



ORIGINAL

Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal

C. Leal Costa^{a,*}, I. Luján Cebrián^b, J. Gascón García^c,
L. Ferrer Villalonga^a y C.J. Van-der Hofstadt Román^d

^aUnidad de Cuidados Intensivos, Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

^bHospital de día Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

^cUnidad de Neumología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^dUnidad de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante, España

Recibido el 26 de enero de 2010; aceptado el 11 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 27 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Habilidades sociales;
Comunicación;
Cuidados críticos;
Urgencias;
Personal sanitario

Resumen

Objetivo: Determinar las habilidades sociales del personal sanitario de la Unidad de Urgencias y Cuidados Críticos del Hospital Comarcal «Vega Baja», y analizar la existencia de la asociación entre una serie de variables sociodemográficas y profesionales y las habilidades sociales.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Método: Se emplearon dos instrumentos de evaluación: un cuestionario de variables sociodemográficas y profesionales, y la escala de habilidades sociales (EHS) de Elena Gismero.

Resultados: Se obtiene una tasa de respuesta del 82,6%. Teniendo en cuenta los baremos realizados por la autora en la validación de la EHS, podemos observar que la muestra obtiene una puntuación media-alta en cada una de las dimensiones. Se encuentran diferencias significativas al considerar como variable independiente la variable sociodemográfica sexo con la puntuación total de la EHS ($F=6,555$; $p=0,013$) y con las dimensiones de la escala autoexpresión en situaciones sociales ($F=4,468$; $p=0,039$) y hacer peticiones ($F=7,982$; $p=0,007$).

Conclusiones: En cada una de las dimensiones de la EHS la muestra obtiene una puntuación media ligeramente superior a la de la muestra de baremación y que se situaría en torno al percentil 50–69, indicando la presencia de un nivel medio-alto de la habilidad social. Puntúan más alto los médicos que las enfermeras, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cleal@pdi.ucam.edu (C. Leal Costa).

KEYWORDS

Social skills;
Communication;
Critical cares;
Emergency;
Health workers

Social skills in emergency and critical care professionals of a regional public hospital**Abstract**

Objective: To assess the social skills of health care professionals in the emergency and critical care units of the regional hospital Vega Baja and analyze the association between a series of sociodemographic and professionals variables and social skills.

Aim: A cross-sectional, descriptive study.

Method: Two evaluation tools were used. These included a sociodemographic and professional variables questionnaire, and the Elena Gismeno's Social Skills Scale (SSS).

Results: A response rate of 82.6% was obtained. Considering the standards made by the author in SSS validation, it can be seen that the sample has obtained a medium-high score in each one of the aspects. Significant differences have been found when considering the sociodemographic variable gender as an independent variable with the complete score of SSS ($F=6.555$; $p=0.013$), and with the scale dimensions, self-expression in social situations ($F=4.468$; $p=0.039$) and making a demand ($F=7.982$; $p=0.007$).

Conclusions: In each one of the SSS dimensions, the sample has obtained a slightly higher score than the standard sample and it within the 50–69 percentile. This indicates the existence of a medium-high level of Social Skill. The doctors score higher than the nurses, although these differences are not statistically significant.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEEUC. All rights reserved.

Introducción

Las organizaciones sanitarias han experimentado en los últimos años un cambio significativo. Han pasado de ser entidades prestadoras de servicios orientados a los profesionales a seguir modelos organizativos centrados en los usuarios y preocupados por responder a las expectativas de estos¹.

El personal sanitario utiliza la comunicación como herramienta básica para el ejercicio de su profesión. Para Watzlawick la comunicación y la existencia son dos ideas que no pueden separarse, pues un ser requiere para su subsistencia tanto los elementos indispensables para su metabolismo como la apropiada información sobre el mundo que lo rodea². El desempeño del personal sanitario no depende solamente de su preparación científicotécnica y de sus habilidades y destrezas, puesto que de nada sirven estas si no logra establecer una cordial y provechosa comunicación con su paciente.

La Ley General de Sanidad Española³ y la Ley de Autonomía del Paciente⁴ reconocen el derecho del paciente a ser informado, así como a no serlo. Son muchos los conflictos en la relación con el paciente que se podrían evitar si fuéramos capaces de mejorar nuestras habilidades sociales o de comunicación y nuestra capacidad negociadora. Los expertos coinciden en que el factor determinante más importante de la satisfacción tiene que ver más con cómo se trata a los pacientes y con los aspectos de comunicación que con los cuidados recibidos^{5,6}.

