



## ORIGINAL

# Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos



D. Ayuso-Murillo (PhD, RN)<sup>a</sup>, A. Colomer-Sánchez (PhD)<sup>b</sup> e I. Herrera-Peco (PhD)<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

<sup>b</sup> Universidad de Nebrija, Hoyo de Manzanares, Madrid, España

<sup>c</sup> Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 18 de marzo de 2016; aceptado el 21 de octubre de 2016

Disponble en Internet el 16 de enero de 2017

### PALABRAS CLAVE

Enfermería;  
Cuidados críticos;  
Habilidades sociales;  
Comunicación

### Resumen

**Objetivos:** Como objetivo de este estudio nos planteamos analizar los rasgos de personalidad asociados a las habilidades sociales de las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y las enfermeras que trabajan en unidades asistenciales de hospitalización de adultos, ambos grupos pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con 69 enfermeras del SERMAS, de las cuales 29 eran enfermeras asistenciales de UCI y 40 enfermeras de Hospitalización, utilizando el cuestionario 16PF-5, para medir los factores de personalidad ligados a las habilidades sociales.

**Resultados:** En el grupo de enfermeras de UCI aparecieron factores ligados a habilidades sociales en receptividad social: 5,6 (A+), 5,2 (c-), 6,2 (O+), 5,1 (H-), 5,3 (Q1-) y en control emocional: 6,1 (B+), 5,9 (N+). No se encontraron factores asociados a expresividad emocional, expresividad social, receptividad emocional y control social.

**Conclusiones:** Los valores encontrados para los rasgos y factores de personalidad asociados a las habilidades sociales de comunicación en enfermeras de UCI son inferiores a los encontrados en las enfermeras de Hospitalización. Consideramos clave realizar actividades de intervención y formación específica para desarrollar las habilidades sociales de comunicación en las enfermeras de UCI.

© 2016 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [iherpeco@gmail.com](mailto:iherpeco@gmail.com) (I. Herrera-Peco).

**KEYWORDS**

Nursing;  
Critical care;  
Social skills;  
Communication

**Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff****Abstract**

*Objectives:* In this study researchers are trying to analyse the personality factors related to social skills in nurses who work in: Intensive Care Units, ICU, and Hospitalisation units. Both groups are from the Madrid Health Service (SERMAS).

*Method:* The present investigation has been developed as a descriptive transversal study, where personality factors in ICU nurses (n = 29) and those from Hospitalisation units (n = 40) were compared. The 16PF-5 questionnaire was employed to measure the personality factors associated with communication skills.

*Results:* The comparison of the personality factors associated to social skills, communication, in both groups, show us that nurses from ICU obtain in social receptivity: 5,6 (A+), 5,2 (C-), 6,2 (O+), 5,1 (H-), 5,3 (Q1-), and emotional control: 6,1 (B+), 5,9 (N+). Meanwhile the data doesn't adjust to the expected to emotional and social expressiveness, emotional receptivity and social control, there are not evidence.

*Conclusions:* The personality factors associated to communication skills in ICU nurses are below those of hospitalisation unit nurses. The present results suggest the necessity to develop training actions, focusing on nurses from intensive care units to improve their communication social skills.

© 2016 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**¿Qué aporta este estudio?**

Las habilidades sociales relacionadas con la comunicación de pacientes y familiares tienen una gran relevancia en los cuidados enfermeros prestados, tanto en las unidades de cuidados intensivos (UCI) como en el resto de unidades asistenciales donde desarrollan su actividad las/os enfermeras/os. Existen diferentes artículos que analizan la importancia de la comunicación de las enfermeras con familiares y pacientes en la UCI, pero no hemos encontrado estudios recientes que valoren dichas habilidades con instrumentos validados en enfermeras de UCI.

Este estudio de investigación aporta el uso de un cuestionario validado para medir las habilidades sociales relacionadas con la comunicación que es el 16PF-5, y poder detectar si dichas habilidades están presentes en las enfermeras de UCI comparado con las enfermeras de Hospitalización y la población general.

Solo si medimos y evaluamos podremos saber qué habilidades sociales están presentes en este colectivo profesional y cuáles no, y podremos implementar medidas de mejora si fuese necesario.

**Implicaciones del estudio**

Las implicaciones del estudio consisten en poner de manifiesto las habilidades sociales relacionadas con

la comunicación en las/os enfermeras/os de UCI en una muestra del Servicio Madrileño de Salud, con la intención de dar más relevancia a la comunicación con familias y pacientes en UCI y servir de ejemplo para que el análisis de los factores de personalidad ligados a habilidades sociales sea monitorizado en otras UCI, sirviendo como instrumento de mejora para incrementar la calidad percibida de familiares y pacientes.

**Introducción**

Las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se enfrentan en su labor asistencial a situaciones muy difíciles: el tipo de pacientes que atienden están en una situación de máximo compromiso vital, el contacto con la muerte es muy frecuente, con una de las tasas de mortalidad más elevadas de todo el hospital, viviendo diariamente el dolor y el sufrimiento de los familiares y seres queridos de los pacientes ingresados en una UCI. Todo ello hace posible que los profesionales de enfermería puedan tener un perfil y unos rasgos de conducta a nivel profesional diferentes a los de otras áreas asistenciales del hospital como son las áreas de hospitalización.

