

# Impacto de un curso interdisciplinar de formación en *Counselling* y apoyo en la toma de decisiones a profesionales de un servicio de nefrología

H. García-Llana<sup>1</sup>, J. Barbero<sup>2</sup>, E. Remor<sup>3</sup>, L. Díaz-Sayas<sup>2</sup>, R. Rodríguez-Rey<sup>3</sup>, G. del Peso<sup>1</sup>, R. Selgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ (REDinREN, Red de Investigación Renal del Instituto de Salud Carlos III, Fondos FEDER). Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

<sup>3</sup> Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma. Madrid

Nefrología 2011;31(3):322-30

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Apr.10833

## RESUMEN

Los profesionales sanitarios del servicio de nefrología de un hospital de tercer nivel recibieron entrenamiento en comunicación terapéutica mediante un curso de 12 horas centrado en el instrumento terapéutico conocido como *Counselling*. El objetivo fue evaluar cambios en actitudes en relación con los principios bioéticos y en conocimientos sobre comunicación y gestión emocional. Las variables evaluadas se midieron antes y después de la implantación del curso. La muestra estaba formada por 76 profesionales (un 57% profesionales de enfermería, un 26% auxiliares y un 17% médicos especialistas en nefrología) para la variable conocimientos y por 27 profesionales para la variable de actitudes. Considerando la muestra total, en los resultados se observan cambios en implicación con los principios bioéticos ( $p < 0,05$ ) y conocimientos ( $p < 0,001$ ). Se observan diferencias en función de la profesión y son los profesionales de enfermería quienes más se benefician del curso en el área de conocimientos ( $p < 0,001$ ).

**Palabras clave:** *Counselling*. Formación interdisciplinar. Nefrología. Bioética.

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios que asisten a pacientes con enfermedades renales se encuentran con situaciones donde exis-

## *Impact of an interdisciplinary training program in Counselling and decision-making process in a nephrology department*

### ABSTRACT

A 12-hour training program was delivered to the professionals of a nephrology department. Contents of the course were about difficult communication skills in sanitary interactions. *Counselling* was the relational methodology instructed. The objective was to assess changes in attitudes in relation with bioethics principles and knowledge. Variables were measured before and after the training program. Sample was composed by 76 professionals (57% nurses, 26% auxiliary nurses and 17% nephrologists) for knowledge and 27 professionals for variable attitudes. Considering the total sample, results show changes in implication with bioethics principles ( $p < 0.05$ ) and knowledge ( $p < 0.001$ ). There are differences related to the kind of profession. Nurses benefit more from the training program attending in the variable knowledge ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** *Counselling*. Interdisciplinary training. Nephrology. Bioethics.

ten altos niveles de estrés derivados de la incertidumbre asociada al cuidado de personas con una enfermedad crónica que avanza progresivamente<sup>1</sup>. Numerosos estudios muestran que pacientes en hemodiálisis sufren altas tasas de depresión<sup>2-6</sup>, lo que puede llegar a influir en el cumplimiento del tratamiento y en la relación con los profesionales<sup>7-9</sup>. Autores como Cukor, Cohen, Peterson y Kimmel<sup>10</sup> consideran al paciente renal como el paradigma de paciente crónico dentro de la perspectiva psicológica. Es un tipo de paciente complejo, con múltiples comorbilidades asociadas y, por lo tanto, con una necesidad psicológica de adaptarse tanto a la enfermedad como a

**Correspondencia:** Helena García-Llana  
Servicio de Nefrología.  
Hospital Universitario La Paz.  
P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid.  
helenagllana@hotmail.com

tratamientos que suponen un alto impacto en la calidad de vida<sup>11,12</sup>. El hecho de sufrir una enfermedad renal supone, en muchos casos, una ruptura del equilibrio personal al tener que hacer frente a múltiples amenazas a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento. La pérdida de la salud supone una crisis situacional en la que las personas sufren reacciones emocionales de una intensidad significativa y requieren unos recursos específicos para restaurar su propio equilibrio. Todo ello, inevitablemente, va a condicionar la relación clínica.

El manejo adecuado de la tecnología médico-biológica, aunque imprescindible, resulta insuficiente si lo que pretendemos es ofrecer una respuesta eficaz, efectiva y eficiente a la crisis situacional que afrontan el enfermo y su familia<sup>13</sup>. Como afirma Chochinov<sup>14</sup>, el *cuidado centrado en la dignidad*, en el que se potencian la comunicación y el abordaje emocional, tiene una importante influencia en la experiencia de ser paciente. Este marco de trabajo se puede aplicar tanto a la práctica clínica como a la formación de pregrado y de posgrado de cualquier subespecialidad médica, equipos multidisciplinarios y profesiones paramédicas.

La dificultad de comunicación en situaciones de alta intensidad emocional y la falta de recursos profesionales son factores que tienen un impacto nada despreciable sobre el tipo de asistencia que se ofrece<sup>15,16</sup>. En la bibliografía se sostiene que en la relación nefrólogo-paciente es necesaria una comunicación que promueva un proceso deliberativo conjunto<sup>17-19</sup>. En muchas ocasiones estos pacientes deben tomar decisiones difíciles, como iniciar un programa de diálisis crónica, retirarse del protocolo de tratamiento o redactar un documento de instrucciones previas<sup>20-22</sup>. En todos estos casos son el médico y el personal de enfermería quienes pueden ayudarle a resolver conflictos, ofreciéndole información ajustada a sus necesidades, aclarándole las expectativas y la calidad de vida que se le presentan para que las decisiones sean de carácter informado y voluntario. Para este proceso comunicativo, se necesitan, además de habilidades de comunicación, el desarrollo de actitudes y la visibilización de los valores con el objetivo de generar un entorno de confianza que facilite la toma de decisiones<sup>23</sup>.

