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas abiertas y cerradas - Mínimos alentadores/animadores - Paráfrasis - Reflejo de Sentimientos - Resumen

Tabla 2 (Continuación)

Autores	Habilidades de comunicación
Evans, Hearn, Uhlemann y Ivey (1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de entrevista básicas: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de focalización y seguimiento: contacto ocular, postura natural y relajada, respuestas verbales de seguimiento, silencios apropiados - Habilidades de investigación/consulta efectiva: preguntas abiertas, preguntas cerradas, mínimos animadores - Reflejo de sentimientos. • Reflejo de contenido: paráfrasis y resumen • Habilidades de entrevista avanzada: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para comunicar sentimientos propios- auto-revelación - Confrontación - Dar información - Interpretación - Estructuración de la información y de la acción • Integración de las habilidades
Smaby, Maddux, Torres-Rivera y Zimmick (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades básicas: establecer el contacto visual, conductas verbales de seguimiento... • Habilidades de alto nivel: la empatía, auto-revelación... Habilidades de ayuda ante la toma de decisiones, resolución de problemas...
Engen y Dawson (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de empatía basadas en Carckhuff. • Tres tipos de preguntas: preguntas cerradas; preguntas abiertas indirectas y directas • Animadores. • Meta-preguntas. • Paráfrasis. • Reflejo de sentimientos • Resumen
Urbani et al. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de exploración: habilidades de atención básica y habilidades relacionadas con el establecimiento de contacto ocular y el resumen • Fase de comprensión: habilidades intuitivas, entre las que incluye la empatía, auto-revelación y confrontación. • Fase de acción, se centra en habilidades cognitivas complejas, como la toma de decisiones y elección

Tabla 2 (Continuación)

Autores	Habilidades de comunicación
Brammer y MacDonald (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ● Habilidades de escucha: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de atención no verbal: contacto ocular, postura relajada, gestos, mínimos alentadores. - Paráfrasis - Clarificación - Habilidades de confirmación: “¿es así?” “¿verdad?” ● Habilidades de guía, dirección o exploración: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de dirección indirecta: “dime más acerca de eso” “¿qué crees que significa?” “¿cómo te sientes?” - Habilidades de dirección directa: “ponme algún ejemplo”, “háblame más de...” - Focalización - Preguntas abiertas y cerradas ● Habilidades de reflejo: <ul style="list-style-type: none"> - Reflejo de sentimientos - Reflejo de una experiencia - Reflejo de contenido ● Habilidades de cuestionamiento o desafío: <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer sentimientos propios - Describir y compartir sentimientos: autodivulgación; feedback y dar opiniones - Autocuestionamiento ● Habilidades de interpretación: preguntas interpretativas, metáforas o ejemplos. ● Habilidades de información: consejo, dar información validada. ● Habilidades de resumen
Russell-Chapin, L. A. y Ivey, A. E. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ● Apertura de la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> - Saludo, definición de expectativas, tareas administrativas, comienzo de la entrevista. ● Exploración del problema: <ul style="list-style-type: none"> - Empatía o rapport terapéutico - Mínimos animadores - Paráfrasis - Habilidades de guía o dirección - Seguimiento verbal - Reflejo de sentimientos

Tabla 2 (Continuación)

Autores	Habilidades de comunicación
	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejo de significado - Clarificación - Preguntas abiertas - Resumen - Descripción de la conducta - Preguntas cerradas - Habilidades de verificación de lo que plantea el paciente - Silencio - Focalización - Feedback • Resolución de problemas: <ul style="list-style-type: none"> - Definir objetivos - Explorar /comprender el problema - Desarrollo o evaluación de alternativas - Implementar alternativas - Técnicas especiales - Proceso de counseling • Acción/confrontar incongruencias: <ul style="list-style-type: none"> - Inmediatez (preguntar por el ahora) - Autodivulgación - Confrontación - Directivas - Consecuencias lógicas - Interpretación. • Cierre de la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> - Resumen de contenido o sentimientos, - Reprogramación: comenzar a plantear objetivos, anticipar la siguiente consulta” - Terminar la sesión - Evaluación de la sesión
Van der Molen, Klaver y Dux (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de atención • Preguntas • Paráfrasis • Reflejo de sentimientos • Resumen

Tabla 2 (Continuación)

Autores	Habilidades de comunicación
Kuntze, Van der Molen y Born (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades básicas: <ul style="list-style-type: none"> - Mínimos alentadores/animadores - Preguntas abiertas y cerradas - Paráfrasis - Reflejo de sentimientos - Concreción - Resumen - Clarificación • Habilidades avanzadas: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Empatía precisa o avanzada</i>: dar otro punto de vista - Confrontación - Connotación positiva - Ejemplos de uno mismo/autorevelación - Franqueza.
Evans (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de atención: <ul style="list-style-type: none"> - Verbales: invitaciones, preguntas abiertas, paráfrasis, reflejo de sentimientos, reflejo de contenido, clarificación y resumen. - No verbales: contacto ocular, posición del cuerpo, movimientos corporales • Habilidades de relación: <ul style="list-style-type: none"> - Empatía, consideración positiva, genuinidad - Congruencia, interpretación - Auto-revelación - Alianza terapéutica • Consenso de metas/colaboración
Hill (2014; 4ª ed)	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª Fase: Exploración: <ul style="list-style-type: none"> - Atender, escuchar y observar - Explorar pensamientos: reformular, preguntas abiertas o prueba de pensamientos. • 2ª fase: insight <ul style="list-style-type: none"> - Retar /cuestionar al cliente con el propósito de fomentar el insight: cuestionamiento de discrepancias o de pensamientos - Facilitar el insight: preguntas abiertas o exploración del insight, interpretación, revelar el insight

Tabla 2 (Continuación)

Autores	Habilidades de comunicación
	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar las dificultades personales a través de la relación terapéutica • 3ª fase: acción: <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas abiertas y exploración de las posibles acciones - Recoger información - Feedback - Asesoramiento/consejos - Guía directa • Divulgación o revelación de estrategias

*Nota: Tabla de elaboración propia. Los trabajos de Smaby, Maddux, Torres-Rivera y Zimmick (1999) y Urbani et al. (2002) no especifican todas las habilidades. Solo nombran algunas. En el entrenamiento propio del modelo enseñan 18 HHCC, 6 en cada una de las tres fases del entrenamiento que proponen: exploración, comprensión y acción. El modelo de Urbani et al. (2002) está basado en el de Smaby et al. (1999). Las habilidades descritas por Russell-Chapin e Ivey (2004) se basan en su entrevista de evaluación: *CIRF Counselling Interview Rating Form*.

En la tabla anterior se recogen las principales clasificaciones realizadas desde el paradigma del microcounseling y desde enfoques de aprendizaje actuales. Como se puede observar la evolución de los modelos, tiende a una mayor complejidad en las clasificaciones. De todos modos, por norma general, las habilidades descritas pueden ser divididas a su vez, en dos categorías más amplias. A la primera pertenecen las habilidades de atención básica, dentro de las que se incluyen las habilidades de comunicación no verbal y habilidades de escucha activa. La segunda categoría hace alusión a las habilidades de influencia. Con frecuencia la mayor parte de enfoques exponen habilidades de comunicación avanzadas, propias de un proceso psicoterapéutico y que no forman parte de los objetivos de este trabajo.

3.3. Estudio de la eficacia y clasificación de los programas de microcounseling.

A lo largo de la bibliografía, un extenso número de estudios ha investigado la eficacia del microcounseling y su formato de entrenamiento, también denominado microtraining.

Entre estos, destacan los trabajos de Daniels (1985, 2009) y Daniels et al. (1988), por recoger la clasificación más exhaustiva desarrollada hasta la fecha sobre los estudios relacionados con este enfoque. En un primer momento, el autor analizó en su tesis doctoral, *Microtraining: training in skills of therapeutic communication with R.N. Diploma-Program Nursing Studen* (1985), la mayor parte de los trabajos realizados sobre microcounseling, desde sus comienzos hasta casi principios de la década de los noventa, y realizó una clasificación de los mismos en función del tema e intervalo temporal en el que fueron llevados a cabo.

Posteriormente en 2009, Daniels presentó una revisión actualizada sobre los estudios de microcounseling, que fue incluida como parte del programa de intervención en formato CD-ROM de Ivey, Ivey y Zalaquett (2010). En esta revisión analizó 450 estudios llevados a cabo desde la publicación en 1968 del artículo de Ivey et al. (1968), hasta el año en el que se publicó el CD-ROM. En esta ocasión, el autor no empleó una clasificación temporal de trabajos, sino que definió las categorías en función de los siguientes temas de estudio: a) eficacia y resultados del microcounseling; b) efectos del microtraining sobre los clientes; c) comparación del microcounseling con otro tipo de intervenciones; d) análisis de los componentes de este modelo; e) relación entre variables o capacidades cognitivas, variables de personalidad de los aprendices y resultados observados; f) aplicación del microcounseling como método de intervención o tratamiento en pacientes; y g) aplicación del enfoque en otros profesionales y/o contextos.

Además, presentó un apartado dedicado a las revisiones sistemáticas y metanálisis y otro a los resultados y procesos de evaluación aplicados. El trabajo de Daniels (2009), se trata de la

revisión más completa sobre los principales temas de estudio e investigaciones desarrolladas sobre este modelo. A través de este análisis consigue exponer con claridad los orígenes, evolución y actualidad de este método de aprendizaje.

Tal como señala el autor, la bibliografía existente avala la eficacia del microcounseling como enfoque de entrenamiento dirigido al aprendizaje de habilidades de entrevista y/o comunicación. Las medidas de seguimiento revelan la necesidad de valorar la estabilidad de los resultados hallados. Por otro lado, se hace evidente la necesidad de continuar el estudio de su eficacia en contextos clínicos y psicoterapéuticos y no meramente formativos, con el propósito de respaldar en mayor medida, los resultados favorables que se han encontrado al respecto (Daniels, 2009).

En el presente trabajo se desarrolla una clasificación del amplio número de investigaciones realizadas sobre microcounseling a partir de dos grandes categorías: a) la temporalidad, y b) el tema de investigación planteado. Se recupera la temporalidad como variable clasificatoria, con el objetivo de presentar la evolución de los distintos tipos de trabajos a través del tiempo. Por otro lado, de forma similar a las revisiones descritas previamente, se realiza una categorización en función del objeto de estudio. Tras explorar varias posibilidades, se optó por exponer dos grandes divisiones temporales: una primera, que parte del año 1968 con el primer estudio clásico de microcounseling, donde se muestra la evolución de los trabajos de investigación llevados a cabo durante la década de los setenta y ochenta, y una segunda categoría que abarca desde los años noventa hasta la actualidad, e incluye las nuevas aportaciones desarrolladas en este ámbito. La presente clasificación, se basa en el trabajo de Daniels (2009), a partir del cual se detallaron en mayor medida los principales trabajos de investigación y añadieron las sucesivas actualizaciones desarrolladas en este campo.

3.3.1. Evolución del microcounseling: desde 1968 hasta 1990.

En 1968 Ivey et al. publicaron un artículo que ha sido considerado por la mayor parte de autores, el primer estudio formal de microcounseling y el principio de un amplio número de estudios que se dedicarían posteriormente a investigar este modelo.

En el transcurso de este periodo, el grueso de estudios se dirigió inicialmente a comprobar la eficacia de este enfoque como modelo de aprendizaje. En un primer momento los trabajos realizados replicaron el estudio clásico de Ivey et al. (1968) y partir de aquí, se desarrollaron otro tipo de investigaciones. Por un lado, continuaron los estudios que pretendían comprobar la eficacia del paradigma y añadían a su vez variaciones con respecto al artículo original y por otro, surgieron los primeros trabajos que comparaban el microcounseling con otros modelos de entrenamiento o que estudiaban de manera aislada los componentes del mismo, constituyendo así tres grandes líneas de investigación: a) la eficacia del microcounseling, b) la comparación de éste con otros enfoques de aprendizaje, y c) la eficacia de los componentes que constituyen el programa de intervención.

1) Eficacia del microcounseling como modelo de aprendizaje

El estudio clásico de Ivey et al. (1968) supuso el punto de partida de este grupo de investigaciones que entre la década de los setenta y ochenta, pretendieron comprobar la eficacia del microcounseling como modelo de aprendizaje de habilidades de consejo y entrevista, en estudiantes y/o profesionales sanitarios. En este primer estudio de grupo control aleatorizado, se implementó el citado paradigma a treinta y ocho estudiantes que comenzaban su formación en counseling, con el objetivo de mejorar tres grupos de habilidades de comunicación: conductas de atención, reflejo de sentimientos y resumen de los sentimientos expresados por el paciente. A

través de este diseño experimental, los autores reconocieron el enfoque como un modelo de aprendizaje válido para enseñar habilidades de entrevista y consejo.

A partir de este trabajo, surgieron nuevos estudios experimentales con el propósito de probar la eficacia del microcounseling en estudiantes, encontrando resultados similares a los descritos por Ivey et al. (1968). Todos ellos comparten con respecto al estudio inicial, el empleo de sus elementos básicos en el procedimiento de aprendizaje y han demostrado un mayor nivel de capacitación tras el entrenamiento en dicho enfoque (Aldridge e Ivey, 1975; Elsenrath, Coker y Martinson, 1972; Guttman y Hasse, 1972; Miller, Morrill y Uhlemann, 1970; Moreland et al., 1973).

Tras estos primeros estudios, se comenzó a señalar la necesidad de emplear muestras de profesionales en activo para comprobar su eficacia en el ámbito sanitario, ya que como puede observarse, la mayor parte de trabajos realizados hasta la fecha se llevaron a cabo en estudiantes (Daniels et al., 1988) o en su defecto empleando como población profesional a los denominados *counselors* (Haase y Dimattia, 1970). Y aunque también en los años setenta, se encuentran las primeras investigaciones que aplicaron este paradigma en enfermería (Authier y Gustafson, 1976; Carr, 1976), no es hasta los años ochenta cuando las investigaciones comienzan a ampliar de manera generalizada su población objeto de estudio.

Así, en relación a los profesionales de enfermería, Daniels et al. (1988) desarrollaron un importante trabajo de investigación y de clasificación, clave en el estudio del microcounseling. En su trabajo aplicaron este paradigma, utilizando un diseño experimental con grupo control aleatorizado en sesenta estudiantes. El grupo experimental fue entrenado en seis habilidades de entrevista, cada una de las cuales constituía uno de los módulos de entrenamiento progresivo: conductas de atención, preguntas, mínimos animadores, paráfrasis, reflejo de sentimientos y

resumen. La metodología de entrenamiento fue la propia del enfoque, por lo que incluyó un manual que describía las habilidades a aprender, el visionado de modelos, el role playing y el feedback. Los resultados obtenidos demostraron que el este enfoque era un método de enseñanza eficaz. Sin embargo, tal como ocurrió en otras investigaciones, se observó durante el seguimiento una disminución de la puesta en práctica de las habilidades desarrolladas. En este sentido, parece esencial reforzar el aprendizaje en los meses posteriores al entrenamiento (Daniels et al., 1988).

Además de la conveniencia de emplear otro tipo de muestras, Kurtz, Marshall y Banspach (1985), analizaron cuarenta y ocho estudios sobre programas de habilidades interpersonales, señalando aparte de los descritos, otros factores a tener en cuenta a la hora de plantear una investigación. Así, describieron la necesidad de analizar habilidades de comunicación simples y complejas, la necesidad de estudiar la generalización y el mantenimiento de las conductas entrenadas y el peso de los distintos tipos de tareas y condiciones de aprendizaje empleadas. Parece que si bien queda demostrada la valía de este enfoque es necesario tener en cuenta otra serie de factores para mejorar la investigación hasta aquí desarrollada (Matarazzo y Patterson, 1966).

En esta misma línea, la revisión realizada por Baker y Daniels (1989) permitió clarificar la relación entre los resultados obtenidos y la metodología empleada en los diferentes trabajos de investigación. Tras analizar ochenta y un estudios sobre microcounseling, los autores concluyeron que si bien este era efectivo como modelo de aprendizaje, la heterogeneidad observada en los distintos estudios dificultaba la generalización de los resultados. Afirmaron que variables metodológicas como la población objeto de estudio, el tipo de diseño experimental, los grupos de comparación empleados o la duración del tiempo transcurrido entre la medida post-tratamiento y la de seguimiento, podían mediar en los resultados obtenidos. Del mismo modo

que podían hacerlo las características propias del procedimiento de intervención, así como la duración del programa, la complejidad de las habilidades a enseñar y el tipo de paciente entrevistado. En el análisis de resultados parece conveniente por lo tanto, tener en cuenta las características metodológicas y de entrenamiento empleadas. Los autores advierten de la existencia de posibles sesgos a la hora de informar sobre resultados favorables y señalan a su vez, la conveniencia de centrar el grueso de los estudios en la evaluación de la eficacia de los componentes de este paradigma, así como en la comparación con otros programas alternativos.

Para finalizar este apartado, cabe mencionar, que a finales de la década de los setenta, comenzó a emplearse otro tipo de población en los estudios sobre eficacia del microcounseling y la investigación evolucionó hacia otros campos de aplicación, entre los que se encontraron los problemas psicosociales y/o trastornos psicopatológicos. A partir del trabajo anteriormente descrito, de Higgins et al. (1970) que presentaba un modelo de terapia de pareja o de relaciones personales, se generó una creciente investigación sobre la eficacia del microcounseling como modalidad de entrenamiento para estos fines (Daniels, 2009).

Así, a modo de ejemplos, señalar que Buzzetta (1976) empleó este modelo como un tipo de intervención en pacientes alcohólicos. Por su parte, Gluckstern, Ivey y Forsyth (1978) lo aplicaron en la formación de consejeros que trabajaban en el ámbito de la drogadicción, con el objetivo de aumentar la producción de microhabilidades y mejorar así la efectividad en las intervenciones realizadas sobre estos pacientes. De este modo, Grinnel y Lieberman (1977) implementaron el enfoque del microcounseling en niños con retraso mental, con el propósito de mejorar las habilidades de comunicación en las entrevistas de trabajo.

Por su parte, Cristiani (1978) utilizó este método de aprendizaje con cuidadores de niños, para enseñar microhabilidades. En concreto se centró en las preguntas abiertas y expresión de

sentimientos. Los datos observados demostraron un aumento de este tipo de habilidades tras la intervención, sin embargo no se consiguió que estas fueran transferidas al entorno natural.

En el ámbito escolar, Poitras-Martin y Stone (1977), validaron el empleo de este modelo como enfoque de entrenamiento, a la hora de enseñar estrategias de resolución de problemas en estudiantes. Otros trabajos, pusieron en práctica un procedimiento similar para el aprendizaje de conductas prosociales, obteniendo también resultados positivos (DeVoe y Sherman, 1978).

Se ha puesto también de manifiesto, que el microcounseling puede ser un enfoque de aprendizaje válido en profesionales de la educación y mejorar las habilidades de comunicación con los alumnos (Hargie, 1984) y los padres (Sawyer y Sawyer, 1981).

Asimismo, diversos trabajos avalaron la eficacia de este paradigma en el ámbito del Trabajo Social (Corcoran y Bryce, 1983; Dickson y Mullan, 1990).

2) *Eficacia de componentes específicos del microcounseling*

A este segundo grupo pertenecen los estudios que plantearon como objetivo principal el evaluar la eficacia de distintos componentes del microcounseling. La mayor parte de estos trabajos se basaron en el modelado y la supervisión prestada durante el entrenamiento, sometiendo a evaluación estos elementos, bien de forma aislada, bien en su conjunto o en combinación con otros componentes.

Así, algunos estudios evaluaron ambos elementos, la eficacia del modelado en video y la retroalimentación, en programas dirigidos a aumentar las intervenciones terapéuticas centradas en la emoción del paciente (Frankel, 1971).

Otros trabajos, valoraron los principales componentes del microcounseling, como el modelado, role playing, el feedback y la corrección de la ejecución en role playing y defendieron en base a los resultados hallados, que la aplicación del modelado de manera aislada era

suficientemente eficaz como para conseguir la adquisición de las habilidades entrenadas y la generalización de las mismas, sin ser necesario añadir el resto de elementos estudiados (Peters, Cormier y Cormier, 1978). Sin embargo, en esta misma línea de investigación otros autores como Wallace, Horan, Baker y Hudson (1975) avalaron la superioridad de un enfoque multicomponente de microcounseling, en comparación con métodos aislados de lectura y modelado. Estos últimos resultados contrastan a su vez con los del equipo de Uhleman, Stone, Evans y Hearn (1982), que no lograron demostrar la superioridad de la condición con modelado. Los autores atribuyeron estos resultados a las limitaciones metodológicas de la investigación, como la escasa muestra empleada.

Con respecto al estudio de la supervisión como elemento de aprendizaje, cabe destacar el estudio de Authier y Gustafson (1976), como uno de los primeros trabajos de investigación que implementó el microcounseling en profesionales de enfermería. Si bien ya habían realizado un estudio previo en el que no encontraron diferencias significativas entre las condiciones de supervisión y no supervisión (Authier y Gustafson, 1975), en el estudio posterior tras solventar distintas limitaciones metodológicas, observaron que la supervisión mejoraba la capacidad para aumentar la producción de microhabilidades y disminuía las respuestas comunicacionales no empáticas. Estos resultados contrastan con los de Hayman (1979), que sugirió que el empleo de un supervisor que proporcionara feedback no siempre se relacionaba con una mejora en la ejecución. Los resultados confirmaron que un procedimiento de aprendizaje sin retroalimentación, podía ser un método también eficaz para la enseñanza de habilidades de asesoramiento.

Como se puede observar, los estudios desarrollados son múltiples y las conclusiones sobre los mismos variadas. Al aproximarnos a la década de los ochenta, las investigaciones

comenzaron a centrarse en el estudio de posibles variables moduladoras, con el propósito de clarificar el panorama actual sobre la eficacia de los componentes. Así, variables como la complejidad de las habilidades (Fyffe y Oei, 1979), la duración y el orden de presentación de los componentes (Stone y Stein, 1978), el nivel de estructuración de la supervisión (Berg y Stone, 1980) la experiencia de los observadores y el tiempo de entrenamiento (Authier y Gustafson, 1976), o variables personales del aprendiz y supervisor, fueron elementos objeto de estudio (Kaplan, 1983).

En referencia al feedback como forma de supervisión, otros trabajos validaron la superioridad del reforzamiento por parte de del formador, frente al autoreforzamiento, aunque especificaron que este último podía ser aconsejable cuando los grupos a entrenar son grandes y resulta complicado prestar feedback personalizado (Kelley, 1971).

Por su parte, Thompson y Blocher (1979) evaluaron la utilidad de apoyar el aprendizaje mediante la supervisión realizada por un compañero, denominada por los autores, *co-counseling*, pero en contra de lo esperado, hallaron que no mejoraba los resultados obtenidos.

Por lo tanto, el estudio de los componentes de microcounseling, se ha centrado en un primer momento en el modelado y supervisión, para posteriormente estudiar diferentes formas de aplicar ambos elementos. En líneas generales, parece sensato asumir la inclusión de ambos en el procedimiento de aprendizaje. En concreto, a pesar de que los resultados en relación a la supervisión generen mayor ambigüedad, un estilo que tenga en cuenta las características de los participantes y las habilidades a entrenar, promoverá una ejecución apropiada y el mantenimiento de la conducta deseada.

3) *Comparación entre el enfoque de microcounseling y otro tipo de enfoques y/o modelos:*

La tercera categoría, hace referencia a los estudios que realizaron una comparación entre un entrenamiento en microcounseling y otro tipo de técnicas o procedimientos.

Uno de los primeros estudios que compararon el microcounseling con otro tipo de entrenamiento, fue el de Moreland et al. (1973). A pesar de ser clasificado también en la categoría de estudios que comprueban la eficacia del paradigma, por ser este su objetivo principal, incluyó una comparación entre este método de entrenamiento y uno basado en la entrevista tradicional. En el método de entrenamiento clásico, el sujeto participante realizaba en un primer momento una entrevista con un paciente simulado, pero a diferencia de la condición de microcounseling no era grabado en vídeo, ni recibía manuales introductorios o feedback específico. Los autores encontraron que ambos métodos mejoraban las habilidades comunicativas entrenadas en los sujetos, aunque el microcounseling resultaba superior.

Si bien los estudios que comparan diferentes modelos pueden presentar procedimientos de lo más variados (DiMattia y Arndt, 1974; Wallace, Marx y Martin, 1981), los trabajos a destacar, son los que equipararon entre sí importantes enfoques de aprendizaje de habilidades de entrevista y comunicación, asentados sobre una base teórica sólida. Entre estos se encuentran tres de los considerados modelos de counseling más relevantes: a) el microcounseling, b) el sistema de entrenamiento de Truax y Carckhuff: The Human Resources Development (HRD), y c) el Human Relations Training (IPR) de Kagan (citado en Baker, Daniels y Greeley, 1990).

Tal como señalaron Baker et al. (1990), los tres modelos comparten algunas características básicas, ya que cuentan con la presentación en video o audio del repertorio de conductas a entrenar y emplean la práctica en vivo o role playing con feedback posterior. El

HRD, denominado en un primer momento Integrated Didactic-Experiential Training, fue desarrollado por Truax y Carchuff en los años sesenta y basa sus principios en la terapia centrada en el cliente y las habilidades de escucha activa propuestas por Rogers. Sus fases son las propias de un modelo humanista: la autoexploración, la comprensión y la acción, por lo que supone en base a sus características un modelo psicoterapéutico. Por su parte el IPR representa otro de los modelos clásicos de counseling y se acerca en mayor medida al microcounseling, en cuanto a que fue concebido como un método de aprendizaje de habilidades de entrevista y consejo. Plantea diferentes fases en las que el aprendiz adquiere progresivamente las habilidades deseadas: el modelado simbólico, la práctica real, y la revisión del video de cara a adquirir habilidades de experto.

En su estudio, publicado en los años noventa, Baker et al. (1990) demostraron la eficacia de los tres programas de intervención. Sin embargo, al contrario de lo que ocurría en otros estudios previos, en los que se halló que el microcounseling era el modelo más eficaz, en este trabajo los tamaños del efecto revelaron una mayor eficacia para el enfoque HRD, seguido por el microcounseling y en tercer lugar el IPR. De todos modos, tal como señaló Hargie (1984), los errores metodológicos observados en los diferentes estudios indicaron la necesidad de continuar la investigación en este campo.

Además de los citados, otros trabajos de interés hicieron alusión a estos enfoques demostrando su eficacia como métodos de entrenamiento (Kasdorf y Gustafson, 1978; Toukmanian, Capelle y Rennie, 1978; Toukmanian y Rennie, 1975). De todos modos, tal como señala Ford (1979), la generalización de los resultados hallados continúa siendo una tarea pendiente en este tipo de estudios, debido a la heterogeneidad que los caracteriza.

En este apartado, cabe señalar otro modelo de comparación, por su similitud con el desarrollado en el presente estudio, el denominado *Aprendizaje Programado (AP)*. Se trata de un modelo de aprendizaje en el que se presentan instrucciones a través de una serie de pasos organizados o programados. En cada uno de estos pasos, se le presentan al sujeto una o más preguntas sobre el material expuesto y un feedback correspondiente a las respuestas correctas. En este tipo de aprendizaje, el material puede mostrarse en un libro de texto u ordenador.

Hearn (1977) comparó tres programas de entrenamiento en habilidades de comunicación en profesionales de enfermería, el microcounseling, el entrenamiento en sensibilidad (*sensitivity training*), y el llamado AP. El entrenamiento en sensibilidad, fue definido como un tipo de enfoque de aprendizaje de habilidades de counseling, basado en la terapia de la Gestalt y la psicoterapia centrada en el cliente, pero con la particularidad de que el entrenamiento se desarrollaba en grupo. En el estudio de Hearn (1977), los sujetos que fueron entrenados a través del AP, recibieron manuales específicos de intervención en los que se presentaban las mismas habilidades que en el enfoque de microcounseling. Los resultados indicaron que el microcounseling fue el método más eficaz de cara a aumentar las habilidades de comunicación facilitadoras, disminuir las inhibidoras e incrementar el foco de intervención centrado en el paciente. La siguiente intervención que mostró mayor eficacia fue el grupo de AP.