La enfermería como profesión de carácter científico y humanística se apoya en las ciencias biológicas y del comportamiento. En las UCI es fundamental incorporar la información y los cuidados de los familiares directos por las características específicas del paciente —sometido a sedación, intubado, en coma, etc.—, que hacen muy complicada la comunicación directa con el paciente y convierten en muy especiales las condiciones laborales en este tipo de unidades<sup>1</sup>.

Las enfermeras de cuidados intensivos están las 24 h realizando el seguimiento del paciente. Las familias valoran las habilidades de las enfermeras, en las que destacan la comunicación eficaz, considerada como una de las habilidades más importantes del personal sanitario de una UCI<sup>2</sup>.

En enfermería, la relación de ayuda la hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que se desarrollan en los cuidados que se aplican a pacientes y familiares, destacando en esta relación de ayuda la escucha activa<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista de la gestión y organización de las UCI, uno de los aspectos clave es la información y comunicación con las familias. Es importante considerar a la familia como parte importante del entorno del paciente, ya que la complejidad y la gravedad en los servicios de UCI cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y grados de estrés elevados en los familiares de este tipo de pacientes<sup>4,5</sup>.

Las/os enfermeras/os deben dar la información relacionada con los cuidados y los procedimientos que realizan al paciente, siendo una exigencia ética, profesional y legal. Las habilidades de comunicación resultan básicas de cara al ejercicio de cualquier actividad sanitaria, pues son las que permiten la aplicación de los conocimientos conceptuales o técnicos a través de la relación con el paciente o usuario<sup>6</sup>.

Según Henneman et al.<sup>7</sup>, las familias de los pacientes críticos manifiestan que lo que más necesitan es información. La información la quieren recibir tanto del médico como de la enfermera referente. De la enfermera esperan información sobre el cuidado y la evolución diaria del paciente, sobre las características de la unidad y los horarios de visita<sup>8</sup>.

En algunos estudios se pone de manifiesto que en las UCI hay falta de estándares de calidad con relación a los cuidados hacia la familia. Las enfermeras no tienen clara la relación profesional con la familia<sup>9</sup>.

Si analizamos el proceso de la comunicación en el contexto de la UCI, fácilmente pueden aparecer aspectos que interfieren tanto en el personal sanitario como en los familiares de los pacientes<sup>9,10</sup>. Dichos aspectos son los siguientes:

- En cuanto al emisor —médico o enfermera—, puede ocurrir que le falte experiencia en dar información, que no conozca a la familia y su problemática, o no sepa qué tipo de información han recibido o han solicitado anteriormente.
- En el caso del receptor —familiar—, puede que reciba información de distintos médicos y enfermeras, que el estrés le impida captar el mensaje adecuadamente y se vea obligado a preguntar continuamente la misma información.
- Sobre las características del mensaje, señalar que en muchas ocasiones se utiliza un lenguaje inapropiado, utilizando tecnicismos y dando explicaciones difíciles de entender por los no profesionales.
- Finalmente, el profesional, en un intento de autoprotección y evitar así compartir parte del sufrimiento, puede tener actitudes distantes o indiferentes que dificulten la comunicación.

Con respecto a las habilidades sociales relacionadas con la comunicación con otras personas, cabe destacar que Riggio<sup>11</sup> propuso que estas se encontraban divididas

en 3 áreas de comunicaciones: a) la expresividad o envío de información; b) la receptividad o recogida de la información, y c) el control de la información. Cada habilidad está medida a 2 niveles, uno no verbal (denominado emocional) y otro verbal (denominado social), lo que hace que estas 3 áreas originen 6 dimensiones: a) expresividad emocional (EE); b) expresividad social (ES); c) receptividad emocional (RE); d) receptividad social (RS); e) control emocional (CE), y f) control social (CS)<sup>11</sup>.

Las escalas de expresividad sugieren interactuar con los demás e iniciar las comunicaciones; también en estos aspectos la extraversión se relaciona con ellas. La receptividad implica la habilidad para recibir e interpretar la información, pero las 2 escalas, emocional y social, difieren en sus correlatos de personalidad. El control sería la regulación u orientación externa de la información. En resumen, la suma de estas 6 escalas permite obtener un valor resumen de las habilidades sociales de comunicación<sup>11,12</sup>.

Atendiendo a la importancia de la comunicación en el trabajo de los profesionales de enfermería, en el presente trabajo se plantea, como objetivo, analizar los rasgos de personalidad asociados a las habilidades sociales, enfocadas a la comunicación con otras personas, pacientes y familiares, de las enfermeras que trabajan en las UCI de adultos, en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), y compararlas con las enfermeras que trabajan en unidades asistenciales de hospitalización general de adultos, así como con la media poblacional española.

## Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal, circunscrito a los meses de agosto a noviembre del año 2015.