La formación del sanitario en habilidades de comunicación es necesaria para mejorar la calidad de vida del paciente renal directa e indirectamente, facilitar el cumplimiento terapéutico y potenciar el proceso de adaptación a la enfermedad<sup>24-27</sup>. Asimismo, es un apoyo fundamental para los profesionales, pues mejorando el trato con el paciente y con la familia muchas veces se consigue una prevención del estrés laboral asistencial<sup>28-30</sup>.

En un servicio de nefrología de un hospital de agudos, en el que el ritmo de trabajo es frenético, los pacientes pueden ver aumentada su ya intensa experiencia de sufrimiento y pueden reaccionar con agresividad o ser excesivamente demandantes<sup>31-33</sup>. El entrenamiento en habilidades de comunicación y en

técnicas de gestión emocional ayuda a minimizar el impacto asociado con la labor asistencial.

Generalmente, este tipo de habilidades no se desarrollan de forma eficaz por la ausencia de formación en esta área de los profesionales implicados en el cuidado del paciente crónico y por su falta de conciencia de dicha necesidad de formación<sup>34</sup>. Se presupone (erróneamente) que una buena intencionalidad en el proceso comunicativo garantiza de manera automática una buena praxis. Los factores estructurales, la presión asistencial y un modelo de ejercer la medicina basado en la técnica pueden llevar a un empobrecimiento en la asistencia, debido a una carencia en habilidades de comunicación y en competencias emocionales<sup>35</sup>. La formación en *Counselling* no es una asignatura habitual en la licenciatura de medicina u otras profesiones relacionadas, pero existen datos que demuestran que este modelo comunicativo, e instrumento terapéutico, facilita la adaptación a la enfermedad y que reduce la instauración de conflictos y la carga emocional, tanto en pacientes como en profesionales<sup>36,37</sup>.

El trabajo clínico en un hospital especializado implica la necesidad de interacción continua y, por lo tanto, comunicativa, entre los profesionales que lo conforman. Ahora bien, difícilmente habrá cambios significativos en los procesos comunicativos de los equipos si no se incorporan procesos de formación e interacción conjunta como variable independiente. El trabajo asistencial se realiza en cadena, y una cadena es tan frágil como el más débil de sus eslabones. Por consiguiente, no tener en cuenta, por citar un ejemplo, a profesionales como los auxiliares de enfermería, supone hacer mucho más vulnerable la tarea de todo el equipo. Hay determinados lenguajes y conceptos que deben ser comunes (p. ej., manejo de la agresividad como reacción emocional adaptativa al ingreso hospitalario), porque van a acabar afectando a los objetivos y a las decisiones de los equipos. Un equipo que no se forme conjuntamente sobre lo común (comunicación y valores) conseguirá únicamente objetivos parciales (p. ej., aumentar la dosis de diálisis), pero no suficientemente integrales como para afectar a la salud biológica y biográfica de los pacientes y de sus familias. Cuando en los equipos no se facilitan espacios formales de escucha conjunta, las diferencias en lenguaje, conceptos y perspectiva de otras disciplinas pueden conseguir que se viva al compañero como ineficaz, ineficiente o ajeno al compromiso común que les convoca.

Otro elemento sustancial que debe considerarse es la afirmación de que la comunicación terapéutica se aprende, es decir, no viene incorporada de forma innata. Todos tenemos actitudes y habilidades aprendidas en nuestros procesos de crecimiento personal y profesional; ahora bien, no siempre tenemos conciencia de que algunos aprendizajes generan mala praxis comunicativa, precisamente por la dificultad en los equipos de ser críticos y constructivos con el estilo de comunicación propio y el de los otros. Son necesarios escenarios mutuos de aprendizaje en los que se cree un ambiente facilitador.

tador para detectar y reconducir los automatismos comunicativos de los que no siempre se es consciente.

Teniendo en cuenta todas las variables mencionadas, desde la jefatura de servicio de nefrología de nuestro hospital se promovió y facilitó el desarrollo de un curso de formación a médicos, profesionales de enfermería y auxiliares del servicio con el objetivo de mejorar actitudes, habilidades y conocimientos dentro del ámbito de la comunicación terapéutica.

La hipótesis de trabajo es que una formación reglada en comunicación dirigida conjuntamente al equipo interdisciplinar (médicos y enfermería) de un mismo servicio producirá cambios en las siguientes variables dependientes: actitudes y conocimientos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Sujetos

En este estudio se empleó un diseño pretest-postest sin grupo de control. La muestra inicial está compuesta por un total de 76 profesionales sanitarios del servicio de nefrología de un hospital terciario. Dichos sujetos aceptaron la propuesta de formarse en comunicación difícil y toma de decisiones dentro del marco de formación continuada del propio hospital. La muestra del estudio representa el 86% de la plantilla del servicio. Se desconocen los motivos por los que el 14% del personal no participó en el curso. El 57% son profesionales de enfermería (43 sujetos), el 26%, auxiliares de enfermería (20 sujetos) y el 17%, médicos especialistas en nefrología (13 sujetos). Por categoría profesional están representados el 93% de los profesionales de enfermería, el 95% de los auxiliares y el 61% del equipo médico de la plantilla del servicio. Atendiendo a la edad, el 38% de la muestra tiene de 25 a 35 años, el 37% tiene de 36 a 50 años, el 22% tiene más de 50 años y el 3% tiene menos de 25. Por otro lado, nos interesaba conocer los años de experiencia que tenían los participantes con este tipo de pacientes crónicos. El 50% tiene más de 10 años de experiencia trabajando con enfermos renales, el 16% de seis a 10 años, el 26% de uno a cinco años y únicamente el 8% tiene menos de un año de experiencia en el servicio. Con respecto al sexo, destaca el hecho de que la mayor parte de la muestra (89,5%) son mujeres. Finalmente, resaltar que tanto los supervisores de enfermería como el jefe de servicio impulsaron de manera activa el desarrollo del curso y participaron como alumnos en él.

### Instrumentos

La evaluación se llevó a cabo con un cuestionario elaborado *ad hoc* en las siguientes áreas (entre paréntesis se informa del alfa de Cronbach para la evaluación previa):

1. Actitudes respecto a los cuatro principios bioéticos (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia):
  - a) Importancia de los principios bioéticos en el trabajo en el hospital ( $\alpha = 0,76$ ): consta de cuatro ítems en una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (nada importante) y 10 (completamente respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (nada importante) y 10 (completamente importante)).
  - b) Implicación personal con los principios bioéticos en mi trabajo diario ( $\alpha = 0,89$ ): consta de cuatro ítems en una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (nada implicado) y 10 (totalmente implicado).
2. Conocimientos ( $\alpha = 0,85$ ): consta de 15 ítems con cuatro opciones de respuesta. Los fallos no penalizan. Se elaboraron dos categorías en el área de conocimiento: comunicación difícil y gestión emocional.

Construcción del cuestionario:

La creación de la versión inicial del cuestionario fue apoyada por una revisión de bibliografía básica acerca de la formación en habilidades de comunicación al personal sanitario. Mediante la revisión de dicha bibliografía se identificaron dos áreas de evaluación relevantes para el estudio: actitudes (importancia de los principios bioéticos e implicación personal con los principios bioéticos) y conocimientos (conocimientos en comunicación difícil y conocimientos en gestión emocional). Se elaboraron 23 posibles ítems en relación con dichas áreas. Para identificar la validez de contenido y aparente (*face validity*) de los ítems, la comprensión y la relevancia de los ítems para la formación en *Counselling*, se envió la versión a un grupo de expertos docentes ( $n = 10$ ) con un formulario de evaluación estandarizado. La evaluación estandarizada facilitó la valoración relacionada con la comprensión y la relevancia de los ítems formulados. El criterio establecido para revisar o eliminar los ítems se basó en el porcentaje de acuerdo entre jueces (expertos docentes) respecto a la valoración de la comprensión y de la relevancia del ítem. Si el acuerdo interjueces era igual o mayor del 80%, respecto a la comprensión y la relevancia del ítem, éste se mantenía. Si la proporción de acuerdo en el mantenimiento del ítem era inferior al 50%, éste se eliminaba. Si la proporción de acuerdo se situaba entre un 50% y un 80%, se revisaba el ítem utilizando las observaciones y sugerencias facilitadas por los expertos docentes. Ningún ítem tuvo que ser eliminado. A la hora de efectuar la revisión y la redacción final de los ítems se tuvieron presentes las observaciones y las sugerencias concretas de los jueces.

### Contenidos del curso

Los contenidos tuvieron en cuenta los distintos escenarios asistenciales (cronicidad, reagudización, paciente en situación terminal) por los que pasan pacientes y profesionales de un servicio amplio y complejo. Estos contenidos aparecen recogidos en la tabla 1.

**Tabla 1.** Contenidos del curso de *Counselling* en el servicio de nefrología**Comunicación difícil y toma de decisiones****Sesión 1**

1. **Detección de situaciones problemáticas en la práctica clínica diaria:** se pide a los participantes un trabajo personal de cinco minutos escribiendo lo que cada uno percibe como más problemático desde el punto de vista emocional en su práctica clínica concreta. Posteriormente, se comparte con el grupo aprovechando la presentación personal que se pide a los alumnos
2. **El *Counselling* como herramienta para la comunicación terapéutica:** se plantea un modelo de *Counselling* centrado en el entrenamiento acerca de actitudes, habilidades comunicativas y gestión emocional como herramientas de ayuda para la toma de decisiones en el paciente renal
3. **Modelo de intervención frente al sufrimiento:** se describe el balance entre la percepción de amenaza a la integridad biológica o biográfica, y la percepción de contar con recursos internos o externos para hacer frente a esa amenaza
4. **Prevención del *burnout*. Habilidades de autorregulación:** desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales de detección de factores estresantes y de intervención frente a éstos

**Sesión 2**

5. **Habilidades básicas comunicativas:** entrenamiento en mensaje yo, validación, escucha activa, refuerzo, preguntas abiertas y focalizadas, cómo hacer y recibir críticas y denegación de peticiones
6. **Comunicación difícil:** protocolo de malas noticias, preguntas difíciles y manejo de reacciones emocionales intensas
7. **Relación terapéutica y deliberación:** se desarrollan los modelos de relación clínica definidos por Emanuele y Emanuele (1999): paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. Se profundiza en la estrategia de comunicación deliberativa para poder llegar a acuerdos terapéuticos y fomentar el cumplimiento de los tratamientos

El curso se propuso a través del instrumento terapéutico del *Counselling*. Para una práctica clínica eficaz en el ámbito de la nefrología es imprescindible un buen modelo comunicativo que facilite la relación terapéutica y el proceso de toma de decisiones, todo ello en escenarios tan amenazantes como el inicio de tratamiento renal sustitutivo o la retirada de éste. El *Counselling* es un instrumento terapéutico que ha demostrado ser muy útil en el ámbito sanitario<sup>38,39</sup>. Consiste en un proceso interactivo-relacional entre paciente y profesional que fomenta la adaptación psicológica a la enfermedad, reduce los estados emocionales adversos, promueve la autorregulación del profesional y favorece la motivación al cambio<sup>40</sup>.

**Procedimiento**

Se realizaron cinco ediciones, a lo largo del año 2007, de un curso interdisciplinario de 12 horas. El curso estaba dividido en dos sesiones, en días consecutivos, rea-

lizadas en horario de mañana o tarde. La dirección de formación continuada del propio hospital colaboró de forma directa en el diseño y ejecución del curso. Se consiguió que el personal fuera liberado para horas de formación sin tener que recuperar las jornadas laborales posteriormente. Este reclamo fue empleado de forma estratégica para incluir al mayor número de participantes posible sin que percibieran un coste adicional en tiempo. Al principio de cada edición se pidió a los participantes que enunciasen por escrito las tres situaciones más temidas o que les generaran mayor dificultad desde el punto de vista emocional. Las principales situaciones identificadas por el grupo (no hacía falta que fueran jerarquizadas) se detallan en la tabla 2.

El curso fue impartido por un equipo de cuatro psicólogos del propio hospital con experiencia en la formación en estrategias de *Counselling* a profesionales sanitarios. Cada una de las ediciones fue llevada a cabo

**Tabla 2.** Situaciones difíciles o temidas por los profesionales en la práctica diaria

Situación	Porcentaje
Manejo de paciente agresivo	39
Apoyo a familia de paciente en situación terminal	17
Comunicar malas noticias	15
Resistencia a asumir la diálisis	10
Sobreimplicación en la relación clínica	9
Cuando el paciente demanda limitación de esfuerzo terapéutico	6
Falta de cumplimiento de los tratamientos	4

por un subequipo docente de dos psicólogos. El número máximo de participantes fue de 20 en cada una de las ediciones. La metodología fue activo-participativa fomentando el aprendizaje interactivo y trabajando a través de la técnica de *role-playing* la mayor parte de las situaciones que el grupo identificó como problemáticas. Este tipo de metodología docente permite la observación por parte de los alumnos de variables fundamentales del trabajo comunicativo como son las actitudes, las habilidades y los valores en juego. A partir de la observación compartida, se dan claves técnicas de manejo relacional que vuelven a ser reproducidas en *role-playing* para observación también de la buena praxis. Los casos que se trabajaron tuvieron en cuenta la variabilidad de las situaciones vividas en nefrología (diálisis hospitalaria, diálisis en domicilio, pacientes ingresados y consultas externas). Todos los sujetos que participaron en las distintas ediciones del curso fueron evaluados con el cuestionario elaborado *ad hoc* al principio de la primera sesión del curso y tras la terminación de éste.

### Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 17.0). Se han realizado estadísticos descriptivos de la muestra y de las puntuaciones en el estudio previo y en el posterior. Los análisis de fiabilidad, mediante el alfa de Cronbach, para estudiar la consistencia interna del cuestionario, en sus diferentes áreas, se han presentado en la descripción del instrumento. Se han utilizado pruebas no paramétricas (test de Wilcoxon) para comparar las puntuaciones de actitudes y conocimientos anteriores y posteriores, tanto en el conjunto de profesionales como en los diferentes grupos (médicos, profesionales de enfermería y auxiliares). Para estudiar la distancia existente entre las puntuaciones «importancia de los principios bioéticos» e «implicación personal en los mismos», tanto en las puntuaciones previas como en las posteriores se empleó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

## RESULTADOS

### Características de la muestra

Como hemos descrito en el apartado «Sujetos», la muestra total es de 76 profesionales pertenecientes al servicio de nefrología de un hospital de tercer nivel. Todos ellos respondieron al cuestionario de conocimientos, pero sólo 27 (18 profesionales de enfermería, cinco auxiliares y cuatro médicos) lo hicieron al cuestionario de actitudes tanto en el pretest como en el posttest. Éste es el motivo por el que la N es mayor para la variable de conocimientos que para el resto de variables evaluadas.

## Resultados de la intervención

### Comparaciones de medias preintervención y postintervención

1. Importancia de los principios bioéticos. No existen diferencias en la importancia que se atribuye a los principios bioéticos, y las medias son muy elevadas, tanto en el pretest como en el posttest.
2. Implicación en principios bioéticos. Existen diferencias estadísticamente significativas en no maleficencia ( $p = 0,046$ ) y en el global ( $p = 0,034$ ), en la dirección de ser superiores una vez realizado el curso, pero no hay diferencias en autonomía, justicia y beneficencia.
3. Conocimientos. Todas las diferencias encontradas (manejo emocional y comunicación difícil) son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ), y las puntuaciones son mayores después de haber recibido el curso. Esto indica que la asistencia al curso produjo efectos positivos en la adquisición de conocimientos.

Los resultados de las comparaciones de medias aparecen resumidos en la tabla 3.

### Correlaciones entre importancia e implicación de los principios bioéticos en la práctica asistencial

Las correlaciones son directas y significativas en todas las variables evaluadas, lo que nos indica que cuando se tiende a dar importancia a los cuatro principios éticos (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) y los valores que respaldan, los profesionales tienden también a implicarse más con ellos. Esta tendencia se manifiesta tanto en el pretest como en el posttest.

Los resultados de las correlaciones aparecen resumidos en la tabla 4.

### Efectos del programa en función del tipo de profesión sanitaria

Teniendo en cuenta que cada profesión parte de unas habilidades y de unas competencias distintas por la labor que desempeñan, nos propusimos comparar el efecto del programa (pretest-posttest) en función del tipo de profesión sanitaria. Se realizaron pruebas no paramétricas (test de Wilcoxon). Cuando dividimos la muestra en función de las categorías profesionales, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los profesionales de enfermería. Las variables en las que aparecen dichas diferencias son las dos relacionadas con los conocimientos adquiridos: manejo emocional ( $p < 0,001$ ) y comunicación difícil ( $p < 0,001$ ). No existen diferencias estadísticamente signifi-

**Tabla 3.** Comparación de medias previas y posteriores en las variables importancia de los principios bioéticos, implicación en los principios bioéticos y conocimientos

Importancia de los principios bioéticos	Media previa (n = 27)	Media posterior (n = 27)	Significación de la diferencia
Autonomía	8,38 (DT = 1,85)	8,73 (DT = 1,51)	NS
Justicia	9,04 (DT = 1,67)	9,26 (DT = 1,48)	NS
Beneficencia	9,27(DT = 1,00)	9,08 (DT = 1,23)	NS
No maleficencia	9,54 (DT = 0,90)	9,62 (DT = 0,80)	NS
<b>Global</b>	9,04 (DT= 1,07)	9,13 (DT= 1,00)	NS
Implicación en los principios bioéticos	Media previa (n = 27)	Media posterior (n = 27)	Significación de la diferencia
Autonomía	7,76 (DT = 2,77)	8,44 (DT = 1,68)	NS
Justicia	7,54 (DT = 2,98)	8,50 (DT = 1,30)	NS
Beneficencia	8,44 (DT = 2,27)	8,76 (DT = 1,66)	NS
No maleficencia	8,95 (DT = 1,89)	9,31 (DT = 1,51)	0,046 <sup>a</sup>
<b>Global</b>	8,11(DT= 2,15)	8,73 (DT= 1,29)	0,034 <sup>a</sup>
Conocimientos	Media previa (n = 76)	Media posterior (n = 76)	Significación de la diferencia
Manejo emocional	3,17 (DT = 1,23)	3,62 (DT = 1,15)	0,001 <sup>b</sup>
Comunicación	5,19 (DT = 2,03)	6,53 (DT = 1,82)	0,000 <sup>b</sup>

DT: desviación típica.

<sup>a</sup>p <0,05; <sup>b</sup>p <0,001.

ficativas en relación con las actitudes relacionadas con los principios bioéticos.

## DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio son los siguientes:

1. Los profesionales estudiados tenían en su mayoría, y antes del curso, un alto nivel de conocimiento sobre la importancia de los principios bioéticos; a mayor conocimiento mayor implicación con dichos principios.
2. La participación de los profesionales en un curso interdisciplinario de formación en *Counselling* y apoyo emocional mejoró su implicación en el conjunto de los principios bioéticos y especialmente en la no maleficencia.
3. Los profesionales de enfermería fueron los únicos que mostraron mejorías significativas en manejo emocional y comunicación difícil.

Estamos ante un equipo relativamente joven (un 88% tiene menos de 50 años), pero con amplia experiencia en el cuidado del paciente renal: el 50% de la muestra tiene más de 10 años de experiencia con este tipo de pacientes. Como ya hemos descrito con detalle<sup>41</sup>, para dar una calidad asistencial integral en el ámbito de la nefrología se debe promover un equipo interdisciplinario y experimentado en la atención a las necesidades físicas y emocionales de los pacientes. Una manera de atender a la multidimensionalidad del paciente renal

es fomentando procesos formativos de entrenamiento en habilidades de comunicación y manejo emocional.

Los profesionales sanitarios evaluados en nuestro estudio destacan como escenas más difíciles dentro de la práctica clínica habitual aquellas que tienen que ver con aspectos comunicativos con el propio enfermo (p. ej., manejo del paciente agresivo, resistencia a asumir la diálisis, etc.) y con la familia (p. ej., apoyo a la familia de un paciente en situación terminal). Estudios previos<sup>42</sup>, realizados en poblaciones similares, describen que en las escenas más temidas se encuentran muy presentes los aspectos de comunicación-información con el paciente (51,7%) y con la familia (39,3%).

Se han encontrado diferencias significativas en todas las áreas de adquisición de conocimientos cuando hemos evaluado las diferentes profesiones en conjunto. En esta misma línea, experiencias docentes<sup>43</sup> realizadas en grupos de médicos y profesionales de enfermería o estudiantes, llegan a la conclusión de que la formación mixta en comunicación y abordaje de reacciones emocionales dota a los participantes de un aumento de conocimientos relacionados con la práctica clínica diaria.

En relación con las actitudes podemos mencionar que no cambia la importancia de los principios éticos (es muy alta de partida y se mantiene alta), pero sí la implicación, que asciende significativamente en no maleficencia y en la puntua-

**Tabla 4.** Correlaciones entre importancia e implicación en los principios éticos (n = 27)

Posterior	Implicación autonomía	Implicación justicia	Implicación beneficencia	Implicación no maleficencia	Implicación global
Importancia autonomía	0,79 <sup>b</sup>	0,68 <sup>b</sup>	0,66 <sup>b</sup>	0,67 <sup>b</sup>	0,79 <sup>b</sup>
Importancia justicia	0,61 <sup>b</sup>	0,63 <sup>b</sup>	0,47 <sup>b</sup>	0,56 <sup>a</sup>	0,63 <sup>b</sup>
Importancia beneficencia	0,71 <sup>b</sup>	0,72 <sup>b</sup>	0,67 <sup>b</sup>	0,70 <sup>b</sup>	0,77 <sup>b</sup>
Importancia no maleficencia	0,53 <sup>b</sup>	0,55 <sup>b</sup>	0,56 <sup>b</sup>	0,62 <sup>b</sup>	0,59 <sup>b</sup>
Importancia global	0,81 <sup>b</sup>	0,74 <sup>b</sup>	0,68 <sup>b</sup>	0,70 <sup>b</sup>	0,81 <sup>b</sup>

Posterior	Implicación autonomía	Implicación justicia	Implicación beneficencia	Implicación no maleficencia	Implicación global
Importancia autonomía	0,56 <sup>b</sup>	0,74 <sup>b</sup>	0,65 <sup>b</sup>	0,34 <sup>a</sup>	0,70 <sup>b</sup>
Importancia justicia	0,57 <sup>b</sup>	0,68 <sup>b</sup>	0,56 <sup>b</sup>	0,39 <sup>a</sup>	0,62 <sup>b</sup>
Importancia beneficencia	0,45 <sup>b</sup>	0,64 <sup>b</sup>	0,57 <sup>b</sup>	0,41 <sup>a</sup>	0,59 <sup>b</sup>
Importancia no maleficencia	0,52 <sup>b</sup>	0,52 <sup>b</sup>	0,48 <sup>b</sup>	0,79 <sup>b</sup>	0,61 <sup>b</sup>
Importancia global	0,65 <sup>b</sup>	0,76 <sup>b</sup>	0,66 <sup>b</sup>	0,48 <sup>b</sup>	0,74 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>p <0,05; <sup>b</sup>p <0,001.

ción global. Esto tiene sentido, ya que uno de los ejes principales del curso es promover y trabajar la responsabilidad moral sobre la experiencia de sufrimiento, y esto queda reflejado en el principio de no maleficencia. No siempre la valoración conceptual es seguida de una implicación personal; en cambio, en este estudio, parece que a partir de una alta valoración conceptual inicial de los principios éticos, que no se modifica con el curso, sí se observa una mayor implicación personal con éstos. A este respecto, el equipo docente no fue indiferente y planteó una confrontación cálida, pero directa, acerca de cómo esos valores se trabajan en la práctica clínica diaria. No se trata sólo de transmitir datos, sino de promover valores. Dicho de otro modo, si el valor no está explicitado, es posible que el interés por desarrollarlo sea menor (p. ej., si como nefrólogo soy consciente de que mi aprovechamiento eficiente del tiempo en consulta afecta al principio de justicia, pondré más energías en que una gestión del tiempo adecuada sea lo habitual). Saber leer la realidad en clave de valores puede acabar suponiendo una mayor implicación con la realidad y unos mejores resultados terapéuticos.

Los resultados en función del tipo de profesión nos muestran que son los profesionales de enfermería los más se benefician de este tipo de cursos en comparación con sus compañeros médicos y auxiliares de enfermería. Probablemente, uno de los factores que más directamente explique este dato es el reducido tamaño de la muestra del resto de profesiones, principalmente en la variable actitudes, en la que se ha producido una importante pérdida de muestra. No todos los participantes cumplieron el cuestionario completo. Expli-

camos este dato por el hecho de que el protocolo de evaluación no se encontraba en una separata única, lo que dificultó de manera importante su recogida; los participantes creyeron que habían terminado la evaluación con el cuestionario de conocimientos. A pesar de ello, en el curso participaron más del 90% de los profesionales de enfermería y auxiliares y el 61% del equipo médico. Estas diferencias en la asistencia podrían deberse a un menor interés por estos temas o sencillamente a la sobrecarga asistencial a la que están expuestos los nefrólogos y la dificultad para liberar huecos para la formación continuada. En esta línea, hemos encontrado estudios interesantes referentes a las diferencias entre profesionales en las variables que hemos evaluado en nuestro estudio. Un estudio llevado a cabo en Noruega en residencias de la tercera edad pone de manifiesto que a la hora de tomar decisiones en el ámbito del final de la vida los médicos se guían más por el principio de no maleficencia y el de beneficencia, mientras que los profesionales de enfermería lo hacen por el principio de autonomía, incluso en pacientes con problemas de comunicación o con demencia<sup>44</sup>. Otro estudio, realizado a 1.910 profesionales de 14 hospitales públicos de Hong Kong, muestra que diferentes profesiones sanitarias (médicos y profesionales de enfermería) y la experiencia previa en el trabajo clínico son variables independientes a la hora de percibir dilemas éticos en temas relacionados con el final de la vida y la comunicación difícil, entre otros<sup>45</sup>. En el ámbito de los cuidados intensivos y el paciente traumático los profesionales de enfermería y los médicos también presentan diferentes percepciones acerca de la conveniencia o no de aplicar medidas de soporte vital (p. ej., reanimación cardiopulmonar)<sup>46-48</sup>. La mayoría de los estudios concluyen que los

profesionales de enfermería creen que la reanimación cardiopulmonar es una práctica que les supone dilemas éticos y ansiedad a la hora de llevarla a cabo si no hay consenso en el equipo acerca de la situación pronóstica del paciente. La importancia de incluir a la familia en la toma de decisiones compartida en situaciones de alto impacto emocional es deseable tanto por los médicos como por los profesionales de enfermería<sup>49</sup>.

Tradicionalmente, este tipo de cursos están diseñados para dotar a los profesionales de enfermería de recursos y herramientas que les permitan hacer frente al manejo de situaciones de alto impacto emocional<sup>50</sup>. Los datos de nuestro estudio apoyan la validez de la formación en habilidades de comunicación y manejo emocional en la línea de lo que otros autores exponen<sup>51</sup> o solicitan<sup>52</sup> como medio para poder afrontar situaciones complejas en la práctica clínica.

A pesar de haberse encontrado resultados interesantes, este estudio presenta ciertas limitaciones. Metodológicamente, no haber incorporado una medida de seguimiento ni grupo control hace que sea difícil extraer conclusiones sobre la estabilidad de los cambios encontrados y sobre poder atribuir la causalidad de los resultados al efecto del programa. Se ha producido una pérdida de muestra importante, como ya hemos señalado, en algunas áreas del cuestionario que ha limitado la potencia de los métodos estadísticos empleados. Asimismo, en próximas ediciones del curso nos gustaría incorporar como variable dependiente la medida de la satisfacción con el trabajo en equipo. Nuestra hipótesis es que un beneficio secundario de este tipo de cursos interdisciplinarios es la mejora de las relaciones interestamentales.

Este tipo de acciones formativas son un adecuado estímulo para la pluralidad de los abordajes en la asistencia al enfermo renal y a su familia. Estudios como éste son necesarios con el fin de continuar sensibilizando a la comunidad nefrológica acerca de la importancia del abordaje deliberativo biopsicosocial de la enfermedad y la posible experiencia de sufrimiento de los pacientes<sup>53-55</sup>. Para finalizar, es importante resaltar la relevancia del trabajo en valores, asentados en la moderna bioética, dentro de la formación relacional de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes renales y que les acompañan en escenarios de toma de decisiones compartida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mesa E, Gálvez A, Calvo MA, Vázquez MD, Castilla R, Luque A. Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2005;8(4):266-71.
- Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterson R, Kimmel P. Screening diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:1332-42.
- Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson R, Kimmel P. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3:1752-8.
- Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol, Dial Transplant* 2000;15:1911-3.
- Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41(1):105-10.
- Moreno E, Arenas MD, Porta E, Escalant L, Cantó MJ, Castell G, et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2004;7(4):225-33.
- Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel P. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009;75:1223-9.
- García-Valderrama FW, Fajardo C, Guevara R, González-Pérez V, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología* 2002;23(3):245-52.
- Plantinga LC, Fink NE, Sadler JH, Levey AS, Levin NW, Rubin HR, et al. Frequency of patient-physician contact and patient outcomes in hemodialysis care. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:210-8.
- Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel P. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042-55.
- Álvarez-Ude F, Rebollo P. Alteraciones psicológicas y de calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis). *Nefrología* 2008;3:57-62.
- Finkelstein FO, Wuertth D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney Int* 2009;76:946-52.
- Larsson LB, Yao X. Clinical empathy as an emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293(9):1100-6.
- Chochinov HM. Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. *Medicina Paliativa* 2009;16(2):95-9.
- Bayés R. Medicina paliativa: psicología y cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2005;12:137-8.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Daffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002;359:650-6.
- Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2000;11:1340-2.
- Lelie A. Decision-making in nephrology: shared decision making? *Patient, Education and Counseling* 2000;39:81-9.
- Tamura MK, Goldstein MK, Pérez-Stable EJ. Preferences for dialysis withdrawal and engagement in advanced care planning within a diverse sample of dialysis patients. *Nephrol, Dial, Transplant* 2010;25:237-42.
- Rodríguez-Jornet A, Ibeas J, Real J, Peña S, Martínez JC. Documento de voluntades anticipadas de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo mediante diálisis. *Nefrología* 2007;27(5):581-92.



21. Swartz RD, Perry E. Advanced directives are associated with «good deaths» in chronic dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1993;3:1623-30.
22. Davison S. The creation of an advanced care planning process for patients with ESRD. *Am J Kidney Dis* 2007;49:27-36.
23. Arranz P, Cancio C. Una herramienta del psicólogo hospitalario: el *Counselling*. En: Remor E, Arranz P, Ulla S (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee Brouwer, 2003;94-119.
24. Barbero J. El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario Navarro* 2006;29(3):19-27.
25. Moss AH, Holley JL, Davidson SN, Dart RA, Germain MJ, Cohen L, et al. Core curriculum in nephrology: palliative care. *Am J Kidney Dis* 2004;43(1):172-85.
26. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.
27. Sarriás X, Bardón E, Vila ML. El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. *Nefrología* 2008;3:119-22.
28. Klerssy C, Callegari A, Martinelli V, Vizzardi V, Navino C, Malberti F, et al., for the working group on burnout and dialysis. Burnout in health care providers of dialysis services in Northern Italy-a multicentre study. *Nephrol, Dial, Transplant* 2007;22:2283-90.
29. Kruijver IP, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, Van de Wiel HB. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient, Education and Counselling* 2000;39:129-45.
30. Wilkinson S, Roberts A, Aldridge N. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine* 1998;12:13-22.
31. Andrades F, Expósito C, García R. El paciente etiquetado de difícil. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2005;8(3):243-5.
32. Johnson CC, Moss AH, Clarke SAD, Armistead NC. Working with noncompliant and abusive dialysis patients: practical strategies based on ethics and the law. *Advanced Renal Replacement Therapies* 1996;3:77-86.
33. Lewinsky NG, Friedman EA, Levine DZ. What is our duty to a «hateful» patient? Differing approaches to a disruptive dialysis patient. *Am J Kidney Dis* 1999;34:775-89.
34. Moss AH, Holley JL, Davison SN, Dart RA, Germain MJ, Cohen L, Swartz RD. The need of end-of-life care training in nephrology: national survey results of nephrology fellows. *Am J Kidney Dis* 2003;42:813-20.
35. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient, Education and Counselling* 2000;39:17-25.
36. Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, et al. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centered approach. *Psycho-Oncology* 2000;9:147-56.
37. Shovholt TM. The cycle of caring: a model for expertise in the helping professions. *Journal of Mental Health Counselling* 2000;27(1):82-93.
38. Barreto P, Arranz P, Molero M. *Counselling*, instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: Martorell MC, González R (eds.). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis, 1997;83-104.
39. Bartz R. Beyond the biopsychosocial model: new approaches to doctor-patient interactions. *J Fam Pract* 1999;48:601-7.
40. Arranz P, Cancio H. *Counselling*: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En: Gil F (ed.). *Manual de psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia; 2000:39-56.
41. García-Llana H, Barbero J, Olea T, Jiménez C, Del Peso G, Miguel JL, et al. Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología* 2010;30(3):297-303.
42. Cabodevilla I, Giacchi A, Martínez L, Jusue L, Garde C. Temores del profesional de atención primaria en el cuidado a la persona y su familia en el final de vida. *Medicina Paliativa* 1999;6(3):104-7.
43. León MX, Flórez SP, Torres M, Trujillo CC, Castilla M. Educación en el cuidado paliativo para pregrado de medicina: resultados de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos. *Medicina Paliativa* 2009;16(1):31-6.
44. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *J Med Ethics* 2010;36(7):396-400.
45. Hui EC. Perceptions of ethical practice in Hong Kong public hospitals: inter and intra professional similarities and differences. *Journal of Nursing Management* 2010;18(6):736-56.
46. Saevareid TJ, Baladin S. Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67.no. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x
47. Festic E, Wilson ME, Gajic O, Divertie GD, Rabatin JT. Perspectives of physicians and nurses regarding end-of-life care in the intensive care unit. *J Intens Care Med* 2011; Jan 21, 0885066610393465.
48. Jacobs LM, Burns KJ, Jacobs BB. Nurse and physician preference for end-of-life care for trauma patients. *J Trauma* 2010;69(6):1567-73.
49. Fumis RR, Deheinzeln D. Respiratory support withdrawal in intensive care units: families, physicians and nurses views on two hypothetical scenarios. *Critical Care* 2010;14(6):R235.
50. Arranz P, Ulla S, Del Rincón C, López-Fando T. Evaluation of a *Counselling* training program for nursing staff. *Patient, Education and Counselling* 2005;56:233-9.
51. Santiesteban-Etxeburu I, Mier O. Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una unidad de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2006;13(1):18-24.
52. Vallés-Martínez P. Formación de pregrado en enfermería en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2005;12(4):187-8.
53. Santacruz PL, Rangel M, Navas N, Bolívar Z. La visión integradora como estrategia ante el paciente con enfermedad renal crónica (ERC). Requisito contemporáneo. *Nefrología* 2006;5:635-6.
54. Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa* 1996;3(3):114-21.
55. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999;109-26.