A este respecto, Uhleman et al. (1980) encontraron que tanto el microcounseling como el aprendizaje programado eran enfoques de eficacia similar y lograban mejorar las habilidades de comunicación entrenadas. Tal como señalaron los autores, parece que cuando al AP se le añaden elementos propios del microcounseling, como la práctica real y el feedback, se obtienen resultados similares. A pesar de los datos obtenidos, no se logró una generalización de los resultados en el ambiente real de trabajo, lo que sugiere de nuevo, la necesidad de que los

estudios futuros se encarguen de conseguir la generalización de los mismos en un entorno laboral real.

En resumen, la línea de investigación centrada en la comparación de diferentes modelos para el aprendizaje de habilidades de counseling y entrevista es extensa. La mayor parte de estudios se ha dirigido a evaluar la eficacia del microcounseling en comparación con otros métodos de entrenamiento. Entre estos destacan la equiparación con el aprendizaje tradicional y otros modelos clásicos de counseling como el IPR o HRD. Los resultados parecen avalar la superioridad de un formato de microtraining frente a modelos tradicionales. Por otra parte, los distintos estudios han reflejado la eficacia de los tres modelos clásicos de counseling, siendo el HRD y microcounseling los que contribuyen en mayor medida a la obtención de resultados favorables. Asimismo, los componentes relacionados con un método de microenseñanza o aprendizaje programado basados en el modelado y visionado en vídeo, se relacionan con una mayor eficacia.

3.3.2. Desde 1990 hasta la actualidad: desarrollo y novedades en el estudio del microcounseling

Este segundo periodo se caracteriza por la continuación de las líneas de estudio previas: el estudio de la eficacia del microcounseling y el incremento de la diversidad de contextos en los que se aplica (Cameron, 1990; Gallagher, 1993; Kabura, Fleming y Tobin, 2005; Kawagoshi y Sugiwaka, 2012; Pomerantz, 1993), la investigación de la eficacia de los componentes y sus posibles variables moduladoras (Kawagoshi y Sugiwaka, 2011; Kuntze et al., 2009; Sharpley y Ridgway, 1993) y la comparación entre modelos o métodos de entrenamiento (Baker et al., 1990; Boulais, 2008; Crews et al., 2005; Schönrock-Adema, Van der Molen y van der Zee, 2009).

Una de las revisiones más significativas de la actualidad, es la publicada por Daniels (2009), *Overview of research on microcounseling: 1967* en uno de los CDs interactivos de Ivey et al. (2010) en la que tras el análisis de 450 estudios comprendidos entre el año 1967 y la fecha de publicación del CD, realizó una clasificación exhaustiva de los distintos trabajos de investigación desarrollados en torno al modelo del microcounseling. Consideramos el trabajo de Daniels, como de obligada lectura para comprender la evolución histórica y desarrollo de este paradigma, quedando justificada una vez más la eficacia de este enfoque como modelo de aprendizaje, más allá de las limitaciones metodológicas identificadas en algunos de los estudios analizados. A partir del mismo parece indiscutible su validez como enfoque de aprendizaje en el campo de las habilidades de comunicación. A este respecto el autor nos recuerda, que si bien son numerosos los estudios que no cumplen los criterios esperados, la gran mayoría avalan de manera indiscutible la validez del microcounseling como método de entrenamiento de habilidades de consejo y ayuda, tanto para habilidades de escucha básica como habilidades de comunicación complejas. Del mismo modo, en relación a la comparación con otros enfoques, asumió la posibilidad de mejorar los resultados hallados, combinando diferentes modelos de aprendizaje, como el HRD y el microcounseling.

Además de continuar la línea de investigación previa, este periodo añade la traducción al inglés de una revisión completa de los estudios desarrollados en Holanda, ya que supone un acercamiento al microcounseling europeo, olvidado hasta ahora debido a dificultades en la traducción, y una mayor aplicación a contextos asistenciales. Van der Molen, Smit, Hommes y Lang (1995) condujeron una revisión exhaustiva y realizaron un metaanálisis sobre los estudios de investigación desarrollados en Holanda, desde el año 1974 hasta el 1994. Los autores presentaron un tipo de procedimiento basado en el microcounseling, el *microtraining*

acumulativo, caracterizado por suponer un aprendizaje aditivo, es decir, un aprendizaje en el que cada módulo o habilidad nueva se añade a la habilidad o habilidades aprendidas previamente. En el modelo clásico, en cada uno de los módulos se enseñaba una sola habilidad. Del estudio realizado, se desprende la eficacia de este tipo de procedimiento, así como la importancia de trabajar el contenido teórico: el conocimiento de las habilidades no garantizaba la eficacia del programa, pero fue considerado un factor necesario que lograba potenciarla. Otra de las aportaciones de la revisión holandesa, la constituye la extensión de este modelo más allá de una muestra académica y de consejeros a la que tradicionalmente estamos acostumbrados (Van der Molen et al., 2004)

Se han desarrollado también otras áreas de investigación, entre las que encontramos: a) la influencia del microcounseling en el proceso psicoterapéutico, en cuanto al aumento del rapport (Sobel, 1996) o como parte de una técnica o método para adquirir habilidades psicoterapéuticas específicas (Donoghue, 2011; Toth, 1995) y b) el estudio de su influencia en el entrenamiento de habilidades cognitivas complejas, como la generación de constructos o pensamientos acerca del propio proceso de counseling, la capacidad de autoevaluación y su influencia en el locus de control (Duys y Hedstrom, 2000; Fong, Borders, Ethington y Pitts, 1997; Little, Packman, Smaby y Maddux, 2005; Mullan y Dickson, 1991).

3.3.2. 1. Revisiones actuales: los programas de entrenamiento en habilidades de ayuda (helping skills training)

Además de las novedades descritas, a partir del siglo XXI, los trabajos llevados a cabo, a excepción del de Daniels (2009) cambiaron el foco de investigación con respecto a los análisis previos. En esta época, se abandonaron las revisiones centradas en un modelo concreto, como podía ser el microcounseling, y se presentaron revisiones comprensivas de los variados

modelos de aprendizaje, a la vez que se incorporaban las actualizaciones desarrolladas sobre los mismos. Estas macro-revisiones (Evans, 2010; Hill y Lent, 2006), suelen presentar un recorrido histórico a lo largo de los denominados programas de entrenamiento en habilidades de counseling y ayuda (*helping skills training*), a través del cual introducen en un principio una descripción de los modelos iniciales, como el microcounseling, HRD o IPR, para posteriormente exponer enfoques de aprendizaje de mayor actualidad, como el *Skilled Group Counsellor Training Model (SGCTM)* desarrollado por Smaby et al. (1999) y que se presentará con posterioridad.

Dando por supuesta la eficacia de los programas de habilidades de ayuda, los estudios se centran en mayor medida en evaluar el papel de las diferentes variables moduladoras, como el nivel de capacitación del formador y el formato de supervisión de los aprendices (Hill y Lent, 2006). Cabe reconocer sin embargo, que a pesar de las nuevas aportaciones, los resultados sobre eficacia obtenidos a través de estos enfoques son similares a los previos, por lo que las conclusiones resultantes son también semejantes (Evans, 2010). A continuación se describen dos trabajos, seleccionados dada su relevancia en esta área de conocimiento.

El presentado por Evans (2010) supone una revisión completa de los estudios de investigación desarrollados entre los años 1968 y 2009, de los que fueron seleccionados treinta y tres para analizar de forma detallada. La autora consiguió describir las distintas características de los programas de consejo y ayuda: los programas y modelos de intervención desarrollados hasta la fecha, los tipos de habilidades analizadas y la naturaleza de las variables medidas (empatía, percepción de autoeficacia...), el tipo de paciente utilizado para el entrenamiento (voluntario, role playing...) y la duración de los programas. Los resultados indicaron un peso diferente en función de las variables examinadas. Así, se encontró que el tamaño y el nivel de experiencia de

los alumnos no influyeron en los resultados obtenidos. Sin embargo, el tipo de habilidad entrenada y el tipo de paciente empleado para la práctica in vivo, mostraba diferencias significativas. Del mismo modo, la medición de conductas verbales, la valoración de la autoeficacia y la naturalidad en las entrevistas ejecutadas durante el entrenamiento, fueron aspectos asociados a resultados positivos.

Hill y Lent (2006) llevaron a cabo un metaanálisis con el propósito de esclarecer las dudas acerca de la eficacia de los distintos programas y componentes. Para ello analizaron numerosas revisiones y metaanálisis, tras los que concluyeron que tanto los modelos basados en el HRD y el microcounseling, como métodos de entrenamiento específicos, como el modelado, las instrucciones y la retroalimentación, habían mostrado la mejora en las habilidades de exploración de la entrevista. Señalaron, no obstante, que la mayor parte de estos estudios fueron realizados hace treinta años, por lo que entendieron que sería conveniente llevar a cabo trabajos de investigación, que puedan clarificar el panorama actual de este tipo de intervenciones.

La identificación de posibles limitaciones metodológicas supone una importante aportación en este campo. Los trabajos analizados parecen sugerir que quizá se haya producido una sobrevaloración de los resultados hallados, debido a un importante sesgo en el procedimiento de evaluación empleado. Más concretamente, se pone en duda la magnitud del aprendizaje producido, considerando que quizá los participantes, en lugar de adquirir una serie de aptitudes comunicativas, hayan aprendido a responder a determinadas formas de evaluación. No obstante, desde nuestro punto de vista, estos resultados son significativos en tanto que sirven de guía para el desarrollo de futuros programas de intervención dirigidos a mejorar la capacidad comunicativa. En este sentido, consideramos por lo tanto indispensable fomentar las capacidades

comunicativas, la evaluación in vivo, potenciar el aprendizaje de las habilidades de comunicación complejas y la aplicación de una medida de seguimiento.

Nuevos modelos de entrenamiento en habilidades de ayuda.

En los años noventa y principios del siglo XXI asistimos a una actualización de los clásicos modelos de counseling. La mayor parte de estos enfoques comparten los objetivos y principios del microcounseling, aunque se dirigen en mayor medida al aprendizaje de las habilidades propias de la psicoterapia.

Entre estos enfoques se encuentran el *Skilled Group Counsellor Training Model (SGCTM)* desarrollado por Smaby et al. (1999) como enfoque de entrenamiento grupal y su variante individual desarrollada por Urbani et al. (2002), el *Skilled Counselor Training Model (SCTM)*.

El formato de aplicación de estos enfoques define la diferencia entre los mismos y explica que en muchas ocasiones se hayan utilizado ambos términos de forma indistinta. La base teórica de la que parten, se asienta en el concepto de autoeficacia y auto-regulación de Bandura (1977b, 1991) y en conceptos como el de capacidad de dominio, modelado, persuasión y autoevaluación. En estos enfoques, el proceso de aprendizaje es definido en tres pasos o fases características de los modelos humanistas, a) la exploración, en la que se pretende ayudar al paciente a identificar el problema o dificultades presentadas, b) la comprensión, como fase en la que se espera llegar a un acuerdo sobre los objetivos a lograr, y c) el paso a la acción, en el que se planifica cómo conseguir lo acordado.

Diversos estudios han comprobado la eficacia del modelo de intervención SCMT y avalado los resultados positivos encontrados tras su implementación, tanto en relación al aprendizaje de habilidades de comunicación concretas, como a la capacidad de auto-evaluación,

percepción de autoeficacia y la transferencia de las habilidades aprendidas al contexto real con pacientes (Buser, 2008; Crews et al., 2005; Little et al. (2005); Schaeffle, Smaby, Maddux y Cates, 2005; Smaby et al., 1999; Urbani et al., 2002). En este sentido, para Shaefle et al. (2005), es necesario definir el método de evaluación de la transferencia de habilidades, de cara a futuras investigaciones.

El surgimiento de nuevos enfoques de habilidades de consejo y ayuda no se limitó a los modelos descritos con anterioridad, sino que surgieron otras aportaciones de gran interés como el *Helping Skills training program* (Hill, 2014; Hill y O'Brien, 1999), un enfoque que pretende a través del entrenamiento en diferentes tipos de habilidades, ayudar al profesional y por consiguiente al paciente, a explorar sus pensamientos y sentimientos, potenciar el insight y promover así la resolución del problema. La autora describió también tres fases características de su intervención, la exploración, el insight y la acción. De nuevo, se plantea un enfoque psicoterapéutico de corte humanista, que persigue en el cliente la comprensión y cambio de su situación.

Por su parte, Cormier y Cormier (1991) presentaron un modelo de entrenamiento en habilidades de entrevista que no dista mucho de los descritos previamente. La disposición del manual de intervención recoge los pasos básicos de la mayor parte de los modelos actuales: 1) una introducción teórica para cada una de las habilidades que se pretenden enseñar, 2) los objetivos perseguidos, 3) ejemplos prácticos de dichas habilidades y 4) preguntas de autoevaluación para cada uno de los capítulos. En este trabajo los autores expusieron una clasificación de las habilidades de entrevista en base a tres categorías: las condiciones de relación, la conducta no verbal y las respuestas verbales, cada una de las cuales a su vez, se dividía en otras subcategorías. Tal como ocurría con los anteriores enfoques, la mayor parte del

manual está dedicado a habilidades propias de la psicoterapia, como el empleo de la confrontación u otro tipo de estrategias específicas de intervención, entre las que describe entre muchas otras, la estructuración de la entrevista, técnicas de relajación o estrategias destinadas a disminuir la ansiedad del paciente.

El modelo de Cormier y Cormier (1991) se asienta en una perspectiva cognitivo-conductual y cuenta con cuatro pasos dentro del proceso de ayuda, 1) el establecimiento de la relación terapéutica, en la que son esenciales las tres categorías de habilidades enumeradas previamente, 2) la valoración y definición de los objetivos, 3) la selección de las estrategias a seguir y, 4) la valoración de la efectividad de las mismas.

Además de los nuevos enfoques de counseling, orientados en mayor medida a las habilidades de psicoterapia, encontramos otro tipo de actualizaciones, que se desarrollaron en la línea del microcounseling. Entre estas se incluyen las aportaciones de Evans et al. (1998), que desarrollaron una nueva versión de este paradigma, en la que incluyeron algunas habilidades de comunicación con respecto a la versión anterior. Así, en esta ocasión presentaron dos niveles de variables: básicas y avanzadas, en las que describieron algunas nuevas categorías. Además de ello, profundizaron en las particularidades de género y características multiculturales de cada una de las habilidades de entrevista, haciendo hincapié en la necesidad de integración y adquisición gradual de las mismas.

En esta misma línea Brammer y Mac Donald's (2003), presentaron a través de un manual distintas microhabilidades relacionadas con la escucha activa y que operativizaron a semejanza del microcounseling. Además de las habilidades presentes en la mayor parte de modelos, añadieron un apartado dedicado a las habilidades necesarias en una situación de crisis o emergencia, así como a habilidades relacionadas con la acción y la dirección hacia el cambio.

Por su parte, han secuenciado el proceso de counseling de forma similar al resto de enfoques, partiendo en primer lugar de la necesidad de establecer una relación terapéutica sólida, para facilitar con posterioridad una acción positiva hacia el cambio.

En definitiva, teniendo en cuenta la revisión realizada acerca de los nuevos modelos de entrenamiento en habilidades de ayuda, es posible definir unos principios comunes a los distintos programas de counseling, ya que todos ellos dirigen sus objetivos a la enseñanza de dos tipos de habilidades: por un lado las habilidades de comunicación básicas y por otro, estrategias más complejas pertenecientes al ámbito de la psicoterapia. Comparten asimismo un procedimiento similar, basado en la presentación teórica y descripción de las habilidades a adquirir, la ejemplificación de la puesta en práctica de las mismas y un apartado de autoevaluación del participante, a modo de feedback.

El presente trabajo de investigación ha fundamentado el desarrollo del programa de intervención en estos principios, aunque en nuestro caso nos hemos centrado en la enseñanza de habilidades básicas de comunicación.

4. Nueva Metodología De Formación: Aparición De Los Nuevos Programas Interactivos

A partir de la década de los ochenta, se ha observado un crecimiento de los estudios de investigación que se inclinan por un modelo de aprendizaje multimedia (McNeil y Nelson, 1991). Esta área de conocimiento se ha desarrollado en mayor medida en las décadas posteriores, presentando en la actualidad un crecimiento exponencial.

La denominada formación multimedia basada en las nuevas tecnologías ha abarcado a lo largo de su desarrollo diferentes formatos de presentación. Ha ido avanzando desde formatos estáticos y no interactivos que combinan dos modalidades de información (formatos de texto,

presentaciones en diapositivas o vídeos educativos a modo de clases magistrales), hasta formatos interactivos que permiten la participación activa de los estudiantes (desde el CD-ROM hasta formatos de aprendizaje en línea).

Tal como señala Wolf (2016), la enseñanza multimedia en profesionales sanitarios, se ha dirigido a la formación en distintas áreas de capacitación, entre las que se incluye por un lado, la formación en habilidades comunicativas y de entrevista, y por otro, la formación en práctica asistencial, relacionada con habilidades de corte procedimental como puede ser la práctica quirúrgica (de Sena, Fabricio, Lopes y da Silva, 2013; Lee, Boyd y Stuart, 2007).

Diversos estudios, incluyendo revisiones sistemáticas y metaanálisis, han comprobado la eficacia de los formatos multimedia en la formación de profesionales sanitarios (Cohen y Dacanay, 1992; Neukrug, 1991; 2008; Wolf, 2016).

A la hora de evaluar un procedimiento de enseñanza multimedia cabe tener presente su utilidad, el aprendizaje obtenido, la relación coste- eficacia y la satisfacción con el mismo (Ruiz, Mintzer y Leipzig, 2006). En este sentido las valoraciones realizadas por el personal de salud, señalan con respecto a los formatos online, la importancia de algunas características como la flexibilidad, la presentación de un diseño adecuado, la posibilidad de ofrecer mecanismos de apoyo, vía email o a través de foros, así como una evaluación y feedback directo sobre la práctica llevada a cabo y la posibilidad de presentar un modelado de conducta en contextos reales o simulados (Carroll, Booth, Papaioannou, Sutton y Wong, 2009; Valaitis, Sword, Jones y Hodges, 2005). En contraposición, el coste económico y la posibilidad de aparición de problemas técnicos o diseños inadecuados, representan algunos de los inconvenientes a solventar (Cook y Steinert, 2013).

En base a los resultados hallados, podría concluirse que la aplicación de un modelo de aprendizaje multimedia alcanza al menos, el mismo grado de eficacia que los formatos de enseñanza tradicionales y en algunos casos, superioridad con respecto a esta última. Aún así algunos estudios, han apuntado que si bien los datos parecen señalar una potencia similar entre ambos procedimientos, los resultados que indican la superioridad del aprendizaje en línea no son concluyentes (Cook et al., 2008a; Cook et al., 2008b).

En la actualidad parece sensato considerar la implementación del aprendizaje en línea y otro tipo de procedimientos multimedia, como un método complementario a la formación de corte tradicional (Ruiz et al., 2006).

En consonancia con estos datos, el aprendizaje multimedia ha ido ganando terreno en el campo de la enseñanza de habilidades de comunicación, en profesionales de la salud. Como se puede observar a continuación, los formatos de presentación empleados son también diversos.

Napholz y McCause (1994) demostraron la eficacia de un programa de video interactivo en estudiantes de enfermería. Harrison, Hayden, Cook y Cushingn (2012) desarrollaron un programa online de acceso libre, con el objetivo de enseñar a ofrecer feedback durante la interacción con los pacientes.

De igual manera, se ha empleado un formato online y multimedia, para la enseñanza de otro tipo de habilidades de comunicación, como las correspondientes a las conductas no verbales (Liu, Lim, McCabe, Taylor y Calvo, 2016) o en el aprendizaje de habilidades de comunicación con un fin específico, como la evaluación del dolor percibido (Mar, Chabal, Anderson y Vore, 2003).

En oncología, se han implementado procedimientos similares a los descritos previamente, en los que se presentaron vídeos demostrativos y una evaluación de aprendizaje posterior a la

presentación de los mismos (Hulsman, Ros, Janssen y Winnubst, 1997; Hulsman, Ros, Winnubst y Bensing, 2002). Generalmente, en este tipo de estudios, los módulos del programa recogen la enseñanza de habilidades implicadas en el marco asistencial al que se dirigen. Así, en este último trabajo, el programa se dividió en cuatro módulos de aprendizaje: habilidades de comunicación básicas, el cómo dar malas noticias, dar información sobre tratamiento y expectativas, y manejo de la respuesta emocional del paciente.

En otros casos, las habilidades de comunicación constituyen solo, un módulo más de los incluidos en el programa de entrenamiento. De este modo, Wilcox, Parra-Medina, Felton, Poston y McClain (2010) han desarrollado un trabajo en el que incorporan un CD para el entrenamiento de counseling en enfermería, con el objetivo de que alcancen mayor eficacia a la hora de realizar una promoción de hábitos de vida saludables. Este tipo de intervenciones ha demostrado también la eficacia en la enseñanza de habilidades relacionadas con la práctica clínica (Cant, Young, Cooper y Porter, 2015; Liaw et al., 2015).

Además del aprendizaje online, se ha comprobado la eficacia de herramientas virtuales. Kron et al. (2016) encontraron que su programa de entrenamiento con pacientes simulados (virtuales), lograba incrementar la competencia comunicativa en habilidades avanzadas, constituyendo un método eficaz y atractivo para los estudiantes de medicina, además de permitir un feedback directo y una interacción en mayor medida ecológica.

Entre los distintos programas desarrollados en formato multimedia para el entrenamiento de habilidades de comunicación, cabe destacar los planteados desde el enfoque del microcounseling, por lograr incluir en este tipo de formato, un entrenamiento de complejidad progresiva, que detalla las diferentes competencias comunicativas a aprender e integra los

aspectos clave del aprendizaje observacional en la intervención diseñada. A continuación se describen los trabajos más representativos en esta área de investigación.

Ivey et al. (2010) publicaron un manual de microcounseling, que cuenta ya con varias ediciones, en el que incluyeron un CD de entrenamiento. El programa se divide en una serie de apartados en los que se presentan las habilidades de comunicación en diferentes modalidades. Para cada una de las habilidades se muestra una breve descripción por escrito de las mismas, acompañada de un vídeo en el que se explican de forma más detallada, y se ejemplifica por modelado y en una situación de role-playing, su puesta en práctica. Finalmente se exponen una serie de preguntas sobre lo aprendido, a modo de evaluación. El programa recoge 15 lecciones, en las que se presentan las diferentes habilidades de comunicación y ayuda, definidas por los autores y descritas en el presente trabajo con anterioridad. Entre estas, se incluyen las habilidades transversales relacionadas con el contexto multicultural del paciente y obligaciones éticas del profesional, habilidades de comunicación básicas, como pueden ser las conductas de atención o habilidades de observación, habilidades de comunicación de mayor complejidad, como el reflejo de sentimientos, e intervenciones propias de la psicoterapia, como las habilidades de influencia. Contiene además un capítulo dedicado a la integración de las capacidades comunicativas. En cada una de las quince lecciones, el participante puede acceder de forma simultánea a estos apartados o tareas: a) una introducción teórica del capítulo; b) preguntas en formato abierto sobre el mismo; c) la presentación de un caso clínico en formato escrito, a través del que se formulan preguntas sobre la intervención a seguir (cómo realizar por ejemplo un reflejo ante lo que expresa el paciente); d) un video o varios, en los que se modela la conducta a aprender; e) acceso a páginas web relacionadas con el tema presentado; y f) preguntas en formato múltiple sobre lo aprendido o visionado. Además, todos los capítulos exponen temas a debatir o preguntas abiertas

sobre las que el participante debe reflexionar, así como una encuesta de valoración para cada módulo. Los videos se desarrollan en un ambiente de consulta o un ambiente natural, en el que suelen participar dos modelos, que representan en role playing el desarrollo de una entrevista (los modelos empleados a lo largo de los temas varían). Las actividades prácticas propuestas, tanto las de formato abierto como escrito, añaden respectivamente, el acceso a las respuestas correctas, así como feedback sobre los errores cometidos. A través de un formato multimedia Ivey et al. (2010) consiguen traducir los principios del microcounseling, el modelado, el ensayo de conducta y el feedback, a un programa real de entrenamiento.

En un formato similar a este, se desarrollaron otros programas orientados también a la enseñanza de microhabilidades, como el de Engen y Dawson (2002). Tal como ocurría con el programa descrito previamente, se presentaron a través de un formato CD-ROM, situaciones simuladas en vídeo, con el objetivo de modelar así las habilidades de comunicación. El programa cuenta también con una evaluación interactiva de los conocimientos adquiridos durante el entrenamiento, en la que a través de un formato audiovisual o de producción escrita, los participantes tienen que reconocer o producir las habilidades visionadas con anterioridad. Este programa de microcounseling fue validado por Kenney (1992), quien demostró en su tesis la eficacia de este tipo de formatos de intervención, además de la buena acogida y valoraciones favorables que obtuvo, por parte de los estudiantes que participaron de la investigación.

Con el objetivo también de modelar las habilidades a entrenar, Russell-Chapin y Sherman (citado en Russell-Chapin e Ivey, 2004) crearon un CD-ROM interactivo, en base a un modelo de aprendizaje al que denominaron *Microcounseling Supervision*. Este fue descrito por los autores como un modelo estructurado de supervision y evaluación, que pretendía facilitar la evaluación de las habilidades de consejo empleadas, para lo que desarrollaron una entrevista de

calificación de habilidades, la *Counseling Interview Rating Form* (Russell-Chapin e Ivey, 2004; Russell-Chapin y Sherman, 2000).

En esta misma línea, se encuentra el programa de Haney y Leibsohn: *Basic Counseling Responses* (citado en Casey, 1999), un programa en formato CD, orientado al entrenamiento de habilidades propias del counseling, que emplea también el visionado de escenas de videos, la ejecución de tareas prácticas y el feedback ante las mismas.

Tras una revisión bibliográfica exhaustiva no hemos hallado ninguna investigación en nuestro país, que desarrolle y evalúe una intervención o curso de estas características. Si bien existen distintas plataformas online de habla hispana, destinadas a la formación de profesionales sanitarios, tras un análisis de las diferentes páginas y cursos destinados al aprendizaje de habilidades de comunicación en formato multimedia (plataformas de educación a distancia de habla hispana, que contienen entre sus cursos programas destinados al aprendizaje de estas habilidades, plataformas de formación continuada para profesionales sanitarios externas al Sistema Nacional de Salud (SNS), plataformas de formación continuada para sanitarios pertenecientes al SNS y formación ofertada por colegios profesionales del área de la salud), no hemos hallado ningún programa que siga un formato similar a los avalados por la investigación. Esto es, basados en el modelado simbólico, la ejecución de tareas prácticas y la presentación de feedback consecuente. Además, los programas desarrollados emplean formatos de presentación estáticos y poco ecológicos, como es el caso de los videos, en los que un profesional explica el contenido a impartir o las intervenciones que emplean como único formato de presentación, un PDF o Power Point con información teórica. De las numerosas páginas revisadas solo hemos encontrado un curso que incluía en el único tema dirigido a estas habilidades, escenas de vídeo breves aisladas, en las que modelaban las conductas comunicativas, en ausencia de la

presentación de múltiples modelos y situaciones, ejercicios prácticos y feedback tras los mismos. En contraposición a este tipo de formatos, la literatura científica respalda el desarrollo de programas de entrenamiento multimedia, que faliciten las ventajas propias de este tipo de intervenciones, como la interacción directa con el alumno, la secuenciación del contenido, la presentación de contextos reales o simulados y una evaluación interactiva sobre lo aprendido, además de feedback sobre las respuestas generadas.