Los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de las urgencias y de los cuidados críticos se ven con frecuencia expuestos a situaciones complejas en las que la comunicación va a ser imprescindible para su manejo.

Los servicios de urgencias en España constituyen una de las áreas sanitarias más solicitadas por la población, de forma que casi un 30% de esta los utiliza cada año⁷ y la tasa de pacientes que allí fallecen se sitúa actualmente en el 0,7%⁸.

Por otro lado, la intensidad de la experiencia que supone el paso por una unidad de cuidados intensivos (UCI) es innegable, el paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana⁹.

El ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil. La familia y los pacientes están separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados¹⁰. Este hecho conduce, por tanto, a una situación de crisis familiar y de desestabilización que repercute en todos sus componentes¹¹ y dificulta el proceso de comunicación¹².

De este modo, la notificación de defunción a los familiares y a los allegados es relativamente frecuente en estos servicios. Además, deben afrontar todo el proceso comunicativo de enfermedades graves y rápidamente evolutivas a veces difíciles de explicar, como el fracaso multiorgánico, el coma, la sepsis o la muerte encefálica.

Comunicar malas noticias es una frecuente y una difícil tarea con la que tienen que enfrentarse los profesionales sanitarios, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor comparada con los otros aspectos técnicos de la práctica médica, y para lo que no se ha previsto una formación específica de comunicación en los planes curriculares, tanto de pregrado como de posgrado^{13,14}.

Además, las unidades de urgencias y de cuidados críticos se integran bajo la denominación de unidades de alto riesgo, ya que en ellas se hospitalizan enfermos en situaciones límite y se agudiza el proceso de tecnificación de los cuidados, lo cual, sin duda, ha proporcionado triunfos relevantes en la lucha contra la enfermedad, pero ha llevado también a una clara deshumanización del quehacer del sanitario. Estas características hacen que en estas unidades el personal sanitario sufra niveles más altos de estrés laboral y burnout^{15,16}. En este sentido, el entrenamiento en recursos y en habilidades sociales (asertividad, comunicación, relajación, reestructuración cognitiva, técnica de solución de problemas, etc.),

dirigido también a los profesionales de la salud, ayudaría a prevenir el síndrome de estar quemado por el trabajo. Así pues, se mitigaría el estrés al que se ve sometido el personal sanitario por carecer de este tipo de habilidades y/o recursos cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como la de los familiares de los pacientes), manejar situaciones interpersonales conflictivas (como responder a las demandas emocionales de los pacientes terminales) o defender sus competencias profesionales ante otros colectivos implicados en los servicios de salud^{17,18}.

Se considera la conducta asertiva o socialmente habilidosa y/o a las habilidades sociales como términos equivalentes, y conceptualizada según Gismero¹⁹ como «el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera asertiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autorreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo».

Este estudio tiene como objetivo determinar las habilidades sociales del personal sanitario (médicos y enfermeras) de la Unidad de Urgencias y Cuidados Críticos del Hospital Comarcal Vega Baja. Como objetivos específicos nos planteamos:

- Determinar el grado de habilidad social en autoexpresión en las situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor/a, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto en la población de estudio.
- Analizar la existencia de la asociación entre las variables sociodemográficas y profesionales con las habilidades sociales.

Material y método

El tipo de diseño es descriptivo y de corte transversal. El estudio se llevó a cabo en las Unidades de Urgencias y Cuidados Críticos del Hospital Vega Baja, Orihuela.

Las variables estudiadas se agrupan en varios apartados:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y número de hijos.
- Variables profesionales: profesión, unidad de trabajo y meses trabajados en la unidad.
- Habilidades sociales. Esta variable se concreta en los contenidos siguientes: autoexpresión en las situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor/a, expresión de enfado o de disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Para conseguir el objetivo planteado se utilizaron dos instrumentos de evaluación autoadministrados que se presentaron al personal médico y de enfermería de las unidades de urgencias y cuidados críticos, que participó de forma voluntaria en la investigación. En todo momento se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos. La recogida de cuestionarios fue llevada a cabo

con la colaboración del supervisor de urgencias y de la UCI durante los meses de octubre y de noviembre de 2009.