La población objeto de estudio fueron los profesionales de enfermería con actividad asistencial que realizan su labor en hospitales públicos gestionados por el SERMAS, en España, y más concretamente del Hospital Universitario de Getafe y del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Como criterios de inclusión en el presente estudio los participantes debían cumplir: a) estar en posesión del título de diplomado o grado en enfermería; b) estar en activo en el momento del estudio, y c) realizar su labor asistencial en las UCI o en unidades de Hospitalización. Hay que señalar que las UCI seleccionadas eran polivalentes y de adultos y, por otro lado, las unidades de Hospitalización fueron de pacientes adultos agudos de servicios médicos y quirúrgicos, exceptuando ginecología y obstetricia.

En cuanto a la estimación del tamaño muestral, en el presente trabajo de investigación se encuentra el tamaño de la población ( $n$  para UCI = 88,  $n$  para Hospitalización = 212), y el nivel de confianza en ese caso será del 95% (valor de 1,96). Asimismo se considera que nos encontraremos ante la situación más desfavorable posible en cuanto a la variabilidad existente en la población, por lo que en el presente estudio se considera que  $p = q = 50\%$ . El porcentaje máximo de error muestral aceptado en el presente trabajo fue del 15%. Los investigadores son conscientes de que el error aceptado es elevado, pero la tasa de participación dentro de los colectivos de estudio fue baja. De hecho, en el presente trabajo se encontró que del total de enfermeras de UCI en ambos hospitales solo participó el 32,9% del total, mientras que

**Tabla 1** Factores básicos y globales que se valoran en el cuestionario 16PF-5

Identificador	Nombre factor	Identificador	Nombre factor
<i>Factores primarios</i>			
A	Afabilidad	L	Vigilancia
B	Razonamiento	M	Abstracción
C	Estabilidad	N	Privacidad
E	Dominancia	O	Aprensión
F	Animación	Q1	Apertura al Cambio
G	Atención a las normas	Q2	Autosuficiencia
H	Atrevimiento	Q3	Perfeccionismo
I	Sensibilidad	Q4	Tensión
<i>Factores globales</i>			
Ext	Extraversión	Ans	Ansiedad
Dur	Dureza	Ind	Independencia
AutC	Autocontrol		

en las enfermeras de hospitalización participó el 18,9% del total.

Cabe destacar que la investigación abordada en el presente trabajo ha sido evaluada y aprobada para su realización por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Getafe de Madrid, España. Los enfermeros, mediante la firma del consentimiento informado, aceptaron su colaboración voluntaria en el estudio.

Las variables recogidas fueron: a) sociodemográficas, edad y sexo; b) laborales, unidad donde realizan su actividad así como el centro hospitalario donde la realizan, y c) factores de personalidad recogidos en el 16PF-5.

El abordaje del estudio y la recopilación de los datos utilizados se realizaron en 2 fases bien diferenciadas. En la primera fase se realizó el contacto con los profesionales de enfermería a través de las direcciones de enfermería del hospital en el que desarrollan su actividad, una vez que los profesionales conocieron el estudio y el objetivo del mismo. Los que voluntariamente desearon participar, una vez firmado el consentimiento informado por el que aceptaban participar, pasaron a la segunda fase del estudio. En esta segunda fase los participantes procedieron a cumplimentar el cuestionario 16PF-5<sup>13</sup>, utilizado para la medición de los factores primarios y globales, que permitió analizar y detallar las habilidades sociales enfocadas a la comunicación entre personas, y que se asocian a las 6 dimensiones que, según Riggio<sup>11</sup>, conforman estas habilidades sociales de comunicación.

El cuestionario utilizado en este estudio para identificar los factores ligados a las habilidades sociales de comunicación es el 16PF-5, que es un cuestionario factorial de personalidad; se trata de una prueba estructurada comúnmente utilizada por diversos investigadores y psicólogos en todo el mundo como instrumento para la medida y comprensión de la personalidad. Este cuestionario mide 16 factores básicos y 5 factores globales (tabla 1), y su cumplimentación por parte de los voluntarios supone un tiempo estimado de 45 min.

El origen de este cuestionario se debe al psicólogo americano Raymond B. Cattell<sup>13</sup>, y su adaptación al castellano ha sido llevada a cabo por Seisdedos<sup>14</sup>, realizando la debida adaptación y validación al contexto español.

El 16PF-5 permite asociar diferentes factores de personalidad, que son medidos utilizando dicho cuestionario, con las habilidades sociales de comunicación. Esta asociación se fundamenta en el estudio que realizó Riggio<sup>15</sup> en 1989, donde midió las habilidades básicas de comunicación social y concluyó que conocerlas puede ayudar al sujeto a desarrollar habilidades y usarse en situaciones aplicadas de entrenamiento y desarrollo personales.