Con el propósito de solventar estas limitaciones, hemos desarrollado un programa multimedia de estas características, dirigido a la enseñanza de habilidades de comunicación de escucha activa, evaluando su eficacia en una muestra de profesionales sanitarios. Frente a otros programas en formato presencial, que apuestan por habilidades de mayor complejidad y difícilmente operativizables, y programas online no interactivos como los descritos anteriormente (basados en un PDF, videos propios de clases magistrales o presentaciones de Power Point), pretendemos aportar un programa de complejidad creciente, que detalle a través del modelado en video, las distintas habilidades a aprender. Para ello emplearemos los procedimientos de conceptualización de estrategias, observación/modelado, práctica cognitiva, práctica conductual y retroalimentación. La selección de un formato multimedia ha permitido un aprendizaje basado en el modelado múltiple, así como el acceso a diferentes formatos de práctica conductual de dificultad creciente, variables que se han relacionado con la facilitación del aprendizaje y potenciación de resultados favorables.

Con respecto a los programas de habla inglesa, y en concreto al programa desarrollado por Ivey et al. (2010), aporta un acceso jerarquizado a los contenidos del curso, lo que permite reforzar el avance progresivo a través de los módulos (en contraposición a un acceso simultáneo a todos los contenidos), así como el empleo de un modelado múltiple y el visionado de

numerosos escenarios de interacción, con el propósito de generalizar las habilidades aprendidas. De este modo, en un primer momento se modelan las conductas propias de la esfera social y familiar, para trabajar progresivamente escenas y modelos propios de la práctica clínica asistencial. Asimismo, se han generado múltiples tareas prácticas, en diferentes formatos y de complejidad variada, para cada uno de los módulos del programa. Se han empleado tareas de elección múltiple, emparejamiento de ítems, selección de escenas en las que se recoge la habilidad correcta y tareas de producción libre.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación, constituye a fecha de hoy, un programa de intervención en habilidades de comunicación novedoso en nuestro país, al ser desarrollado en un formato visualmente atractivo y dinámico (formato que ha demostrado incrementar la adherencia e interés ante este tipo de entrenamientos). Además, el procedimiento de entrenamiento incluye los elementos que se han asociado a una mayor eficacia a lo largo de la literatura.

II. INVESTIGACIÓN

1. Objetivos E Hipótesis

El objetivo principal del presente estudio fue el diseño, aplicación y evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación empáticas, dirigido a profesionales sanitarios, en un contexto hospitalario.

Se pretende comprobar si el programa desarrollado permite la adquisición, mejora y generalización de herramientas comunicativas que promueven la relación terapéutica y facilitan la consecución de los objetivos de cuidados sanitarios.

Como **objetivo secundario** del estudio se planteó conocer la posible relación entre las distintas variables que modulan el aprendizaje de este tipo de habilidades, tales como la edad, la experiencia laboral, la capacidad empática, la percepción de autoeficacia y el grado de satisfacción con el curso.

En función de la revisión de la literatura y, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se plantearon las siguientes **hipótesis**:

- Los participantes incrementarán la puesta en práctica de habilidades de comunicación relacionadas con la escucha activa una vez realizado el entrenamiento.
- Los participantes disminuirán el empleo de habilidades no empáticas o bloqueos comunicativos, tras el entrenamiento.
- Las ganancias obtenidas al finalizar el programa de intervención se generalizarán a una situación de role-playing.
- Las ganancias obtenidas con el entrenamiento se mantendrán en el tiempo.
- El aprendizaje alcanzado dependerá de variables moduladoras como la experiencia laboral, el grado de satisfacción con el curso, la autoeficacia percibida y la capacidad empática de los participantes.

2. Metodología

2.1. Participantes.

El presente trabajo pretende valorar la eficacia de un programa multimedia de habilidades de comunicación empáticas aplicado en contextos sanitarios. Para ello, dentro del programa de formación continuada ofertado por la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña, se ha incluido como curso acreditado para profesionales de enfermería (Diplomados/as Universitarios/as en Enfermería –DUE- o Graduados/as en Enfermería –GE-) y Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), pertenecientes a distintos centros y/o unidades de esta área. Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes: ser profesional sanitario de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña y pertenecer a las profesiones de enfermería o TCAE.

De los 77 participantes que iniciaron el entrenamiento, aunque 75 completaron el programa formativo, fue necesario eliminar a dos, ya que respondieron de forma incoherente a la mayor parte de preguntas del cuestionario de evaluación. La muestra final estuvo compuesta por 73 personas, 72 mujeres y un hombre. La edad media fue de 46,40 años (rango 24 - 61). El 78,1% de las participantes fueron DUE y el 21,9% TCAE. La media de experiencia profesional fue de 20,78 años (rango 1 - 40). Al margen de las evaluaciones realizadas en el propio programa multimedia, 22 (30,1%) sujetos accedieron a participar en una sesión de role playing en la que se evaluaron las habilidades entrenadas durante el programa. Esta sesión se realizó inmediatamente después de la finalización del entrenamiento. En la medida de seguimiento, realizada a los 4 meses de haber finalizado la intervención, un total de 35 participantes (47,9%) colaboraron en la cumplimentación de las escalas pertinentes, mientras que 13 (17,8%) de las 22 iniciales,

participaron de nuevo en la sesión de role playing. En la tabla 3 se resumen las características principales de la muestra.

Tabla 3

Características principales de la muestra

	N	%
Sexo		
Mujer	72	98,6
Hombre	1	1,4
Profesión		
DUE	57	78,1
TCAE	16	21,9
Formación previa en HHCC		
NO	46	64,8
SI	25	35,2

2.2. Instrumentos

En la fase de evaluación previa a la intervención, todos los participantes cumplimentaron un formulario con los datos sociodemográficos descritos anteriormente. Además de ello, se desarrolló un cuestionario para registrar y codificar el tipo de habilidades de comunicación empleadas antes y después del programa de entrenamiento. Se administró también el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), una escala para para valorar la percepción de autoeficacia comunicativa, así como un cuestionario con tres ítems relacionados con el grado de satisfacción con el curso: dificultad, interés suscitado y utilidad con respecto a la actividad

asistencial desarrollada. En la medida de seguimiento, además de la escala de valoración de habilidades comunicativas, se aplicó una escala con tres ítems con el fin de evaluar la percepción general de autoeficacia, la utilidad clínica del curso y el grado en que habían puesto en práctica las habilidades aprendidas. Estos cuestionarios y escalas se incluyen en el **apéndice A**. A continuación se describen cada uno de los instrumentos empleados a lo largo de las fases de evaluación (pre-entrenamiento, post-entrenamiento y seguimiento).

2.2.1. Cuestionario para la valoración de respuestas empáticas y de escucha activa.

A partir de la revisión bibliográfica realizada y de las respuestas obtenidas en un estudio piloto con distintos profesionales del ámbito de la salud, se desarrolló un instrumento para valorar dos categorías comunicativas generales en base al carácter empático de las mismas: respuestas empáticas y respuestas no empáticas, esta última constituida por bloqueos comunicativos y/o por la categoría *otras*. La categoría *otras*, se incluyó con el objetivo de valorar aquellas respuestas que no se corresponden con ninguna de las anteriores como por ejemplo, las preguntas y/o las autorreflexiones. En el **apéndice B** se incluye una descripción detallada de cada una de estas respuestas.

Dentro de las habilidades de comunicación empáticas se han codificado tres tipos: reflejos, paráfrasis y repeticiones. A su vez, se han distinguido dos tipos de reflejos: generales y específicos y; dos tipos de paráfrasis: simples y complejas. Se han contabilizado por lo tanto siete subcategorías específicas (bloqueos comunicativos, otras respuestas, reflejos generales, reflejos específicos, paráfrasis simples, paráfrasis compleja y repetición). Además se han registrado las respuestas empáticas complejas, es decir, las respuestas que combinan dos o más enunciados empáticos.

Para la obtención de las respuestas se diseñó y aplicó un cuestionario compuesto por un total de 24 ítems, que comprendían *situaciones* vividas por terceras personas, las cuales reflejaban una vivencia dificultosa o queja relacionada con una situación determinada.

Se realizó además una división de los enunciados en función del contexto en el que se producían. Así, de los 24 enunciados, 12 pertenecían a quejas producidas en el ámbito hospitalario y 12 a quejas relacionadas con situaciones cotidianas. Además, se pretendió que los ítems incluidos pudiesen suscitar diferentes grados de malestar emocional y pudiesen abarcar desde situaciones de mayor gravedad, como el diagnóstico de una enfermedad importante, hasta quejas frecuentes propias de la vida cotidiana.

Se ha comprobado además, la fiabilidad interjueces para las categorías generadas. Así, se han comparado las respuestas ofrecidas por tres observadores diferentes: dos observadores expertos, que han participado en el desarrollo del presente estudio y un tercer observador, no experto y ajeno al mismo. La condición para participar como observador externo ha sido la realización del curso de intervención aquí presentado y recibir dos horas de formación sobre las definiciones de las categorías recogidas en el Apéndice B. Los observadores clasificaron 82 ítems, seleccionados a través de un muestreo estratificado sistemático. Se calculó el coeficiente Kappa de Cohen para evaluar la concordancia interobservadores en dos casos: en la clasificación de las dos categorías generales (habilidades empáticas y no empáticas) y en relación a la clasificación de las 7 subcategorías enumeradas previamente. Los índices de concordancia obtenidos para cada uno de los casos se recogen en la Tabla 4:

Tabla 4.

Concordancia interobservadores para las categorías comunicativas definidas

Kappa Cohen	Obs. 1- Obs. 2	Obs. 1- Obs 3 Ext	Obs. 2- Obs 3 ext
7 subcategorías	.86**	.74**	.72**
Habilidades empáticas - No empáticas	.93**	.92**	.90**

Nota: Obs. 1 = Observador experto 1; Obs 2. = Observador experto 2; Obs. 3 ext = Observador externo 3
** P < .01

La corrección del cuestionario permite obtener datos tanto cuantitativos como descriptivos. Los datos cuantitativos se obtienen puntuando cada enunciado en función de su carácter empático. Así, se obtuvo para cada participante una puntuación global en base al siguiente sistema de calificación:

1. 1 punto = una o más respuestas empáticas.
2. 0,5 puntos = al menos una respuesta empática + una no empática
3. 0 = una o más respuestas no empáticas o bloqueos comunicativos.

Por lo tanto, la puntuación máxima alcanzable para cada categoría era de 24 puntos, 1 punto máximo por enunciado. En la Figura 2 se muestra un ejemplo de puntuación para el primer ítem en función de tres posibles respuestas.

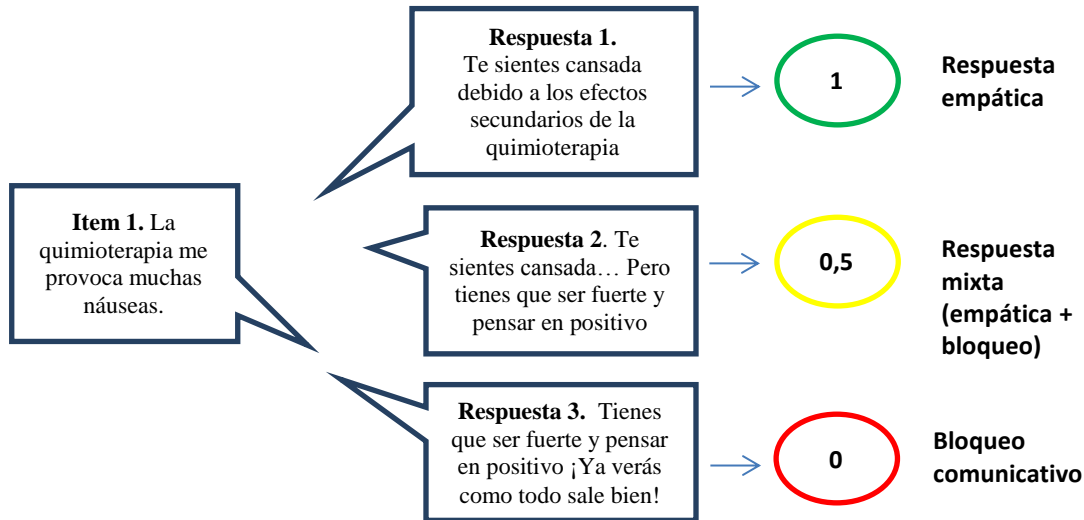


Figura 2. Ejemplo de corrección del cuestionario para la valoración de las respuestas empáticas y de escucha activa.

Por otra parte, se podría llevar a cabo un análisis descriptivo en función del tipo de respuestas de los participantes. Esto es, contabilizando la frecuencia de las respuestas empáticas y no empáticas.

2.2.2. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva – TECA- (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García, 2008).

Se trata de un test de evaluación estandarizado, que permite una aplicación tanto individual como colectiva, con una duración de aplicación comprendida entre cinco y diez minutos. El test consta de treinta y tres ítems con respuestas graduadas en una escala tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La aplicación de este test permite obtener una medida global de empatía y cuatro medidas específicas, dos relacionadas con la dimensión cognitiva de la empatía: la adopción de perspectivas y la comprensión

emocional; y otras dos relacionadas con la dimensión afectiva: el estrés empático y la alegría empática.

2.2.3. Escala de competencia comunicativa percibida

Tal y como indica Bandura (2006), la mayor parte de las escalas de autoeficacia presentan una excesiva generalidad en los enunciados, lo que conlleva, en muchas ocasiones, a que la puntuación obtenida no correlacione con la percepción de autoeficacia perteneciente a un dominio específico. Por ello, partiendo de la guía desarrollada por el autor para la elaboración de escalas de autoeficacia, se diseñó un instrumento específico para valorar el nivel de competencia comunicativa percibida. La escala constaba de nueve ítems graduados de menor a mayor complejidad, que los participantes debían puntuar de 0 a 10, siendo 0 “no puedo hacerlo” y 10 “completamente seguro de que puedo hacerlo”. El nivel de autoeficacia comunicativa percibida se evaluó con respecto a distintas situaciones-queja similares a las entrenadas con el programa. Se incluyó, además, un ítem en el que se debía puntuar, en una escala analógica visual comprendida entre el 0 y el 10, la capacidad o autoeficacia (comunicativa) general percibida.

2.2.4. Escala de satisfacción con el curso

Tras finalizar el programa de entrenamiento se aplicó una escala con tres ítems, diseñada con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción de los participantes con el curso. Cada ítem se presentaba en formato analógico visual, en una escala comprendida entre 0 y 10. El primer ítem valoraba el interés que había suscitado el curso, siendo 0 “aburrido” y 10 “entretenido”. El segundo ítem evaluaba la utilidad percibida del curso con respecto al desempeño laboral, siendo

0 “inútil con respecto a mi trabajo” y 10 “útil en mi trabajo”. Finalmente, el tercer ítem, valoraba la dificultad percibida desde 0 “contenidos fáciles” hasta 10 “contenidos difíciles”.

En la fase de seguimiento, además de los cuestionarios descritos con anterioridad, se administró una escala con tres ítems para valorar la autoeficacia general percibida, la utilidad práctica del curso y el grado en que habían empleado en su ámbito laboral las habilidades aprendidas.

A continuación se describe el programa empleado durante la fase de entrenamiento

2.2.5. Programa de intervención multimedia para el aprendizaje de habilidades de comunicación empática y escucha activa en profesionales sanitarios.

El programa de intervención consistió en un entrenamiento en formato online dirigido a la enseñanza de habilidades de comunicación empática y de escucha activa. Consta de siete módulos de intervención de complejidad creciente, a través de los cuales se presentan los temas y habilidades de comunicación a desarrollar, desde contextos de la vida cotidiana hasta situaciones de la vida profesional en ámbitos hospitalarios. En el **Apéndice C** se muestra un cuadro resumen del programa desarrollado, que recoge el título, los objetivos, el tiempo estimado y el procedimiento empleado para cada una de las fases del entrenamiento.

Todas las lecciones son presentadas a través de escenas en video, en la que distintos modelos ejemplifican, explican o ponen en práctica en diferentes ambientes, las habilidades a desarrollar. Siguiendo la clasificación de Olivares y Méndez (1998) se ha considerado el modelado simbólico como la base de este programa de entrenamiento, en el que emplea un modelado múltiple, pues en los vídeos participan distintas personas de distintas características. Además, se utilizan tanto modelos de dominio o modelos expertos (expertos en el tema, que

presentan un buen control y alto conocimiento de las habilidades de comunicación a entrenar), como modelos de afrontamiento (modelos principiantes o noveles en el tema y que muestran una ejecución semejante a la del aprendiz).

El proyecto se basa en un formato sistemático de enseñanza, de dificultad progresiva y que sigue el siguiente esquema para cada uno de los módulos:

1. Vídeo-introducción en el que se incluye una presentación de un tema específico relacionado con las habilidades de comunicación efectiva o puesta en práctica de las mismas. En estos videos participan un profesional experto y dos o más modelos que colaboran en la exposición, presentan un tema específico y ponen en práctica las habilidades de comunicación a desarrollar.
2. Evaluación breve sobre el contenido del vídeo de presentación, con el objetivo de asegurar su visualización y comprensión. Se realiza a través de una o más preguntas de respuesta múltiple, o bien con tareas como emparejar términos afines.
3. Prácticas relacionadas con el contenido específico de cada módulo. Se presentan a través de vídeos o viñetas gráficas distintas situaciones de interacción entre dos personas. El participante debe seleccionar, emparejar o producir en formato libre, la respuesta correspondiente para cada una de ellas (Véase **Apéndice D**).
4. Resumen escrito. Únicamente tras finalizar cada lección se puede acceder a una pantalla resumen de la misma.

Cada uno de los módulos puede incluir una o más lecciones pertenecientes a un mismo tema general. En cada caso y, en función de la dificultad de la tarea, será necesario responder a un porcentaje mínimo de preguntas de forma correcta, para poder pasar al siguiente módulo o siguiente fase dentro del mismo módulo. Este porcentaje varía entre el 80 y el 100%, en función

de la complejidad de la tarea. Antes de comenzar el programa y para finalizar el mismo será necesario cubrir el cuestionario pre- y post-entrenamiento, como modo de evaluación.

Se describen a continuación las características básicas de cada uno de los módulos que componen el programa.

Módulo 1. Las habilidades de comunicación efectiva como herramienta profesional y personal.

En el primer módulo se introduce el concepto de habilidades de comunicación a través de los siguientes principios: las habilidades de comunicación como capacidad que puede aprenderse, su utilidad y, la efectividad de los programas de entrenamiento en esta área.

Para ello se elaboraron dos lecciones en las que a través de la conversación mantenida por tres profesionales, una Supervisora de Enfermería y dos Psicólogos Clínicos, se presentan los diferentes conceptos. En la primera lección se describe la repercusión de la puesta en práctica de estas habilidades, tanto en el ámbito personal como asistencial. Se describen así, los beneficios de las habilidades de escucha activa en la relación terapéutica, la adherencia al tratamiento, la satisfacción de los pacientes y la percepción de autoeficacia por parte de los profesionales ante situaciones de comunicación compleja. En la segunda lección se analizan las posibles resistencias que pueden dificultar el aprendizaje de un curso de estas características, relacionadas entre otras, con la anticipación de obstáculos a la hora de llevarlas a la práctica, o el miedo a perder espontaneidad en la interacción con los demás.

Tras la presentación de cada uno de los videos, el participante debe responder a tres preguntas breves que verifiquen su visionado y comprensión. Cada una de las lecciones cuenta con un resumen que recoge los puntos fundamentales de cada tema y a los que el participante

puede acceder una vez superadas las preguntas de verificación. Estas dos últimas características son comunes a la totalidad de las lecciones desarrolladas.

Módulo 2. Las habilidades de comunicación efectiva.

El objetivo del segundo módulo es aprender a identificar las respuestas no empáticas o bloqueos comunicativos. A través de la visión de una paciente que ha sufrido un cáncer de mama, se presentan en la primera lección, los diferentes tipos y características de bloqueos comunicativos que fueron enumerados con anterioridad: minimizaciones, dar soluciones, competir, culpabilizar y animar. En la segunda lección se describen, también a través de la visión de esta paciente, variables del profesional sanitario relacionadas con una buena comunicación y calidad asistencial, como la capacidad empática y escucha activa.

En la lección C y D se muestra en video una misma situación problema, en la que se puede ver a un paciente expresando dificultades y a un profesional respondiendo ante dichas quejas. En un primer momento las respuestas que ofrece el profesional son habilidades de comunicación inefectivas o no empáticas. Posteriormente se observa al mismo profesional empleando ante la misma situación, habilidades de comunicación efectivas.

Para potenciar el aprendizaje, se han elaborado distintas tareas prácticas para cada una de las lecciones. En la primera tarea se exponen 30 escenas en vídeo y cuatro posibles respuestas ante dicha escena. El participante debe señalar cuál de estas consiste en un bloqueo comunicativo. En las siguientes prácticas debe, además, indicar en diferentes formatos, a qué tipo de bloqueo se corresponden las diferentes respuestas presentadas.

Módulo 3. Comunicación no verbal, alentadores y repetición.

En este tercer módulo se tratan las habilidades de comunicación no verbal y la primera habilidad de comunicación verbal a entrenar: la repetición. Se pretende en un primero momento, que el participante observe la relevancia de acompañar el discurso de gestos y movimientos adecuados. Se describen en este contexto los alentadores, como expresiones gestuales de asentimiento o expresiones verbales de contenido mínimo (“uhum, aha”), que facilitan el discurso del otro. Se modela a través de una escena y situación familiar, la capacidad de asentir ante una historia que nos comentan, así como de poner en práctica gestos variados en función de las diferentes emociones contenidas en la conversación.

En este módulo participa un profesional experto y dos modelos principiantes o noveles, a los que se les explican los principios de la comunicación no verbal y de la repetición. Durante los videos, estos participantes ponen en práctica las habilidades a aprender. Así, a través de dos modelos no expertos, se muestra la diferencia entre una producción inicial menos adecuada y una posterior, que cuenta con recursos comunicativos no verbales competentes y sincrónicos.

Posteriormente, se explica del mismo modo la repetición como habilidad de escucha activa. A lo largo de la tercera lección los modelos noveles entrenan su puesta en práctica y muestran las dificultades que se pueden encontrar (preguntar en lugar de repetir) y los principios fundamentales de esta capacidad: como adecuar el tono de la repetición al contenido emocional del discurso o la importancia de seleccionar la parte adecuada del enunciado del otro.

Para finalizar, los dos modelos de afrontamiento, ejemplifican en la cuarta lección, una escena en la que producen las habilidades aprendidas.

Las tareas prácticas empleadas en este módulo son dos. En la primera, se presentan en formato en video diez escenas diferentes. En una de ellas, se muestra como uno de los interlocutores verbaliza una queja y el otro realiza una repetición. En algunas de estas escenas se repite el contenido central del enunciado, y en otras el periférico o palabras que carecen de significado emocional. La tarea consiste en identificar a lo largo de las distintas situaciones, la respuesta correcta. La segunda práctica es similar, pero en esta se cambia el formato de presentación, siendo en este caso por escrito.

Módulo 4. La paráfrasis.

El objetivo del cuarto módulo es lograr que el participante aprenda a identificar y producir una nueva habilidad de comunicación con respecto a las anteriores: la paráfrasis. Para ello, en la lección A se explican las características de la misma y los niveles de complejidad que puede contener.

En esta lección participan un modelo experimentado y otros dos modelos de afrontamiento, diferentes a los visualizados en los temas previos. El modelo experimentado explica las características básicas de la paráfrasis.

Tras el vídeo lección, se plantean tres prácticas: la identificación a lo largo de diferentes escenas escritas de paráfrasis simples y complejas, el visionado de escenas similares en vídeo y posterior selección del tipo de paráfrasis que representan, y la elaboración en formato libre de paráfrasis para distintos enunciados. Por primera vez en el programa, se introduce la necesidad de producir, en lugar de simplemente identificar, la habilidad aprendida. Se incrementa así el nivel de dificultad, con el objetivo de que se pueda generalizar el aprendizaje logrado.

Módulo 5. Reflejos emocionales.

En este módulo, se incluye el uso de los reflejos como habilidad a aprender. El objetivo es poder reconocer los distintos tipos de emociones que puede transmitir un interlocutor para producir finalmente, un enunciado que recoja dicha emoción. Se definen también en esta fase dos tipos de reflejos: uno general que expresa simplemente la valencia (positiva o negativa) de la situación y otro que denominamos específico, que indica la emoción determinada que comprende dicha situación.

Para ello se han desarrollado dos lecciones y tres prácticas. En la primera de nuevo, a través de un modelo experto y dos de afrontamiento, se explica el tema de los reflejos en un entorno familiar. Tras dicha explicación se presentan distintas escenas y diferentes modelos que ejemplifican en vídeo reflejos generales y específicos. Al finalizar el módulo cinco y tras realizar las distintas prácticas, se presenta la segunda lección, en la que se visualizan dos posibles alternativas de respuesta ante una misma escena. Esta lección de carácter más complejo, muestra la diferencia entre realizar reflejos dirigidos al interlocutor que cuenta la historia y realizar reflejos dirigidos hacia personas implicadas en la historia, pero no presentes en la situación comunicativa. De este modo, es diferente responder “qué mal lo tuviste que pasar al ver a los niños en esa situación tan complicada” a responder “qué fastidiado tiene que ser para esos niños estar en esa situación”. En el primer caso reflejamos la emoción de la persona que nos cuenta la historia, en cambio en el segundo, transmitimos la emoción hacia una situación o factor externo y no presente, eliminando así la eficacia del reflejo.

En las tres prácticas que contiene el quinto módulo se gradúa la dificultad del entrenamiento, desde el reconocimiento de la emoción correcta, hasta la identificación del tipo de reflejo que se presenta, para finalmente producir en formato libre este tipo de competencia.

Módulo 6. Integración de las habilidades de comunicación.

Tal como indica el título en esta fase, el propósito es integrar lo aprendido hasta el momento. Por ello se modela a través del visionado en vídeo la combinación de las distintas habilidades entrenadas. A saber, la producción de un reflejo y/o una paráfrasis con otra de las habilidades empáticas practicadas: reflejo+ paráfrasis, reflejo + repetición, paráfrasis + repetición.

A semejanza de las fases previas, se presenta en vídeo la lección correspondiente a este tema y se introducen posteriormente las prácticas pertinentes. En este caso, el módulo consta de cinco prácticas. La primera, muestra siete escenas en formato de viñetas gráficas, en las que se debe identificar la respuesta empática combinada de dos posibles respuestas.

En la segunda práctica se muestran 12 viñetas, cada una de las cuales tiene una sola respuesta. La tarea consiste en especificar la secuencia que se da en la misma: si se trata de un reflejo y una paráfrasis o de la construcción contraria, una paráfrasis junto con un reflejo.

En la tercera práctica se presentan 21 escenas en video, en la que de nuevo el participante, deberá seleccionar la secuencia correcta para la respuesta empática combinada que se muestra. En este caso deberá identificar si la respuesta consiste en un reflejo más una paráfrasis o un reflejo más una repetición.

La cuarta práctica incrementa la dificultad con respecto a las anteriores. En este caso se exponen seis escenas en video, en las que se debe reconocer cuál muestra una estructura combinada específica: un reflejo específico y una paráfrasis compleja. Se modela de esta forma, una de las estructuras de mayor complejidad.

En esta misma línea, de incrementar la dificultad de las tareas, se presenta la quinta práctica, en la que ya es necesario elaborar ante distintos enunciados una respuesta empática combinada.

Módulo 7. Aplicación de las habilidades de comunicación en contextos sanitarios.

A lo largo de los módulos descritos hasta el momento, se han expuesto distintos tipos de escenas, en su mayoría cotidianas, aunque también se han mostrado situaciones propias del ámbito hospitalario. Con este último módulo, se pretenden practicar de forma específica, las habilidades aprendidas hasta el momento en un contexto exclusivamente sanitario. Para ello se muestran situaciones frecuentes con las que se puede encontrar el profesional de enfermería.

Además del vídeo de presentación, donde se recogen de nuevo las características fundamentales y utilidad de las habilidades de escucha activa en el ámbito de la salud, se exponen también cuatro situaciones problema tipo: un paciente que abandona o incumple los cuidados y pautas terapéuticas, otro que se queja del trato recibido en la esfera relacional, una tercera escena en la que se expresa malestar sobre la actuación profesional (tardanza por la atención) y, por último, una situación compleja relacionada con la comunicación de una enfermedad grave, en la que el paciente muestra sus emociones.