Muestra

La población objeto de estudio está formada por 69 profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de Urgencias y de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Vega Baja. Dichas unidades cuentan con una plantilla de 12 médicos y de 24 enfermeras en la Unidad de Urgencias, y de 9 médicos y de 24 enfermeras en la Unidad de Cuidados Críticos. Se recogen 57 cuestionarios válidos, lo que supone una tasa de respuesta del 82,6%.

«Escala de habilidades sociales» de Elena Gismero publicada por TEA Ediciones (2000)¹⁹

La EHS se ha utilizado para medir las habilidades sociales del personal sanitario. Se ha escogido este instrumento por ser breve (requiere aproximadamente unos 15 min para ser cumplimentado), específico (mide aserción y/o habilidades sociales), construido, validado y tipificado con la población española y con unas adecuadas propiedades psicométricas. Además permite identificar con precisión a los individuos con distintos déficits en diversas áreas. Por otra parte, los sujetos con los que se validó el instrumento fueron, en un primer estudio, adultos jóvenes (el 90% menores de 30 años) y, por tanto, similares a la muestra de nuestro trabajo. En su versión definitiva esta escala está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en sentido inverso, es decir, expresar acuerdo con su contenido indicaría un déficit en las habilidades sociales, y 5 de ellos en sentido positivo (ítems 3, 7, 16, 18 y 25), es decir, contestar afirmativamente expresaría manifestar una conducta socialmente habilidosa. Con respecto al formato de la respuesta, la persona debe seleccionar 1 de entre 4 alternativas expresadas así:

- A: no me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B: más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C: me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D: muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Los ítems redactados de manera positiva se puntúan como sigue: A=1, B=2, C=3 y D=4; si la redacción del elemento es inversa se puntúan: A=4, B=3, C=2 y D=1. Por tanto, una mayor puntuación global indica que la persona tiene más habilidades sociales y más capacidad de aserción en distintos contextos.

Los seis factores que componen la escala son los siguientes:

- I: *autoexpresión en las situaciones sociales*. Este factor está compuesto por 8 ítems y refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc.). Obtener una alta puntuación indica facilidad para las interacciones en tales contextos para expresar las opiniones y los sentimientos, hacer preguntas, etc.

- II: *defensa de los propios derechos como consumidor*. Una alta puntuación en este factor compuesto por 5 ítems refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (no dejar «colarse» a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.).
 - III: *expresión de enfado o disconformidad*. Bajo este factor que incluye 4 ítems subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Una puntuación alta indica la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas. Una puntuación baja indicaría la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).
 - IV: *decir no y cortar interacciones*. Los 6 ítems de este factor reflejan la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en que queremos interrumpir la conversación o con personas con las que no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación), así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir «no» a otras personas y cortar las interacciones a corto o a largo plazo que no se desean mantener por más tiempo.
 - V: *hacer peticiones*. Esta dimensión está compuesta por 5 ítems y refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor) o en situaciones de consumo (en un restaurante no nos traen algo como lo pedimos y queremos cambiarlo o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indicaría que la persona que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a estas sin excesiva dificultad, mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.
 - VI: *iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*. El factor compuesto por 5 ítems se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita, etc.) y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión se trata de intercambios positivos. Una puntuación alta indica la facilidad para tales conductas, es decir, la iniciativa para comenzar interacciones con el sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta de este. Una baja puntuación indicaría una dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.
- El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 12.0.

Resultados

Estadística descriptiva

La media de edad de la muestra ha sido de 33,56, con predominio del sexo femenino (66,7%) con respecto al

masculino (33,3%). La media de hijos no llega a ser de uno por persona (0,77) y destaca que un 51% de la muestra no tiene ninguno (tabla 1).

Por lo que respecta a las variables profesionales, se registraron un 68,4% de enfermeras/os y un 31,6% de médicos. Al analizar el tiempo medio en el desempeño del empleo, obtenemos que este es de 95,5 meses, con una desviación típica de 61,8, siendo el mínimo 4 meses y el máximo 240 meses (tabla 2).