Los factores de personalidad evaluados por el 16PF-5 que conforman las habilidades sociales de comunicación son los siguientes: dominancia (E+), atrevimiento (H+), privacidad (N-), atención a las normas (G-) y tensión (Q4+). La expresividad social presenta los siguientes factores de personalidad: atrevimiento (H+), animación (F+), privacidad (N-) y apertura al cambio (Q1+). La receptividad emocional se conforma por: afabilidad (A+) y apertura al cambio (Q1+), mientras que la receptividad social se define por: aprensión (O-), afabilidad (A+), estabilidad (C-), atrevimiento (H+), apertura al cambio (Q1+) y tensión (Q4-). Por último, el control emocional se define por: aprensión (O-), privacidad (N+) y razonamiento (B+), mientras que el control social se caracteriza por: razonamiento (B+), dominancia (E+), atrevimiento (H+), apertura al cambio (Q1+), perfeccionismo (Q3+) y vigilancia (L-)<sup>16</sup>.

Hay que tener en cuenta que cuando el factor aparece como + se espera que el valor obtenido en la población de estudio sea superior a la media poblacional (5,5 puntos) para poder asociar ese factor a las habilidades sociales, y si aparece como - se espera que el valor obtenido en la muestra de estudio en ese factor sea inferior a la media poblacional, para igualmente asociarlo a las habilidades sociales. Las puntuaciones directas del 16PF-5 se transforman en una escala típica de 10 puntos denominados decápitos, con una media en el decápito 5,5 para la media poblacional española y una desviación típica de 2 decápitos.

Los análisis estadísticos realizados para comparar los grupos de experimentación se realizaron mediante la prueba t de Student, y en los casos de fallo de los test de normalidad se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. El nivel de significación estadística en el presente estudio se fijó en  $p < 0,05$ . Los análisis estadísticos se realizaron con el software SigmaStat 3.5. (Point Richmond, EE. UU.).

**Tabla 2** Información demográfica de los grupos de estudio UCI y Hospitalización

	UCI				Hospitalización			
	n	%	Media	DE	n	%	Media	DE
<b>Sexo</b>								
Total	29				40			
Mujeres	26	89,7%			34	85%		
Hombres	3	10,3%			6	15%		
<b>Edad (años)</b>								
Total			40,1	± 5,8			47,7	± 9,2
Mujeres			40,5	± 5,9			48,7	± 8,7
Hombres			36,7	± 3,2			42	± 10,6
<b>Antigüedad en el puesto (años)</b>								
			9	± 7			11	± 8

Se detalla el porcentaje de mujeres con respecto al total de participantes dentro de cada grupo, así como el valor medio y la desviación estándar (DE) de las variables de la edad y antigüedad en el puesto. El nivel de significación estadística es  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Descripción de la población estudiada

En el presente estudio participaron un total de 69 profesionales de enfermería que realizan su actividad asistencial en hospitales públicos del SERMAS, de los cuales 29 realizan su labor en UCI de adultos y los 40 restantes en unidades de Hospitalización médica de adultos.

Analizando las características de los 69 profesionales (tabla 2) observamos que 60 son mujeres, lo que representa el 86,9% del total. La edad de los participantes oscilaba desde los 27 hasta los 58 años, siendo la media (DE) de 44,5 ( $\pm 8,7$ ) años (45,1 [ $\pm 8,6$ ] años para mujeres versus 40,2 [ $\pm 8,9$ ] años para hombres).

Con respecto a los 2 grupos analizados, se encuentra que en el caso del total del personal de enfermería que desarrolla su actividad en la UCI (29 personas), 26 eran mujeres, lo que representa el 89,7% del total. La edad media de los participantes de este grupo era de 40,1 ( $\pm 5,8$ ) años, oscilando desde los 27 a los 52 años de edad, 40,5 ( $\pm 5,9$ ) años para mujeres y 36,7 ( $\pm 3,2$ ) años para hombres.

Para el caso del personal de enfermería que desarrolla su actividad en Hospitalización (40 personas), 34 eran mujeres, lo que representa el 85% del total. La edad de los participantes de este grupo era de 47,7 ( $\pm 9,2$ ) años, oscilando desde los 31 a los 58 años de edad (48,7 [ $\pm 8,7$ ] años para mujeres versus 42 [ $\pm 10,6$ ] años para hombres) (tabla 2).

Asimismo a la hora de comparar los datos relativos a la antigüedad en el puesto, medido en años, de las enfermeras de UCI y de Hospitalización, se encuentra que para las primeras la antigüedad media es de 9 ( $\pm 7$ ) años, mientras que en el grupo de Hospitalización se observó que antigüedad era de 11 ( $\pm 8$ ) años.

### Valoración de los rasgos de personalidad que definen las habilidades sociales de comunicación

Se procedió a comparar los valores obtenidos para cada uno de los factores que se obtienen a través del cuestionario 16PF-5 con el valor de la media poblacional española, para ambos sexos, cuyo valor es de 5,5 puntos (tabla 3).

Atendiendo a los resultados obtenidos en el caso del personal de enfermería en el grupo UCI, los rasgos de personalidad más relevantes encontrados (diferencias superiores a 0,5 puntos frente a la media poblacional) son los siguientes: razonamiento+, dominancia-, sensibilidad+, aprensión+, autosuficiencia+, perfeccionismo-, dureza+ e independencia-.