Tras cada una de estas escenas, el participante visualiza posibles respuestas, de las que debe identificar las habilidades de comunicación tratadas durante el curso. Se pretende así, con

este último módulo, integrar todo lo aprendido hasta el momento y orientarlo hacia la aplicación en el contexto profesional.

En definitiva, se ha elaborado un programa en formato multimedia, basado en los principios del aprendizaje social. Los siete módulos del programa cuentan con videos que muestran interacciones simuladas entre dos o más personas, dirigidas a modelar las habilidades de comunicación objetivo. El entrenamiento progresivo de estas, a través de distintos formatos de tarea (identificación en vídeo, por escrito o producción libre), pretende facilitar el aprendizaje de su puesta en práctica y acercarnos a un entorno en mayor medida natural. La secuenciación de complejidad e integración de las habilidades a medida que avanza el curso, es otra de las características principales: la conceptualización, el modelado, la identificación, la producción y la generalización de las habilidades, son los pasos fundamentales incluidos en el proceso de aprendizaje.

3. Diseño.

El presente trabajo se llevó a cabo empleando un diseño pre-experimental ABA con una medida de seguimiento. Por lo tanto, se desarrolló a lo largo de 4 fases: una fase de evaluación previa al entrenamiento, el entrenamiento propiamente dicho, la fase de evaluación posterior al entrenamiento y, una medida de seguimiento a los 4 meses de haber finalizado el entrenamiento. Dadas las características y especificidad del programa no se consideró necesario la inclusión de un grupo control, al entender que el aprendizaje específico producido por el entrenamiento no puede ser explicado por el paso del tiempo, especialmente con profesionales expertos en su área de intervención.

4. Procedimiento.

El programa de intervención sobre habilidades de comunicación se ha ofertado a los DUE y TCAE previamente descritos, pertenecientes a la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña, durante el año académico del 2017.

Por motivos técnicos y de gestión de los programas de docencia del propio hospital, se han organizado cuatro grupos de intervención desde Marzo del 2017 hasta Mayo del 2017.

Para la realización del programa se diseñó una plataforma online asignando a cada sujeto un usuario y contraseña, mediante el cual se identificaron las tareas realizadas por cada uno de ellos. El programa se encuentra alojado en la página web: <https://www.psycoteka.com/>

Para su consecución se facilitó un tiempo máximo de catorce días. El cuestionario de evaluación de habilidades de comunicación se realizó antes y después del entrenamiento en formato online.

Además de la participación online, que abarca la totalidad del curso elaborado, se añadieron dos sesiones presenciales para cada uno de los grupos de carácter informativo, con el fin de indicar las formas de acceso y recursos informáticos del programa, así como con fines de evaluación.

En la primera sesión presencial, de una hora de duración, se recogieron los datos básicos, referentes al sexo, profesión, años de experiencia y si las participantes contaban con formación previa en habilidades de comunicación. Además se aplicó el TECA y la Escala de Competencia Comunicativa Percibida.

En la fase de evaluación posterior al entrenamiento, también de carácter presencial y de dos horas de duración, se administró de nuevo la Escala de Competencia Comunicativa Percibida y se incluyó un cuestionario de valoración del curso. Además, se ofreció con carácter

voluntario, debido al empleo de grabación en vídeo de la misma, la participación en una sesión de role playing (RP) con paciente simulado. Cada uno de los participantes autorizó el consentimiento informado para la grabación y empleo de las imágenes con fines de investigación (véase **Apéndice E**). En esta, el participante debía poner en práctica las habilidades aprendidas ante una situación concreta. El paciente simulado y la situación planteada fueron idénticos en las diferentes medidas recogidas.

Cuatro meses después de finalizar el programa se llevó a cabo una medida de seguimiento a través de un formato multimedia: las participantes accedieron a través de un link al proceso evaluativo, donde debían cubrir de nuevo el Cuestionario de respuestas empáticas y escucha activa y tres ítems que valoraban respectivamente: la autoeficacia general percibida, la utilidad práctica del curso y la puesta en práctica de las habilidades aprendidas. El tiempo medio de ejecución de la evaluación fue aproximadamente de media hora. En formato presencial, se desarrolló de nuevo la evaluación en role playing para los participantes que ya habían colaborado con la misma. Para el seguimiento en role playing de todas las participantes voluntarias se precisaron dos horas. En la figura 3, a modo de resumen, se describen los cuestionarios empleados en las tres medidas recogidas: pre-entrenamiento (T1), post-entrenamiento (T2) y seguimiento (T3).

	T1	T2	T3
Presencial	<ul style="list-style-type: none"> -Datos básicos. -TECA. -Escala Autoeficacia Comunicativa percibida 	<ul style="list-style-type: none"> -Escala Autoeficacia Comunicativa percibida -Valoración curso - Grabación RP 	<ul style="list-style-type: none"> - Grabación RP
Online	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario respuestas empáticas y escucha activa 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario respuestas empáticas y escucha activa 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario respuestas empáticas y escucha activa - Ítem autoeficacia general percibida -Item utilidad práctica - Item puesta en práctica de las HHCC

Figura 3. Instrumentos empleados en las distintas fases de la evaluación.

IV. RESULTADOS

1. Resultados

1.1. Análisis del efecto del programa de intervención sobre las habilidades de comunicación básicas de escucha activa, presentados en producción escrita.

A continuación se presenta el análisis realizado para las distintas categorías de comunicación, presentadas en el *Cuestionario para evaluación de respuestas empáticas y de escucha activa*, a lo largo de las tres fases de evaluación.

Tal como se ha expuesto con anterioridad, para el cálculo de las puntuaciones relacionadas con las habilidades comunicativas, se ha empleado el porcentaje de respuestas de cada sujeto, para cada una de estas variables.

Todas las variables fueron analizadas con la prueba de Shapiro Wilk y Kolmogorov Smirnov. Se comprobó que la mayor parte de variables no se distribuían según la curva normal, por lo que se decidió emplear una prueba no paramétrica. Debido a que en nuestro estudio se implementó un programa de intervención de habilidades de comunicación a un solo grupo de sujetos a lo largo de tres medidas, se seleccionó para el análisis de datos, la prueba de comparación de rangos de Friedman. Una vez que se comprobó la existencia de diferencias significativas entre las diferentes fases, se utilizó para el análisis post hoc, el Test de Wilconxon.

1.1.1. Análisis del efecto del programa de intervención sobre el total de habilidades empáticas y habilidades no empáticas.

Se exponen a continuación los datos relacionados con el porcentaje total de respuestas empáticas y no empáticas, obtenidas en el cuestionario de habilidades de comunicación: antes del curso, tras el curso y en la medida de seguimiento. Las respuestas empáticas engloban las

categorías de reflejo general, reflejo específico, paráfrasis simple, paráfrasis compleja y repetición. Como respuestas no empáticas se han contabilizado las categorías comunicativas *otras* y *bloqueos*. En la Figuras 4 se muestra la evolución de respuestas para ambas categorías, a lo largo de las tres fases de evaluación.

Los resultados de la prueba de comparación de rangos de Friedman, informan de diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de respuestas empáticas, presentadas entre las distintas medidas temporales [$\chi^2_{(2, 34)} = 54.18, p < .001$]. La prueba de comparación por pares de Wilcoxon indica que existen diferencias significativas entre las respuestas empáticas en el pre-entrenamiento (T1) y el post-entrenamiento (T2) [$Z = -7.37, p < .001$], y entre el pretest y seguimiento ($Z = -5.09, p < .001$), siendo significativamente mayor el porcentaje de respuestas empáticas tras el entrenamiento. Estos cambios se mantienen durante el seguimiento, ya que no se hallaron diferencias significativas entre la medida tomada al finalizar el entrenamiento (T2) y en el seguimiento (T3).

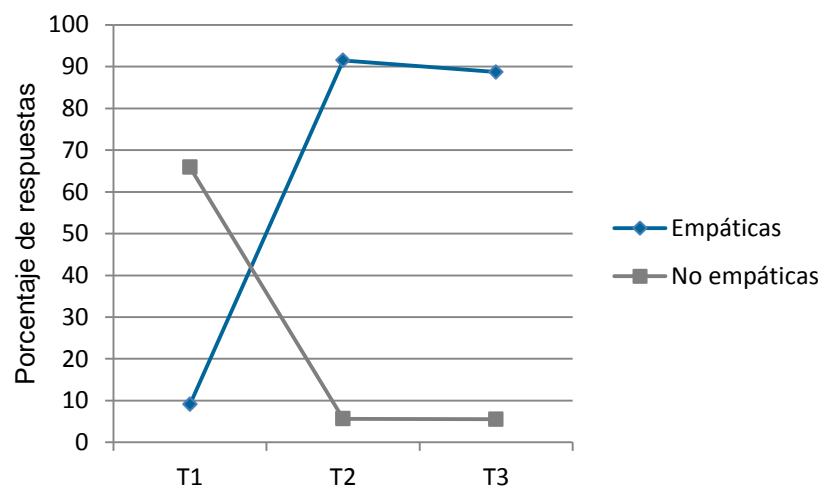


Figura 4. Media de respuestas empáticas y no empáticas presentadas en producción escrita en los tres momentos de medida.

Se obtienen también diferencias estadísticamente significativas respecto al porcentaje de bloqueos comunicativos en las tres fases de medición [$\chi^2_{(2, 34)} = 57.33, p < .001$], a favor de un menor número de respuestas no empáticas tras el entrenamiento [$Z = -7.37, p < .001$] y en la medida de seguimiento [$Z = -5.01, p < .001$], en comparación con la medida pre-entrenamiento.

En la Tabla 5 se recoge la media, desviación estándar y los valores obtenidos en la prueba de comparación de rangos de Friedman, para el porcentaje de variables empáticas y bloqueos comunicativos.

Tabla 5.

Comparación de las medias y desviaciones típicas para el porcentaje de respuestas empáticas y bloqueos comunicativos en las tres fases de evaluación.

	T1 \bar{X} (S _X) N = 73	T2 \bar{X} (S _X) N = 73	T3 \bar{X} (S _X) N = 34	Friedman (χ^2)
% Respuestas empáticas	9.08 (9,83)	91.48 (19.53)	88.69 (19.72)	54.18**
% Bloqueos comunicativos	65.88 (24,86)	5.66 (18.01)	5.54 (15.95)	57.33**

** P < .01

1.1.2. Análisis del efecto del programa de intervención sobre la puntuación total obtenida.

De forma similar al apartado anterior, se analizaron las puntuaciones totales obtenidas en el cuestionario para la valoración de habilidades de escucha activa. Tal como se describió en el procedimiento, se puntuó cada ítem de los 24 totales. Las puntuaciones posibles para cada ítem son “0”, “0,5” y “1” en función de la respuesta ofrecida, por lo que la puntuación mínima

alcanzable es de 0 y la máxima de 24. Una mayor puntuación refleja por lo tanto, un mayor número de respuestas empáticas.

La prueba Friedman reveló que existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada fase [$\chi^2_{(2, 35)} = 54.25, p < .001$]. El análisis por pares evidenció que la puntuación media obtenida en el cuestionario se incrementó de forma significativa tras el entrenamiento, pasando de una $\bar{X} = 2.17$ ($S_x = 3.40$) en la fase previa al entrenamiento, a una $\bar{X} = 22.13$ ($S_x = 4.74$) al finalizar el mismo [$Z = -7.33, p < .001$]. Del mismo modo, la puntuación media obtenida en el seguimiento fue mucho mayor que la obtenida en la fase previa a la intervención $\bar{X} = 21.38$ (4.9) [$Z = -5.15, p < .001$]. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas al finalizar el entrenamiento y el seguimiento, resultaron también estadísticamente significativas ($Z = -2.29, p = .022$)

1.1.3. Análisis del efecto del programa de intervención sobre la frecuencia de subtipos de variables comunicativas presentadas en producción escrita.

Una vez analizadas las variables principales, y tras observar que existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada fase de evaluación, a continuación se presentan los resultados obtenidos en las categorías comunicativas específicas en cada fase.

En la Figura 5 se muestran los porcentajes obtenidos en producción escrita en cada variable comunicativa en los tres intervalos temporales. Como puede observarse, en la evaluación previa a la intervención, el *bloqueo comunicativo* fue el tipo de respuesta más frecuente antes del entrenamiento (65.88%), seguida por la categoría *otras* (25.03%) y en tercer lugar, por el *reflejo general* (5.99%). Cabe recordar que en la variable *otras* se incluyeron todas

aquellas respuestas incoherentes o, en su mayoría, respuestas que sin constituir un bloqueo comunicativo, tampoco podrían ser consideradas respuestas empáticas, como es el caso de las preguntas. El conjunto de *respuestas no empáticas* supone el 90.91% del total de respuestas presentadas.

Tras el entrenamiento, la respuesta comunicativa más frecuente fue el *reflejo específico* (22.40%), seguida del *reflejo general* (20.04%) y, en tercer lugar de la *repetición* (18.10%). Al contrario de lo que sucedía en la fase previa a la intervención, el total de respuestas empáticas fue muy elevado 91.50% frente a un 8.50 % de respuestas no empáticas.

En la medida de seguimiento el porcentaje de respuestas empáticas fue del 88.70% frente al 11.3% de no empáticas, siendo la variable más frecuente la *repetición* (21.10%), seguida del *reflejo general* (20.32%) y de la *paráfrasis simple* (18.13%). Por lo tanto, durante el seguimiento se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas en ambas variables, con respecto a la fase de pre-entrenamiento.

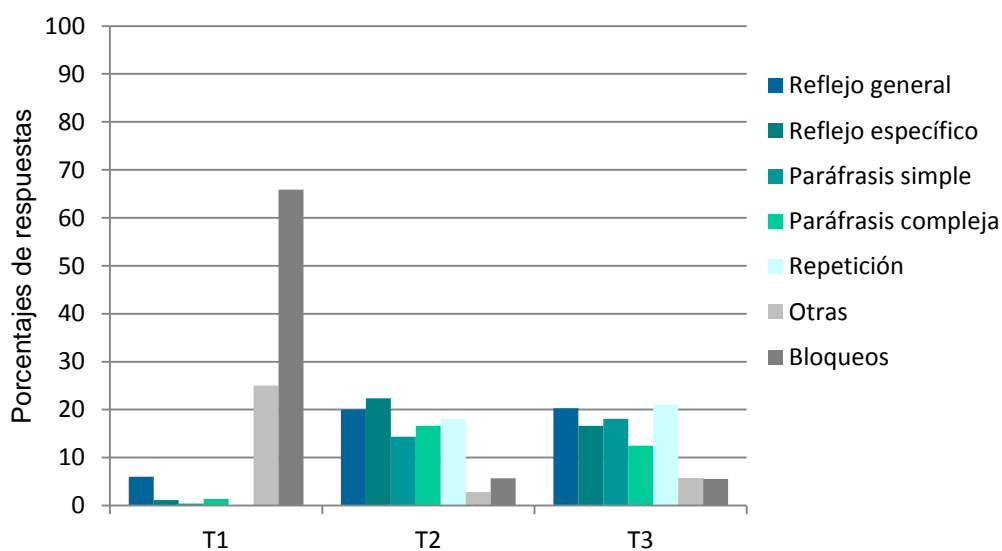


Figura 5. Porcentajes obtenidos en producción escrita para las distintas categorías comunicativas en las tres fases de medición

Por lo tanto, el análisis de datos reveló que las respuestas empáticas se incrementaban de forma significativa tras el entrenamiento, manteniendo dicho incremento en la medida de seguimiento. Del mismo modo, ocurrió con la disminución de bloqueos comunicativos tras la intervención.

A continuación, se describen los resultados obtenidos con los distintos subtipos de variables comunicativas, incluyendo la cantidad de respuestas empáticas complejas producidas en cada momento. Para ello, se tuvo en cuenta el número específico de respuestas empáticas complejas o combinadas, es decir, la cantidad de veces que una persona realizaba al menos dos respuestas empáticas diferentes ante un mismo ítem. En la tabla 6 se recogen los datos procedentes del análisis descriptivo de cada una de las variables, así como los resultados obtenidos tras la aplicación de la prueba de Friedman.

Tabla 6.

Resultados del análisis descriptivo y de la comparación de medias en función del porcentaje de respuestas comunicativas en las tres fases de medida.

	T1 \bar{X} (S_x) N = 73	T2 \bar{X} (S_x) N = 73	T3 \bar{X} (S_x) N = 34	Friedman (χ^2)
% Reflejo General	5.99 (7.06)	20.04(9.17)	20.32 (11.73)	37.44**
% Reflejo Específico	1.12 (2.32)	22.37 (9.95)	16.65 (11.23)	47.36**
% Paráfrasis simple	0.40 (1.04)	14.37 (7.30)	18.13 (8.96)	48.02**
% Paráfrasis compleja	1.45 (2.13)	16.63(10.72)	12.50 (9.41)	38.03**
% Repetición	0.11 (0.56)	18.07 (13.51)	21.10 (17.53)	44.23**
Nº Empáticas complejas	0.13 (0.41)	14.83 (5.96)	9.12 (5.27)	62.84**
% Otras	25.03 (20.45)	2.85 (4.56)	5.76 (8.24)	30.50**
% Bloqueos comunicativos	65.88 (24,86)	5.66 (18.01)	5.53 (15.95)	57.33**

** P < .01

Los resultados de la prueba de Friedman mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las habilidades comunicativas en producción escrita teniendo en cuenta los distintos momentos de medida. El análisis post-hoc reveló entre qué fases se habían producido estas diferencias, las cuales aparecen recogidas en la tabla 7. De esta forma, se pudo comprobar un incremento significativo tras el entrenamiento para todas las variables comunicativas empáticas, así como una disminución para los bloqueos comunicativos y para la categoría otras. Este incremento, se mantuvo en todos los casos durante el seguimiento, si bien en las respuestas de mayor complejidad se observó una pequeña disminución.

Tabla 7.

Comparación por pares del porcentaje de respuestas comunicativas presentadas en T1, T2 y T3.

	Z Pre-entrenamiento- Post-entrenamiento	Z Pre-entrenamiento- Seguimiento	Z Post-entrenamiento- Seguimiento
% Bloqueos comunicativos	-7.37** T1 > T2	-5.01** T1 > T3	-1.59 T2 > T3
% Otras	-6.99** T1 > T2	-4.48** T1 > T3	-1.44 T2 < T3
% Reflejo General	-6.93** T1 < T2	-4.81** T1 < T3	-1.70 T2 < T3
% Reflejo Específico	-7.17** T1 < T2	-4.80** T1 < T3	-3.18** T2 > T3
% Paráfrasis simple	-7.22** T1 < T2	-4.93** T1 < T3	-1.72 T2 < T3
% Paráfrasis compleja	-7.16** T1 < T2	-4.47** T1 < T3	-3.02** T2 > T3
% Repetición	-7.05** T1 < T2	-4.86** T1 < T3	-1.84 T2 < T3
Nº Empáticas complejas	-7.28** T1 < T2	-5.01** T1 < T3	-4.79** T2 > T3

** P < .01

1.2. Análisis de las habilidades de comunicación de escucha activa presentadas en role playing.

Una vez finalizado el programa de entrenamiento, se evaluó en una sesión de role playing con un paciente simulado, la puesta en práctica de las habilidades de escucha activa aprendidas. Para ello se grabaron las sesiones en video y codificaron las respuestas presentadas por los participantes. Las respuestas se clasificaron en función de las categorías comunicativas

descritas con anterioridad y se calculó el porcentaje de frecuencia, con respecto al porcentaje total de elementos verbalizados.

Tal como ocurría en el formato escrito, las respuestas de mayor frecuencia tras el entrenamiento fueron las *habilidades de escucha activa* (70.02%) frente a los *bloqueos comunicativos* y *otras* respuestas que constituyen el 29.98%. Cabe señalar de todos modos, que durante la práctica en vivo se incrementó el número de respuestas clasificadas como *otras*, en su mayoría preguntas, siendo esta la variable específica de mayor frecuencia (24.47%), seguida por la *repetición* (20.23%) y *paráfrasis simple* (15.98%).

En el seguimiento se mantiene la distribución de variables de mayor frecuencia, siendo la respuesta más frecuente la categoría *otras* (26.37%), seguida de la *repetición* (22.32%), de la *paráfrasis simple* (15.26%). Por lo tanto, se mantiene la producción mayoritaria de *respuestas empáticas* (65%) frente a la de *bloqueos comunicativos* y *otras respuestas* (35%). La Figura 6 muestra la media de respuestas para cada una de las categorías producidas en role playing tras el entrenamiento y durante el seguimiento.

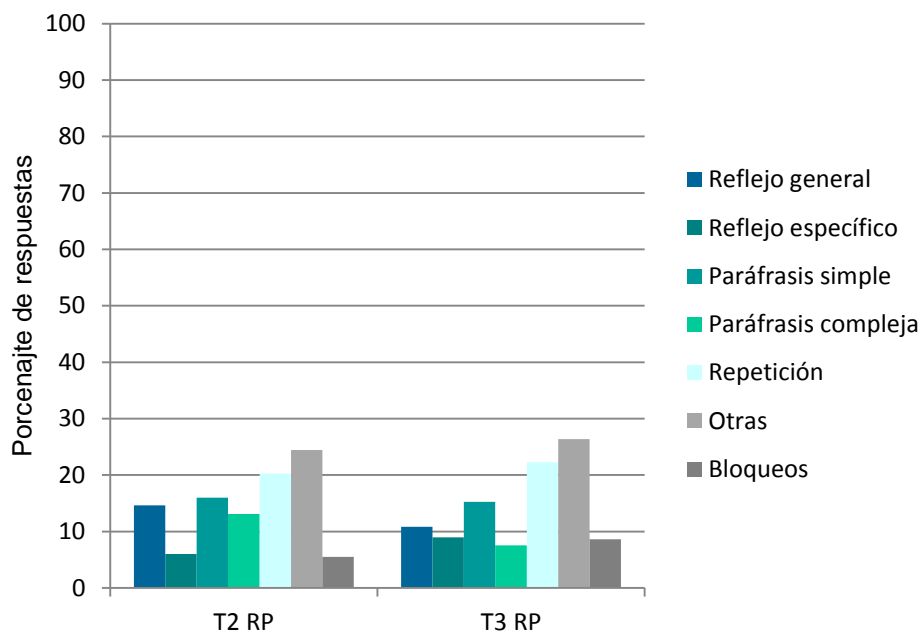


Figura 6. Media de respuestas por categoría comunicativa presentadas en role playing

A continuación se comparó la producción de habilidades comunicativas en formato escrito presentadas antes del entrenamiento, con las mostradas en role playing tras el curso y en la medida de seguimiento. A pesar de no haber realizado una medida de práctica en vivo antes del programa de intervención, se asume que un participante que no ha presentado respuestas empáticas en un formato escrito, difícilmente podrá hacerlo en un formato de role playing. Como muestra la Tabla 8, la prueba de Friedman reveló diferencias significativas entre las tres medidas, tanto para el porcentaje de respuestas empáticas [$\chi^2_{(2, 13)} = 19.53, p < .001$] como bloqueos comunicativos [$\chi^2_{(2, 13)} = 17.07, p = .001$]. La prueba de comparación de rangos de Wilcoxon mostró una reducción de bloqueos en la práctica en vivo una vez finalizado el entrenamiento [$Z = -4.015, p < .001$] y durante el seguimiento [$Z = -2.981, p < .001$] en comparación con la producción escrita. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la práctica en vivo al finalizar el entrenamiento y durante el seguimiento [$Z = -0.338, p = .735$]. Del mismo modo, se ha observado un incremento de respuestas empáticas en la práctica en vivo al finalizar

el entrenamiento [$Z = -4.107, p < .001$] y durante el seguimiento [$Z = -3.180, p = .001$], en comparación con la producción escrita, sin encontrarse diferencias entre la práctica en vivo en T2 y T3 [$Z = -.350, p = .727$]. En la Figura 7 se pueden ver reflejadas estas diferencias.

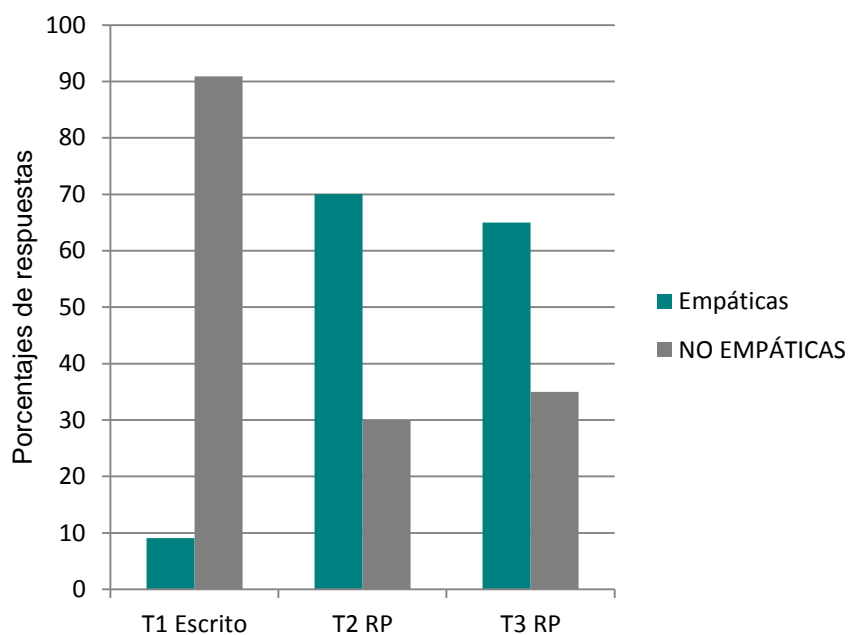


Figura 7. Comparación de respuestas empáticas y no empáticas presentadas en role playing

Tabla 8.

Comparación entre el porcentaje de respuestas comunicativas producido en formato escrito y el presentado en role-playing.

	T1 Escrito \bar{X} (S_x) N = 73	T2 RP \bar{X} (S_x) N = 73	T3 RP \bar{X} (S_x) N = 73	Friedman (χ^2)
% Respuestas empáticas	9,08 (9,83)	70,02 (21,24)	65 (22,37)	19.54 **
% Bloqueos comunicativos	65,88 (24,86)	5,52 (8,23)	8.63 (12,87)	17.07 **

** P < .01

1.3. Análisis de los efectos del entrenamiento sobre la percepción de autoeficacia comunicativa.

Para evaluar la percepción de autoeficacia se aplicó un cuestionario, que denominamos *Escala de Competencia comunicativa percibida*, y que valora la competencia comunicativa a través de 9 ítems que comprenden tanto el ámbito personal como laboral (de 0 a 10 puntos), en la fase de pre-entrenamiento y al finalizar el entrenamiento. Además, se aplicó *un ítem* para valorar la *autoeficacia general percibida* en relación a las habilidades de comunicación en el contexto sanitario, a través de una escala visual analógica (0-10) en cada uno de los momentos de medida.

Para analizar la puntuación obtenida en la *Escala de competencia comunicativa percibida*, se empleó la prueba de rangos de Wilcoxon. Los resultados mostraron que la puntuación en competencia comunicativa se incrementó de manera significativa tras el entrenamiento [$Z = -3.14, p = .002$].

Además, tras aplicar la prueba de Friedman se pudo comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas con respecto a la percepción de autoeficacia entre las tres fases de medición [$\chi^2_{(2, 32)} = 10.35; p < .001$]. La prueba de rangos de Wilcoxon reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas respecto a la percepción de autoeficacia, siendo superior una vez finalizado el entrenamiento y en el seguimiento [$Z = -2.46, p = .014; Z = -3.25, p = .001$]. Revelando además la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas al final del entrenamiento y en el seguimiento, a favor de este último [$Z = -2.01; p = .045$]. En la tabla 9 se muestran los resultados del análisis descriptivo respecto a las puntuaciones obtenidas en la *Escala de competencia comunicativa percibida* y en el ítem que valoraba la *autoeficacia general percibida*, en los tres momentos de medida.

Tabla 9.