En la tabla 3 se pueden observar los valores estadísticos descriptivos para cada una de los factores de la escala de habilidades sociales (EHS) de Elena Gismero. Para cada uno de los valores observamos el valor mínimo y máximo que se puede obtener en cada dimensión, las medias de la puntuación directa y el percentil, y la desviación típica de la puntuación directa y el percentil. Teniendo en cuenta los baremos realizados por la autora en la validación de la escala, podemos observar que la muestra obtiene una puntuación media-alta en cada una de las dimensiones.

Si nos fijamos en los percentiles de la puntuación total en la EHS de Elena Gismero según la categoría profesional y la unidad, podemos observar que sí hay diferencias entre los

Tabla 1 Variables sociodemográficas

	Recuento	% del n válido de la tabla
Sexo		
Hombre	19	33,3
Mujer	38	66,7
Estado civil		
Soltero	24	42,1
Casado	31	54,4
Divorciado	2	3,5
Hijos		
0	29	50,9
1	15	26,3
2	11	19,3
3	1	1,8
4	1	1,8

Tabla 2 Variables profesionales

	Recuento	% del n válido de la tabla
Categoría profesional		
Médico	18	31,6
Enfermera	39	68,4
Unidad		
Cuidados intensivos	26	45,6
Urgencias	31	54,4
Tiempo trabajado (años)		
0-5	20	35,1
5-10	22	38,6
10-15	11	19,3
15-20	4	7

Tabla 3 Variables estadísticas y descriptivas. Dimensiones de la escala de habilidades sociales

	n	Valor mínimo	Valor máximo	Media		Desviación típica
				PD	Percentil	PD
Autoexpresión en las situaciones sociales	57	8	32	23,7	60	4,3
Defensa de los propios derechos como consumidor	57	5	20	14	50	3
Expresión de enfado o disconformidad	57	4	16	10,8	55	1,86
Decir no y cortar interacciones	57	6	24	17,4	70	3,7
Hacer peticiones	57	5	20	14,1	55	2,25
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	57	5	20	13,7	55	2,8
Total	57	33	132	93,6	65	13,2

PD: puntuación directa.

Tabla 4 Percentiles de la puntuación total en la escala de habilidades sociales según la categoría profesional y la unidad

		UCI		Urgencias	
		Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras
Autoexpresión en las situaciones sociales	n	75	60	70	50
Defensa de los propios derechos como consumidor	57	65	45	60	50
Expresión de enfado o disconformidad	57	70	55	60	50
Decir no y cortar interacciones	57	65	70	70	70
Hacer peticiones	57	40	60	60	55
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	57	50	55	70	50
Total	57	70	60	70	60

UCI: unidad de cuidados intensivos.

sujetos de la muestra. El percentil obtenido por los médicos de la UCI y de urgencias es de 70, y el de las enfermeras de la UCI y de urgencias es de 60 (tabla 4).

Estadística inferencial

Del análisis de varianza de un factor (ANOVA) realizado entre las variables sociodemográficas y profesionales, y las medidas de *habilidades sociales* (EHS) y de habilidades de comunicación se desprenden los siguientes resultados:

1. No se han encontrado diferencias significativas en las *habilidades sociales y de comunicación* al considerar como variables independientes las variables sociodemográficas de edad, estado civil y número de hijos.
2. No se han encontrado diferencias significativas en las *habilidades sociales y de comunicación* al considerar como variables independientes las variables profesionales de categoría profesional, unidad y meses trabajados.
3. Se encuentran diferencias significativas al considerar como variable independiente la variable sociodemográfica sexo con la puntuación total de la EHS ($F=6,555$; $p=0,013$) y con las dimensiones de la escala autoexpresión en situaciones sociales ($F=4,468$; $p=0,039$) y hacer peticiones ($F=7,982$; $p=0,007$).

Discusión

Teniendo en cuenta la tasa de respuesta obtenida (82,6%), podemos considerar que la muestra resultante es

representativa de la población diana que se pretendía analizar, dado el elevado índice de participación.

En cada una de las dimensiones de la EHS de Elena Gismero (autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor/a, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto) la muestra obtiene una puntuación media ligeramente superior a la de la muestra de baremación y que se situaría en torno al percentil 50-69, indicando la presencia de un nivel medio-alto de la habilidad social (tabla 3).

La media obtenida por la muestra en la puntuación global es mayor que la de la muestra de baremación y se situaría en torno al percentil 64. Esto quiere decir que los profesionales tendrían más habilidades sociales en general que la muestra de baremación.

Con respecto a las diferencias en la puntuación global de la escala como en cada una de las dimensiones que la conforman, con la variable categoría profesional, puntúan más alto los médicos que las enfermeras, por lo tanto, los médicos tienen más habilidades sociales que las enfermeras, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Donde sí se encuentran diferencias significativas es al considerar como variable independiente la variable sociodemográfica sexo con la puntuación total de la EHS y con las dimensiones de la escala autoexpresión en situaciones sociales y hacer peticiones. Así, la media de las puntuaciones obtenidas por la muestra masculina es mayor que las obtenidas por la muestra femenina. Al revisar la literatura médica sobre el tema, y refiriéndose a las habilidades sociales en general, se observa que el sexo juega un papel

importante en la percepción de la habilidad social^{20,21}. Apoyando los resultados obtenidos, encontramos que los hombres suelen tener menor dificultad para expresar sentimientos negativos y hacer peticiones²² y ser más asertivos en situaciones laborales²³.

No obstante, para valorar estos resultados en su justa medida es obligado señalar las limitaciones del presente estudio. El hecho de que solo se ha empleado una técnica para la evaluación de las habilidades sociales, que si bien ha demostrado su validez y fiabilidad, no está diseñada exclusivamente para el personal sanitario, sino para la población general y, además, completarse con alguna medida sobre el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por estos profesionales de urgencias y de cuidados críticos durante sus estancias hospitalarias. Por tanto, serían necesarias herramientas validadas que midieran habilidades sociales y de comunicación en el personal sanitario, así como herramientas validadas que midieran la satisfacción de los pacientes con la forma en que lo distintos profesionales se comunican con ellos. Hay mucho por trabajar y a todas estas necesidades se intentará dar respuesta mediante las investigaciones que está llevando a cabo el grupo de investigación en habilidades de comunicación del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Bibliografía

1. Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias y los modelos de calidad. Madrid: Triacastela; 2005.
2. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas, 6 ed. Barcelona: Ed, Herder; 1987.
3. Ley 41/1986 del 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. N.º 102 (Abr. 29, 1986).
4. Ley 41/2002 del 14 noviembre, de Autonomía del Paciente. Boletín Oficial del Estado. N.º 274 (Nov. 15, 2002).
5. Boudreaux ED, Mandry MD, Wood MA. Patient satisfaction data as a quality indicator: A tale of two emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2003;10:261–8.
6. Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32:1922–7.
7. Instituto Nacional de Estadística. Población que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses por sexo y tipo de servicio de urgencias. Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales. Año 2003. [consultado 17/9/2009]. Disponible en: www.ine.es.
8. Miró O, De Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias hospitalario: incidencias, causas y consecuencias. *Med Clin*. 1999;112:690–2.
9. Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvarino AM, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* 2008;12:14. [consultado 17/9/2009]. Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/822>.
10. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lematre F, Hubert P, Canoni P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med*. 2001;29:1893–7.
11. Bernat Bernat R, López Ruiz J, Fonseca Roselló J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 1999;10:19–32.
12. Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31:57–61.
13. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006;30:452–9.
14. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin*. 2006;127:580–3.
15. Fornés J. Estrés laboral en personal de enfermería: causas, emociones y posibles predictores [tesis doctoral]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 1992.
16. Ríos Rísquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:169–78.
17. León JM, Jarana L. Entrenamiento en habilidades sociales a los profesionales de la salud. Madrid: FUDEN; 1990.
18. León JM, Medina S, Cantero FJ, Gómez T, Barriga S, Gil F, et al. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1997.
19. Gismero E. EHS escala de habilidades sociales. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada; 2000.
20. Álvarez E, Gavara A, Vidal MA. Las habilidades sociales en el ámbito sanitario. En VIII Congreso Nacional de Psicología Social. Torremolinos: Abril, 2003.
21. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. 5 ed. Madrid: S. XXI; 2002.
22. Solomon L, Rothblum ED. Social skills problems experienced by women. En: L'Abate L, Milan MA, editores. *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: Wiley; 1985.
23. Hollandsworth JG, Wall K. Sex differences in assertive behavior: An empirical investigation. *J Couns Psychol*. 1977;24:217–22.