

# Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria. El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA

Valle López-Santos,<sup>1</sup> José Luis Sánchez-Ramos,<sup>1</sup> Angela Toronjo-Gómez,<sup>1</sup> Miguel Pedregal-González,<sup>1,2</sup> María Jesús Rojas-Ocaña,<sup>1</sup> Angela Contreras-Martín<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva, España. <sup>2</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva. Hospital Vázquez Díaz. Huelva, España. <sup>3</sup>Centro de Salud Adoratrices, Huelva, España

Correspondencia: Valle López Santos. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. Avenida Tres de Marzo s/n Campus de El Carmen, 21071 Huelva, España

Manuscrito recibido el 22.10.2007  
Manuscrito aceptado el 12.02.2008

**Index de Enfermería [Index Enferm] 2008; 17(3):173-177**

---

## Resumen

Además de un pilar básico en la práctica enfermera, la comunicación es una de las variables más relevantes en la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios. Objetivo: Construir un instrumento para valorar el componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria.

Metodología: Adaptación del GATHA-BASE mediante Grupo Nominal, Prueba de Jueces y pilotaje inicial. Validación a partir de 158 videograbaciones. El muestreo de ítems se realizó mediante juicio de los expertos, coeficiente de correlación ítem/total y cambio en el alfa de Cronbach. La consistencia interna, mediante el alfa de Cronbach; la fiabilidad intra e inter-observador, mediante el análisis gráfico (Bland y Altman).

Resultados: Se obtuvo una Guía de Observación de 68 ítems, con un consenso entre expertos superior al 75% en todos los ítems. Tras la validación se generó un instrumento (Gatha-Enfermería), de 35 ítems, agrupados en tres ejes, con un alfa de Cronbach de

## Abstract

(Assessment of the communicative/relational component in the nursing practice in primary care. The GATHA-NURSING questionnaire)

In addition to a core skill in Nursing practice, communication is one of the most relevant variables in the satisfaction of the users with the Health Services. Objective: To create an instrument to assess the communication/relationship component in Nursing practice in Primary Care. Method: Adaptation of the GATHA-BASE by Nominal Group, Proof of Judges and pilot study. Validation through 158 video-recorded consultations. Items Sampling by Experts Judgement, Item/Total Correlation Coefficient and change in the Cronbach's alpha. Internal consistency through the Cronbach's alpha; Intra and Inter-observer reliability by graphic analysis (Bland-Altman).

Results: An Observational Guide of 68 items is obtained with a level of consensus superior to 75% amongst the experts for all the items. After the validation, a tool (GATHA-ENFERMERIA) is created consisting of 35 items organised in 3

0,843. La concordancia inter e intra-observador son aceptables y con un patrón de distribución aleatoria.

Conclusión: Se obtiene una validez de contenido amplia y un elevado consenso. El instrumento tiene buena consistencia interna y reproducibilidad, con capacidad para orientar diferentes ámbitos de la práctica clínica de enfermería.

**Palabras clave:** comunicación, práctica enfermera, Atención Primaria, valoración del componente comunicativo/relacional.

categories, with a Cronbach's alpha of 0,843. The Inter and Intra-observer concordance are acceptable and with a pattern of random distribution. Conclusion: The outcome is wide validity of contents as well as high consensus. The tool has good internal consistency and test-retest reliability with capability to guide different aspects in clinical Nursing practice.

**Key-words:** Communication, Nursing practice, Primary Care, Communication/relationship component.

## Introducción

La influencia que los estilos de comunicación tienen sobre el proceso de atención y sus resultados en salud está fuera de discusión. Numerosos estudios ponen de manifiesto el efecto terapéutico de una buena comunicación<sup>1,2</sup> al incidir en factores tales como: el afrontamiento, la autopercepción de salud, el cumplimiento del tratamiento, la seguridad, etc. Así mismo, la comunicación está considerada como una de las variables predictoras más importantes a la hora de determinar la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud<sup>3-5</sup> y como una de las dimensiones básicas que definen el producto de los Servicios de Atención Primaria.<sup>6</sup>