Resultados del análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas a través de la Escala de Autoeficacia General y el Cuestionario de Competencia Comunicativa en las tres fases de evaluación.

	T1 \bar{X} (S _x)	T2 \bar{X} (S _x)	T3 \bar{X} (S _x)
Escala autoeficacia general	6.23 (1.53)	6.62 (1.63)	7.17 (1.07)
Cuestionario de competencia comunicativa	62.40 (12.16)	66.74 (13.26)	---- (No aplicado)

1.4. Análisis de los efectos del entrenamiento sobre las puntuaciones en Empatía Cognitiva y Afectiva.

A continuación se presenta el análisis descriptivo de los datos obtenidos a través de la aplicación del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) teniendo en cuenta cada una de las subescalas de esta prueba: adopción de perspectivas (AP), comprensión emocional (CE), estrés empático (EE) y alegría empática (AE) (Ver tabla 10). Tal como se ha descrito previamente las dos primeras subescalas hacen alusión a la perspectiva cognitiva y las segundas, a la afectiva. La puntuación se recoge en Percentiles (Pc). Tal y como describen los autores que diseñaron esta prueba, una puntuación se considera extremadamente alta a partir del percentil 94, alta entre el percentil 70 y el 93, media entre el 31 y el 69, baja entre el 7 y el 30 y; muy baja entre el 1 y el 6.

Tabla 10.

Resultados del análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en el test TECA en la fase previa al entrenamiento

Puntuación	\bar{X}	(S _x)	Máximo	Mínimo
TECA (Pc)				
TOTAL	61.65	27.99	99	5
AP	61.97	30.13	99	1
CE	52.66	26.83	99	2
EE	54.15	28.74	99	3
AE	73.85	26.30	99	15

*Nota: AP: Adopción perspectivas; CE: Comprensión emocional; EE: Estrés Empático; AE: Alegría Empática

1.5. Análisis de los resultados obtenidos a través de la Escala de satisfacción con el curso.

En este apartado se analiza la valoración del curso realizada por los participantes, tras el entrenamiento y en la medida de seguimiento. Como ya se indicó, esta escala se aplicó una vez finalizado el entrenamiento con el fin de conocer la utilidad y dificultad percibida del curso, así como el grado de interés o de lo ameno que resultaba. Mientras que en el seguimiento, se valoraba además de la utilidad percibida, si los participantes consideraban haber puesto en práctica las habilidades aprendidas. Las respuestas a esta escala se puntuaron en una escala de 0 a 10.

Las puntuaciones medias obtenidas tras el entrenamiento, reflejaron que los participantes consideraban que el nivel de dificultad del curso era medio (4.27), así como una alta percepción de utilidad clínica (8.53) y del grado de amenidad (7.54).

Durante el seguimiento se mantuvo una alta percepción respecto a la utilidad clínica (8.20), y también, aunque un poco más baja, respecto a la puesta en práctica de las habilidades entrenadas (6.97).

1.6. Análisis de correlación de las principales variables objeto de estudio.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de correlación con el objetivo de comprobar si existe o no una asociación entre la puntuación total mostrada en el cuestionario de habilidades de comunicación y escucha activa y posibles variables moduladoras, como la edad, experiencia laboral, la capacidad empática, valorada a través del TECA, la autoeficacia general percibida, y el interés suscitado por el curso.

Los resultados mostraron, la no existencia de correlación estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación y escucha en las tres fases de medida, y las variables descritas previamente (ver Tabla 11 y Tabla 12). Se encontró también una ausencia de correlación estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en el cuestionario de habilidades de comunicación tras el entrenamiento y el interés suscitado por el curso en este momento de medida, con respecto al entretenimiento [$r = .051, p = .672$] la dificultad [$r = .052, p = .672$] y la utilidad clínica percibida [$r = .053, p = .664$]. Del mismo modo la puesta en práctica percibida durante el seguimiento, mostró una ausencia de correlación estadísticamente significativa, con respecto a la puntuación obtenida en el post-entrenamiento [$r = -.274, p = .112$] y el seguimiento [$r = .061, p = .726$]. Se encontraron resultados similares en relación a la utilidad clínica percibida durante el seguimiento, con respecto a ambos momentos de medida [$r = -.152, p = .385; r = .069, p = .695$].

Por el contrario, si existían correlaciones estadísticamente significativas entre la empatía cognitiva y afectiva y la percepción de autoeficacia. Así, se observaron asociaciones positivas, entre la puntuación total del TECA y la obtenida en el cuestionario general de autoeficacia percibida en la fase previa al entrenamiento [$r = .236, p = .049$] y al finalizar el mismo [$r = .287, p = .016$]. Asimismo, la percepción general de autoeficacia mostrada en la fase previa al entrenamiento correlacionaba de forma positiva y significativa con la puntuación obtenida en la subescala de Adopción de Perspectivas [$r = .278, p = .020$], Comprensión empática [$r = .254, p = .034$] y Alegría Empática [$r = .308, p = .010$]. La percepción de autoeficacia una vez finalizado el entrenamiento correlacionaba de manera positiva y significativa con estas tres subescalas respectivamente [$r = .310, p < .001$; $r = .294, p = .013$; $r = .463, p < .001$]. Durante el seguimiento no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre estas dos variables: entre la puntuación total del TECA y la percepción de autoeficacia [$r = -.167, p = .344$], ni entre esta última variable y las diferentes dimensiones de la empatía: adopción de perspectivas [$r = -.109, p = .540$], comprensión empática [$r = .052, p = .770$], estrés empático [$r = -.053, p = .766$] y alegría empática [$r = -.217, p = .219$].

Tabla 11.

Resultados del análisis de correlación de Spearman entre las dimensiones del Cuestionario TECA, las habilidades de comunicación y escucha y la autoeficacia general percibida

Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)	Habilidades Comunicación y Escucha T1	Habilidades Comunicación y Escucha T2	Habilidades Comunicación y Escucha T3	Autoeficacia Percibida T1	Autoeficacia Percibida T2	Autoeficacia Percibida T3
TOTAL	.006	-.096	-.134	.236*	.287*	-.167
AP	.021	-.059	-.162	.278*	.310**	-.109
CE	.037	-.124	-.138	.254*	.294*	.052
EE	.009	-.124	-.033	-.007	-.032	-.053
AE	-.083	-.107	-.003	.308*	.463**	-.217

*Nota: AP = Adopción perspectivas; CE = Comprensión emocional; EE = Estrés Empático; AE = Alegría Empática.

*p < .05; ** p < .01

Tabla 12.

Matriz de correlaciones entre las habilidades de comunicación y escucha, la edad, años de experiencia y la autoeficacia general percibida

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. HHCCT1	1								
2. HHCCT2	-.036	1							
3. HHCCT3	.098	.238	1						
4. Edad	.059	.107	.139	1					
5. Exp	.112	.131	.148	.746**	1				
6. TecaTOT	.006	-.096	-.134	.147	.106	1			
7. AGP T1	-.041	-.202	-.134	.210	.201	.236*	1		
8. AGP T2	.002	.036	.041	.058	.108	.287*	.525**	1	
9. AGP T3	.096	-.115	.149	.039	-.021	-.167	.363*	.260	1

Nota: HHCC = Cuestionario de habilidades de comunicación y escucha activa; AGP = Escala de Autoeficacia General Percibida; T1 = pre-entrenamiento; T2 = post-entrenamiento; T3 = seguimiento

* = P < .05; ** = P < .01

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. **Discusión**

Una vez obtenidos y analizados los resultados, se procede a continuación a valorar el cumplimiento de los objetivos e hipótesis planteadas. El objetivo principal del presente estudio fue desarrollar un programa de habilidades de comunicación de escucha activa en formato multimedia y comprobar su eficacia en una muestra de profesionales sanitarios. Como objetivo secundario, se planteó analizar la relación entre la adquisición y mejora de habilidades empáticas, y otras variables moduladoras como la edad, la experiencia laboral, la capacidad empática y la percepción de autoeficacia. También se valoró el grado de satisfacción con el curso.

La hipótesis inicial, sostenía que las participantes incrementarían el número de habilidades de comunicación relacionadas con la escucha activa, tras el programa de intervención. A la vista de los datos es posible confirmar ampliamente esta hipótesis. Tras la intervención, las participantes han incrementado de forma significativa el conjunto de habilidades de escucha activa presentadas en el cuestionario de habilidades empáticas. En función de las puntuaciones obtenidas en este cuestionario, se han visto incrementadas las diferentes categorías comunicativas relacionadas con estas habilidades, así como la puntuación total obtenida en el cuestionario.

Con respecto al tipo de habilidades presentadas en producción escrita en la medida post-entrenamiento, los resultados hallados han revelado lo siguiente:

1. Los *reflejos*, en sus dos tipos, constituyen la categoría más producida. Si bien se empleó en mayor medida el reflejo específico en comparación al general, la diferencia presentada entre ambos es pequeña.

2. La repetición fue la segunda categoría más producida.
3. La paráfrasis es la siguiente categoría más empleada, aunque la diferencia entre ambas variables es pequeña y, por lo tanto, no es posible llegar a una conclusión en base a la misma.
4. Tras estas categorías, los siguientes tipos de habilidades mostradas fueron la categoría *bloqueos* y por último la categoría *otras*.

La frecuencia de variables descritas con anterioridad, contrasta con la obtenida antes de la aplicación del entrenamiento, ya que los bloqueos eran significativamente superiores. En la medida pre-entrenamiento, las respuestas empáticas fueron mínimas y dentro de las mismas, se produjeron en mayor medida los reflejos generales, con una diferencia importante en relación al resto de habilidades.

Por lo tanto, en base a los datos obtenidos, es posible confirmar también la segunda hipótesis. Tras el programa de intervención, los bloqueos comunicativos han disminuido de forma estadísticamente significativa, en favor de las habilidades empáticas.

La tercera hipótesis, derivada también del objetivo principal, planteaba que el aprendizaje logrado tras el programa de intervención, conseguiría ser trasladado a una situación de práctica con paciente simulado o de role playing. Se ha evidenciado en base a la muestra estudiada, que en una situación de estas características, las habilidades de escucha activa presentadas, son significativamente superiores a las habilidades no empáticas. De todos modos, cabe señalar un incremento de la categoría *otras*, en su mayor parte preguntas, y la superioridad de la repetición, paráfrasis simple y reflejo general, sobre el resto de habilidades. Parece, por lo tanto, que en una situación de práctica simulada, se generaliza el empleo de las habilidades comunicativas empáticas sobre las habilidades no empáticas, no obstante, se ha observado una disminución de

las habilidades complejas, a favor de categorías en mayor medida simples, o del uso de otras habilidades, principalmente preguntas.

Con respecto a la cuarta hipótesis, se ha podido constatar que el aprendizaje logrado, se mantiene en una medida de seguimiento realizada a los 4 meses de haber finalizado el entrenamiento. Utilizando el formato escrito, se obtienen, de nuevo, amplias diferencias entre las habilidades empáticas y las no empáticas, siendo claramente superiores las primeras. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la medida pre-entrenamiento y de seguimiento, y una ausencia de diferencias significativas entre el post-entrenamiento y el seguimiento para la mayor parte de habilidades, lo que demuestra el mantenimiento del aprendizaje adquirido. Los reflejos específicos, paráfrasis complejas y respuestas empáticas complejas, muestran una reducción significativa en el seguimiento, con respecto a la medida post-entrenamiento.

Estos resultados sugieren, por lo tanto, un mantenimiento del aprendizaje logrado en formato escrito cuatro meses después de haber finalizado el entrenamiento, si bien parece que las habilidades de mayor complejidad muestran una reducción tras el paso del tiempo.

Del mismo modo que ocurre con el formato escrito, la muestra que ha participado en la situación del role playing durante el seguimiento, ha logrado mantener una frecuencia significativamente superior de habilidades empáticas. En este caso, además, coincide la distribución de frecuencias por categorías en ambos momentos de medida. Así, de nuevo la variable de mayor frecuencia en la situación de práctica simulada, es la variable otras, seguida de la repetición y paráfrasis simple.

En relación a la última hipótesis, que planteaba la probable existencia de variables moduladoras, como la edad, experiencia laboral, capacidad empática, autoeficacia percibida e

interés suscitado por el curso, en contra de lo esperado, no se ha podido demostrar ninguna asociación estadísticamente significativa entre estas variables y las habilidades de escucha activa, en ninguno de los tres momentos de medida. No fue posible por lo tanto, demostrar la influencia de estas variables sobre la presencia y adquisición de habilidades de escucha activa.

En cambio, se ha corroborado, al menos parcialmente, debido a la debilidad de la asociación, una relación entre la capacidad empática obtenida a través del TECA y la percepción general de autoeficacia. En concreto, se han observado asociaciones entre la puntuación de esta última escala y las subescalas del TECA relacionadas con dimensiones favorables de la empatía: adopción de perspectivas, comprensión emocional y alegría empática. No obstante, cabe señalar que estas asociaciones no se han mantenido en la medida de seguimiento, por lo que no se pueden generar conclusiones en base a las mismas.

Los resultados relacionados con la valoración del curso, han reflejado datos favorables con respecto al interés suscitado. Así, las puntuaciones obtenidas reflejaron un nivel de dificultad medio y una alta valoración en cuanto a lo ameno que les resultó y a la utilidad clínica percibida. Los datos revelaron el mantenimiento de dichas puntuaciones durante el seguimiento, así como una valoración media-alta en relación a la puesta en práctica de las habilidades aprendidas.

Los resultados hallados, están en concordancia con los obtenidos por otras investigaciones que aplican un programa de características similares, también en contextos sanitarios. Como se ha descrito previamente desde el enfoque del microcounseling, se han aplicado programas online que demuestran también la eficacia de este tipo de intervenciones (Engen y Dawson, 2002; Ivey et al., 2010).

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, es necesario hacer referencia a los sesgos inherentes al empleo de cuestionarios no estandarizados y a la medición de variables

cualitativas, ya que ambos pueden influir en la validez interna del estudio (Campbell y Stanley, 2002; Cook y Retehardt, 2004).

Con el objetivo de contrarrestar en la medida de lo posible estas limitaciones, se ha estudiado la fiabilidad interjueces de las categorías definidas, en el Cuestionario de habilidades empáticas y escucha activa, reduciendo así los posibles sesgos relacionados con el proceso de evaluación.

Con el propósito de paliar dos de las dificultades más señaladas en este campo de investigación, la generalización de los resultados a un ambiente de práctica clínica y la frecuente ausencia de una medida de seguimiento, se ha evaluado la puesta en práctica de las habilidades entrenadas en una situación de role playing y realizado una nueva valoración trascurridos cuatro meses desde la intervención. Si bien consideramos que en base a los datos obtenidos se puede afirmar al menos, una generalización parcial y el mantenimiento de las habilidades aprendidas, para poder generalizar estos resultados, sería conveniente aumentar el intervalo temporal de la medida de seguimiento y poder valorar de forma más ecológica la puesta en práctica de las habilidades de comunicación estudiadas, empleando por ejemplo condiciones reales propias de la práctica clínica diaria.

Las futuras investigaciones, deberían posibilitar una evaluación longitudinal de la puesta en práctica de las competencias comunicativas adquiridas en entornos de práctica real, así como proporcionar sesiones formativas de refuerzo.

La reducción de la tasa de respuesta en la medida de seguimiento suele ser otro problema común. En nuestro estudio, la tasa de respuesta en la situación de role playing en la medida post-entrenamiento y de seguimiento fue del 30,1% y 17,8 % respectivamente, lo que presenta límites de cara al trasvase de los resultados a la práctica real. Sin embargo, el índice de respuesta

alcanzado para la medida de seguimiento en producción escrita (47,9%), puede ser valorado como aceptable, al encontrarse en el rango de respuestas medio ($55,6\% \pm 19,7\%$), señalado por algunos estudios (Baruch, 1999).

Una última posible limitación estaría en relación a la ausencia de grupo control. Sin embargo, tal como muestran diferentes estudios de manera sistemática, no se produce un aprendizaje tan específico de estas habilidades con el simple paso del tiempo. Los años de práctica profesional no han influido en el desempeño inicial de estas competencias, ni han favorecido un mayor aprendizaje en el presente estudio. Hemos optado por lo tanto, por incluir un único grupo de entrenamiento a todos los participantes disponibles, para incrementar en su conjunto la calidad de esta investigación.

2. Conclusiones

Para finalizar, y a modo de conclusiones, consideramos que a pesar de las limitaciones descritas, queda ampliamente demostrada la eficacia del programa multimedia de habilidades empáticas desarrollado. De los resultados obtenidos se pueden extraer por lo tanto las siguientes conclusiones:

- Una intervención multimedia basada en el aprendizaje de habilidades de comunicación como la desarrollada en el presente estudio, logra incrementar las habilidades empáticas y de escucha activa de los profesionales sanitarios, disminuyendo a su vez el número de habilidades no empáticas o bloqueos comunicativos.
- El aprendizaje logrado se mantiene de forma general tras el paso del tiempo, si bien parece que disminuyen las habilidades de comunicación de mayor complejidad, frente a las más simples.
- El aprendizaje logrado puede ser trasladado a una situación de práctica clínica con un paciente simulado. Si bien parece que igualmente se mantienen las habilidades de comunicación básicas en detrimento del empleo de habilidades complejas y su sustitución por otro tipo de respuestas más convencionales, como es el caso de las preguntas.
- No se han encontrado asociaciones relevantes entre las respuestas de escucha activa y otras variables estudiadas, como la edad, experiencia laboral, competencia empática, autoeficacia percibida e interés suscitado por el curso.

- El interés y percepción de utilidad en la práctica clínica promovido por una intervención de estas características es alto, lo que ha posibilitado una amplia adherencia y, por lo tanto, incrementado su eficacia.

El estudio presentado supone en el panorama actual sobre programas de habilidades de comunicación, una aportación novedosa, tanto por su formato multimedia como por el procedimiento de aprendizaje en el que se basa, que permite un entrenamiento dinámico y un mayor control sobre diferentes variables: la homogenización de las escenas presentadas para cada uno de los participantes, la presentación de un modelado múltiple, el acceso a las lecciones de forma progresiva y la presentación de distintos formatos de aprendizaje, desde el reconocimiento de la respuesta correcta, hasta formatos de elección múltiple y producción libre.

En definitiva, la observación, el modelado de la conducta, la complejidad progresiva, la integración de las habilidades aprendidas, el feedback sobre la ejecución de la respuesta y el reforzamiento, constituyen los pilares básicos del presente programa de intervención, que a través de un formato atractivo y dinámico, permite la adquisición, puesta en práctica y el traslado de las habilidades de comunicación aprendidas a un contexto de práctica clínica real.

La presente investigación muestra la viabilidad y utilidad de incluir intervenciones como la desarrollada, dirigidas al aprendizaje de habilidades empáticas y de escucha activa, en los programas de formación continuada para profesionales sanitarios.

REFERENCIAS

- Aarnio, M., Nieminen, J., Pyörälä, E. y Lindblom-Ylänne, S. (2010). Motivating medical students to learn teamwork skills. *Med Teach*, 32(4), e199-204. doi:10.3109/01421591003657469
- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., . . . Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations fo the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.495
- Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev*, 23(1), 1-33.
- Adam, K., Peters, S. y Chipchase, L. (2013). Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related practice: a systematic review. *Aust Occup Ther J*, 60(2), 76-84. doi:10.1111/1440-1630.12006
- Adriaansen, M., y van Achterberg, T. (2008). The content and effects of palliative care courses for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 471-485. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.016
- Ak, M., Cinar, O., Sutçigil, L., Congologlu, E. D., Hacıomeroglu, B., Canbaz, H., . . . Özmenler, K. N. (2011). Communication skills training for emergency nurses. *Int J Med Sci*, 8(5), 397-401.
- Aldridge, E. E. y Ivey, A. E. (1975).The microcounseling paradigm in the instruction of junior high school students in attending behavior.*Canadian Counsellor*, 9(2), 138-144.
- Allen, D. (Ed.). (1967). *Microteaching: A description*. Palo Alto, CA: Stanford Teacher Education Program.

- Ançel, G. (2006). Developing Empathy in Nurses: An Inservice Training Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249-257. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2006.05.002>
- Andrade-González, N. y Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524-533. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Argyle, M. (1957a). Social pressure in public and private situations. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54(2), 172-175. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0040490>
- Argyle, M. (1957b). *The scientific study of social behaviour*: Methuen, New York, NY.
- Argyle, M. y Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in experimental social psychology*, 3, 55-98.
- Arranz, P., Ulla, S. M., Ramos, J. L., Del Rincón, C. y López-Fando, T. (2005). Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Educ Couns*, 56(2), 233-239. doi:10.1016/j.pec.2004.02.017.
- Austin, E. J., Evans, P., Magnus, B. y O'Hanlon, K. (2007). A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Medical Education*, 41(7), 684-689. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02795.x>
- Authier, J. y Gustafson, K. (1975). Application of supervised and nonsupervised microcounseling paradigms in the training of paraprofessionals. *Journal of Counseling Psychology*, 22(1), 74-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0076140>
- Authier, J. y Gustafson, K. (1976). Application of supervised and nonsupervised microcounseling paradigms in the training of registered and licensed practical nurses.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(5), 704-709. doi:
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.44.5.704>
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 20(2), 118-135. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.792>
- Baghcheghi, N., Koohestani, H. R. y Rezaei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Educ Today*, 31(8), 877-882. doi:10.1016/j.nedt.2011.01.006
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Gloger, G., Beale, E. A. y Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baker, S. B. y Daniels, T. G. (1989). Integrating research on the microcounseling program: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 213-222. doi:
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.213>
- Baker, S. B., Daniels, T. G. y Greeley, A. T. (1990). Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and meta-analytic reviews of three major programs. *The Counseling Psychologist*, 18(3), 355-421. doi:
<http://dx.doi.org/10.1177/0011000090183001>
- Baker, D. P., Salas, E., King, H., Battles, J. y Barach, P. (2005). The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 31(4), 185-202.

- Ballester, R. y Llarío, M. D. G. (2002). *Habilidades sociales: evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(307-337).
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(2), 163-175.
- Barth, J. y Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*, 22(5), 1030-1040. doi:[10.1093/annonc/mdq441](http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdq441)
- Baruch, Y. (1999). Response rate in academic studies—A comparative analysis. *Human Relations*, 52(4), 421-438. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1016905407491>

- Batson, C. D., Batson, J. G., Slingsby, J. K., Harrell, K. L., Peekna, H. M., y Todd, R. M. (1991). Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 413-426. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.413>
- Batson, C. D., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T., y Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(2), 290-302. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.40.2.290>
- Bays, A. M., Engelberg, R. A., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., . . . Curtis, J. R. (2014). Interprofessional communication skills training for serious illness: Evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 159-166. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0318>
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L. y Sarver, N. W. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 908-918. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.016>
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. y Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford Press,
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med*, 32(11), 1301-1310.
- Berg, K. S. y Stone, G. L. (1980). Effects of conceptual level and supervision structure on counselor skill development. *Journal of Counseling Psychology*, 27(5), 500-509. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.27.5.500>

- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. y Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *4th ed.* (4th ed. ed., pp. 229-269, Chapter xvi, 864 Pages): John Wiley y Sons, Oxford.
- Bibila, S. y Rabiee, F. (2014). Training the powerful: issues that emerged during the evaluation of a communication skills training programme for senior cancer care professionals. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 23(4), 531-544. doi:10.1111/ecc.12167
- Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D. y Mercer, S. W. (2015). Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Fam Pract*, 16, 149. doi:10.1186/s12875-015-0374-y
- Binder, J. L., y Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x
- Bischsel, L. S. (2013). *Therapist personality, countertransference and the working alliance; the potential mediating effect of therapist mental activity in work with difficult patients.* (AAI3531911), Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1411061885?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Therapist+personality,+countertransference+and+the+working+alliance PsycINFO database.

- Bohart, A. C. y Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? En A. C. Bohart y L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 419-449). Washington, DC: American Psychological Association
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., . . . Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*, *31*(7), 755-761. doi:10.1007/s11606-016-3597-2
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, *16*(3), 252-260. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0085885
- Boudreau, J. D., Cassell, E. y Fuks, A. (2009). Preparing medical students to become attentive listeners. *Medical Teacher*, *31*(1), 22-29. doi:http://dx.doi.org/10.1080/01421590802350776
- Boulais, G. (2008). *Counselor empathy training via audiotape, roleplaying and microcounseling*. (AAIDC52411). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621712582?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrf_t_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+%26+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Counselor+empathy+training+via+audiotape%2C+roleplaying+and+microcounseling.yissn=ydate=2008-01-01yvolume=yissue=yepage=yau=Boulais%2C+Gillesyisbn=yjtitle=ybtitle=yrf_t_id=info:eric/yrf_t_id=info:doi/ PsycINFO database.
- Bragard, I., Razavi, D., Marchal, S., Merckaert, I., Delvaux, N., Libert, Y., . . . Etienne, A. M. (2006). Teaching communication and stress management skills to junior physicians

- dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer*, 14(5), 454-461. doi:10.1007/s00520-005-0008-3
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nurs Stand*, 29(14), 53-59. doi:10.7748/ns.29.14.53.e9355
- Brammer, L. M. y MacDonald, G. (2003). *The helping relationship: Process and skills (8th ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon,
- Brereton, M. L. (1995). Communication in nursing: the theory-practice relationship. *J Adv Nurs*, 21(2), 314-324.
- Britt, E., Hudson, S. M. y Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns*, 53(2), 147-155. doi:10.1016/S0738-3991(03)00141-1
- Britten, N., Stevenson, F. A., Barry, C. A., Barber, N., y Bradley, C. P. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*, 320(7233), 484-488.
- Brodie, D. A., Inoue, A. y Shaw, D. G. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 45(4), 489-500. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.11.009
- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., y Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 131(11), 822-829.
- Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R., y Fereira, I. (2007). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *J Nutr Educ Behav*, 39(1), 8-12. doi:10.1016/j.jneb.2006.08.010

- Brunero, S., Lamont, S., y Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x>
- Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H. L., Kyllönen, H., Lundkvist, M. y Wigert, H. (2016). Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr*, 105(4), 397-406. doi:10.1111/apa.13295
- Buser, T. J. (2008). Counselor training: Empirical findings and current approaches. *Counselor Education and Supervision*, 48(2), 86-100. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2008.tb00065.x>
- Butow, P. y Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*, 154 Suppl 1, S101-107. doi:10.1016/j.pain.2013.07.048
- Buzzetta, F. (1976). *A comparative study of the effectiveness of recovered alcoholic and non-alcoholic alcoholism counselors on specific counseling skills and the differential effect of microcounseling training.* Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/616166264?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+%26+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=A+comparative+study+of+the+effectiveness+of+recovered+alcoholic+and+nonalcoholic+alcoholism+counselors+on+specific+counseling+skills+and+the+differential+effect+of+microcounseling+training.yissn=ydate=1976-02-01yvolume=yissue=yssue=yau=Buzzetta%2C+Frankyisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.

Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 4(13), 51-62.

Caballo, V. E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7a. ed.). Madrid: S.XXI.

Cameron, B. P. (1990). *The modification of authoritarianism traits in police officers through the teaching of human development, personal growth concepts, and microcounseling skills*. (9111181 Ed.D.), University of Arkansas, Ann Arbor. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/303798976?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrf_t_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQuest+Dissertations+y+Theses+Globalytitle=ytitle=The+modification+of+authoritarianism+traits+in+police+officers+through+the+teaching+of+human+development,+personal+growth+concepts,+and+microcounseling+skillsyissn=ydate=1990-01-01yvolume=yissue=yepage=yau=Cameron,+Bradley+Porteryisbn=yjtitle=ybtitle=yrf_t_id=info:eric/yrf_t_id=info:doi/ ProQuest Dissertations y Theses Global: Health y Medicine; ProQuest Dissertations y Theses Global: Social Sciences database.

Campbell, D. y Stanley, J. (2002). Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social. Buenos Aires: Ammorrortu editors.