En el grupo conformado por el personal de enfermería de Hospitalización, encontramos los siguientes rasgos de personalidad relevantes (diferencias superiores a 0,5 puntos frente a la media poblacional): afabilidad+, razonamiento+, dominancia+, animación-, sensibilidad+, aprensión+, autosuficiencia+, tensión+, dureza+, ansiedad- y autocontrol+.

Al comparar los factores de personalidad entre ambos grupos, UCI y Hospitalización, encontramos significación estadística en los factores de dominancia e independencia a favor de las enfermeras de Hospitalización (tabla 4).

A la hora de analizar las habilidades sociales, atendiendo a las 6 escalas descritas por Riggio<sup>11</sup>, tal y como se muestra en la tabla 3, se encuentra que en el grupo de UCI los factores asociados a dichas habilidades con puntuaciones por encima o por debajo de la media poblacional son los siguientes: tensión+, afabilidad+, estabilidad-, aprensión+, atrevimiento-, apertura al cambio-, razonamiento+ y privacidad+. En el grupo de Hospitalización, los factores asociados a las habilidades sociales que se encuentran son los siguientes: dominancia+, atención normas-, tensión+, apertura al cambio+, afabilidad+, estabilidad-, aprensión+, atrevimiento-, razonamiento+ y privacidad+ (fig. 1)

La comparación de cada uno de los factores que conforman estas habilidades sociales de comunicación, entre los 2 grupos analizados, UCI y Hospitalización, muestra la existencia de una diferencia estadísticamente significativa a favor de los profesionales que conforman el grupo Hospitalización en cuanto a la dominancia.

## Discusión

En el presente estudio se observa que el porcentaje de mujeres que realizan su actividad profesional tanto en el grupo



**Tabla 3** Valores medios de los factores primarios y globales correspondientes a los grupos de estudio (UCI y Hospitalización) y comparación entre ambos grupos

	UCI Media (DE)	Hospitalización Media (DE)	p
<i>Factores primarios</i>			
Afabilidad (A)	5,6 (1,9)	6 (1,4)	0,504 (T)
Razonamiento (B)	6,1 (1,5)	6,1 (1,2)	0,735 (U)
Estabilidad (C)	5,2 (1,3)	4,8 (1,1)	0,504 (U)
Dominancia (E)	4,6 (1,8)	6,4 (1,6)	< 0,001 (U)
Animación (F)	5,3 (1,6)	4,9 (1,9)	0,367 (T)
Atención a las normas (G)	5,6 (1,5)	5,4 (1,4)	0,742 (T)
Atrevimiento (H)	5,1 (2,1)	5,4 (1,6)	0,882 (U)
Sensibilidad (i)	6,6 (1,6)	6,7 (1,7)	0,980 (U)
Vigilancia (L)	5,5 (1,5)	5,6 (1,6)	0,995 (U)
Abstracción (M)	5,2 (1,4)	5,6 (1,6)	0,321 (U)
Privacidad (N)	5,9 (2,2)	5,9 (1,7)	0,901 (U)
Aprensión (O)	6,2 (1,6)	6,3 (1,8)	0,770 (T)
Apertura al cambio (Q1)	5,3 (1,7)	5,8 (1,5)	0,247 (T)
Autosuficiencia (Q2)	6,2 (1,5)	6,3 (1,7)	0,930 (U)
Perfeccionismo (Q3)	4,9 (1,2)	5,5 (1,6)	0,056 (U)
Tensión (Q4)	5,7 (1,6)	6,4 (1,5)	0,095 (U)
<i>Factores globales</i>			
Extroversión	5,4 (2,2)	5,6 (2)	0,647 (T)
Dureza	6,1 (1,7)	6,6 (1,9)	0,088 (U)
Ansiedad	5,5 (2)	4,8 (1,7)	0,401 (T)
Independencia	4,6 (1,9)	5,9 (1,9)	< 0,01 (T)
Autocontrol	5,6 (1,6)	6,3 (1,8)	0,054 (T)

Los datos corresponden al valor medio y a la desviación estándar (DE). Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la prueba de Student (T) y la prueba U de Mann-Whitney (U).

El nivel de significación estadística es  $p < 0,05$ .

de UCI (89,6%) como en el de Hospitalización (85%) es muy elevado, siendo incluso mayor que el porcentaje de mujeres enfermeras colegiadas en la Comunidad de Madrid que facilita el Instituto Nacional de Estadística para el año 2014, que es del 84,4%<sup>17</sup>. Existen estudios que evidencian que las mujeres poseen una mayor capacidad que los hombres a la hora de centrarse en escuchar los problemas personales y profesionales, así como desarrollar un buen clima donde se potencie la comunicación, la fluidez y la participación<sup>18</sup>.

De los resultados obtenidos en las 6 dimensiones ligadas a las habilidades sociales se ha observado que las enfermeras de UCI poseen valores por debajo de la media poblacional en expresividad emocional, expresividad social, receptividad emocional y control social. Solo poseen por encima de esa citada media poblacional (5,5 puntos) un rasgo asociado a la expresividad emocional, que es tensión (Q4+); ningún rasgo asociado a la expresividad social; solo un rasgo ligado a la receptividad emocional, que es afabilidad (A+), y un rasgo asociado a control social, que es razonamiento (B+). En contraposición, las enfermeras de UCI sí presentan rasgos asociados a la receptividad social, donde poseen 5 rasgos de los 6 posibles: afabilidad (A+), estabilidad (C-), aprensión (O+), atrevimiento (H-) y apertura al cambio (Q1-), y referentes al control emocional, donde poseen 2 rasgos de los 3 posibles: razonamiento (B+) y privacidad (N+).

Estos factores de personalidad, ligados a las habilidades sociales encontradas en las enfermeras de UCI del grupo

de estudio, caracterizarían a unas profesionales con los siguientes rasgos de personalidad: profesional enérgica e impaciente, cálida y generosa con los demás, de pensamiento abstracto, reactiva y emocionalmente cambiante, aprensiva y preocupada, atrevida y emprendedora, tradicional y apegada a lo familiar, calculadora y discreta.

Al comparar el grupo de enfermeras de UCI frente al grupo de enfermeras de Hospitalización encontramos que las enfermeras de Hospitalización presentan rasgos de conducta asociados a expresividad emocional, receptividad emocional, receptividad social, control emocional y control social, siendo deficitarias en expresividad social. Por tanto, podemos decir que, a nivel global, poseen más factores de personalidad ligados a las habilidades sociales y tienen más desarrolladas dichas habilidades frente a las enfermeras de UCI.

En este sentido cabe destacar que en las enfermeras del grupo UCI todas las dimensiones que poseen un componente tanto emotivo como social se encuentran por debajo de las enfermeras que conforman el grupo de Hospitalización, hecho que puede atribuirse a que estos profesionales no desarrollan esas habilidades, puesto que suelen tratar con un tipo de paciente con el que difícilmente pueden establecer una comunicación fluida que facilite el intercambio de comunicación<sup>1</sup>; sin embargo, estas habilidades son clave en la relación con los familiares directos, valorando de forma muy satisfactoria la comunicación los familiares

**Tabla 4** Valoración y comparativa de los factores definidos para las diferentes escalas que definen las habilidades sociales de comunicación en los grupos de estudio: UCI y Hospitalización

	UCI Media (DE)	Hospitalización Media (DE)	p
<i>Expresividad emocional</i>			
Dominancia (+)	4,6 (1,8)	6,4 (1,6)	< 0,001 (U)
Atrevimiento (+)	5,1 (2,1)	5,4 (1,6)	0,882 (U)
Privacidad (–)	5,9 (2,2)	5,9 (1,7)	0,901 (U)
Atención a las normas (–)	5,6 (1,5)	5,4 (1,4)	0,742 (T)
Tensión (+)	5,7 (1,6)	6,4 (1,5)	0,095 (U)
<i>Expresividad social</i>			
Atrevimiento (+)	5,1 (2,1)	5,4 (1,6)	0,882 (U)
Animación (+)	5,3 (1,6)	4,9 (1,9)	0,367 (T)
Privacidad (–)	5,9 (2,2)	5,9 (1,7)	0,901 (U)
Apertura al cambio (+)	5,3 (1,7)	5,8 (1,7)	0,247 (T)
<i>Receptividad emocional</i>			
Afabilidad (+)	5,6 (1,9)	6 (1,4)	0,504 (T)
Apertura al cambio (+)	5,3 (1,7)	5,8 (1,7)	0,247 (T)
<i>Receptividad social</i>			
Afabilidad (+)	5,6 (1,9)	6 (1,4)	0,504 (T)
Estabilidad (–)	5,2 (1,3)	4,8 (1,1)	0,504 (U)
Aprensión (+)	6,2 (1,6)	6,3 (1,8)	0,770 (T)
Atrevimiento (–)	5,1 (2,1)	5,4 (1,6)	0,882
Apertura al cambio (–)	5,3 (1,7)	5,8 (1,7)	0,247
Tensión (–)	5,7 (1,6)	6,4 (1,5)	0,095
<i>Control emocional</i>			
Razonamiento (+)	6,1 (1,5)	6,1 (1,2)	0,735 (U)
Privacidad (+)	5,9 (2,2)	5,9 (1,7)	0,901 (U)
Aprensión (v)	6,2 (1,6)	6,3 (1,8)	0,770 (T)
<i>Control social</i>			
Razonamiento (+)	6,1 (1,5)	6,1 (1,2)	0,735(U)
Dominancia (+)	4,6 (1,8)	6,4 (1,6)	< 0,001 (U)
Atrevimiento (+)	5,1 (2,1)	5,4 (1,6)	0,882 (U)
Vigilancia (–)	5,5 (1,5)	5,6 (1,6)	0,995 (U)
Apertura al cambio (+)	5,3 (1,7)	5,8 (1,7)	0,247 (T)
Perfeccionismo (+)	4,9 (1,2)	5,5 (1,6)	0,056 (U)

Los datos proporcionados corresponden al valor medio y a la desviación estándar (DE). Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la prueba t de Student (T) y la prueba U de Mann-Whitney (U).

El nivel de significación estadística es  $p < 0,05$ .

El signo + indica que el valor medio se encuentra por encima del valor medio de la población española (5,5 puntos). El signo – indica que se encuentra por debajo de dicha media.

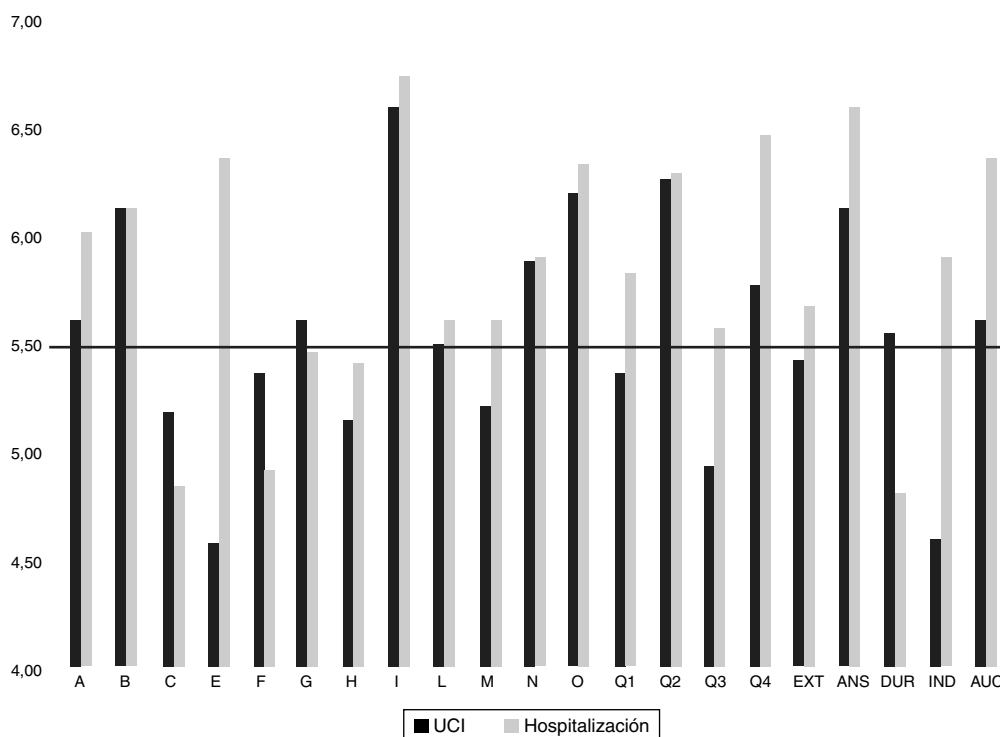
del paciente crítico<sup>19</sup>, con un alto impacto en la calidad de cuidados percibida por ellos.

Las enfermeras del grupo UCI sí poseen un elevado desarrollo de la dimensión de receptividad social, es decir, de la capacidad que les permite recoger información en base a un componente verbal. Esto puede atribuirse a la exactitud y concreción del tipo de comunicación que se realiza dentro de una unidad como pueda ser una UCI, donde todas las instrucciones, los protocolos, la comunicación interna, el trabajo en equipo, etc., hacen que la información recibida deba ser entendida a la perfección y ejecutada sin ningún atisbo de duda, de forma rápida, ágil y eficaz. Esta habilidad no está tan desarrollada en las enfermeras del grupo de Hospitalización, aunque la diferencia entre ambos grupos no genera significación estadística.

Intentando buscar posibles explicaciones a los resultados obtenidos, en cuanto a habilidades sociales de

comunicación, de las enfermeras que realizan su labor en UCI, parece plausible que las peculiaridades de su actividad, así como las situaciones de estrés ante la vida y la muerte, hagan que todo componente de comunicación «no verbal» —es decir, el basado en las emociones— se encuentre poco desarrollado o incluso reprimido en estos profesionales, lo que puede asociarse a un mecanismo de defensa de la personalidad<sup>20</sup> que el individuo genera ante eventos o situaciones que puede llegar a vivir en el desempeño habitual de su trabajo como situaciones generadoras de estrés, centrándose en potenciar la comunicación con un componente verbal, que es el que en verdad requiere en su trabajo habitual.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios, donde también se obtienen déficits en las habilidades sociales en enfermeras asistenciales. Destacamos los trabajos de Gómez<sup>19</sup> y de Broyles et al.<sup>21</sup>, relacionados con las



**Figura 1** Representación de los valores medios correspondientes a los factores primarios y generales en el grupo UCI (negro) y en el grupo Hospitalización (gris), en comparación con la media poblacional española para ambos sexos (valor de 5,5 puntos), representada por la línea negra horizontal.

habilidades sociales de comunicación, donde encuentran que los modelos de comunicación existentes, entre profesionales y familiares, son insuficientes y poco satisfactorios. Nuestros resultados, por otro lado, son contrarios a los obtenidos en el estudio de Ramos<sup>18</sup>, ya que al ser la muestra de estudio en esta investigación mayoritariamente mujeres, no hemos encontrado que se desarrolle un buen clima donde se potencie la comunicación.

Como alternativa de mejora en las habilidades sociales de comunicación en las enfermeras de UCI proponemos, al igual que Daly et al.<sup>22</sup>, las reuniones de profesionales con los familiares de pacientes ingresados en UCI, ya que son un contexto que permite desarrollar la comunicación entre profesionales y familiares, adquiriendo habilidades de escucha y comunicación activa y consiguiendo una mayor participación y satisfacción tanto de profesionales como de familiares.

Otras áreas de mejora en base a los resultados obtenidos podrían ser implementar intervenciones educativas que incidan sobre habilidades en comunicación, en la comprensión empática y los componentes verbales y no verbales de la comunicación en el desempeño de la vida profesional<sup>1</sup>. La formación específica en habilidades sociales y de comunicación puede mejorar los rasgos de personalidad que hemos encontrado deficitarios en el grupo de estudio, propuesta que coincide con lo expuesto por Sargeant et al.<sup>23</sup> y por Pades<sup>24</sup>. La evidencia sugiere que la comunicación debe abordarse de manera interdisciplinaria para ser más eficaz. Para ello, todo el equipo sanitario debe estar formado y tener las habilidades necesarias<sup>25</sup>.

A modo de conclusión, destacamos que los rasgos y factores de personalidad asociados a las habilidades sociales

en enfermeras de UCI que se han encontrado en el presente estudio son inferiores a los encontrados en las enfermeras de Hospitalización. Consideramos clave realizar actividades de intervención y formación específica para desarrollar las habilidades sociales en las enfermeras de UCI.

Como líneas de investigación futura, nos planteamos ampliar el tamaño muestral contando con un número mayor de profesionales que realicen su labor en las unidades de UCI y de Hospitalización, así como extender el presente estudio a un mayor número de hospitales y comunidades autónomas. Esto ayudaría a obtener datos que ayuden a completar el presente estudio y a abrir nuevas perspectivas de investigación en este campo.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.



## Financiación

Los autores del presente trabajo declaran que no han recibido ningún tipo de ayuda económica o de ningún otro tipo de ninguna institución u organización ya sea de naturaleza pública o privada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Müggenburg C, Olvera S, Riveros A, Hernández Guillen C, Aldana A. Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. *Enfermería Universitaria*. 2015;12:12-8.
- Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. *Crit Care Med*. 2001;29:26-33.
- Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera C, Galán González Serna JM. La relación de ayuda. *Index Enferm*. 2014;23:25-32.
- Poole E. The visiting needs of critically ill patients and their families. *J Post Anesth Nurs*. 1992;7:377-86.
- García Aguilar JF, Cámara Hurtado F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Clin*. 1995;5:99-104.
- Van-der Hofstadt Román CJ, Cremades FN. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *Semergen*. 2004;30:552-6.
- Henneman EA, Mckenzie JB, Dewa CS. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1992;1:85-93.
- Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MS, Gryndonck MH. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care units? *J Clin Nurs*. 2007;16:1488-97.
- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogles N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005;16:73-83.
- Ayuso Murillo D. La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2007.
- Riggio RE. Assessment of basic social skills. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51:649-60.
- Dereli E, Karakuş Ö. An examination of attachment styles and social skills of university students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2011;9:731-44.
- Cattell RB, Cattell AKS, Cattell HEP. 16PF5 Questionnaire. Windsor: English Edition NFER Nelson Publishing Co. Ltd; 1993.
- Seisdedos N. 16 PF. Monografía técnica. Madrid: Tea Ediciones; 1990.
- Riggio RE. *Social Skills Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc; 1989.
- Russell MT, Karol DL. 16PF-5. Cuestionario factorial de personalidad. Madrid: Tea Ediciones; 2013.
- Instituto Nacional de Estadística [actualizado 2016; consultado 4 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p416/a2014/I0/HYPERLINK>
- Ramos López MA. *Mujeres y Liderazgo: Una nueva forma de dirigir*. Valencia: Universitat de València; 2005.
- Gómez Gómez LL. *El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y sus familiares*. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2015.
- Mingoya Méndez C. *Primeros Auxilios: Mecanismos de defensa de la personalidad*. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A.; 2013. p. 64-6.
- Broyles LM, Tate JA, Happ MB. Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2012;21:21-32.
- Daly BJ, Douglas JL, O'Toole E, Gordon NH, Hegal R, Peerless J, et al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*. 2010;138:1340-8.
- Sargeant J, MacLeod T, Murray A. An interprofessional approach to teaching communication skill. *J Contin Educ Health Prof*. 2011;31:265-7.
- Pades Jiménez A. *Habilidades sociales en enfermería. Propuesta de un programa de intervención [tesis inédita]*. Universitat de les Illes Balears; 2003.
- Krimshtein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, Cortez TB, Livote EE, Penrod JD, et al. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: An intervention. *J Palliat Med*. 2011;14:1325-32.