A estas razones de carácter genérico tenemos que unir las derivadas de la propia conceptualización de la enfermería. Autoras como Orem<sup>7,8</sup> consideran que para satisfacer los requisitos de autocuidados es necesario tener en cuenta los elementos culturales y de contexto. La enfermera necesita poner en marcha operaciones interpersonales y sociales que permitan integrar estos elementos. Riopelle y Phaneuf<sup>9</sup> destacan el concepto de relación de ayuda, del que deriva la comunicación terapéutica como determinante de una buena práctica. Colliere,<sup>10</sup> entre otras autoras, otorga supremacía a la relación dual, relación imposible de establecer sin la mediación de los procesos de comunicación. Para Peplau,<sup>11</sup> la actividad cuidadora de la enfermera se sustenta en un proceso interpersonal terapéutico. Los cuidados no pueden entenderse al margen de la relación enfermera-persona cuidada. Igualmente, la Escuela del Caring describe éste como un conjunto de acciones que permiten a la enfermera "descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro en la persona, al objeto de facilitar y ayudar respetando sus valores, creencias y formas de vida. El vehículo para el desarrollo de estas acciones no es otro que la comunicación".<sup>12</sup>

Desde la perspectiva metodológica, el enfoque profesional que se vislumbra en las herramientas NANDA, NOC y NIC pone el acento en conocer las necesidades de los pacientes. Se cuestionan los cuidados centrados en la enfermedad y se identifican como procesos susceptibles de intervención enfermera aquellos en los que la relación es el componente por excelencia (conceptos de duelo, de pérdida, de afrontamiento, autoestima...).

La Comunicación Centrada en el Paciente<sup>13</sup> deja de ser una cuestión opcional para convertirse en una exigencia que emana de los propios referentes teóricos de la profesión y del soporte en el que se sustenta el proceso de atención. La comunicación es la herramienta más valiosa para realizar un buen juicio diagnóstico y terapéutico, una negociación adecuada del plan de cuidados, un desarrollo óptimo de las intervenciones y una adecuada evaluación donde la persona cuidada participe. Un déficit en esta dimensión pone en riesgo todo el proceso.

Probablemente sea este conjunto de razones el que explique la aparición en nuestro país de numerosas publicaciones centradas en esta temática en los últimos años. No obstante, el conocimiento que tenemos sobre el desarrollo de esta importante competencia profesional sigue siendo escaso. En la mayoría de las investigaciones realizadas los sujetos de estudio suelen ser pacientes con necesidades especiales en la esfera psico-afectiva (pacientes oncológicos, psiquiátricos, de unidades de cuidados intensivos, etc.),<sup>14,15</sup> su ámbito de estudio suele circunscribirse a un servicio o unidad de hospitalización y el objeto de investigación suele estar centrado en aspectos parciales de

la comunicación (la asertividad, el tacto, la comunicación no verbal, los contenidos, etc.). Son trabajos con poca capacidad explicativa y de generalización, lo que hace que sus resultados no sean concluyentes.

Además, los instrumentos para valorar el componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera, desde la perspectiva teórico/metodológica esbozada, son prácticamente inexistentes. Los encontrados en la literatura científica o bien son muy parciales<sup>16</sup> o proceden de otras áreas de conocimiento.<sup>17-19</sup>

Todo esto nos animó a iniciar un estudio sobre el componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria en el que el primer objetivo ha sido construir una guía de observación con la que poder valorar esta dimensión. Pretendemos ofrecer un instrumento que facilite en primer lugar el autoconocimiento y el análisis compartido de la relación enfermera-paciente, y con ello el desarrollo de una práctica reflexiva en torno a este tema. Y en segundo lugar, la recogida de información en estudios de investigación.

## Metodología

Para la elaboración de la guía hemos partido del cuestionario Gatha-Base<sup>17</sup> elaborado por el grupo "Comunicación y Salud", aplicado en diversas investigaciones sobre la formación y el perfil comunicativo de los Médicos de Familia. Se considera la base para posteriores adaptaciones a los distintos medios, ya que su principal activo es la validez de contenido. Consta de 42 ítems de respuesta dicotómica, agrupados en tres grandes Ejes: 1º Actitud/Características del entrevistador; 2º Tareas comunicacionales (basadas en el modelo de entrevista semiestructurada y el modelo de Comunicación centrada en el paciente desde la perspectiva de Pendleton y del Grupo Canadiense para los Estudios de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario); 3º Habilidades Técnicas Comunicacionales. Para su adaptación y validación hemos seguido diferentes pasos.

a) *Fase de construcción/adaptación.* La finalidad de esta fase es diseñar un cuestionario, así como su correspondiente manual de utilización, adaptados a la práctica enfermera en Atención Primaria, que garantice una suficiente validez de contenido. El procedimiento seguido ha sido el siguiente: a) Revisión y primera modificación por el equipo investigador del cuestionario GATHA-BASE y su correspondiente manual de aplicación, a partir de los marcos teóricos de la disciplina enfermera y las evidencias científicas disponibles; b) Búsqueda de consenso sobre los contenidos, utilizando para ello la Técnica de Grupo Nominal. En su realización han participado diez profesionales de enfermería seleccionados en función de su experiencia y cualificación; c) Incorporación de los resultados del Grupo Nominal con un nivel de consenso superior al 75%, sometiendo la nueva versión a una Prueba de Jueces (Seis personas expertas en comunicación, enfermería y metodología); d) Integración de las aportaciones; e) Aplicación del instrumento a varias consultas videograbadas para detectar posibles errores de forma o problemas de aplicación antes del pilotaje.

b) *Pilotaje.* Para la validación del cuestionario se procedió a su pilotaje con 158 grabaciones de consultas realizadas por 11 profesionales de enfermería de los centros de salud que conforman el ámbito de estudio (Distrito de Atención Primaria de Huelva). El tiempo de observación por cada profesional ha sido de al menos una semana de duración con el fin de poder recoger la variabilidad existente en las consultas.

El criterio seguido para determinar los tamaños muestrales ha sido el de alcanzar un número suficiente de consultas para poder medir la consistencia interna (150 consultas) y la concordancia intraobservador e interobservador (30 registros duplicados). La selección de la muestra se ha realizado basándose más en aspectos lógico-rationales que en la representatividad estadística, dada la naturaleza de nuestro trabajo, dirigido a la elaboración de un instrumento y con la necesaria voluntariedad de los participantes. Los criterios que se han tenido en cuenta en la selección han sido: tipo de consulta, tipo de proceso, diferente duración, diferentes centros y diferentes profesionales.

La recogida de información se ha realizado mediante videograbación, con cámaras fijas, previamente instaladas y accionadas por los profesionales, para minimizar el efecto de la observación y para no alterar la dinámica de la consulta. Los usuarios han sido informados mediante nota explicativa, solicitándoseles su consentimiento previo. Las videograbaciones han sido visualizadas posteriormente por dos observadoras entrenadas para ello. Cada una ha cumplimentado la mitad de los registros realizados.

El proceso de entrenamiento consistió en la visualización y registro de un total de 20 entrevistas, análisis de las divergencias, visualización por los investigadores de aquellas grabaciones con mayor divergencia y revisión conjunta de la interpretación del manual, repitiéndose la secuencia hasta lograr minimizar las discrepancias.

Para medir la variabilidad interobservador se ha seleccionado del total de la muestra un mínimo de 30 grabaciones, que han sido visualizadas por dos observadoras, de manera enmascarada. Para la variabilidad intraobservador, se han visualizado dos veces al menos 30 grabaciones por una misma observadora, con un intervalo de un mes para minimizar el efecto del recuerdo.

c) *Análisis de datos*. Para la selección de ítems se han utilizado los siguientes criterios: juicio de los expertos, coeficiente de correlación ítem/total y cambio en el  $\alpha$  de Cronbach que produciría la eliminación de un ítem determinado. El estudio de la consistencia interna se ha realizado mediante el  $\alpha$  de Cronbach y el de la fiabilidad intra e interobservador mediante el análisis gráfico de las diferencias (Bland y Altman).<sup>20</sup>

## Resultados

### a) Resultados del proceso de

Tabla 1. Alfa de Cronbach según ejes y dimensiones

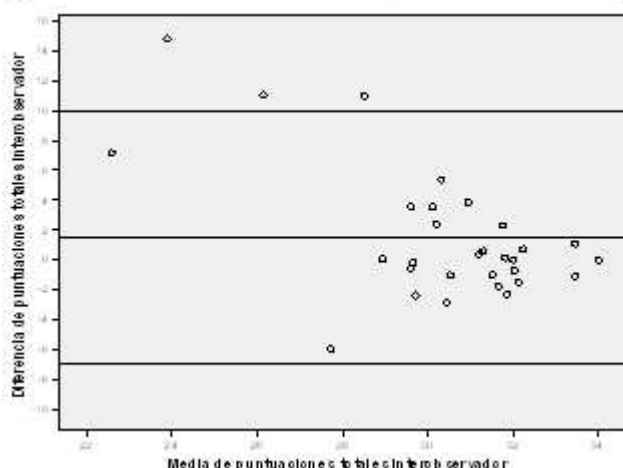
Ejes	Número de ítems	Dimensiones	Alfa de Cronbach
1. Actitudes	14		0.612
2. Tareas Comunicacionales	14		0.908
	6	Recabar información	0.856
	5	Elaborar plan cuidados	0.922
	3	Seguimiento plan cuidados	0.871
3. Habilidades Técnicas	7		0.759
	2	Recabar información	0.956
	5	Contenidos educativos	0.643
Total de la Escala	35		0.843

*construcción*. Tras el proceso de construcción se obtuvo una Guía de Observación de 68 ítems, con diferencias cuantitativas y cualitativas respecto al cuestionario Gatha Base, que guardan relación con el cambio de perfil profesional de los usuarios de la guía. Se obtuvo una buena validez de contenido, al alcanzar todos los ítems un nivel de consenso entre los expertos superior al 75%.

Las modificaciones más sustanciales se produjeron en el Eje de Actitudes, que presenta 20 ítems respecto a los 10 iniciales y en el Eje de Tareas Comunicacionales, en el que se incluyen 13 ítems más que en el cuestionario base. En este Eje los cambios son más relevantes, ya que no sólo se han introducido numerosos ítems, sino reflejan la especificidad de las Tareas Comunicacionales de un profesional de los cuidados, en las que las Respuestas Humanas del usuario/paciente, la participación del cuidador o cuidadora, la búsqueda de signos/síntomas que indiquen el papel del usuario/paciente en la percepción o resolución de su problema, aparecen como cuestiones imprescindibles que la enfermera tiene que desarrollar dentro de la entrevista clínica.

b) *Resultados del proceso de validación*. De las 158 consultas grabadas, 12 (7,6%)

Figura 1. Concordancia interobservador (Gráfico de Bland-Altman)



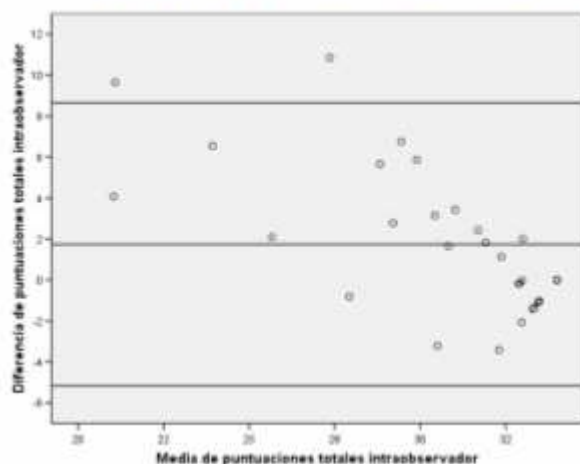
fueron a demanda, 141 (89,2%) programadas y 4 (2,5%) derivaciones. Fueron consultas iniciales 10 (6,3%), y 137 (86,7%) consultas de seguimiento. En 150 (94,9%) se trataba de pacientes primarios, y en 7 de cuidadoras (4,4%). Predominaban las mujeres (96 = 60,7%), frente a los hombres (58 = 36,7%). En 46 consultas (29%) hubo un acompañante. En 28 (17,7%), un observador (estudiante de enfermería). Las consultas duraron entre 2 y 63 minutos, (media de 14,29 y desviación típica de 8,09).

En la selección de ítems, además de los criterios expuestos en material y método, optamos por eliminar del cuestionario los ítems con más de un 30% de "No procede", al observar que un número importante de registros quedaban excluidos del análisis de la consistencia interna, por este hecho. Así, del Eje de Actitudes se eliminaron seis ítems referidos a situaciones poco frecuentes (acompañantes, barreras comunicacionales o idiomáticas, interferencias, etc).

Para el Eje de Tareas Comunicacionales, en la dimensión Recabar información específica (Fase de valoración y evaluación) se eliminaron ocho ítems referidos a primeras consultas, y por tanto poco aplicables al tratarse en su mayoría de pacientes ya conocidos en consulta de seguimiento. De la dimensión Elaborar el plan de cuidados se eliminó un ítem por presentar una correlación ítem-total de 0.0168. De la dimensión Seguimiento del plan de cuidados se eliminaron cinco ítems por aludir de nuevo a situaciones poco frecuentes en la consulta de enfermería. También se eliminó en esta dimensión otro ítem por presentar una correlación ítem-total de 0.026.

Para el Eje de Habilidades técnicas, en la dimensión Recabar información se eliminó

Figura 2. Concordancia intraobservador (Gráfico de Bland-Altman)



un ítem referido a evitar dar seguridades prematuras (más útil en consultas de agudos y por tanto poco utilizado en las estudiadas) y otros dos por presentar correlaciones ítem-total de 0.021 y 0.115 respectivamente. La dimensión Controlar la comunicación no presentaba ningún ítem con frecuencias de "No procede" inferiores al 30%, por lo que fue excluida del análisis. En la dimensión Transmitir contenidos educativos se eliminó un ítem por presentar una correlación ítem-total de 0.194.

Finalmente se ha obtenido un instrumento constituido por un total de 35 ítems agrupados en tres ejes, además de una serie de preguntas de caracterización del profesional, usuario y consulta. La constitución de la guía por ejes y dimensiones y la consistencia interna de cada una de ellas quedan reflejadas en la *tabla 1*.

Se ha comprobado la concordancia interobservador de 33 visualizaciones repetidas, leídas por dos observadoras diferentes de forma enmascarada. El gráfico de Bland y Altman [*figura 1*] muestra una concordancia aceptable, con tres puntuaciones que exceden los límites de concordancia (3/33= 9,09%) y con un patrón de distribución aleatoria.

La concordancia intraobservador se ha medido mediante la visualización repetida de 31 grabaciones por la misma observadora, con un período de tiempo mínimo de un mes entre una y otra para evitar el efecto del recuerdo. El gráfico de Bland y Altman [figura 2] mostró una buena concordancia, con sólo dos puntuaciones que exceden los límites aceptables de concordancia ( $2/31 = 6.45\%$ ), y con un patrón de distribución aleatoria.

## Discusión

Los resultados del estudio muestran una validez de contenido amplia, fundamentada en modelos teóricos y elevado consenso entre expertos. Presenta una buena consistencia interna, tanto global como por ejes, y un buen nivel de reproducibilidad, si tenemos en cuenta que nuestra guía está validada en situaciones reales de consulta, frente a los instrumentos más utilizados en nuestro medio, validados en condiciones de laboratorio, con pacientes estandarizados.<sup>17,18</sup>

Los aspectos que se han incorporado al Eje de Tareas Comunicacionales, relativos a los cuidados, las respuestas humanas, los cuidadores y cuidadoras, ponen de manifiesto un enfoque enfermero. Su uso está claramente orientado a la práctica clínica del profesional de enfermería. Este aspecto puede ser interpretado como una limitación, pero en nuestro caso es una opción deliberada, al objeto de poder ofrecer un instrumento lo suficientemente específico que oriente diferentes ámbitos profesionales (asistencia, formación, e investigación en cuidados).

La dificultad para medir la consistencia interna en el Eje de Actitudes por falta de variabilidad en las respuestas se debe a que la casi totalidad de los profesionales obtienen una respuesta afirmativa en la mayoría de los ítems del Eje, no pudiendo hallarse por tanto su correlación. La explicación a este hecho puede estar por un lado en los cuidados personalizados y continuados que prestan los profesionales de enfermería en Atención Primaria y en el elevado número de consultas de seguimiento que se realizan (en nuestra muestra tan sólo 10 de las 158 son primeras consultas). Esto genera una relación de confianza con los usuarios que hace difícil que las conductas estudiadas no se den. Otra posible explicación puede estar en el sesgo de selección inherente a este tipo de investigación, en la que la participación es totalmente voluntaria, pudiendo determinar un perfil diferente entre los que han accedido a grabarse y los que no. Esto justifica en parte la decisión tomada de mantener en el instrumento estos ítems con poca capacidad de discriminación, dado que estos resultados no tienen por qué mantenerse al aplicar el instrumento a muestras mayores o extraídas de otras poblaciones. Por otra parte, el objetivo del trabajo no es sólo ni fundamentalmente hacer comparaciones entre grupos y personas, sino ayudar a la autoformación y a la descripción de la realidad de la relación enfermera-paciente.

Comparando nuestros resultados con estudios similares realizados en nuestro medio observamos que obtenemos un nivel de consistencia interna superior al Gatha-RES18 y ligeramente inferior al cuestionario CICAA,<sup>19</sup> si bien este último utiliza una escala tipo Lickert, por lo que la comparación es poco pertinente. Con el Gatha-Base no es posible la comparación, al no disponer de este parámetro en las publicaciones sobre el mismo.

Otro hecho que merece ser comentado es la elevada frecuencia de respuestas "No procede". Una posible explicación puede estar en la baja prevalencia que tienen en nuestro ámbito de estudio algunas de las situaciones a las que se refieren los nuevos ítems incorporados, y otra en la herencia arrastrada del instrumento original, orientado a primeras consultas, mientras que actualmente el trabajo de enfermería en Atención Primaria es básicamente de seguimiento. Todo ello actúa como un artefacto negativo que afecta al tamaño muestral (no procede= caso faltante). Para minimizar este efecto hemos utilizado dos estrategias. La primera, eliminar los ítems que presentaban más de un 30% de "No Procede". La segunda, aplicar una fórmula correctora para el cálculo de las puntuaciones totales del cuestionario, consistente en ponderar los cálculos de puntuación total y por ejes en función del número de ítems contestados, de manera que las puntuaciones totales sean independientes de los ítems con respuesta "No procede". La primera de las estrategias nos ha conducido a la eliminación de ítems muy interesantes desde la perspectiva de la validez de contenido. Por ello, sugerimos que estos ítems sean incorporados a la Guía de Observación cuando ésta se utilice con fines formativos, o en estudios que se realicen en una muestra suficientemente amplia para captar estos fenómenos de baja prevalencia en una segunda validación.

La variabilidad interobservador resultó aceptable, a expensas de algunos registros especialmente discrepantes, debido a artefactos de la fórmula de cálculo de la puntuación total, producidos por casos con valores faltantes. No es posible la comparación con la concordancia interobservador de Gatha-Base,<sup>17</sup> puesto que en ese trabajo se aplicó el estudio de concordancia no a la puntuación total, sino como mecanismo de selección de cada ítem. Tampoco está calculada la concordancia interobservador en los estudios Gatha-Res y CICAA.

Respecto a la variabilidad intraobservador, obtenemos resultados aceptables, con una variabilidad ligeramente superior a la de CICAA. En Gatha-Res, la valoración se realizó en cuatro fases, en las que la concordancia intraobservador fue mejorando sucesivamente. Nuestros resultados fueron equivalentes a los obtenidos en las dos primeras fases de ese trabajo.

Diversas razones explican que no se alcance un resultado óptimo en el análisis de la variabilidad inter e intraobservador. Por un lado, la complejidad del instrumento, en el que un número importante de ítems aluden a conductas complejas, difíciles de captar o que requieren no sólo de observación sino de valoración por parte del observador, efecto que se ha tratado de minimizar con el Manual de Uso, en el que se explicita el significado del "Sí", del "No", y del "No Procede" y con un proceso de de entrenamiento de las observadoras. Por otro, la dificultad derivada de la situación real de consulta. Es previsible que la reducción en el número de ítems en el cuestionario final (de 68 a 35), al simplificar el proceso de observación, reduzca la variabilidad. Además, la repetición de los análisis y un mayor entrenamiento de los observadores permitirán obtener, como en el caso de Gatha-Res, una mejora en este apartado.

## **Conclusiones**

El proceso de adaptación y validación ha concluido con una Guía de observación que denominamos GATHA-ENFERMERÍA. Este instrumento muestra unas buenas propiedades psicométricas, que permiten su uso en los diferentes ámbitos para los que fue diseñado (formación, gestión e investigación).

La finalidad de este trabajo era ofrecer un instrumento que facilitase el autoconocimiento y el análisis compartido de la relación enfermera-paciente, y con ello el desarrollo de una práctica reflexiva en torno a este tema. Consideramos que este objetivo está garantizado, pues el Gatha-Enfermería permite el autoanálisis individual y grupal y facilita la detección de las áreas que necesitan ser mejoradas.

En el área de la gestión de los servicios enfermeros hace igualmente una aportación relevante. Una gestión de calidad de los recursos humanos, que tienen por objeto los cuidados a la población, pasa por el tamiz de la comunicación e interacción personal. Ello nos lleva a identificar el Gatha-Enfermería como un buen instrumento para medir una dimensión importante de la calidad en este campo.

Por último, consideramos que este instrumento puede ser un recurso útil para estudiar la relación que se produce entre el profesional de los cuidados y el usuario, así como sus repercusiones en la salud de este último. A diferencia de los estudios comentados, el instrumento que presentamos se dirige a captar, además de las características genéricas de la comunicación, la especificidad de las aportaciones de la enfermera en la entrevista clínica.

No obstante, el instrumento diseñado, a pesar de los ítems que se han eliminado, es un instrumento complejo, que requiere de profesionales expertos en la materia y de un adiestramiento específico, si va a ser utilizado para fines de investigación o gestión. Por el contrario, para su empleo en procesos de formación, no requiere más que de la capacitación básica que se les supone a los profesionales. Además, el grado de complejidad que puede suponer el instrumento está en gran medida minimizada por el Manual de Uso, que guía de forma muy operativa la valoración de cada uno de los ejes.

## **Bibliografía**

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*, 1995; 152: 1423-1433.
2. Alamo M, Ruiz R, Pérula LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized

- musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient-Educ-Couns.* 2002 Sep; 48(1): 23-31.
3. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 325: 697-700.
4. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull V, Frankel R. Physician - patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama*, 1997; 277: 533-559.
5. Johnson A, Sandford, J Tyndall, J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [Consultado el 14.08.2007].
6. Pujol E, Gené J, Sans M, Samprieto L, Pasarín I, Iglesias B, Casajuana J, Escaramis G. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria*, 2006; 20 (3): 209-219.
7. Orem D. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat, 1996.
8. Stephen J y Cavanagh. *Modelo de Orem*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
9. Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1997.
10. Colliere FM. *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1993.
11. Peplau HE. *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermera psicodinámica*. Barcelona: Salvat, 1990.
12. Kérovac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996.
13. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Intervenciones para la promoción de un enfoque centrado en el paciente por parte de los prestadores en las consultas clínicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, numero 1, 2006. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [Consultado el 14.08.2007].
14. Bengoetxea MB. Estudios Sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes (Revisión). *Enfermería Clínica*, 2001. 11(6):266-274.
15. Carrillo G, Esquivel J, García C, Ramírez, P, Ugalde M, Bautista G. Relación enfermera- paciente y su repercusión en el estado emocional del paciente crítico. *Rev Mex de Enfermería Cardiológico*, 1997;5(4): 99-101.
16. Costa IS, Trevizan MA, Fevéro N, Nogueira MS, Galvao CM. Comunicación con el paciente. *Rev Rol Enferm*, 2001; 24(10):14-18.
17. Prados JA, Cebria J, Bosch JM, Borrell F, Alonso S, Pérez J. Construcción de un Cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: el Cuestionario GATHA Base. *Tribuna Docente* 2003; 4(5): 31-48.
18. Ruiz R, Prados JA, Alba M, Bellón J, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención Primaria*, 2001; 27:469-477.
19. Ruiz-Moral R y Pérula de la Torre LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Atención Primaria*, 2006; 37(6):320-324.
20. Bland JM, Altman DG. Difference versus mean plots. *Ann-Clin-Biochem* 1997 Sep; 34 (Pt 5):570-1.