Canivet, D., Delvaux, N., Gibon, A. S., Brancart, C., Slachmuylder, J. L. y Razavi, D. (2014). Improving communication in cancer pain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Support Care Cancer*, 22(12), 3311-3320. doi:10.1007/s00520-014-2357-2

- Cano, A., Barterian, J. A. y Heller, J. B. (2008). Empathic and nonempathic interaction in chronic pain couples. *The Clinical Journal of Pain*, 24(8), 678-684. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31816753d8>
- Cant, R. young, S., Cooper, S. J. y Porter, J. (2015). E-simulation: preregistration nursing students' evaluation of an online patient deterioration program. *Comput Inform Nurs*, 33(3), 108-114. doi:10.1097/CIN.0000000000000133
- Cappadocia, M. C. y Weiss, J. A. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger Syndrome and High Functioning Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 70-78. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2010.04.001>
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., Bensing, J. M. y Grypdonck, M. H. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Educ Couns*, 39(1), 91-103.
- Carkhuff, R. R. (1969). The Prediction of the Effects of Teacher-Counselor Education: The Development of Communication and Discrimination Selection Indexes. *Counselor Education and Supervision*, 8(4), 265-272.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers: I. Selection and training*: Holt, Rinehart y Winston, Oxford.!!!!!!!?¿ ELIMINAR!!!
- Carr, B. A. (1976). *An evaluation of the generalizability of five interviewing skills taught to first year baccalaureate nursing students using the microcounseling paradigm*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/616194523?accountid=17197>Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrf_t_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+%26+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=An+evaluation+of+the+generalizability+of+five+intervi

- ewing+skills+taught+to+first+year+baccalaureate+nursing+students+using+the+microco
unseling+paradigm.yissn=ydate=1976-09-
01yvolume=yissue=yepage=yau=Carr%2C+Barbara+A.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=inf
o:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.
- Carroll, C., Booth, A., Papaioannou, D., Sutton, A. y Wong, R. (2009). UK health-care professionals' experience of on-line learning techniques: a systematic review of qualitative data. *J Contin Educ Health Prof*, 29(4), 235-241. doi:10.1002/chp.20041
- Casey, J. (1999). Computer Assisted Simulation for Counselor Training of Basic Skills. *Journal of Technology in Counseling* 1 (1). Faltan las pp?¿ No vienen en ningún lado
- Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., Gracia, R. y Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. [Communicational skills training as a protection factor of professional burnout in a primary care practitioners.]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1), 34-40.
- Chant, S., Tim, Randle, J., Russell, G., y Webb, C. (2002). Communication skills training in healthcare: a review of the literature. *Nurse Educ Today*, 22(3), 189-202. doi:10.1054/nedt.2001.0690
- Chen, D. C. R., Kirshenbaum, D. S. yan, J., Kirshenbaum, E. y Aseltine, R. H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*, 34(4), 305-311. doi:http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.644600
- Cinar, O., Ak, M., Sutçigil, L., Congologlu, E. D., Canbaz, H., Kilic, E. y Ozmenler, K. N. (2012). Communication skills training for emergency medicine residents. *Eur J Emerg Med*, 19(1), 9-13. doi:10.1097/MEJ.0b013e328346d56d

- Cohen, P. A. y Dacanay, L. S. (1992). Computer-based instruction and health professions education: A meta-analysis of outcomes. *Evaluation y the Health Professions*, 15(3), 259-281. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/016327879201500301>
- Cook, D. A., Beckman, T. J., Thomas, K. G. y Thompson, W. G. (2008a). Adapting web-based instruction to residents' knowledge improves learning efficiency: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*, 23(7), 985-990. doi:10.1007/s11606-008-0541-0
- Cook, D. A., Levinson, A. J., Garside, S., Dupras, D. M., Erwin, P. J. y Montori, V. M. (2008b). Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*, 300(10), 1181-1196. doi:10.1001/jama.300.10.1181
- Cook, T. D. y Retehardt, C. (2004). Métodos cuantitativos y cualitativos en investigación educativa. Madrid: Morata.
- Cook, D. A. y Steinert, Y. (2013). Online learning for faculty development: a review of the literature. *Med Teach*, 35(11), 930-937. doi:10.3109/0142159X.2013.827328
- Corbella, S., Alvarez, H. F., Gutiérrez, L. A. S. y del Cid, L. B. G. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 281-289.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corcoran, K. J. y Bryce, A. K. (1983). Intervention in the experience of burnout: Effects of skill development. *Journal of Social Service Research*, 7(1), 71-79. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J079v07n01_05
- Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (1991). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions (3rd ed.)*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

- Cristiani, T. S. (1978). Counseling skills and the child care worker: A research-based training program. *Child Care Quarterly*, 7(1), 87-97. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF01642071>
- Crews, J., Smith, M. R., Smaby, M. H., Maddux, C. D., Torres-Rivera, E., Casey, J. A. y Urbani, S. (2005). Self-Monitoring and Counseling Skills: Skills-Based Versus Interpersonal Process Recall Training. *Journal of Counseling y Development*, 83(1), 78-85. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00582.x>
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., y Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2016-2025. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x>
- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., . . . Engelberg, R. A. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama*, 310(21), 2271-2281. doi:10.1001/jama.2013.282081
- Daniels, T. G. (1985). *Microcounselling: Training in skills of therapeutic communication with R. N. diploma-program nursing students*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617455951?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Microcounselling:+Training+in+skills+of+therapeutic+communication+with+R.+N.+diploma-program+nursing+students.yissn=ydate=1987-07-01yvolume=yissue=yepage=yau=Daniels,+Thomas+G.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.

- Daniels, T. G., (2009). Overview of research on microcounseling: 1967-present. In A. E. Ivey, M. B. Ivey y C.P. Zalaquett (Eds.), *Intentional interviewing and counseling: Your interactive resource* (7th ed) [CD-ROM]. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Daniels, T. G., Denny, A. y Andrews, D. (1988). Using microcounseling to teach RN nursing students skills of therapeutic communication. *J Nurs Educ*, 27(6), 246-252.
- Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10 , 85, 1-17.
- Davis, M. H. (1983a). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1983b). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, 51(2), 167-184. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00860.x>
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- De Blas Gómez, I. y Rodríguez García, M. (2015). Emotional management and critical thinking in the aid relationship of the holistic care of palliative patients. *Rev Enferm*, 38(5), 36-41.
- DeFife, J. A. y Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 172-191. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0023889>
- Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A. y Vivanco, L. (2016). Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Atención Primaria*, 48(9), 565-571.

- Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conrardt, S., Boniver, J., . . . Razavi, D. (2005). Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer, 103*(11), 2397-2411. doi:10.1002/cncr.21093
- Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C. y Slachmuylder, J. L. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer, 90*(1), 106-114. doi:10.1038/sj.bjc.6601459
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642-649. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002
- DeRosier, M. E. (2004). Building Relationships and Combating Bullying: Effectiveness of a School-Based Social Skills Group Intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 196-201. doi:http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_18
- de Sena, D. P., Fabricio, D. D., Lopes, M. H. y da Silva, V. D. (2013). Computer-assisted teaching of skin flap surgery: validation of a mobile platform software for medical students. *PLoS One, 8*(7), e65833. doi:10.1371/journal.pone.0065833
- DeVoe, M. W. y Sherman, T. M. (1978). A microtechnology for teaching prosocial behavior to children. *Child Study Journal, 8*(2), 83-91.
- Dickson, D. y Mullan, T. (1990). An empirical investigation of the effects of a microcounselling programme with social work students: The acquisition and transfer of component skills.

- Dosanjh, S., Barnes, J. y Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*, 35(3), 197-205.
- Dubé, C. E., O'Donnell, J. F. y Novack, D. H. (2000). Communication skills for preventive interventions. *Acad Med*, 75(7 Suppl), 45-54.
- Dufrene, R. L. y Tanner, Z. (2009). Multimedia CD: Play therapy counseling skills. *Journal of Technology and Counseling*. 5 (1), 141-149.
- Dunkle, J. H. y Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.456>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P. y Pachan, M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *Am J Community Psychol*, 45(3-4), 294-309. doi:10.1007/s10464-010-9300-6
- Duys, D. K. y Hedstrom, S. M. (2000). Basic counselor skills training and counselor cognitive complexity. *Counselor Education and Supervision*, 40(1), 8-18. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2000.tb01795.x>
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., . . . Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, Cd003267. doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2
- Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 13(2), 127-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0061728>
- Edwards, L. H. (2013). A brief conceptual history of Einfühlung: 18th-century Germany to post-World War II U.S. psychology. *Hist Psychol*, 16(4), 269-281. doi:10.1037/a0033634

- Eide, H., Sibbern, T. y Johannessen, T. (2011). Empathic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: An evaluation using interaction analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1242-1253. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05579.x>
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Cumberland, A., Murphy, B. C., Shepard, S. A., Zhou, Q. y Carlo, G. (2002). Prosocial development in early adulthood: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 993-1006. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.993>
- Eisenberg, N., Hofer, C., Sulik, M. J. y Liew, J. (2014). The development of prosocial moral reasoning and a prosocial orientation in young adulthood: Concurrent and longitudinal correlates. *Developmental Psychology*, 50(1), 58-70. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0032990>
- Eisler, R. M., Blanchard, E. B., Fitts, H. y Williams, J. G. (1978). Social skill training with and without modeling for schizophrenic and non-psychotic hospitalized psychiatric patients. *Behavior Modification*, 2(2), 147-172. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/014544557822001>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.
- Ellis, R. (1980). Simulated social skill training for interpersonal professions. En W. Singleton, P y R. Stammers (Eds.), *The analysis of social skill* (pp. 79-102). Springer US.
- Elsenrath, D. E., Coker, D. L. y Martinson, W. D. (1972). Microteaching interviewing skills. *Journal of Counseling Psychology*, 19(2), 150-155. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0032434>

- Elvins, R. y Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Emmons, K. M. y Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med*, 20(1), 68-74.
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I. y Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 358-363. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001>
- Engen, H. B. y Dawson, R. D. (2002). Counseling simulations: An interactive CD-ROM approach. *Journal of Technology in Human Services*, 20(3-4), 301-316. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J017v20n03_06.
- Escrivá, M. V. M., García, P. S. y Navarro, M. D. F. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-232.
- Esquerda, M. yugero, O., Viñas, J. y Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8-14.
- Evans, A. L. (2010). *A meta-analysis of pre-practicum counselor training in helping skills*. (AAI3424048). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/869834638?accountid=17197> Retrieved from

- 01yvolume=yissue=yssue=yau=Evans,+Amelia+L.yisbn=9781124224220ytitle=ybtitle
=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.
- Evans, D. R., Hearn, M. T., Uhlemann, M. R. y Ivey, A. E. (1998). *Essential Interviewing: A programmed approach to effective communication (5th ed.)*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. y Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650-656. doi:10.1016/S0140-6736(02)07810-8
- Fallowfield, L., Lipkin, M. y Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol*, 16(5), 1961-1968.
- Farrell, M., Ryan, S. y Langrick, B. (2001). 'Breaking bad news' within a paediatric setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals. *J Adv Nurs*, 36(6), 765-775.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feller, C. P., y Cottone, R. R. (2003). The importance of empathy in the therapeutic alliance. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42(1), 53-61.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298.
- Finocchiaro-Kessler, S., Catley, D., Thomson, D., Bradley-Ewing, A., Berkley-Patton, J. y Goggin, K. (2012). Patient communication tools to enhance ART adherence counseling in low and high resource settings. *Patient Educ Couns*, 89(1), 163-170. doi:10.1016/j.pec.2012.03.020
- Fisher, M. J., Broome, M. E., Friesth, B. M., Magee, T. y Frankel, R. M. (2014). The effectiveness of a brief intervention for emotion-focused nurse–parent communication. *Patient Education and Counseling*, 96(1), 72-78. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.004
- Flaskerud, J. H. (1986). On "Toward a theory of nursing action: Skills on competency in nurse–patient interaction.". *Nursing Research*, 35(4), 250-252. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198607000-00019
- Flocke, S. A., Antognoli, E., Step, M. M., Marsh, S., Parran, T. y Mason, M. J. (2012). A Teachable Moment Communication Process for smoking cessation talk: description of a group randomized clinician-focused intervention. *BMC Health Serv Res*, 12, 109. doi:10.1186/1472-6963-12-109
- Fong, M. L., Borders, L. D., Ethington, C. A. y Pitts, J. H. (1997). Becoming a counselor: A longitudinal study of student cognitive development. *Counselor Education and Supervision*, 37(2), 100-114. doi:http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1997.tb00536.x
- Ford, J. D. (1979). Research on training counselors and clinicians. *Review of Educational Research*, 49(1), 87-130. doi:http://dx.doi.org/10.2307/1169928

- Francke, A. L., Garssen, B., y Huijer Abu-Saad, H. (1995). Determinants of changes in nurses' behaviour after continuing education: a literature review. *J Adv Nurs*, 21(2), 371-377.
- Frankel, M. (1971). Effects of videotape modeling and self-confrontation techniques on microcounseling behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 18(5), 465-471. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0031514>
- Franzoni, E. M. (1978). *Microtraining: Teaching preservice teachers more effective communication skills*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alberta, Edmonton, Canada.
- Friendlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Frith, U. (2001). Mind blindness and the brain in autism. *Neuron*, 32(6), 969-979.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. y Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer*, 113(6), 1462-1470. doi:10.1002/cncr.23710
- Fukui, S., Ogawa, K. y Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*, 20(12), 1285-1291. doi:10.1002/pon.1840
- Fuqua, D. R., Johnson, A. W., Newman, J. L., Anderson, M. W. y Gade, E. M. (1984). Variability across sources of performance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 249-252. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.31.2.249>

- Fuqua, D. R., Newman, J. L., Scott, T. B. y Gade, E. M. (1986). Variability across sources of performance ratings: Further evidence. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 353-356. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.33.3.353>
- Fyffe, A. E. y Oei, T. P. (1979). Influence of modelling and feedback provided by the supervisors in a microskills training program for beginning counsellors. *J Clin Psychol*, 35(3), 651-656
- Gallagher, M. S. (1993). Evaluation of an integrative approach to training paraprofessionals in counselling using the Problem Solving Inventory. *Counselling Psychology Quarterly*, 6(1), 27-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09515079308254490>
- Gauthier, N., Thibault, P. y Sullivan, M. J. L. (2008). Individual and relational correlates of pain-related empathic accuracy in spouses of chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 24(8), 669-677. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e318173c28f>
- Gil, F. y García Sáiz, M. (1984). Entrenamiento en habilidades sociales. *Modificación de Conducta*, 399-429.
- Gladstein, G. A. (1984). The historical roots of contemporary empathy research. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 20(1), 38-59. doi:[http://dx.doi.org/10.1002/1520-6696\(198401\)20:1<38::AID-JHBS2300200106>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/1520-6696(198401)20:1<38::AID-JHBS2300200106>3.0.CO;2-1)
- Gluckstern, N., Ivey, A. y Forsyth, D. (1978). Patterns of acquisition and differential retention of helping skills and their effect on client verbal behaviour. *Canadian Counsellor*, 13(1), 37-39.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Goldberg, D. P. y Williams P. (1988). *An user's guide to the General Health Questionnaire*. UK: NFER-Nelson.

- Granholt, E., Holden, J., Link, P. C. y McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 82(6), 1173-1185. doi:10.1037/a0037098
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R. y Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380
- Griffiths, J., Wilson, C., Ewing, G., Connolly, M. y Grande, G. (2015). Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE y THYME communication skills model. *Eur J Oncol Nurs*, 19(5), 465-472. doi:10.1016/j.ejon.2015.02.00
- Grinnell, R. M. y Lieberman, A. (1977). Teaching the mentally retarded job interviewing skills. *Journal of Counseling Psychology*, 24(4), 332-337. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.24.4.332
- Groves, W. (2014). Professional practice skills for nurses. *Nurs Stand*, 29(1), 51-59. doi:10.7748/ns.29.1.51.e8955
- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., Finset, A. y Blanch-Hartigan, D. (2013). Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns*, 91(2), 180-185. doi:10.1016/j.pec.2012.11.015
- Guttman, M. A. y Haase, R. F. (1972). Generalization of microcounseling skills from training period to actual counseling setting. *Counselor Education and Supervision*, 12(2), 98-108. doi: http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1972.tb01936.x

- Guttman, M. A. (1973). Reduction of the defensive behavior of counselor trainees during counseling supervision. *Counselor Education and Supervision*, 12(4), 294-299. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1973.tb01568.x>
- Haase, R. F. y Dimattia, D. J. (1970). The application of the microcounseling paradigm to the training of support personnel in counseling. *Counselor Education and Supervision*, 10(1), 16-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1970.tb01412.x>
- Hakel, M. D. (1974). Microcounseling. Macroimpact? *PsycCRITIQUES*, 19(4), 321-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012615>
- Hannah, A., Millichamp, C. J. y Ayers, K. M. (2004). A communication skills course for undergraduate dental students. *J Dent Educ*, 68(9), 970-977.
- Hargie, O. D. (1984). Training teachers in counselling skills: The effects of microcounselling. *British Journal of Educational Psychology*, 54(2), 214-220. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8279.1984.tb02581.x>
- Harrison, G., Hayden, S., Cook, V. y Cushing, A. (2012). Improving health care professionals' feedback on communication skills: development of an on-line resource. *Patient Educ Couns*, 88(3), 414-419. doi:10.1016/j.pec.2012.06.025
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K. y Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychol*, 27(5), 513-522. doi:10.1037/0278-6133.27.5.513

Hayman, M. J. (1979). *The influence of supervisor feedback in the microcounseling format.*

Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/616457001?accountid=17197>

Retrieved from

http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.882004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+%26+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=The+influence+of+supervisor+feedback+in+the+microcounseling+format.yissn=ydate=1979-04-01yvolume=yissue=yssue=yau=Cristiani%2C+Theresa+A.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/PsycINFO database.

Hearn, M. T. (1977). *Three modes of training counsellors: A comparative study.* Retrieved from

<http://search.proquest.com/docview/616222500?accountid=17197> Retrieved from

http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-

[2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Three+modes+of+training+counsellors:+A+comparative+study.yissn=ydate=1977-04-](http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Three+modes+of+training+counsellors:+A+comparative+study.yissn=ydate=1977-04-)

[01yvolume=yissue=yssue=yau=Hearn,+Margaret+T.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/PsycINFO](http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Three+modes+of+training+counsellors:+A+comparative+study.yissn=ydate=1977-04-01yvolume=yissue=yssue=yau=Hearn,+Margaret+T.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/PsycINFO) database.

Heaven, C., Clegg, J. y Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Educ Couns*, 60(3), 313-325. doi:10.1016/j.pec.2005.08.008

Higgins, W. H., Ivey, A. E. y Uhlemann, M. R. (1970). Media therapy: A programmed approach to teaching behavioral skills. *Journal of Counseling Psychology*, 17(1), 20-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0028632>

- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action (4th ed.)*: American Psychological Association, Washington, DC.
- Hill, C. E. y Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 154-172. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.154>
- Hill, C. E. y O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*: American Psychological Association, Washington, DC.
- Hiller, A., Guillemin, M. y Delany, C. (2015). Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Educ Couns*, 98(10), 1222-1228. doi:[10.1016/j.pec.2015.07.029](http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.029)
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0027580>
- Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. (pp. 47-80): Cambridge University Press, New York, NY.
- Hoffman, M. L. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*, 14(2), 151-172. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF00991641>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., . . . Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>

- Hollinger, J. D. (1987). Social skills for behaviorally disordered children as preparation for mainstreaming: Theory, practice, and new directions. *RASE: Remedial y Special Education*, 8(4), 17-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/074193258700800404>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>
- Hovarth, A.O. y L. Greenberg (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L.S. Greenberg y W. M. Pinsof, *The psychotherapeutic process: a research handbook* (pp 529-556). Nueva York: Guildford.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hsu, L.-L., Chang, W.-H. y Hsieh, S.-I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: A randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), 37-49. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.05.007>
- Hsu, L.-L., Huang, Y.-H. y Hsieh, S.-I. (2014). The effects of scenario-based communication training on nurses' communication competence and self-efficacy and myocardial infarction knowledge. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 356-364. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.010>

- Hulsman, R. L., Ros, W. J., Janssen, M. y Winnubst, J. A. (1997). INTERACT-CANCER. The development and evaluation of a computer-assisted course on communication skills for medical specialists in oncology. *Patient Educ Couns*, 30(2), 129-141.
- Hulsman, R. L., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M. y Bensing, J. M. (2002). The effectiveness of a computer-assisted instruction programme on communication skills of medical specialists in oncology. *Medical Education*, 36(2), 125-134. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01074.x>
- Iacoboni, M. (2009). Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros. Madrid: Katz Editores.
- Iacoboni, M., Woods, R. P., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J. C. y Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*, 286(5449), 2526-2528. doi:<http://dx.doi.org/10.1126/science.286.5449.2526>
- Illing, J. C., Morrow, G. M., Rothwell nee Kergon, C. R., Burford, B. C., Baldauf, B. K., Davies, C. L., . . . Morrison, J. (2013). Perceptions of UK medical graduates' preparedness for practice: a multi-centre qualitative study reflecting the importance of learning on the job. *BMC Med Educ*, 13, 34. doi:10.1186/1472-6920-13-34
- Issner, J. B., Cano, A., Leonard, M. T. y Williams, A. M. (2012). How do I empathize with you? Let me count the ways: Relations between facets of pain-related empathy. *The Journal of Pain*, 13(2), 167-175. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.10.009>
- Ivey, A. E. (1971). *Microcounseling: Innovations in interviewing training*. Oxford, England: Charles C Thomas.
- Ivey, A. E. (1973). Microcounseling: The counselor as trainer. *Personnel y Guidance Journal*, 51(5), 311-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/j.2164-4918.1973.tb05005.x>

- Ivey, A. E. y Authier, J. (1978). *Microcounseling: Innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation (2nd ed)*. Oxford, England: Charles C Thomas.
- Ivey, A. E y Ivey, M.B. (2007). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society (6th ed.)*. Belmont, USA: Brooks/Cole.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B. y Zalaquett, C.P. (2010) *Intentional interviewing and counseling: Your interactive resource (7th ed.)* [CD-ROM]. Belmont, USA: Brooks/Cole.
- Ivey, A. E., Normington, C. J., Miller, C. D., Morrill, W. H. y Haase, R. F. (1968). Microcounseling and attending behavior: an approach to prepracticum counselor training. *Journal of Counseling Psychology*, 15(5, Pt.2), 1-12.doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0026129>
- Jahoda, G. (2005). Theodor Lipps and the Shift from "Sympathy" to "Empathy". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(2), 151-163. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jhbs.20080>
- Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn, G., Weijden, T. y Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. *BMC Fam Pract*, 14, 44. doi:10.1186/1471-2296-14-44
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Niessen, L., Elwyn, G. y Grol, R. (2009). Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BMC Health Serv Res*, 9, 19. doi:10.1186/1472-6963-9-19

- Jenkins, W. W. (1982). *The development and evaluation of a scale to rate counselor interview competence*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/616810108?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrf_t_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=The+development+and+evaluation+of+a+scale+to+rate+counselor+interview+competence.yissn=ydate=1982-09-01yvolume=yissue=yepage=yau=Jenkins,+William+W.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrf_t_id=info:eric/yrf_t_id=info:doi/ PsycINFO database.
- Johnston, B. y Smith, L. N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *J Adv Nurs*, 54(6), 700-709. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x
- Jones, L., Woodhouse, D. y Rowe, J. (2007). Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Educ Couns*, 69(1-3), 206-212. doi:10.1016/j.pec.2007.08.014
- Kabura, P., Fleming, L. M. y Tobin, D. J. (2005). Microcounseling Skills Training for Informal Helpers in Uganda. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(1), 63-70. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0020764005053282>
- Kaplan, D. M. (1983). Current trends in practicum supervision research. *Counselor Education and Supervision*, 22(3), 215-226. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1983.tb01738.x>
- Kasari, C., Rotheram-Fuller, E., Locke, J. y Gulsrud, A. (2012). Making the connection: randomized controlled trial of social skills at school for children with autism spectrum

- disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(4), 431-439. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02493.x
- Kasch, C. R. (1984). Interpersonal competence and communication in the delivery of nursing care. *Advances in Nursing Science*, 6(2), 71-88.
- Kasch, C. R. (1986). Toward a theory of nursing action: Skills and competency in nurse-patient interaction. *Nursing Research*, 35(4), 226-230. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198607000-00010
- Kasdorf, J. y Gustafson, K. (1978). Research related to microcounseling. In A. E. Ivey y G. Authier (Ed.), *Microcounseling: Innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation* (pp- 323-376). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kawagoshi, H. y Sugiwaka, H. (2011). Facilitating the acquisition of basic counseling skills by modeling and language. *Japanese Journal of Psychology*, 82(5), 473-479. doi:http://dx.doi.org/10.4992/jjpsy.82.473
- Kawagoshi, H. y Sugiwaka, H. (2012). Applying microcounseling to lawyer's acquisition of counseling skills. *Japanese Journal of Counseling Science*, 45(4), 209-217.
- Kelley, J. D. (1971). Reinforcement in microcounseling. *Journal of Counseling Psychology*, 18(3), 268-272. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0030857
- Kelly, J. A. (1982). *Social-skills training: a practical guide for interventions*. New York: Springer.
- Kenney, D. M. (1992). *Meaning skills training for counselors using interactive videodisc and the influence of cognitive style*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618362174?accountid=17197> Retrieved from

2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOytitle=ytitle=Meaning+skills+training+for+counselors+using+interactive+videodisc+and+the+influence+of+cognitive+style.yissn=ydate=1992-06-01yvolume=yissue=yepage=yau=Kenney,+Dianne+M.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.

- Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C. y Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Health Psychol*, *11*(Pt 2), 319-332. doi:10.1348/135910705X52516
- Kourkouta, L. y Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*, *26*(1), 65-67. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67
- Kriner, L. S. (1987). Voluntarism and microskills training: Implications for in-service experiences. *TACD Journal*, *15*(2), 139-144.
- Kron, F. W., Feters, M. D., Scerbo, M. W., White, C. B., Lyson, M. L., Padilla, M. A., . . . Becker, D. M. (2016). Using a computer simulation for teaching communication skills: A blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. doi:10.1016/j.pec.2016.10.024
- Kruijver, I. P., Kerkstra, A., Francke, A. L., Bensing, J. M. y van de Wiel, H. B. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, *39*(1), 129-145.
- Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H. y Bergenmar, M. (2015). Information exchange in oncological inpatient care--patient satisfaction, participation, and safety. *Eur J Oncol Nurs*, *19*(2), 142-147. doi:10.1016/j.ejon.2014.10.005

- Kuntze, J., van der Molen, H. T. y Born, M. P. (2007). Progress in mastery of counseling communication skills. Development and evaluation of a new instrument for the assessment of counseling communication skills. *European Psychologist*, 12 (4), 301-313.
- Kuntze, J., van der Molen, H. T. y Born, M. P. (2009). Increase in counselling communication skills after basic and advanced microskills training. *British Journal of Educational Psychology*, 79(1), 175-188. doi:<http://dx.doi.org/10.1348/000709908X313758>
- Kurtz, P. D., Marshall, E. K. y Banspach, S. W. (1985). Interpersonal skill-training research: A 12-year review and analysis. *Counselor Education and Supervision*, 24(3), 249-263. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1985.tb00482.x>
- Kurtz, M. M. y Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull*, 38(5), 1092-1104. doi:10.1093/schbul/sbr036
- Kurtz, S. M. (2002). Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*, 29 Suppl 2, S23-29.
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. NY: Basic Books.
- Lambert, M. J. y Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- LaMonica, E. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4, 389-400.

- LaMonica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M. B. y Blanchard, K. H. (1976). Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nursing Research*, 25(6), 447-451. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-197611000-00013>
- LaMonica, E. L. y Karshmer, J. F. (1978). Empathy: educating nurses in professional practice. *J Nurs Educ*, 17(2), 3-11. doi:10.1203/00006450-198601000-0000139
- Larson, LM. y Daniels, J.A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist*, 26, 179-218.
- Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A. y Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 483-491. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00510.x>
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R. y Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1025-1036. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-011-1339-1>
- Lee, J. C., Boyd, R. y Stuart, P. (2007). Randomized controlled trial of an instructional DVD for clinical skills teaching. *Emerg Med Australas*, 19(3), 241-245. doi:10.1111/j.1742-6723.2007.00976.x
- León, J. M., Jarana, L. y Blanco, A. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. [Training program in social skills among nurses in primary assistance: Effects on the communication with the health services user.]. *Clínica y Salud*, 2(1), 73-79.

- Lerman, C., Daly, M., Walsh, W. P., Resch, N., Seay, J., Barsevick, A., . . . Martin, G. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications. *Cancer*, 72(9), 2612-2620.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of " theory of mind.". *Psychological review*, 94(4), 412.
- Leung, K.-K., Wang, W.-D. y Chen, Y.-Y. (2012). Multi-source evaluation of interpersonal and communication skills of family medicine residents. *Advances in Health Sciences Education*, 17(5), 717-726. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10459-011-9345-9
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M. y Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD003267. doi:10.1002/14651858.CD003267
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. New York, NY: Croom Helm
- Liaw, S. Y., Wong, L. F., Chan, S. W., Ho, J. T., Mordiffi, S. Z., Ang, S. B., . . . Ang, E. N. (2015). Designing and evaluating an interactive multimedia Web-based simulation for developing nurses' competencies in acute nursing care: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 17(1), e5. doi:10.2196/jmir.3853
- Little, C., Packman, J., Smaby, M. H. y Maddux, C. D. (2005). The Skilled Counselor Training Model: Skills Acquisition, Self-Assessment, and Cognitive Complexity. *Counselor Education and Supervision*, 44(3), 189-200. doi:http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2005.tb01746.x
- Liu, C., Lim, R. L., McCabe, K. L., Taylor, S. y Calvo, R. A. (2016). A Web-based telehealth training platform incorporating automated nonverbal behavior feedback for teaching

- communication skills to medical students: A randomized crossover study. *Journal of Medical Internet Research*, 18(9), 206-214. doi:http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6299
- Liu, J. E., Mok, E., Wong, T., Xue, L. y Xu, B. (2007). Evaluation of an integrated communication skills training program for nurses in cancer care in Beijing, China. *Nurs Res*, 56(3), 202-209. doi:10.1097/01.NNR.0000270030.82736.8c
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A. y Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskelet Disord*, 13, 104. doi:10.1186/1471-2474-13-104
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. y Abad, F. J. (2008) TECA. *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). Oxford: John Wiley y Sons.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. y Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*, 93(2), 157-168. doi:10.1016/j.pec.2013.07.012
- Lupi, C. S., Runyan, A., Schreiber, N., Steinauer, J. y Turk, J. K. (2012). An educational workshop and student competency in pregnancy options counseling: a randomized

- controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 207(5), 414.e411-417.
doi:10.1016/j.ajog.2012.09.026
- Machado, D. d. B., Teche, S. P., Lapolli, C., Tavares, B. F., Pio de Almeida, L. S., da Silva, G. B., . . . Eizirik, C. L. (2015). Countertransference and therapeutic alliance in the early stage of adult psychodynamic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 133-142. doi:http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0061
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C. y Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer*, 32A(1), 78-81.
- Mar, C. M., Chabal, C., Anderson, R. A. y Vore, A. E. (2003). An interactive computer tutorial to teach pain assessment. *Journal of Health Psychology*, 8(1), 161-173.
doi:http://dx.doi.org/10.1177/1359105303008001454
- Marcia, J. (1987). Empathy and psychotherapy. In N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. (pp. 81-102): Cambridge University Press, New York, NY.
- Marín, M. y León, J.M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psichotema*, 13(2), 247-251.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martins, R. K. y McNeil, D. W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*, 29(4), 283-293. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.001
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.

- Matarazzo, R., Weins, A. y Saslow, G. (1966). Experimentation in the teaching and learning of psychotherapy skills. En L.Gottschsdk, y A. Auerbach (Eds.). *Methods of research in psychotherapy* (pp. 597-635). New York: Appleton.
- Mauksch, L., Farber, S. y Greer, H. T. (2013). Design, dissemination, and evaluation of an advanced communication elective at seven U.S. medical schools. *Acad Med*, 88(6), 843-851. doi:10.1097/ACM.0b013e31828fd5ed
- McGilton, K., Irwin-Robinson, H., Boscart, V. y Spanjevic, L. (2006). Communication enhancement: Nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 35-44. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03787.x
- McNeil, B. J. y Nelson, K. R. (1991). Meta-analysis of interactive video instruction: A 10 year review of achievement effects. *Journal of Computer-Based Instruction*, 18(1), 1-6.
- Mehrabian, A., y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x
- Menchaca, B. y Alonso, R. (2004). Entrevista y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas. Madrid: UNED.
- Merckaert, I., Liénard, A., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A. M., . . . Razavi, D. (2013). Is it possible to improve the breaking bad news skills of residents when a relative is present? A randomised study. *Br J Cancer*, 109(10), 2507-2514. doi:10.1038/bjc.2013.615
- Mesibov, G. B. (1984). Social skills training with verbal autistic adolescents and adults: A program model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14(4), 395-404. doi:http://dx.doi.org/10.1007/BF02409830

- Meystre, C., Bourquin, C., Despland, J. N., Stiefel, F. y de Roten, Y. (2013). Working alliance in communication skills training for oncology clinicians: a controlled trial. *Patient Educ Couns*, 90(2), 233-238. doi:10.1016/j.pec.2012.10.013
- Miller, C. D., Morrill, W. H. y Uhlemann, M. R. (1970). Micro-counseling: An experimental study of pre-practicum training in communicating test results. *Counselor Education and Supervision*, 9(3), 171-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.1970.tb01386.x>
- Miller, W. y Rollnick, S. (2015a). El método de la entrevista motivacional. En Miller, W. y Rollnick, S. *La entrevista motivacional. Ayudar a la persona a cambiar 3ª ed.* (pp. 53-70). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2015b). Vincular y desvincular. En Miller, W. y Rollnick, S. *La entrevista motivacional. Ayudar a la persona a cambiar 3ª ed.* (pp. 71-81). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2015c). Escuchar. En Miller, W. y Rollnick, S. *La entrevista motivacional. Ayudar a la persona a cambiar. 3ª ed.* (pp. 83-100). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Mishelmovich, N., Arber, A. y Odelius, A. (2016). Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 21, 153-159. doi:10.1016/j.ejon.2015.09.006
- Montgomery, K. E., Sawin, K. J. y Hendricks-Ferguson, V. (2016). Communication During Palliative Care and End of Life: Perceptions of Experienced Pediatric Oncology Nurses. *Cancer Nurs*. doi:10.1097/NCC.0000000000000363

- Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M. y Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD003751. doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3
- Moreland, J. R., Ivey, A. E. y Phillips, J. S. (1973). An evaluation of microcounseling as an interviewer training tool. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 294-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0035136>
- Moya-Albiol, L., Herrero, N. y Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*, 50(2), 89-100.
- Mulder, B. C., van Belzen, M., Lokhorst, A. M. y van Woerkum, C. M. (2015). Quality assessment of practice nurse communication with type 2 diabetes patients. *Patient Educ Couns*, 98(2), 156-161. doi:10.1016/j.pec.2014.11.006
- Mullan, T. y Dickson, D. (1991). The effects of a microcounseling programme with social work students: A preliminary look at cognitive issues. *Counselling Psychology Quarterly*, 4(2-3), 169-176. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09515079108256720>
- Murray, A., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I. M., . . . Lonsdale, C. (2015). Effect of a self-determination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 96(5), 809-816. doi:10.1016/j.apmr.2014.11.007
- Napholz, L. y McCanse, R. (1994). Interactive video instruction increases efficiency in cognitive learning in a baccalaureate nursing education program. *Comput Nurs*, 12(3), 149-153.

- Navidian, A., Abedi, M.R., Baghban, I., Fatehizadeh, M. y Poursharifi, H. (2010). Effect of motivational interviewing on blood pressure of referents suffering from hypertension, 15, 115-121.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., . . . Hilsenroth, M. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychother Res*, 1-13.
- Neukrug, E. S. (1991). Computer-assisted live supervision in counselor skills training. *Counselor education and Supervision*, 31 (2), 132-138.
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0022161>
- Nørgaard, B., Kofoed, P. E., Ohm Kyvik, K. y Ammentorp, J. (2012). Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care. *Scand J Caring Sci*, 26(4), 698-704. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00982.x
- Norris, J. (1986). Teaching communication skills: effects of two methods of instruction and selected learner characteristics. *J Nurs Educ*, 25(3), 102-106.
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B. y O'Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*, 96(5), 609-622. doi:10.2522/ptj.20150240

- Olivares, J. y Méndez, X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olson, J. K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 317-322. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00895.x>
- Olson, J. K. y Iwasiw, C. L. (1987). Effects of a training model on active listening skills of post-RN students. *Journal of Nursing Education*, 26(3), 104-107.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Ozcan, C. T., Oflaz, F. y Bakir, B. (2012). The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. *International Nursing Review*, 59(4), 532-538. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01019.x>
- Ozcan, C. T., Oflaz, F. y Cicek, H. S. (2010). Empathy: The effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*, 57(4), 493-499. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00832.x>
- Parle, M., Maguire, P., y Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Soc Sci Med*, 44(2), 231-240.
- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shen, M. J., Hammonds, S., Coyle, N., . . . Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient Educ Couns*, 99(4), 610-616. doi:10.1016/j.pec.2015.11.021

Pelechano, V. (1999). Habilidades interpersonales: Antecedentes, sentido y operacionalización. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(100), 171-195.

Penner, L. A., Cline, R. J. W., Albrecht, T. L., Harper, F. W. K., Peterson, A. M., Taub, J. M. y Ruckdeschel, J. C. (2008). Parents' empathic responses and pain and distress in pediatric patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 30(2), 102-113. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/01973530802208824>

Peters, G. A., Cormier, L. S. y Cormier, W. H. (1978). Effects of modeling, rehearsal, feedback, and remediation on acquisition of a counseling strategy. *Journal of Counseling Psychology*, 25(3), 231-237. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.25.3.231>

Poitras-Martin, D. y Stone, G. L. (1977). Psychological education: A skill-oriented approach. *Journal of Counseling Psychology*, 24(2), 153-157. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.24.2.153>

Pomerantz, S. D. (1993). *Comparison of the effect of microcounseling and situational leadership training on the manager-worker interaction, worker performance and stress: Developing a comprehensive leader-follower model*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618523765?accountid=17197> Retrieved from

Winstonyisbn=yjtitle=Audiovisual+Instructionybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/
PsycINFO database

- Preston, S. D. y de Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci*, 25(1), 1-20; discussion 20-71.
- Rask, M. T., Jensen, M. L., Andersen, J., y Zachariae, R. (2009). Effects of an intervention aimed at improving nurse-patient communication in an oncology outpatient clinic. *Cancer Nurs*, 32(1), E1-11. doi:10.1097/01.ncc.0000343365.13871.12
- Razavi, D. y Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *Eur J Cancer*, 33 Suppl 6, S15-21.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C. y Paesmans, M. (1993). The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Eur J Cancer*, 29a(13), 1858-1863.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J. F., Farvacques, C., Dubus, L. y Hogenraad, R. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer*, 87(1), 1-7. doi:10.1038/sj.bjc.6600412
- Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., . . . Delvaux, N. (2003). How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of post-training consolidation workshops. *J Clin Oncol*, 21(16), 3141-3149. doi:10.1200/JCO.2003.08.031
- Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A. y Van Aerde, J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 39(6), 675-683. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x

- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Ernst, D., Borrelli, B. y Hecht, J. (2002). Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychol*, 21(5), 444-451.
- Richards, T. (1990). Chasms in communication. *BMJ*, 301(6766), 1407-1408.
- Richardson, B. y Stone, G. L. (1981). Effects of a Cognitive Adjunct Procedure Within a Microtraining Situation. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 168-175.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0077969>
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2008). *Mirrors in the brain: How our minds share actions and emotions*. New York: Oxford University Press.
- Rodríguez, F. G., Rubio, J. M. L. y Expósito, L. J. (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámides.
- Rogers, C.R. (1942) *Counseling and psychoterapy*. Boston: Houghton. Mifflin.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. (S. Tubert, Trad.). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rogers, C. R. (1989). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *TACD Journal*, 17(1), 53-65.
- Rosa, A. I., Inglés, C. J., Olivares, J., Espada, J. P., Sánchez-Meca, J. y Méndez, F. X. (2002). Eficacia del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes: de menos a más. *Psicología Conductual*, 10(3), 543-561.
- Rosen, N. O., Bois, K., Mayrand, M.-H., Vannier, S. y Bergeron, S. (2016). Observed and perceived disclosure and empathy are associated with better relationship adjustment and

- quality of life in couples coping with vulvodynia. *Archives of Sexual Behavior*. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-016-0739-x>
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A. y Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*, 155(17), 1877-1884.
- Roter, D. y Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient education and counseling*, 46(4), 243-251.
- Roter, D. L., Wexler, R., Naragon, P., Forrest, B., Dees, J., Almodovar, A. y Wood, J. (2012). The impact of patient and physician computer mediated communication skill training on reported communication and patient satisfaction. *Patient Educ Couns*, 88(3), 406-413. doi:10.1016/j.pec.2012.06.020
- Ruiz, J. G., Mintzer, M. J. y Leipzig, R. M. (2006). The impact of E-learning in medical education. *Acad Med*, 81(3), 207-212.
- Ruiz, C. O. y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Russell-Chapin, L. A. y Ivey, A. E. (2004). Microcounseling Supervision: An Innovative Integrated Supervision Model. *Canadian Journal of Counselling*, 38(3), 165-176.
- Russell-Chapin, L. A. y Sherman, N. E. (2000). The Counselling Interview Rating Form: a teaching and evaluation tool for counsellor education. *British Journal of Guidance y Counselling*, 28(1), 115-124. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/030698800109655>

- Safran, J. y Muran, J. C. (2005). La alianza terapéutica reconsiderada. En J. Safran y J. C. Muran. *La alianza terapéutica* (pp. 25-60). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy, the direct approach to the reconstruction of personality*. Oxford: Creative Age Press.
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A. y Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21(3), 259-271. doi:<http://dx.doi.org/10.1174/021347406778538230>
- Sangappa, S. B. y Tekian, A. (2013). Communication skills course in an Indian undergraduate dental curriculum: a randomized controlled trial. *J Dent Educ*, 77(8), 1092-1098.
- Sargeant, J., Valli, M., Ferrier, S. y MacLeod, H. (2008). Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Med Teach*, 30(2), 185-191. doi:10.1080/01421590701802281
- Sawyer, H. W. y Sawyer, S. H. (1981). A teacher–parent communication training approach. *Exceptional Children*, 47(4), 305-306.
- Schaeffe, S., Smaby, M. H., Maddux, C. D. y Cates, J. (2005). Counseling Skills Attainment, Retention, and Transfer as Measured by the Skilled Counseling Scale. *Counselor Education and Supervision*, 44(4), 280-292. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2005.tb01756.x>
- Schlegel, C., Woermann, U., Shaha, M., Rethans, J. J. y van der Vleuten, C. (2012). Effects of communication training on real practice performance: a role-play module versus a

- standardized patient module. *J Nurs Educ*, 51(1), 16-22. doi:10.3928/01484834-20111116-02
- Schofield, N. G., Green, C. y Creed, F. (2008). Communication skills of health-care professionals working in oncology--can they be improved? *Eur J Oncol Nurs*, 12(1), 4-13.
- Schönrock-Adema, J., Van der Molen, H. T. y van der Zee, K. I. (2009). Effectiveness of a self-instruction program for microcounseling skills training. *Teaching of Psychology*, 36(4), 246-252. doi:http://dx.doi.org/10.1080/00986280903173132
- Shapiro, M. J., Morey, J. C., Small, S. D., Langford, V., Kaylor, C. J., Jagminas, L., . . . Jay, G. D. (2004). Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? *Qual Saf Health Care*, 13(6), 417-421. doi:10.1136/qhc.13.6.417
- Shapiro, R. S., Simpson, D. E., Lawrence, S. L., Talsky, A. M., Sobocinski, K. A., y Schiedermayer, D. L. (1989). A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med*, 149(10), 2190-2196.
- Sharpley, C. F. y Ridgway, I. R. (1993). An evaluation of the effectiveness of self-efficacy as a predictor of trainees' counselling skills performance. *British Journal of Guidance y Counselling*, 21(1), 73-81. doi:http://dx.doi.org/10.1080/03069889300760101
- Shilling, V., Jenkins, V. y Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology*, 12(6), 599-611. doi:10.1002/pon.731

- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. y Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*, 303(6814), 1385-1387.
- Smaby, M. H., Maddux, C. D., Torres-Rivera, E. y Zimmick, R. (1999). A study of the effects of a skills-based versus a conventional group counseling training program. *Journal for Specialists in Group Work*, 24(2), 152-163. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/01933929908411427>
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526-537. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0037039>
- Spielberg, C.D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sobel, M. A. (1996). *The effects of microcounseling training on the development of interactional synchrony and rapport*. (AAM9619582). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618999064?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=The+effects+of+microcounseling+training+on+the+development+of+interactional+synchrony+and+rapport.yissn=ydate=1996-08-01yvolume=yissue=yepage=yau=Sobel,+Martin+A.yisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.
- Stadelmaier, N., Duguey-Cachet, O., Saada, Y. y Quintard, B. (2014). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): An innovative tool to combine screening for

- psychological distress and patient support at cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 23(3), 307-314. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/pon.3421>
- Stiefel, F., Bourquin, C., Layat, C., Vadot, S., Bonvin, R. y Berney, A. (2013). Medical students' skills and needs for training in breaking bad news. *J Cancer Educ*, 28(1), 187-191. doi:10.1007/s13187-012-0420-6
- Stiefel, F., Favre, N. y Despland, J. N. (2006). Communication skills training in oncology: it works! *Recent Results Cancer Res*, 168, 113-119.
- Stiefel, F. y Razavi, D. (2006). Informing about diagnosis, relapse and progression of disease--communication with the terminally III cancer patient. *Recent Results Cancer Res*, 168, 37-46.
- Pirámide.
- Stone, G. L. y Stein, M. L. (1978). Effects of modeling and instructions as a function of time, task, and order. *Journal of Counseling Psychology*, 25(2), 150-156. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.25.2.150>
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. En Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 4, (pp.271-213). New York, US: Academic Press.
- Stotland, E. y Smith, K. D. (1993). Empathy, imagining and motivation. *Imagination, Cognition and Personality*, 13(3), 193-213. doi:<http://dx.doi.org/10.2190/NUQA-4QQW-KDKP-Q9DD>
- Sullivan, C., Ellison, S. R., Quaintance, J., Arnold, L. y Godrey, P. (2009). Development of a communication curriculum for emergency medicine residents. *Teach Learn Med*, 21(4), 327-333. doi:10.1080/10401330903228604

- Tannen, A. (2014). Communication skills training for health professionals working with people who have cancer. *Cancer Nursing*, 37(6), 476-477. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000210>
- Tavakol, S., Dennick, R. y Tavakol, M. (2011). Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care*, 22(5), 297-303.
- Teding van Berkhout, E. y Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32-41. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000093>
- Thomas, V. J. y Cohn, T. (2006). Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *J Adv Nurs*, 53(4), 480-488. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03741.x
- Thompson, A. M., y Blocher, D. H. (1979). Co-counseling supervision in microcounseling. *Journal of Counseling Psychology*, 26(5), 413-418. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.26.5.413>
- Toth, P. L. (1995). *Teaching the "here-and-now" intervention to masters level group counseling students using a microcounseling skill based approach: The effect on skill acquisition and the level of self-efficacy.* (AAM9500450). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618740126?accountid=17197> Retrieved from [http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Teaching+the+"here-and-now"+intervention+to+masters+level+group+counseling+students+using+a+microcounseling+skill+based+approach:+The+effect+on+skill+acquisition+and+the+level+of+self-](http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQ:PsycINFOyatitle=ytitle=Teaching+the+)

- efficacy.yissn=ydate=1995-02-01yvvolume=yissue=yepage=yau=Toth,+Paul+Louisyisbn=yjtitle=ybtitle=yrft_id=info:eric/yrft_id=info:doi/ PsycINFO database.
- Toukmanian, S. G., Capelle, R. G. y Rennie, D. L. (1978). Counsellor trainee awareness of evaluative criteria: A neglected variable. *Canadian Counsellor*, 12(3), 177-183.
- Toukmanian, S. G. y Rennie, D. L. (1975). Microcounseling versus human relations training: Relative effectiveness with undergraduate trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 22(4), 345-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0076714>
- Uhlemann, M. R., Hearn, M. T. y Evans, D. R. (1980). Programmed learning in the microtraining paradigm with hotline workers. *American Journal of Community Psychology*, 8(5), 603-612. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF00912595>
- Uhlemann, M. R., Stone, G. L., Evans, D. R. y Hearn, M. T. (1982). Evaluation of microtraining modifications: Implications for paraprofessional training within community counselling agencies. *Canadian Counsellor*, 16(2), 115-121.
- Uitterhoeve, R. J., Bensing, J. M., Grol, R. P., Demulder, P. H. M. y Van Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: A systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 442-457. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- Ünal, S. (2012). Evaluating the effect of self-awareness and communication techniques on nurses' assertiveness and self-esteem. *Contemporary Nurse*, 43(1), 90-98. doi:<http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.43.1.90>

- Urbani, S., Smith, M. R., Maddux, C. D., Smaby, M. H., Torres-Rivera, E. y Crews, J. (2002). Skills-based training and counseling self-efficacy. *Counselor Education and Supervision*, 42(2), 92-106. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2002.tb01802.x>
- Valaitis, R. K., Sword, W. A., Jones, B. y Hodges, A. (2005). Problem-Based Learning Online: Perceptions of Health Science Students. *Advances in Health Sciences Education*, 10(3), 231-252. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10459-005-6705-3>
- Vallerand, A. H., Riley-Doucet, C., Hasenau, S. M. y Templin, T. (2004). Improving cancer pain management by homecare nurses. *Oncol Nurs Forum*, 31(4), 809-816. doi:10.1188/04.onf.809-816
- van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5), 437-451. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00038-4)
- van der Molen, H. T., Klaver, A. A. y Duyx, M. P. (2004). Effectiveness of a communication skills training programme for the management of dental anxiety. *Br Dent J*, 196(2), 101-107. doi:10.1038/sj.bdj.4810907
- van der Molen, H.T., Smit, G.N., Hommes, M.A. y Lang, G. (1995). Two decades of cumulative microtraining in the Netherlands: An Overview. *Education Research and Evaluation*, 1(4), 347-378.
- van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J. y Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(8). doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x

- van Weert, J. C., Jansen, J., Spreeuwenberg, P. M., van Dulmen, S. y Bensing, J. M. (2011). Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: a randomized controlled trial. *Crit Rev Oncol Hematol*, 80(1), 145-159. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.10.010
- Wallace, W. G., Horan, J. J., Baker, S. B. y Hudson, G. R. (1975). Incremental effects of modeling and performance feedback in teaching decision-making counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 22(6), 570-572. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.22.6.570>
- Wallace, C. J. y Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res*, 15(3), 239-247.
- Wallace, G. C., Marx, R. W. y Martin, J. (1981). Training psychiatric nursing staff in social approval skills. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 13(2), 171-180. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0081166>
- Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B. y Streiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*, 49(4), 191-200. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200007000-00002>
- Weis, J., Zoffmann, V. y Egerod, I. (2015). Enhancing person-centred communication in NICU: a comparative thematic analysis. *Nurs Crit Care*, 20(6), 287-298. doi:10.1111/nicc.12062
- Weldon, S. M., Korkiakangas, T., Bezemer, J. y Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *Br J Surg*, 100(13), 1677-1688. doi:10.1002/bjs.9332
- Wilcox, S., Parra-Medina, D., Felton, G. M., Poston, M. B. y McClain, A. (2010). Adoption and implementation of physical activity and dietary counseling by community health center providers and nurses. *Journal of Physical Activity y Health*, 7(5), 602-612.

- Wilkinson, S., Perry, R., Blanchard, K. y Linsell, L. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Palliat Med*, 22(4), 365-375. doi:10.1177/0269216308090770
- Williams, J. H. G., Whiten, A., Waiter, G. D., Pechey, S. y Perrett, D. I. (2007). Cortical and subcortical mechanisms at the core of imitation. *Social Neuroscience*, 2(1), 66-78. doi:http://dx.doi.org/10.1080/17470910701268059
- Wispe, L. (1987). History of the concept of empathy. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. (pp. 17-37). New York, NY: Cambridge University Press.
- Wolf, A. (2016). *Multimedia Instruction in an Accelerated Baccalaureate Nursing Program: The Impact of Evidence-Based Design on Transfer Learning Within a Real-World Context*. (10291780 Ed.D.), University of Rochester, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1836763529?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004yrf_t_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertationygenre=dissertations+y+thesesysid=ProQuest+Dissertations+y+Theses+Globalytitle=ytitle=Multimedia+Instruction+in+an+Accelerated+Baccalaureate+Nursing+Program:+The+Impact+of+Evidence-Based+Design+on+Transfer+Learning+Within+a+Real-World+Contextyissn=ydate=2016-01-01yvolume=yissue=yssue=yau=Wolf,+Andrewyisbn=9781369349665yjtitle=ybtitle=yrf_t_id=info:eric/yrf_t_id=info:doi/ ProQuest Dissertations y Theses Global database.

- Wolf, M. H., Putnam, S. M., James, S. A. y Stiles, W. B. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of behavioral medicine*, 1(4), 391-401.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*: Stanford Univer. Press, Palo Alto, CA.
- Wolpe, J. y Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. NY, Elmsford: Pergamon Press,.
- Wright, M. C., Phillips-Bute, B. G., Petrusa, E. R., Griffin, K. L., Hobbs, G. W. y Taekman, J. M. (2009). Assessing teamwork in medical education and practice: relating behavioural teamwork ratings and clinical performance. *Med Teach*, 31(1), 30-38. doi:10.1080/01421590802070853
- Włoszczak-Szubzda, A. y Jarosz, M. J. (2013). Professional communication competences of physiotherapists -- practice and educational perspectives. *Ann Agric Environ Med*, 20(1), 189-194.
- Yoo, M. S. y Park, H. R. (2015). Effects of case-based learning on communication skills, problem-solving ability, and learning motivation in nursing students. *Nursing y Health Sciences*, 17(2), 166-172. doi:http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12151
- Yu, J. y Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1790-1806. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05071.x
- Zigler, E., y Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61(2), 231-238. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0041431

- Zigler, E., y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(2), 264-271.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0046232>
- Zigler, E., y Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(4), 215-222.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0040765>
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., y Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438-463.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>

APÉNDICE

Apéndice A. Cuestionarios y escalas

USUARIO (E- MAIL):

DATOS CURSO HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

A continuación se presenta un breve cuestionario dirigido a recoger algunos datos básicos, relacionados con el aprendizaje de las habilidades de comunicación y el curso que realizaréis con posterioridad.

La identificación de los datos se realizará a través de vuestro usuario. Todos los datos recogidos en este cuestionario y los registrados durante el curso serán empleados con objetivos de investigación y salvaguardarán el principio de confidencialidad. Todos los participantes del curso se muestran de acuerdo con la recogida de información para estos fines.

Os agradecemos la participación y esperamos que disfrutéis del curso.

Fecha:

Edad:

Sexo:

Profesión actual:

Unidad/Servicio al que pertenece:

Años de experiencia profesional/años trabajados en dicho puesto:

Formación reglada en habilidades de comunicación (solo responda “Si” si la formación supera o iguala las 8 horas de formación): Si No

Cuestionario para la valoración de respuestas empáticas y de escucha activa (I)

Me he despistado y se me ha quemado la comida otra vez

Me han dicho que mi intervención quirúrgica es muy peligrosa

En la revisión del dentista me han dicho que tengo que poner dos implantes

Estaba esperando en el supermercado para pagar y una señora se ha colado

Me están haciendo pruebas y aún no se sabe qué me ocurre

La quimioterapia me provoca muchas náuseas

Me han robado el bolso con la cartera y las llaves de casa

Llevo más de 30 minutos esperando en esta sala a que me atiendan

Llevábamos siete años juntos y nos hemos separado, ahora tendremos que acordar la custodia de los niños

Me pone muy nervioso que me extraigan sangre o me vacunen

Ya hace más de un año que estoy en el paro y ahora se me termina la prestación de desempleo

Me han diagnosticado un cáncer de pulmón

Cuestionario para la valoración de respuestas empáticas y de escucha activa (I)

Hace una semana que ha fallecido mi padre y lo echo mucho de menos

La doctora no me ha dado cita hasta dentro de tres semanas

Llevo tres días doliéndome la cabeza un montón

Pienso muchas veces que nuestro hijo no va a salir de esta enfermedad. Nos acaban de decir que han vuelto a aparecer células tumorales

Me han dicho que tengo un embarazo de alto riesgo y no sé si perderé al niño

He perdido el libro que cogí en la biblioteca

La comida del hospital es bastante mala

Han retrasado la cirugía de nuevo.

He vuelto a discutir con mi pareja y he estado todo el día llorando

Me han diagnosticado hipertensión arterial y debo cuidarme

Se me estropeó el ordenador y no había guardado el trabajo que estaba haciendo. Tengo que volver a empezar otra vez

Me resulta muy difícil estar fuera de casa y estar ingresada

ENCUESTA DE VALORACIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL CURSO:

Respecto al curso que has recibido de habilidades de comunicación, expresa tu opinión en los siguientes aspectos.

Por ejemplo:

_____ X _____
Largo Corto

_____ _____
Aburrido Entretenido

_____ _____
Inútil en el trabajo Útil en el trabajo

_____ _____
Contenidos fáciles Contenidos difíciles

Apéndice B. Definiciones

Definición 1. Contabilización de enunciados:

Será considerado enunciado o producción, cada frase u oración que pueda ser clasificada en una de las categorías descritas con posterioridad. Se computan como dos enunciados diferentes todas las frases que vayan seguidas de la conjunción “y” o separadas por una coma, siempre y cuando no se trate de una enumeración de palabras que pertenezcan a la misma categoría semántica o que dichas palabras no alteren o no añadan significado a la respuesta dada. (Por ejemplo, en el enunciado siguiente: “Deberías de comer más fruta y verdura”, fruta y verdura se consideran parte del mismo enunciado, por referirse las dos al mismo tipo de solución: comida).

En este sentido, cuando ante una misma situación se elaboren distintos enunciados pertenecientes a la misma categoría comunicativa serán contabilizados como uno solo, por entender que repetir la misma fórmula no se relaciona directamente con un aumento del efecto empático. El abusar de una fórmula comunicativa puede incluso ser contraproducente. Ejemplo: “¡o qué rabia, qué mal, vaya...” se consideran tres reflejos generales, sin embargo serán contabilizados como uno.

Definición 2. Categorías comunicativas:

Respuestas empáticas: son clasificadas como respuestas empáticas todas aquellas respuestas consideradas propias de la escucha activa, que recogiendo el contenido o la emoción del enunciado del interlocutor promueven la continuidad del discurso. Se consideran respuestas

empáticas todas las repeticiones, paráfrasis, reflejos o respuestas combinadas entre estas habilidades de comunicación. Dentro de las respuestas empáticas categorizamos las siguientes:

- **Repetición:** es clasificada como repetición cualquier enunciado o frase que repita con palabras del otro (es decir con las mismas palabras de la otra persona) parte o el total del contenido del mensaje expresado por el interlocutor.
- **Paráfrasis:** son consideradas paráfrasis todas aquellas respuestas que le *devuelven* al interlocutor el contenido del enunciado de la queja, ya no empleando los mismos elementos que éste como ocurre en la repetición, sino utilizando palabras similares y sinónimos o construcciones semejantes a las de la queja original. Son también paráfrasis las respuestas que transmiten una idea general que pueda abstraer y explicar el contenido del mensaje. A continuación se expone un ejemplo:

Me duele mucho la cabeza y no sé si conseguiré hacer en el trabajo todas las tareas que tengo programadas para hoy.

- Comienzo estándar que transmite contenido + sinónimos y palabras clave:

Piensas que al dolerte mucho la cabeza no podrás realizar el trabajo que dejaste pendiente

- Abstracción del pensamiento e idea transmitida:

Piensas que no podrás rendir lo suficiente

- **Reflejo:** son codificadas como reflejo todas aquellas respuestas que recogen el contenido emocional expresado en la queja, bien a través de una expresión simple que contenga la valencia negativa o positiva de la misma, como por ejemplo: “ay, jo que mal, buff, qué lío/rollo...” (**reflejo simple o general**); bien a través de la especificación de la emoción transmitida por el otro: “pareces triste, se te ve contento, qué vergüenza... /alegría/decepción/satisfacción/enfado...” (**reflejo específico**).
- **Respuesta empática compleja:** serán consideradas respuestas empáticas complejas todas aquellas producciones que estén constituidas por al menos dos respuestas empáticas diferentes. Es decir, siempre que un reflejo o paráfrasis vaya seguido de otro tipo de respuesta empática. Ejemplo:

Me duele mucho la cabeza y no sé si conseguiré hacer en el trabajo todas las tareas que tengo programada para hoy.

Qué rabia que te duela la cabeza y no consigas hacer el trabajo para hoy
(Reflejo + repetición)

Respuestas no empáticas o bloqueos comunicativos: entendemos por respuestas no empáticas o bloqueos comunicativos todas aquellas respuestas que producen en el interlocutor un cambio en el foco del mensaje o en la queja que este nos está transmitiendo. Los bloqueos comunicativos tienden generalmente a minimizar, culpabilizar, dar una solución temprana al problema sin escuchar activamente la queja o incluso aludir a problemas propios. A continuación

se expone la clasificación de bloqueos comunicativos empleada en el curso con fines docentes, con el objetivo de facilitar la identificación de los mismos y disminuir su producción:

- **Minimizar:** cualquier respuesta que intente expresar que lo transmitido no es tan significativo o importante como dice la otra persona, es decir, cualquier respuesta que disminuye el valor de la queja. Se incluyen por lo tanto dentro de las minimizaciones, aquellas respuestas que normalizan una queja (“es algo normal/es normal que...”), que indican que nuestra situación no es única ni especial (“le ocurre a mucha gente /es algo común” “a todos nos pasó alguna vez...”) o que muestran que nuestra situación ocurre con mucha frecuencia (suele pasar/ a menudo/ casi siempre/siempre).
- **Animar:** son animadores todas aquellas respuestas que pretenden darle ánimo a la otra persona, a través de una expectativa futura de carácter positivo (“ya verás como todo sale bien” “poco a poco todo irá mejor” “ya verás cómo al final no es nada”) . Los animadores, siempre señalan la posibilidad de un futuro mejor que el presente en relación a la queja.
- **Competir:** una competición consiste en cualquier respuesta que centra la conversación en la propia experiencia, en lugar de la experiencia de la persona que nos transmite la queja. Cuando realizamos una competición, el enunciado que producimos hablará de una situación similar que nos ocurrió (“A mí me pasó una vez y...”) o de la emoción que nos produce lo que nos comentan (“Me estoy sintiendo culpable/mal/triste...”).

- **Dar una solución:** se incluyen en este apartado, aquellas respuestas que le indican a la otra persona lo que tiene o puede hacer, o en su defecto, indican indirectamente la necesidad o conveniencia de que deberíamos de pensar/actuar/o sentir de cierta manera. Las respuestas que dan una solución pueden ser de tres tipos: soluciones conductuales, emocionales o cognitivas.
 - **Las soluciones conductuales** son las respuestas que nos plantean una solución a la queja a nivel de acción o conducta (“Deberías de cancelar las tarjetas/ tomarte una aspirina...”)
 - **Las soluciones emocionales** por su parte, son las respuestas que nos indican que deberíamos o sería buena idea, cambiar la emoción que mantenemos debido a la queja: “Trata/Intenta/deberías... de tranquilizarte, animarte, relajarte...”
 - Son **soluciones cognitivas**, las respuestas que pretenden cambiar nuestra opinión sobre la situación bien sea a través de imperativos directos que nos digan cómo hacerlo (“tienes que tener en cuenta que.../Piensa que las cosas son así...”), bien a través de distintas aseveraciones sobre cómo son las cosas, explicaciones, justificaciones o argumentos acerca de las mismas: "seguro que lo hizo por algún motivo/Es probable que tuviera prisa...". En el ámbito sanitario, solemos encontrar este tipo de justificaciones ante una protesta de un paciente: "somos pocos médicos haciendo guardias" "hacemos todo lo que podemos" "la lista de espera no es culpa nuestra".

- **Culpabilizar:** este tipo de respuestas responsabilizan a la otra persona de la queja que transmite. Son culpabilizadores frases como las que siguen: “lo que deberías de haber hecho es...” que señalan como sujeto responsable al interlocutor. Nótese que en este caso, aunque nos ofrezcan una solución, ésta se da tras haber ocurrido ya el suceso y no poner en práctica dicha solución. Por lo tanto, entrarán en esta categoría, las respuestas en las que ya no es posible poner en práctica dicha solución para la queja presente (estamos responsabilizando a la persona y señalando que no tuvo el cuidado necesario).

Respuestas mixtas: las respuestas denominadas mixtas consisten en la conjunción de al menos un bloqueo comunicativo y una respuesta empática. Consideramos esta categoría necesaria por reflejar un tipo de respuesta que difiere cualitativamente de las anteriores, encontrándose en un nivel intermedio entre ambas.

Otras: se incluyen aquí las respuestas que no pueden ser clasificadas en los apartados anteriores. Así, corresponden a esta categoría las preguntas o cualquier enunciado de carácter interrogativo, así como los enunciados que hacen referencia a la propia emoción ante el problema del otro (autorreflexiones) u ofrecen ayuda ante el mismo (“¿Necesitas ayuda/quieres que te acompañe?”). Este tipo de respuestas si bien consideramos que pueden ser de utilidad, no pueden ser clasificadas como respuestas de escucha activa, ya que de algún modo detienen el discurso del interlocutor. Además de las descritas pertenecen a la categoría “otras”, las respuestas incoherentes o que muestren una falta de comprensión de la tarea a realizar.

Apéndice C

Tabla A1. Cuadro resumen del programa de habilidades de comunicación empáticas para profesionales sanitarios.

UNIDAD TEMÁTICA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TIEMPO ESTIMADO	MATERIAL DOCENTE ACTIVIDADES
Módulo 1. Las habilidades de comunicación (HHCC) efectiva como herramienta profesional y personal	Realizar una breve introducción del curso y definir los objetivos del mismo. Contextualizar el concepto y utilidad de las habilidades de comunicación en el ámbito profesional y personal. Prevenir posibles barreras y/o resistencias que solemos encontrar ante la presentación de un curso de estas características.	Consta de dos lecciones: Lección A. “Habilidades de comunicación ¿para qué?”: vídeo en el que se describen distintos usos de las HHCC y su repercusión en la actividad asistencial diaria; presentación de estudios de investigación que demuestran la efectividad de las mismas. Lección B. “Barreras para el aprendizaje de herramientas comunicativas”. Descripción de las barreras que solemos anteponer ante el aprendizaje de una nueva forma de comunicar.	Lección A= 15’ Lección B= 15’ Tiempo Total (TT) = 30’	Lección A. Vídeo presentación 3 preguntas de evaluación de respuesta múltiple tras el vídeo, sobre el contenido visionado en el mismo. Resumen lección A Lección B. Vídeo presentación 3 preguntas de evaluación de respuesta múltiple tras el vídeo, sobre el contenido visionado en el mismo. Resumen lección B
Módulo 2. Las habilidades de comunicación efectiva	Presentar las bases de la comunicación efectiva e inefectiva, con el propósito de lograr la identificación de las mismas, potenciar la producción de las HHCC efectivas y reducir las inefectivas.	Lección A (parte I). Las habilidades de comunicación inefectivas. Diferentes maneras de dificultar la empatía: descripción de los distintos bloqueos comunicativos (HHCC que dificultan la continuación del discurso). Lección B. Profesionales eficaces (parte II: continuación de la lección A). Descripción de las cualidades que caracterizan a los profesionales que favorecen la empatía. Práctica Lección B. Parte I y II. Identificación de los bloqueos o barreras comunicativas a través de la presentación de 30 vídeos que escenifican distintas situaciones-problema a las que un interlocutor	Lección A- Parte I = 18’ Lección B parte II = 14’ Práctica Lección A = 25’ Lección B = 11’ Lección C = 6’ Práctica Lección C = 15’ TT= 89’	Lección A- Parte I: Vídeo presentación Pregunta evaluación Resumen de la lección Lección B parte II: visionado del vídeo + pregunta de comprobación con respuesta múltiple. Práctica Lección A. Visionado de vídeos + respuesta ante los mismos Lección B. Visionado de vídeo + tarea práctica: emparejar tipos de respuestas. Lección C Visionado de vídeo + pregunta evaluación de respuesta múltiple. Práctica Lección D Tarea de 10 respuestas problema en

		<p>responde de cuatro posibles formas (muestra tres respuestas empáticas y un bloqueo comunicativo). El participante en el curso deberá seleccionar el bloqueo.</p> <p>Lección C. Diferentes maneras de comunicación inefectiva (vídeo: contexto sanitario en el que el profesional ofrece respuestas no empáticas ante una queja).</p> <p>Práctica Lección C. Emparejar por escrito los enunciados verbales con el correspondiente bloqueo comunicativo que representan.</p> <p>Lección D. Diferentes maneras de comunicación empática. A través de la misma escena presentada en la lección anterior, se ejemplifican en este caso posibles respuestas empáticas ante dicha situación.</p> <p>Práctica Lección C. Identificación de los tipos de bloqueos comunicativos: se presenta una situación problema por escrito y una respuesta ante la misma. El participante debe elegir la denominación adecuada para cada tipo de bloqueo comunicativo presentado (culpabilización, minimización, dar soluciones, animar o competir).</p> <p>Resumen teórico: descripción de los distintos tipos de bloqueos.</p>		<p>formato escrito.</p> <p>Resumen: se presenta un solo resumen que recoge lo aprendido en las distintas lecciones y al que se puede acceder una vez finalizadas las mimas.</p>
<p>Módulo 3. comunicación no verbal, alentadores y repetición</p>	<p>Presentar las primeras habilidades de comunicación efectiva: comunicación no verbal, alentadores y repetición. Aprender a identificar y poner en práctica cada una de estas habilidades.</p>	<p>Lección A. Comunicación no verbal: Alentadores. Definición y ejemplificación a través de un vídeo de los alentadores como HHCC. Se modela la capacidad de asentir ante una historia ficticia que se le plantea a dos personas (Un modelo experto explica a dos modelos noveles las habilidades a</p>	<p>Lección A = 10' Lección B = 17' Lección C=15' Lección D= 6' Práctica 1 =6' Práctica 2 = 15' TT = 69'</p>	<p>Lección A Vídeo presentación Pregunta evaluación respuesta múltiple Resumen de la lección (alentadores y comunicación no verbal). Lección B. Vídeo presentación Pregunta evaluación respuesta múltiple</p>

		<p>aprender. Se muestra el proceso de aprendizaje hasta alcanzar una producción en mayor medida competente).</p> <p>Lección B. Comunicación no verbal: expresión gestual de emociones. Definición y ejemplificación de la puesta en práctica de una comunicación no verbal adecuada. Se muestra en el video una escena familiar, en la que los mismos modelos de la lección previa ponen en práctica distintos gestos en función del contenido del discurso.</p> <p>Lección C. La repetición. Definición y ejemplificación de la puesta en práctica de la repetición como HHCC verbal efectiva. Presentación de las bases para repetir de forma adecuada (mismos modelos que en lecciones anteriores).</p> <p>Lección D. Un ejemplo de aplicación de la repetición a través de un vídeo. En esta lección los dos modelos principiantes ponen en práctica las habilidades aprendidas: gestos, comunicación no verbal y repetición.</p> <p>Práctica 1. Identificación de la repetición como herramienta comunicativa. Escenificación (videos) de situaciones problema. Presentación de una misma situación y dos posibles formas de repetir (repetición del contenido relevante vs irrelevante): elección de la respuesta adecuada.</p> <p>Práctica 2. Elección del contenido a repetir en un mensaje. Escenificación (por escrito) de situaciones problema y dos posibles respuestas (contenido relevante vs irrelevante). Identificación de la respuesta adecuada.</p>		<p>Acceso de nuevo al resumen de alentadores y comunicación no verbal que se presentó anteriormente, con el propósito de repasar los aspectos básicos de la comunicación no verbal.</p> <p>Lección C. Vídeo presentación Pregunta evaluación respuesta múltiple Acceso de nuevo al resumen de la lección</p> <p>Lección D. Vídeo presentación Pregunta evaluación respuesta múltiple Acceso de nuevo al resumen de la lección</p> <p>Práctica 1. 10 vídeos que escenifican situaciones-problema y dos posibles respuestas para cada una de ellas</p> <p>Práctica 2. 10 situaciones –problema en formato escrito y dos posibles respuestas para cada una de ellas</p>
--	--	---	--	--

		Resúmenes y preguntas de evaluación para cada lección.		
Módulo 4. La paráfrasis	Definir la paráfrasis como HHCC efectiva, así como los tipos de paráfrasis Lograr la identificación y producción de paráfrasis a través del visionado de videos y ejercicios presentados.	Lección A. La paráfrasis: definición y clasificación. Definición de la paráfrasis y los subtipos: simple vs compleja. Ejemplificación de los mismos a través de un modelado mastery y dos de afrontamiento. Práctica I. Diferenciación: paráfrasis simple y paráfrasis compleja (registro escrito) Práctica II. Diferenciación II: paráfrasis simple y paráfrasis compleja (en video) Práctica III. Elaboración de paráfrasis. Producción libre para distintas escenas-problema. Resúmenes y preguntas de evaluación para cada lección.	Lección A =13' Práctica I = 12' Práctica II =18' Práctica III = 10' TT = 53'	Lección A. Video presentación 3 Pregunta evaluación respuesta múltiple Resumen de la lección Práctica I. 12 situaciones problema por escrito. Dos posibles respuestas por cada situación. Práctica II. 15 videos que escenifican situaciones-problema y dos posibles respuestas para cada una de ellas Práctica III. 10 situaciones –problema (por escrito) para elaborar respuesta libre
Módulo 5. Reflejos emocionales	Definir el reflejo como HHCC efectiva, así como los tipos de reflejos. Reconocer los distintos tipos de emociones que pueden transmitirse a través de una queja. Lograr la identificación y producción de estos a través del visionado de videos y ejercicios presentados.	Lección A. Los reflejos: definición y clasificación. Definición de los reflejos y los subtipos: simple o general vs complejo o específico. Ejemplificación de los mismos a través de diferentes modelos en distintas escenas cotidianas. Práctica I. Identificación de reflejos emocionales en 15 situaciones problema presentadas (formato escrito). Práctica II. Reconocimiento de las emociones transmitidas. Situaciones problema en las que se transmite una emoción que el sujeto debe identificar y seleccionar entre distintas emociones posibles (orgullo, alegría, miedo...). Práctica III. Tipos de reflejo: general y específico. Escenas de video en los que seleccionar si el reflejo presentado es	Lección A = 16' Práctica I = 15' Práctica II = 15' Práctica III = 26' Producción Libre I = 12' Producción Libre II = 12' Lección B = 2' TT = 82'	Lección A Video presentación 3 Pregunta evaluación respuesta múltiple Resumen de la lección correspondiente al tema de reflejos. Práctica I. 15 situaciones problema por escrito. Dos respuestas por cada situación. Seleccionar los reflejos. Práctica II. 30 situaciones problema en formato escrito. Seleccionar de las posibles, la emoción expresada en cada enunciado. Práctica III. 24 escenas en video. Seleccionar si el reflejo expresado en cada escena es específico o general. Producción Libre I.


		<p>general o específico.</p> <p>Producción Libre I. Producir ante distintos enunciados, reflejos generales.</p> <p>Producción Libre II. Producir ante distintos enunciados reflejos específicos.</p> <p>Lección B. Focalización de los reflejos: reflejos dirigidos a la emoción del interlocutor frente a reflejos externalizados (protagonistas externos) (formato en vídeo).</p>		<p>12 situaciones problema (por escrito) Producir un reflejo general para cada una de ellas</p> <p>Producción Libre II. 12 situaciones problema (por escrito) Producir un reflejo general para cada una de ellas</p> <p>Lección B. Vídeo Acceso al resumen de la lección correspondiente al módulo 5.</p>
<p>Módulo 6. Integración de las Habilidades de comunicación</p>	<p>Ofrecer una perspectiva amplia y conjunta de todas las HHCC expuestas hasta el presente módulo.</p> <p>Modelar, y poner en práctica la integración de estas habilidades a la hora de responder ante un problema.</p> <p>Ofrecer fórmulas de combinación de dichas habilidades, para facilitar la integración.</p>	<p>Lección A. Integración de las HH.CC. Importancia de la integración de las habilidades aprendidas. Ejemplificación posterior de posibles combinaciones de HHCC.</p> <p>Práctica I. Se presenta una conversación entre dos amigas con dos posibles respuestas ante cada enunciado. Deberá seleccionarse la respuesta (combinada) empática.</p> <p>Práctica II. Identificación de estructuras combinadas por escrito. Escenas problema en las que deberán señalar la estructura combinada específica que se muestra (Paráfrasis + reflejo o Reflejo + Paráfrasis).</p> <p>Práctica III. Identificación de estructuras combinadas en vídeo, en las que es necesario identificar si la respuesta ofrecida es un reflejo + paráfrasis o un reflejo + repetición.</p> <p>Práctica IV. Identificar cuál de los 6 videos que se presentan contiene una estructura concreta: Reflejo específico + Paráfrasis compleja.</p> <p>Práctica V. Producción libre de estructuras combinadas ante distintas situaciones problema por escrito.</p>	<p>Práctica I = 7´</p> <p>Práctica II = 12´</p> <p>Práctica III = 23´</p> <p>Práctica IV = 6´</p> <p>Práctica V = 18´</p> <p>TT = 66´</p>	<p>Lección A Vídeo presentación 1 Pregunta evaluación respuesta múltiple Resumen de la lección</p> <p>Práctica I. 7 enunciados por escrito con dos posibles respuestas</p> <p>Práctica II. 12 escenas problema por escrito.</p> <p>Práctica III. 21 escenas de vídeo</p> <p>Práctica IV. 6 escenas de vídeo para seleccionar una</p> <p>Práctica V. 18 escenas problema por escrito para realizar producción libre</p>

<p>Módulo 7. Aplicación de las Habilidades de Comunicación en contextos sanitarios</p>	<p>Aprender a poner en práctica las habilidades de comunicación aprendidas y la combinación de las mismas en el contexto sanitario. Presentación y práctica de posibles casos ejemplos.</p>	<p>Lección A. Integración habilidades de comunicación en el contexto sanitario. Presentación de posibles situaciones en el contexto sanitario e importancia de las HHCC efectivas en este ámbito. Práctica I “Tienes que cuidarte”. Presentación de un problema tipo del ámbito sanitario en vídeo: abandono o mal seguimiento de cuidados y/o pautas terapéuticas. 2 vídeos que escenifican misma situación sanitaria problema, pero dos formatos de respuesta diferentes (empático vs no empático) + 4 escenas por escrito de esa conversación: a elegir la respuesta empática. Práctica II. Presentación de un problema tipo del ámbito sanitario: queja sobre las malas formas de otros profesionales: 6 escenas por escrito de otra situación problema en el ámbito sanitario. A elegir respuesta empática (HHCC combinada) entre dos posibles. Práctica III esperando y desesperando. Presentación de un problema tipo del ámbito sanitario: queja sobre nuestra actuación como profesionales. 4 viñetas con dos posibles respuestas, a seleccionar la respuesta empática (combinada). Práctica IV: me tienen que amputar. Presentación de un problema tipo del ámbito sanitario: alta emocionalidad ante situación médica compleja o grave: 8 escenas en formato escrito con dos posibles respuestas a seleccionar la respuesta empática</p>	<p>Lección A = 9´ Práctica 1 = 4´ Práctica 2 = 3´ Práctica 3: 2´ Práctica 4: 4´</p> <p>TT = 22´</p>	<p>Lección A. Vídeo presentación 1 Pregunta evaluación respuesta múltiple Resumen de la lección Práctica 1. Vídeo y viñetas por escrito de la situación problema en el ámbito sanitario Práctica 2. 6 viñetas (escenas problema) en el ámbito sanitario Práctica 3. 4 escenas con dos posibles respuestas (por escrito) Práctica 4. 8 escenas con dos posibles respuestas (por escrito)</p>
---	---	--	---	--

Apéndice D. Ejemplos de formatos de respuestas del programa de habilidades de comunicación empáticas

Figura A1. Escenas en video con distintas alternativas de respuesta

Una de las siguientes respuestas se corresponde con un tipo de bloqueo descrito en la lección. Indica cual

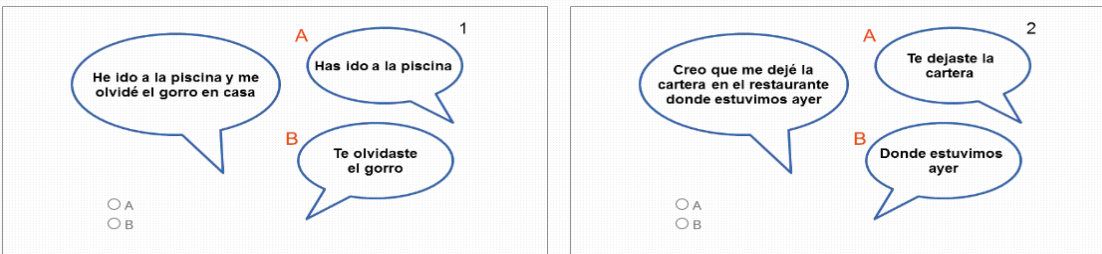


1 2 3

A B C D A B C D A B C D

Figura A2. Escenas en "bocadillos"

Señala cuál de las dos viñetas realiza una selección más adecuada del contenido del mensaje para realizar una repetición



1

He ido a la piscina y me olvidé el gorro en casa

A Has ido a la piscina

B Te olvidaste el gorro

A
 B

2

Creo que me dejé la cartera en el restaurante donde estuvimos ayer

A Te dejaste la cartera

B Donde estuvimos ayer

A
 B

Figura A3. Respuestas de producción libre

Instrucciones:

Elabora una paráfrasis comenzando por las palabras "consideras, crees o piensas que"

Por ejemplo:

- Cada vez que aparca mi vecino junto a mi coche aparece rayado por la mañana
 - **Crees que tu vecino te raya el coche**
- Ayer me han cobrado dos euros por un café ne el centro
 - **Consideras que ese precio es abusivo**

Mi hijo ha suspendido matemáticas porque ha estudiado poco todo el año

Las analíticas son cada vez peores, no sé lo que va a pasar

Apéndice E. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABACIÓN DE IMÁGENES:

Con el objetivo de poder recoger las respuestas a tiempo real, se realizará una grabación en video de una situación simulada entre un paciente y un profesional sanitario. La grabación forma parte de un estudio de investigación sobre habilidades de comunicación en profesionales sanitarios y la imagen y audio recogidas en la misma se emplearán con tales fines.

Con el objetivo de llevar a cabo la recogida de información antes descrita, se expone a continuación el siguiente formulario. Los datos presentados para dichos fines salvaguardarán el principio de confidencialidad de los participantes y podrán ser empleados y visionados por los profesionales que participen de la investigación:

Datos personales:

Yo,

.....

mayor de edad, provisto de DNI núm. y participante del estudio de investigación dirigido por los Psicólogos Clínicos Jorge García Fernández y Sabela Bermúdez Miguez.

AUTORIZO

Al equipo de investigación del presente estudio llevado a cabo en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, a mi grabación en vídeo y empleo de los datos recogidos en la misma, con los fines de investigación descritos previamente:

SI NO

Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo con el mismo en los apartados señalados. Manifiesto que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, conozco que puedo revocar, modificar o sustituir este consentimiento.

A Coruña, a , de del 2017.

Fdo: