



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL DE CARÁCTER PÚBLICO, DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

PRESENTA

AUSTRIA AVIÑA ANA LIZBETH CUENTA 409020517

ASESORA:



MTRA. MARÍA CRISTINA MÜGGENBURG RODRÍGUEZ

MÉXICO, D.F. 2012-2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES

Les agradezco por haber sacrificado gran parte de su vida sin escatimar esfuerzo alguno, para que pudiera lograr este gran paso de mi vida. Gracias por compartir mis triunfos y derrotas, guiándome por el camino de la sabiduría, enseñándome a extender mis alas y emprender el vuelo hacia nuevos horizontes, con sabios consejos, amor, paciencia y apoyo. Por esto y más mil gracias papitos.

A MI ESPOSO E HIJA VICTOR-ALIN

Que con gran amor y orgullo que sienten hacia mí, han creado una fuerte energía que me han impulsado a seguir adelante aun en momentos difíciles. Sobre todo les agradezco la gran paciencia que me han tenido en momentos de grandes jornadas en los cuales no he podido estar a su lado. Los amo.

A MI HERMANO PASCUAL

Por el apoyo incondicional que me has brindado en los momentos de gran necesidad y muy difíciles para mí, para seguir impulsándome a ir siempre adelante y aprender a estar siempre juntos en los buenos, malos y sobre todo difíciles momentos de nuestra vida.

A MI ASESORA MARIA CRISTINA MUGGENBURG RODRIGUEZ

Le agradezco por su apoyo incondicional que siempre me brindo para seguir adelante, por su paciencia y constancia. Le agradezco también por haberme guiado desde el inicio en la elaboración de esta tesis con mucho profesionalismo y sobre todo con una excelente calidad humana. Por esto y más no tengo como pagarle todo lo que ha hecho por mí, de corazón muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I PROBLEMA	4
II JUSTIFICACIÓN	4
III MARCO TEÓRICO	5
• CAPÍTULO 1. La relación enfermera-paciente como parte del cuidado profesional	
• CAPÍTULO 2. Aspectos psicosociales en el cuidado de enfermería	9
• CAPÍTULO 3. La comunicación en el cuidado de enfermería	10
• CAPÍTULO 4. Relación de ayuda en enfermería	13
• CAPÍTULO 5. Artículos relacionados	24
IV OBJETIVOS	29
V METODOLOGÍA	29
VI ASPECTOS ÉTICOS	31
VII DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	31
VIII DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
IX CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

La presente investigación contiene elementos para trabajar con pacientes hospitalizados y se refiere al tema de interacción enfermera – paciente ya que entre estos se da una relación humana, entre una persona que está en desequilibrio biológico, psicológico, social y/o espiritual y una persona con formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda por medio de una interrelación entre estas dos. Debido a que todas las personas tienen una manera de afrontar la enfermedad va a depender como acepten la ayuda y de qué manera se les brinde.

El profesional de enfermería debe de ofrecer un cuidado integral el cual incluye los aspectos biológicos, psicosociales y espirituales que el paciente requiere, por lo que es necesario ver a la persona a la que se presta cuidado de forma única e integral.

La profesión de enfermería se enfrenta a la compleja situación de tener que expresar la identidad del servicio que ofrece la población en este sentido se pierde la idea de cuidar a la enfermedad para dar paso al cuidado a la persona en todas sus dimensiones por tanto tiene un contenido científico tanto humanista como biológico y un método que integra a la acción de cuidar de una relación interpersonal que ofrezca respeto a la individualidad.

Debido a que es muy común que la enfermera preste cuidados rutinarios, existe un gran problema de relación entre enfermera-paciente, por lo que nos dimos a la tarea de identificar sus causas; una de ellas y se podría decir que la más sobresaliente es la carga de trabajo de las enfermeras entre otras que se mencionaran en este trabajo.

En esta investigación se llevó a cabo entrevistas a pacientes de un hospital de tercer nivel de carácter público, de la ciudad de México de 18 a 99 años de edad, de ambos sexos, con el apoyo de un instrumento diseñado para el propósito del estudio, con el fin de conocer problemas que puedan ser identificados por los responsables de enfermería y generar estrategias para su resolución.

I PROBLEMA

¿Qué opinan los pacientes acerca de la interacción que tienen las enfermeras con ellos?

II JUSTIFICACIÓN

La realización de esta investigación tiene diversos motivos que la justifican. La situación laboral de las enfermeras que tienen cargas elevadas de trabajo, se ve reflejada en los cuidados rutinarios que imparten, pues llegan a ser deficientes en las diferentes esferas del paciente, lo que puede traer como consecuencia cuidados y atención deficientes, propiciando baja satisfacción de ambas partes.

La realización de esta investigación busca una vía para que las enfermeras puedan participar activamente brindando una atención de calidad incluyendo los aspectos bio-psico-sociales del paciente, y así, los pacientes tengan la confianza de exponer sus necesidades con las enfermeras con base en una buena comunicación. Por tanto, la recuperación del paciente pueda ser más pronta y satisfactoria, disminuyendo los días de estancia hospitalaria y en consecuencia las enfermeras queden satisfechas con su trabajo

III MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. La relación enfermera-paciente como parte del cuidado profesional

Entre la enfermera y el paciente se da una relación humana, entre una persona que está en desequilibrio biológico, psicológico, social y/o espiritual y una persona con formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda por medio de una interacción entre estas dos.

La interacción enfermera-paciente está dirigida a las personas que se sienten capaces de llevar consigo la responsabilidad de su profesión, que desean un crecimiento personal de los que aman y cuidan, así mismo reducir la angustia y la ansiedad.

Todas las personas tienen una manera de afrontar la enfermedad y de aquí va a depender como acepten la ayuda.⁽¹⁾

ORIGEN DE LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. Los seres humanos han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo permitir que la vida continúe y se desarrolle.

Todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad aseguran la continuidad de la vida del grupo y de la especie. Asegurar la supervivencia, es un hecho cotidiano de ahí surge una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo “cuidar es necesario”, cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos pero también de los muertos. Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitir reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo fundamento de todos los cuidados.⁽²⁾

Los primeros encargados de los cuidados como el chamán y el sacerdote eran los encargados de garantizar estos ritos para conservar la vida y enfrentar la muerte. Los cuidados médicos los únicos reconocidos como científicos, sustituyen los cuidados para mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos, frente al problema de la vida y la muerte cuidar se convierten en tratar a la enfermedad. ⁽²⁾

En las civilizaciones tradicionales, la mujer, al estar más cerca de la naturaleza y más enterada de sus secretos, ha estado siempre acreditada no solo del poder de profetizar, sino también de curar. Las mujeres siempre han sido curanderas, han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas. Durante miles y miles de años, los cuidados habituales, es decir los cuidados que sustentan la vida de cada día, están vinculados fundamentalmente a actividades de la mujer. ⁽²⁾

La expresión “cuidar” conlleva un conjunto de actividades que intentan asegurar o compensar las funciones vitales tales como: comer, beber vestirse, levantarse, andar, comunicarse, etc.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Además del conocimiento tradicional de la enfermería han surgido importantes representantes de enfermería que han sugerido que esta disciplina tenga una doctrina que oriente el ejercicio profesional, que se constituya con hechos conocidos, que permitan explicar los hechos pasados, comprender sucesos actuales, predecir situaciones futuras favoreciendo el ejercicio de la enfermería.

Entre estos fundamentos se han desarrollado filosofías, modelos conceptuales y teorías; sin profundizar en la discusión de cada uno de estos términos, vale la pena resaltar los fundamentos teóricos de algunas expertas que orientan y a la vez nutren el desarrollo de esta investigación dirigida a la interacción enfermera-paciente, como Florencia Nigthingale, Joyce Travelbee, HildelgardPeplau, Virginia Henderson, Jean Watson, entre otras.

FLORENCIA NIGTHINGALE

La práctica de la enfermería ha existido desde tiempos remotos, sin embargo la enfermería como profesión tiene su antecedente a mediados del siglo XX con Florencia Nigthingale, quien señaló que la enfermería es distinta a las ciencias médicas, que la profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno, rebasando el carácter biologicista que sustenta a las ciencias de la salud

Pero fue hasta 1950 cuando los profesionales de la enfermería empiezan a plantearse la necesidad de desarrollar y articular teorías que expliquen y fundamente su quehacer disciplinar. ⁽³⁾

HILDELGARD PEPLAU

Propone un modelo para las relaciones interpersonales basadas en las ideas de la ciencia conductual con cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. Identifica habilidades para la escucha, habilidades para el lenguaje, habilidades para formular preguntas con adecuación y frecuencia oportuna. ⁽³⁾

VIRGINIA HENDERSON

Establece la necesidad de elaborar un plan de cuidados de enfermería orientado a la consecución de las necesidades básicas que se apoyan en las necesidades de Maslow: siete relacionadas con la fisiología; respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada y temperatura; dos con el afecto: comunicación y creencias; y tres con la autorrealización: trabajo juego y aprendizaje.

El paciente es una persona que requiere ayuda para lograr su autosuficiencia; la enfermera debe mantenerse en la piel (empatía) de cada paciente para poder conocer sus necesidades. ⁽³⁾

JOYCE TRAVELBEE

Definió a la enfermería como un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. ⁽³⁾

JEAN WATSON

Define al núcleo de la enfermería como la relación enfermera-paciente, considerando que ésta en si misma produce un resultado terapéutico, más que los elementos relacionados con los procedimientos, tareas y técnicas que usualmente practican las enfermeras. El sistema conceptual de Watson induce a la reflexión mediante un mayor acento en las técnicas de la comunicación y en el empleo del desarrollo transpersonal.

Watson basa su teoría del ejercicio profesional en 10 factores:

- 1) Satisfacción al presentar ayuda.
- 2) Inculcación de fe y esperanza.
- 3) Cultivo de sensibilidad ante uno mismo y los demás.
- 4) Desarrollo de una relación de ayuda confianza que implica congruencia, empatía, comunicación eficaz.

La congruencia supone una conducta real, honesta, genuina y auténtica; la empatía como la capacidad de comprender las percepciones y sentimientos de la persona; comunicación efectiva comprende elementos cognoscitivos, afectivos y de respuesta conductual.

- 5) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
- 6) Uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones.

- 7) Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal.
- 8) Previsión de un entorno de apoyo, protección y corrección en el plan mental, físico, sociocultural y espiritual.
- 9) Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas.
- 10) Fomento de las fuerzas existenciales fenomenológicas.

Destaca la importancia de las técnicas de la comunicación.

La asistencia solo puede demostrarse y practicarse con eficacia a través de la relación interpersonal.

La asistencia genera más salud que la curación

La asistencia es un punto central que unifica la enfermería, es la esencia de esta disciplina. ⁽³⁾

VALERIE TAYLOR

Acepta el concepto de enfermería como la adaptación de la terapia prescrita y el tratamiento preventivo a cada individuo, según sus necesidades físicas y psíquicas específicas, pero también menciona la verdadera naturaleza de la enfermería. Solo puede transmitirse a través de ideales como el amor, simpatía, conocimiento y cultura expresados mediante la práctica del procedimiento artístico y relaciones humanas. ⁽³⁾

CAPÍTULO 2. Aspectos psicosociales en el cuidado de enfermería.

Ofrecer un cuidado integral incluye los aspectos psicosociales que la persona requiere, ver a la persona a la que se presta cuidado de forma única e integral.

El modelo holístico conoce los fundamentos biológicos, psicológicos y sociales, este modelo comprende la integración mente-cuerpo.

El cuidado del físico, implica satisfacer las necesidades físicas que no lleva a cabo por sí misma, el cuidado psicosocial son las necesidades psicológicas y sociales de las personas, ofreciendo información y seguridad. ⁽⁴⁾

La profesión de enfermería se enfrenta a la compleja situación de tener que expresar la identidad del servicio que ofrece la población en este sentido se pierde la idea de cuidar a la enfermedad para dar paso al cuidado a la persona en todas sus dimensiones por tanto tiene un contenido científico tanto humanista como biológico y un método que integra a la acción de cuidar de una relación interpersonal que ofrezca respeto a la individualidad.

PERSPECTIVA HOLÍSTICA DE LA PERSONA

La enfermera va a ayudar a personas a desarrollar estrategias para que logren el equilibrio consigo mismo con los demás y en el entorno. Para ello considerara a la persona un todo único que posee características biológicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales, que constituye al proceso salud enfermedad.

La salud dentro de un contexto adquiere importancia tanto la realidad interna como las leyes naturales del universo, las cuales deben estar en equilibrio.

La persona desde este concepto se considera única, la respuesta de una persona en una situación no es igual a otra, lo que nos lleva al enfoque de salud-enfermedad individualizado.

CAPÍTULO 3. La comunicación en el cuidado de la enfermería

Comunicación: procedimiento por el cual se realizara transmisión de una información entre emisor y receptor, la mayoría de los conceptos y teorías se originaron en la teoría matemática de Shanon y Weaver, constituido por: Emisor, fuente de información, mensaje, canal, código de señales y Receptor. ⁽⁴⁾

Todo mensaje necesita un marco referencial que permita a los participantes interpretar, analizar, deducir y comprender el mensaje recibido.

La comunicación puede definirse como un proceso de intercambio en el que se comparten informaciones y sentimientos, que se desarrollan en un clima de apertura entre dos personas que se expresan en un lenguaje verbal y no verbal, constituye uno de los elementos importantes, ya que define la calidad de los cuidados de enfermería y la capacitación profesional de las mismas. ⁽⁴⁾

Comunicar no significa solamente hablar, el silencio y la comunicación no verbal tienen una gran importancia, pero no obstante las palabras siguen siendo una forma muy completa de comprendernos.

La buena comunicación con los otros supone la comprensión de nosotros mismos, así como comprender aquellos con quien nos comunicamos, por lo que hay que desarrollar aspectos como autoestima, autorrealización y construcción de uno mismo.

La enfermería se ha considerado una profesión técnica, de actuar, muchas veces la forma de organizar el trabajo dificulta el contacto interpersonal, reduciéndose a comunicación superficial. ⁽⁵⁾

AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN

No se puede no comunicar en presencia de otro ser humano.

Toda comunicación implica una significación manifiesta pero incluye aspectos no verbales como entonación, mímica, posturas y gestos.

FASES DE LA COMUNICACIÓN

Inicial: presentación, disponibilidad de tiempo, clarificación de la demanda del paciente.

Intermedia: obtención de datos (facilitadores de preguntas abiertas a concretas, detección de malestar) asegurarse de la comprensión (expresiones breves no usar términos técnicos); mostrar empatía llamar al paciente por su nombre, evitar crítica)

Final: Disponibilidad futura y cierre de la relación. ⁽⁵⁾

HABILIDADES DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación no verbal puede ser responsable del 60 o 70% de la comunicación. Las expresiones faciales: el rostro proporciona la mayor información no verbal: mirar a los ojos: relacionado con el contexto cultural, El tacto: tocar al paciente cuando se le da una información de tipo emocional en general indica un grado de calidez e interés, sin embargo esto puede variar con las culturas, los movimientos corporales: postura, gesto y voz y la escucha activa: señales no verbales, apoyo reflexivo, parafraseo. ⁽⁶⁾

ESTILOS DE LA COMUNICACIÓN

Depende de nuestras características de personalidad y de nuestras experiencias infantiles durante el proceso de socialización. Refleja la opinión que tenemos de nosotros mismos, principalmente de nuestro autoestima, de los demás y del mundo en general.

Existen 4 tipos básicos de comunicación:

Estilo pasivo (soy inferior a los demás)

Estilo agresivo (soy superior a los demás, en subconsciencia soy inferior)

Estilo manipulador (busco obtener lo que se quiere sin que el otro lo sepa)

Estilo asertivo (mis opiniones y sentimientos son importantes las de los otros también; busco negociar con el otro en forma abierta) las relaciones interpersonales adecuadas requieren del estilo asertivo, cuyas características son: capacidad de escuchar, posibilidad de decir no, facilidad para dar y recibir críticas contractivas.

Desarrollo asertivo: buena autoestima, respeto mutuo, no hay vencedores ni vencidos.

Se considera que la función principal de una enfermera es la relación de ayuda y la comunicación, ya que define la calidad de los cuidados y la capacitación profesional de las enfermeras. La habilidad de comunicación puede ser aprendida, practicadas y mejoradas. Son fundamentales para la calidad de los servicios de salud.⁽⁷⁾

CAPÍTULO 4. Relación de ayuda en enfermería

Se define como Relación de Ayuda, al modo de ayudar en el que, quien ayuda usa recursos relacionales para acompañar a otro a salir de un problema, de vivir lo más sano posible, si no tiene salida o a reconocer un camino de crecimiento.⁽⁸⁾

Ayudar consiste pues en ofrecer recursos a personas para superar o afrontar una situación difícil, pudiendo ser los recursos materiales, técnicos o relacionales (actitudes o habilidades).

La relación de ayuda no es necesariamente con profesionales ni en un monopolio necesariamente de las profesiones de ayuda.

La relación de ayuda puede ser de tres tipos: Relación de ayuda en sentido estrictamente profesional.

Realizada por los profesionales de la ayuda (Psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, orientadores familiares entre otros).

Se distinguen dos tipos:

- **Counseling:** ayuda a personas con un problema específico a comprender su situación y resolver el problema haciéndose responsable de sus decisiones, su ejercicio está reservado para profesionales pero también puede ser practicado en algunas áreas por otros especialistas.
- **Psicoterapia:** ayuda a personas con dificultades estructurales de la personalidad, este se encuentra reservado para profesionales⁽⁸⁾

Relación de ayuda en el ejercicio de la profesión de ayuda.

Es la que realizan los profesionales que ayudan a personas en situaciones de necesidad, mediante la interacción y la comunicación humana (médicos, enfermeros, voluntarios...).

Dentro de este tipo de relación se encuentran dos clases:

- Encuentro de ayuda: en el ejercicio de la profesión se dan circunstancias en las que el encuentro adquiere claramente las connotaciones de una relación en la que se desea afrontar un problema y se espera que dicha relación sea de ayuda.
- Interacciones de ayuda: mientras se ejerce la profesión, toda interacción es un elemento que puede ayudar al que está en dificultad, aunque no se afronte directa y explícitamente un problema particular, siendo de nuestro interés esta categoría.

De estos dos tipos de relación de ayuda se pueden puntualizar sus elementos:

- Clarificación de roles: ayudado-ayudante.
- Lugar definido por el ejercicio de la profesión.
- Naturaleza del encuentro: consiente, intencionado, controlado y metódico.
- Competencia específica del ayudante, adiestrado para la relación integral, dentro de este punto se diferencian ambos cuando el segundo no sólo se centra en el problema objeto del encuentro.

LA RELACIÓN DE AYUDA COMO MODO DE SER.

Vivencia de las actitudes y despliegue en habilidades propias de la relación de ayuda, pero en la interacción normal con las personas. No se trata de hacer de toda relación una oportunidad de ayuda, sino de desplegar el propio ser con autenticidad y naturalidad.

Al hablar de la relación de ayuda en enfermería nos estamos refiriendo, pues, a las habilidades personales y relacionales que éste despliegue tanto en situaciones difíciles, como en los momentos más cotidianos.

Al iniciar un proceso de relación de ayuda pueden presentarse múltiples dificultades. Una de las dificultades que experimenta la enfermera en el ejercicio de su profesión y que a veces complica la relación de ayuda es el hecho de que se siente atrapada entre las necesidades y expectativas del paciente y las posibilidades que le permite la naturaleza de su profesión así como también las indicaciones terapéuticas provenientes del equipo médico.

Otro dilema al que se enfrenta es la falta de tiempo, en lo particular la enfermera tiene una gran variedad de actividades, por lo que está obligada a trabajar dentro de un ritmo estructuralmente rígido en el que no queda mucho tiempo para casi nada y mucho menos para escuchar.

Es importante la cantidad de tiempo pero aún más la actitud ante éste, algo que nos puede ayudar en esta situación: hablar con claridad, poner límites a nuestro tiempo, respetar ritmos, trabajar en equipo, uso de comunicación no verbal.

CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE AYUDA:

- Es una ayuda concreta y en tiempo presente para que esto pueda permitir tanto al enfermero como al paciente establecer algunos objetivos para lograr la autonomía de este último.
- Debe ser una ayuda liberadora y de crecimiento profesional y no correctiva.
- Es eficaz y debe llevarse a cabo por la escucha y el diálogo ⁽⁸⁾

En una relación de ayuda se podría decir que el proceso es universal pero no toda persona es capaz de realizarla con efectividad ya que se necesita previo conocimiento teórico-práctico y sobre todo haber trabajado sobre uno mismo; entonces podemos decir que si el enfermero es capaz de brindar esa ayuda con calidad es porque tiene la capacidad de vivir mejor que el paciente.

En una relación de ayuda se pueden nombrar diferentes fases, con diferencias significativas entre ellas, sin embargo, en cada relación el ritmo del proceso varia, pues cada persona es única, y es por esto que el proceso llega a ser muy personal.

En general las fases de la relación de ayuda son: acogida, presentación y clasificación del problema, confrontación y reestructuración, evaluar el plan de acción y separación⁽⁸⁾.

1ª FASE. ACOGIDA

Desde el saludo inicial puede ponerse en juego toda la relación y de aquí que quede establecida o no y es importante, la elección del lenguaje ya que no puede ser vulgar ni técnico porque esto puede molestar al paciente, entonces podemos decir que el enfermero debe adaptarse a las distintas situaciones y personas.

También tiene que saber elegir el tono de voz, ya que en ella se detecta la frialdad o cordialidad y una sonrisa sería de mucha ayuda para transmitir confianza y seguridad.

Presencia: se trata de que el enfermero este en tiempo y momento con el paciente sin que esté haciendo otra cosa.

Se debe de encargar del paciente con el que está, haciendo a un lado los problemas de los otros pacientes, familiares o de sí mismo y evitar estar haciendo papeleo en el momento en el que el paciente exponga su problema; y para esto se le debe considerar el tiempo necesario y evitar prisa alguna.

También debe evitar dar órdenes, culpabilizar, aconsejar o dar soluciones inmediatas, juzgar, criticar, ridiculizar, consolar o comparar al paciente para que de esta forma conserve una buena imagen de sí mismo durante todo el proceso de relación de ayuda.

Aceptar las diferencias del paciente, es decir, respetar la individualidad de cada paciente ya que cada persona es diferente, por lo tanto se le debe dar atención diferente.

CONDICIONES DE UNA ACOGIDA SATISFACTORIA.

Actividades físicas.

Las actividades no verbales también son muy importantes para el confort de paciente, esto significa proporcionar un ambiente de tranquilidad, incluyendo el orden de la habitación, tratar de mantener una buena temperatura, entonces si todo permanece en orden y tranquilidad el enfermero y el paciente podrán verse cara a cara sin que nada ni nadie obstaculice entre ellos una buena comunicación.

R. Carkhuff. Nos dice que el contexto físico significa decorar un lugar de tal forma que el paciente sienta que el enfermero le comunica su interés y su apoyo mediante la atmósfera que él ha sabido crear en ese lugar.

El enfermero se debe poner cara a cara sin barrera alguna con el paciente para que no haya distracciones permitiendo de esta forma observar perfectamente al paciente. Tampoco hay que olvidar el aspecto físico del enfermero, porque esto muestra cierta calidad, respeto, sensibilidad y dialogo.

Hay que saber cuál es la distancia adecuada entre enfermero paciente, porque esto nos puede indicar el interés que éste tiene hacia el paciente.

Es importante tener una adecuada postura y un buen contacto visual, esto nos puede indicar seguridad e interés del problema que el paciente presenta.

Si al paciente se le comienza a hacer un nudo en la garganta es importante recomendarle que respire profundamente para poder permitir el hablar de sus problemas.

Actitud psicológica.

El enfermero debe mostrarse tal cual es para poder establecer una buena relación de ayuda y así permitir que el paciente también sea sincero y honesto, debe haber congruencia en una buena relación de ayuda.

En los pacientes se produce un fuerte cambio de crecimiento personal cuando el enfermero funciona libremente y se permite ser verdaderamente él mismo. Un comportamiento que no beneficia al enfermero tampoco beneficia al paciente, y todo enfermero que es auténtico y que se muestra preocupado por su paciente será considerado como una persona de buena voluntad.

Escuchar la demanda del paciente.

No siempre el síntoma es la verdadera demanda, es decir, es la demanda manifiesta.

Según Rogers debemos de ponernos a pensar si somos capaces de brindar calor, atención, afecto y respeto a un paciente que se comporta de manera negativa; pero podemos evitar la falta de interés si nos ponemos a pensar que una relación de ayuda es forzosamente de dos personas.

Es importante aceptarse uno mismo, quererse y amarse, para poder relacionarse con la otra persona de manera que pueda funcionar la relación de ayuda. Cuando el enfermero sabe respetar y ser auténtico el paciente se siente con libre confianza de expresar sus problemas.

En esta primera fase el enfermero debe no interrumpir y sobre todo no interrogar demasiado al paciente, expresarse tal y como él lo desea respetando sus expresiones, sus silencios y sobre todo su autonomía e identidad.

Para llevar a cabo la relación de ayuda es importante tener paciencia, firmeza, coherencia, buen humor y mantener una adecuada distancia de acuerdo a la situación. Si el enfermero no tiene ciertas actitudes positivas el paciente puede experimentar: desconfianza, confusión, preocupación, indiferencia hasta un cierto

grado de tristeza, y llegar a una situación de desesperación hasta llegar a la depresión o crisis de sentimientos como la angustia, el miedo o la ansiedad. ⁽⁸⁾

2ª FASE. PRESENTACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Escuchar la demanda del paciente, esto se da mediante signos como miedo, angustia o cólera, etc. Lo que va a mantener la relación de ayuda es la demanda y no siempre la verdadera demanda es la que se manifiesta, pero de aquí se parte para poder descubrir y ayudar sobre el verdadero problema, para poder clasificar la demanda es necesario que el enfermero trate de comunicarse por medio del mismo lenguaje que el paciente, ya que esto permitirá que se exprese más fácil; podemos identificar dos tipos de demanda: explícita (demanda de ayuda y cambio); Implícita(es como un freno o resistencia a la demanda explícita).

Para poder llegar a concretar el problema o la demanda verdadera es necesario comprenderlo de manera precisa. Si el enfermero quiere desarrollar el problema es necesario acompañar al paciente más allá de lo que fue el problema inicial. Con el fin de facilitar el desarrollo de la imagen de sí mismo el enfermero debe reflejar al paciente lo que expresa y en el nivel que lo expresa, es decir, debe acudir a su propia experiencia, entonces decimos que para poder llegar a esto, debe de aceptarse, debe entonces servirse de su propia experiencia de vida para agrupar los elementos de la experiencia del paciente ofreciéndole una situación global de sí mismo.

La psicología humanística considera actitudes del enfermero que ayudan al paciente durante la intervención de ayuda y estas son:

Honestidad, actitud negociadora, compromiso, responsabilidad, autenticidad, empatía, calidez humana, concreción, escucha activa, paciencia, competencia y transferencia.

La tarea del enfermero consiste en separar los sentimientos, pensamientos y los comportamientos actuales de los que pertenecen a relaciones interpersonales pasadas.

La contratransferencia aporta un índice de conflicto no resuelto por parte del enfermo y que se expresa mediante omisiones, demandas, sensaciones exageradas de aburrimiento o de familiaridad bien sea abierta o simulada.⁽⁸⁾

3ª FASE: CONFRONTACIÓN Y RESTRUCTURACIÓN

El enfermero ayuda al paciente a ver o identificar un cambio en la visión de su problema y lo ayudara a tener una mejor percepción de él mismo.

Aquí el enfermero es capaz de avanzar en la realización con el fin de centrarse en el paciente y en sus dificultades.

En esta fase el enfermero avanzará mucho con su relación de ayuda ya que el paciente será capaz de distinguir lo que puede cambiar, lo que puede afrontar y lo que no puede para así darse cuenta de que es la parte principal el único que puede solucionar el problema.⁽⁸⁾

4ª FASE. CONFRONTACIÓN

Información coherente que el enfermero brinda al paciente con el fin de desconcertarlo al evidenciar su incoherencia o idea irracional.

El objetivo del enfermero es confrontar los mecanismos y resistencias que emplea el paciente y que impiden la restructuración y lo que se debe confrontar es todo aquello que no sirva o que sirva en una relación de ayuda como las actitudes destructivas.

Las cualidades de la confrontación deben ser propuestas no impuestas, apropiadas, directas y respetuosas en un buen clima de confianza. Lo que tiene que hacer el enfermero en la confrontación es evitar los juicios y los consejos ya que el paciente se puede sentir incomprendido, culpable o aplastado por el enfermero. Valorar lo positivo del paciente es decir ayudar al paciente a que reconozca sus capacidades y recursos.

Las ventajas que nos proporcionara un paciente son:

- Reforzar el proceso establecido en la relación de ayuda.
- Reúne la información necesaria en poco tiempo.
- Hace que el paciente se vuelva más autónomo y responsable de sí mismo.

Para poder definir un objetivo debemos pensar en los resultados que deseamos tener de forma realista y esto lo podemos definir como el objetivo global. Como es de entenderse el objetivo debe ser personalizado de acuerdo a lo que el paciente desee resolver.

Si el enfermero quiere llegar a sus objetivos deseados, es importante motivar al paciente para que el pueda también lograr sus propios objetivos siendo estos definidos de forma clara, concreta y precisa para que así el paciente pueda identificar si lo logro a no.

El plan de acción debe ser concreto y específico, mensurable, realista y realizable, cualitativo y debe tener en cuenta los valores y la ética del paciente.

Para poder llevar a cabo este plan es necesario: identificar las fuerzas negativas, las positivas y ocupar las más significativas, adaptar las medidas necesarias esto permitirá hacer a un lado los obstáculos y brindarle más confianza al paciente, lo cual esto lo lleva acabo el propio paciente. El enfermero debe resistirse, controlar, poseer o interpretar exclusivamente y de cualquier modo la realidad que vive el paciente. Las respuestas y actitudes del enfermero deben ser respetuosas y éticas hacia la personalidad del paciente. ⁽⁸⁾

5ª FASE. EVALUAR EL PLAN DE ACCIÓN

Supervisión

Es importante que el enfermero se autoevalúe en su actitud que ha podido beneficiar o perjudicar el crecimiento del paciente, la supervisión va a ayudar al

enfermero a profundizar sus técnicas y actitudes, tener apoyo ante situaciones difíciles, ser más crítico y analítico, analizar su identidad como enfermo así como a mejorar la relación. Todo esto ayudará durante toda la relación establecida y este proceso de evaluación nos servirá para determinar hasta donde se lograron los objetivos.⁽⁸⁾

6ª FASE. SEPARACIÓN.

Reactiva sentimientos de duelo. Para esto es necesario que el enfermero comente que el principio llega a su final, esto se lleva a cabo desde el primer contacto con el paciente.

En esta última fase se debe llevar a cabo la preparación del paciente y del enfermero de acuerdo a los sentimientos, y pueden localizarse sentimientos como la negociación, hostilidad, progresión, aislamiento, agresividad, regresión o racionalización como mecanismos de defensa.⁽⁸⁾

OBJETIVOS DE UNA RELACIÓN DE AYUDA

Los objetivos generales en una relación de ayuda son afrontar los problemas presentes del paciente.

El objetivo principal es un cambio, pero ¿cambio a qué? , pues un cambio a que el paciente se sienta seguro, satisfecho, realizado y sobre todo a que se sienta mejor en su esfera de vida.⁽⁹⁾

ACTITUDES PARA UNA RELACIÓN DE AYUDA

Saber escuchar, esto nos exige aceptar a nuestro prójimo tal y como es, respetando su personalidad, ya que se trata de animar al paciente a que comparta su problema para lograr detectar que es lo que éste necesita del enfermero; esto se va a lograr por medio de un espíritu de gran observación por parte del enfermero para poder describir lo que el paciente aún no ha dicho. En esta actitud de escucha el enfermero solo interviene para que el paciente se exprese y se manifieste.

EMPATÍA

Rogers la define como “la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y de participar en su experiencia en la medida en que nos permite tanto la comunicación verbal como la no verbal”, “es la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de ver el mundo como él lo ve”.⁽⁹⁾

Para llevar a cabo una relación de ayuda es necesario que la enfermera comprenda la situación por la cual cursa el paciente, siendo esto posible solo colocándose en la posición del ayudado.

La actitud empática es la disposición interior que puede permitir al enfermero llegar al corazón del paciente o facilitar la comprensión mirando con sus ojos, escuchando atentamente para captar lo que la persona en dificultad siente en su mundo interior, y percibir de ese modo las verdaderas necesidades, de tal manera que la relación de ayuda llegue a centrarse en la persona y no sólo en la patología.

La empatía supone una serie de fases:

Cuando hablamos de empatía, diseccionamos la actitud con vista a una función pedagógica y nos referimos a una fase de identificación, de repercusión, de incorporación o auto-observación y la fase de la separación o de restablecimiento de la distancia física, psicológica y afectiva.⁽⁹⁾

La actitud empática supone un equilibrio que consiste en que hay que actuar aprendiendo a captar lo que realmente hay en el otro, pero sin identificarse tanto que ello impida restablecer la distancia necesaria para poder seguir viviendo y ayudando a otra persona. Vivir sanamente, este equilibrio entre acercamiento y distanciamiento es garantía de una buena intervención como enfermero y de un buen grado de salud del ayudante.

La empatía por otro lado es cuestionada si, ¿la empatía es nata del ayudante o se aprende?, siendo necesario para responder la pregunta el concepto de agudeza empática.

- Agudeza empática: Sensibilidad del ayudante al flujo de sentimientos y a la captación de significados del ayudante al flujo, y las habilidades para comunicar esta comprensión de manera apropiada e inteligible por el ayudado (CH. Truax)⁽⁹⁾

Por lo tanto, agudeza empática se entiende como el resultado de la presencia en una persona de la aptitud empática, de la dimensión conductual de la empatía, traducida en habilidades y del flash empático, presente de manera diferenciada en cada uno, hacia un grupo de personas o experimentado en situaciones concretas.

Aptitud empática: capacidad para la empatía, presente en el cerebro normal.

Escucha activa: habilidad de atender, observar, escuchar, acoger centrado en la persona que comunica.

Respuesta empática: habilidades de comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responder (Robert Carkhuff). Atención física (Postura física del ayudante); la observación (Capacidad de percibir el comportamiento no verbal); la escucha propiamente dicha (Captar el mensaje contenido en las palabras y en el paralenguaje).⁽⁹⁾

CAPÍTULO 5. Artículos relacionados

La interacción enfermera-paciente ha sido ampliamente estudiada en otros países, bajo diferentes orientaciones, una revisión de la literatura efectuada recientemente identificó tres ejes de estudio: interacción o comunicación enfermera - paciente, calidad y satisfacción derivada del cuidado, y efectividad en los entrenamientos en habilidades para la comunicación.^{10 y 11}.

Para los fines de esta investigación se seleccionaron algunas realizadas en el país o en algún país latinoamericano, afín a nuestra cultura.

En centros de salud de la jurisdicción sanitaria Benito Juárez, se realizó una investigación del 21 de enero al 6 de febrero del 2009. Se encuestó a 244 pacientes y 15 enfermeras. Entre los resultados se detectó que 173 (71%) pacientes y 12 (8%) enfermeras opinaron que la atención de las enfermeras en cuanto a la comunicación es buena, 43 (18%) de pacientes y 2 (13%) de enfermeras que es regular y finalmente 8 (3%) de pacientes y 1 (7%) enfermera encuestada refirieron que la atención es mala. Los autores concluyen que la enfermera de primer nivel tiene carencias para proporcionar atención de calidad, como consecuencia del tiempo limitado con el paciente, ya que su labor está reducida a la toma de signos vitales y somatometría, sin embargo en este corto tiempo la enfermera tiene la oportunidad de resolver dudas y temores de los pacientes y proporcionar información solicitada por éstos¹².

Otro estudio realizado con pacientes en estado crítico, tuvo como objetivo analizar aspectos relacionados con el cuidado de enfermería integral, por lo que se realizó observación participante de 80 horas de duración, durante el cual se analizó el desarrollo de la práctica diaria del cuidado de las enfermeras que estaban en turno. Se identificó que aun cuando las enfermeras no tengan conocimiento de las teorías de enfermería, su práctica de cuidado puede estar en equilibrio con ellas, es importante resaltar que las teorías son formuladas en base a eventos prácticos.¹³

Con objeto de examinar los efectos de un programa de entrenamiento en interacción enfermera paciente sobre el bienestar percibido y la recuperación medica de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de segundo nivel, 18 enfermeras y 120 pacientes se asignaron aleatoriamente a un grupo experimental o a uno control en lista de espera. El entrenamiento consistió en un cursos intensivo de ocho semanas a las enfermeras, que incluyo materiales de lectura, instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales y realimentación descriptiva (sobre video grabaciones). El programa se diseñó para establecer en las enfermeras, conductas específicas, tales como hacer contacto visual, saludar al paciente, ofrecerle ayuda, tener

proximidad física, elogiarlo , sonreírle, hacerle solicitudes verbales, darle contacto físico de apoyo, evitar críticas, regañar, gritar o ignorar a la paciente. Los efectos del programa se midieron en términos de bienestar percibido, dolor, nivel de satisfacción del cuidado de las enfermeras, además de días de estancia hospitalaria, seguimiento de instrucciones dadas por el personal de salud y expresiones de agradecimiento a las enfermeras. El registro conductual incluyó videograbaciones de la interacción enfermera paciente mediante un equipo activado por un sensor, que se podría activar automáticamente en cualquier momento. Las medidas de recuperación médica incluyeron las escalas de sistema de valoración AcutePhysiologyAgeChronicHealth Evaluación II (APACHE- II), la escala de coma de Glasgow y estimaciones de los cuidadores sobre el estado aparente, la independencia del equipo de apoyo vital, los reflejos, la cicatrización, y la estabilidad clínica general. Con objeto de establecer la confiabilidad del registro, los observadores independientes asignaron puntajes a las muestras de por lo menos una hora de videograbaciones, por cada 8 horas que conformaban los turnos del personal de enfermería. Los niveles de confiabilidad excedieron el 80% en cualquiera de las categorías conductuales o medidas escalares. Los resultados revelaron constantemente mayores puntajes, clínica y estadísticamente significativos, de las medidas de interacción apropiada, bienestar percibido y recuperación médica de los pacientes en las condiciones experimentales, en comparación con los controles en lista de espera en vista de una serie de medidas adoptadas a fin de mitigar el efecto de algunas variables contaminantes que pudieran constituir explicaciones alternativas de los resultados, y del carácter práctico y económico del programa de interacción enfermera paciente , se recomienda usarlo en el contexto de las condiciones de cuidado de la salud de los países en vías de desarrollo.

De acuerdo a los instrumentos que se tomaron en consideración para este estudio se observó mejoría en la recuperación médica y psicológica, dimensiones que incrementaron después de haber entrado en vigor el programa.

Al final de este estudio el personal estuvo más en contacto con las necesidades de

los pacientes, teniendo una mejor comunicación mejorando las intervenciones y la participación de los enfermeros, además de una recuperación médica y psicológica, confort y soporte, se disminuyeron los días de estancia, el dolor y el estrés, de manera conjunta se mejoró la eficiencia, la competencia clínica, las relaciones humanas con el equipo de salud y los profesionales.⁽¹⁵⁾

También este problema se ha abordado desde el enfoque fenomenológico, como es el caso de un estudio realizado en Colombia, entre marzo 2008 y abril 2009; en este se incluyeron doce personas adultas entre 27 y 54 años de edad, con estudios universitarios que hubieran estado bajo el cuidado de enfermeras por motivo de una hospitalización por enfermedad. Los pacientes consideraron que el cuidado es ofrecido por las auxiliares de enfermería debido a la ausencia de las enfermeras; un cuidado en el cual las enfermeras no interactúan con el paciente es más bien no cuidado; sin interacción, difícilmente hay cuidado. Los pacientes esperaban de las enfermeras la presencia para un saludo, pero saludar no es la única misión encomendada de las enfermeras en un servicio hospitalario; es necesario interactuar, valorar, explicar, enseñar, llevar a cabo intervenciones, brindar afecto y compañía, lo que no se logra a larga distancia desde una estación de enfermería.

La ausencia de las enfermeras no es de agrado de los pacientes y la interpretan como desinterés; el cuidado enfermero es esperado al ingresar a una institución hospitalaria, cuando se recurre a sus servicios debido a una enfermedad que sobre pasa las capacidades de la persona y la familia, sin embargo las enfermeras sólo visitaron a los pacientes para realización procedimientos y la administración de los medicamentos, pero era difícil recibir visitas adicionales cuando las solicitaban o en situaciones de urgentes. Un paciente mencionó: "Me pareció el peor sitio de hospitalización por que las enfermeras o el personal de salud nunca acudía a tiempo a atender al paciente".

Estos mismos autores refieren que la interacción entre las enfermeras no escapa al desarrollo tecnológico y los intercomunicadores son usados con la intención de medir esta relación, según ellos, los intercomunicadores han deteriorado la

interacción humana, el contacto entre los pacientes y las enfermeras ha facilitado la promulgación de quejas por parte de los pacientes pero no las respuestas de los miembros de las enfermeras. El cuidado enfermero no puede estar basado en las llamadas que los pacientes hacen en situaciones de urgencia; las enfermeras no pueden esperar el sonido de los timbres o limitarse tan solo a esperar procedimientos.

Las enfermeras deben comprender, ofrecer un cuidado de enfermería afectuosa y altruista y mostrar interés por la satisfacción de las necesidades individuales de los pacientes, al tiempo de tomar decisiones, plantear y llevar a cabo el cuidado enfermero. El enfoque individual del paciente requiere del tiempo, habilidad, experiencia y conocimientos, teniendo como eje funcional la interacción enfermera paciente, en la que la enfermera se involucra en el contexto inmediato de la persona, pero respetando su mundo, sus sentimientos y creencias y sus significados.⁽¹⁴⁾

IV OBJETIVOS

- Identificar la percepción que tiene el paciente del cuidado enfermero durante la estancia hospitalaria.
- Detectar el grado de satisfacción que tienen los pacientes con la relación que les brindan las enfermeras.
- Identificar si la escolaridad, la edad o el nivel socioeconómico influyen en la percepción del paciente sobre la forma en que la enfermera se comunica con él.

V METODOLOGÍA

Tipo de Estudio: observacional descriptivo, transversal, y con enfoque cuantitativo.

UNIVERSO: Todos los pacientes adultos hospitalizados en los servicios del área de ortopedia de un hospital de tercer nivel de carácter público, de la ciudad de México.

MUESTRA: se tomó una muestra de 150 casos incluyendo hombres y mujeres de 18 a 99 años de edad sin importar escolaridad y nivel socioeconómico.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: el paciente

VARIABLES:

- Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Nivel socioeconómico
 - Respeto (preguntas: 2, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 14, 17 y 22)
 - Comprensión empática (preguntas: 1, 5, 6, 7, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21 y 23)
- (Ver anexo: Instrumento)

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN: La recolección de datos se llevó a cabo por medio de una entrevista apoyada con un instrumento con preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas, cuando los pacientes tengan la capacidad y el deseo de responder el cuestionario se les permitió que lo hagan; la aplicación del instrumento se llevó a cabo en el turno nocturno en diversos servicios.

INSTRUMENTO.

Integrado con 23 preguntas, con escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta: siempre o casi siempre, muchas veces, algunas veces, pocas veces, casi nunca o nunca; este instrumento contiene dos apartados dándonos en primer lugar algunos de los comportamientos de las enfermeras, evaluando la comprensión empática y el respeto que brinda cada una de ellas. Al igual se evaluó la satisfacción que cada paciente presenta respecto a los cuidados que se le brindaron.

El segundo apartado se evaluó a través de escalas de calificación de 1 a 10 respecto a la comprensión, el respeto y la satisfacción, siendo el 1 la calificación más baja y el 10 la mejor calificación¹⁵. (Ver anexo: Instrumento)

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

Los datos recabados a través de los instrumentos se revisaron y capturaron en una base de datos del programa SPSS; se aplicaron pruebas estadísticas descriptivas como frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar y pruebas de asociación como χ^2

VI ASPECTOS ÉTICOS

Esta entrevista se llevó a cabo respetando la confidencialidad de cada paciente sin afectar su integridad, al igual que se respetó la decisión de cada uno de ellos por contestarla.

VII DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

La muestra estudiada correspondió a 150 pacientes de un hospital de tercer nivel de carácter público, de la ciudad de México de todos los servicios a excepción de quirófano, UCI y pediatría, durante el período del 15 de mayo al 1° de junio de 2013.

La edad promedio fue de 43.6 años de edad con una desviación estándar de 19.45, con un rango de 18 a 99 años de edad; el 54.7 % eran mujeres y el 45.3 % eran hombres.

El estado civil referido fue 36.7 % casados, el 30% solteros, 13.3 % viudos, 12% en unión libre y el 8% divorciados.

Respecto a la escolaridad, el 30.7% tiene la preparatoria o estudios técnicos, el 16% primaria completa, 12% secundaria completa, 11.3 % licenciatura incompleta, 11.3% licenciatura completa y más, 10 % primaria incompleta, 7.3% secundaria incompleta y solo el 1.3 % analfabetas.

En cuanto al nivel socioeconómico se refiere que un 50% pertenece al nivel 2, un 24.7% al nivel 1, un 22 % al nivel 3, un 2% al nivel 4 y un 1.3% al nivel 5, siendo el nivel 1 el más bajo y el nivel 5 el más alto.

Con diversos diagnósticos como lesión medular, lumbalgias, tumores, luxaciones, entre otros, destacando las fracturas, como son las de rodilla, caderas, húmero, fémur, cúbito y radio, tibia y peroné.

En cuanto la opinión de los encuestados respecto a las formas de comunicación verbal y no verbal que tienen las enfermeras cuando se comunican con ellos se refiere lo siguiente:

En la variable: “la enfermera le sonríe”, el 66% de los encuestados opinaron que casi siempre o siempre lo hacen y solo el 13.3 % algunas veces lo hace como se aprecia en el cuadro y gráfica 1.

Cuadro No. 1

LAS ENFERMERAS LE SONRÍEN	Frecuencia	Porcentaje
algunas veces	20	13.3
muchas veces	31	20.7
casi siempre o siempre	99	66.0
Total	150	100.0

Encuesta realizada en un hospital de tercer nivel, de carácter público, de la Ciudad de México.

Gráfica No. 1



En la segunda variable “las enfermeras se molestan cuando usted no quiere comer”, se puede apreciar en el cuadro y gráfica 2 que un 65.3% casi nunca o nunca lo hacen y solo un 1.3 % muchas veces lo hace.

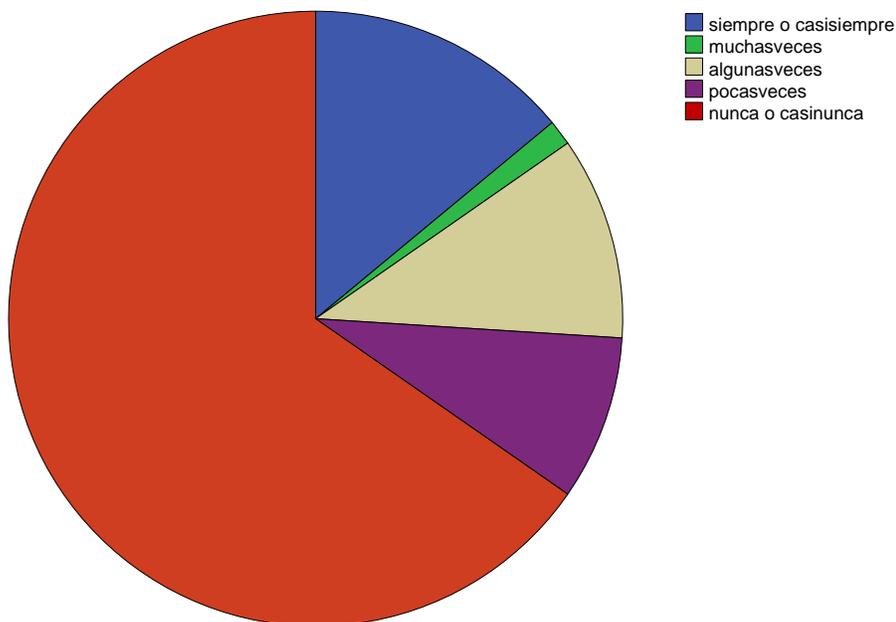
Cuadro 2

LAS ENFERMERAS SE MOLESTAN CUANDO NO QUIERE COMER		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre o casi siempre	21	14.0
	muchas veces	2	1.3
	algunas veces	16	10.7
	pocas veces	13	8.7
	nunca o casi nunca	98	65.3
	Total	150	100.0

Misma fuente del cuadro 1

Gráfica 2

Las enfermeras se molestan cuando usted no quiere comer



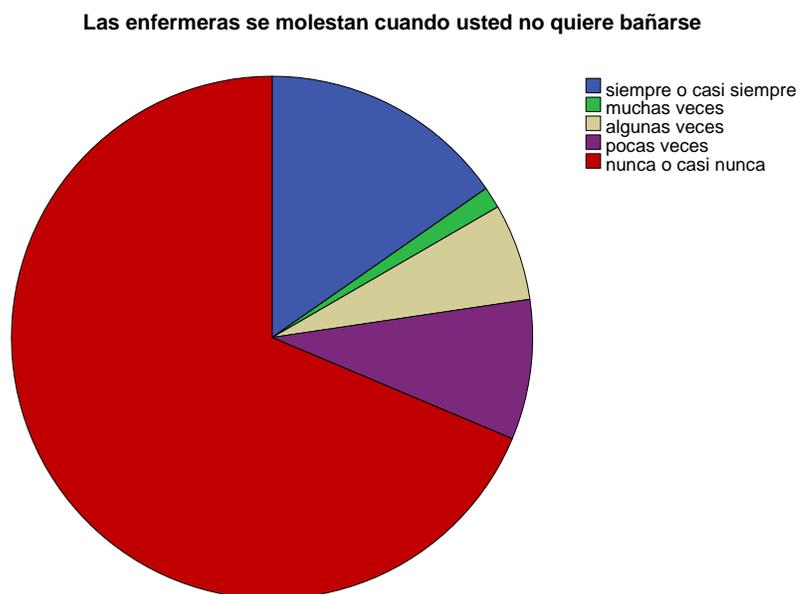
En la variable “las enfermeras se molestan cuando usted no quiere bañarse”, notamos que a la mayoría de las enfermeras esta situación no les molesta nunca o casi nunca demostrado por un 68.7% y solo al 1.3% mechas veces les molesta como se muestra en el cuadro y gráfica 3.

Cuadro 3

LAS ENFERMERAS SE MOLESTAN CUANDO USTED NO QUIERE BAÑARSE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre o casi siempre	23	15.3
	muchas veces	2	1.3
	algunas veces	9	6.0
	pocas veces	13	8.7
	nunca o casi nunca	103	68.7
	Total	150	100.0

Misma fuente del cuadro 1

Gráfica 3



En la variable “se molestan cuando usted moja la cama por accidente”, el 77.3% de los pacientes opinaron que nunca o casi nunca se molestan y el 4% pocas veces; como se puede apreciar en el cuadro y gráfica 4.

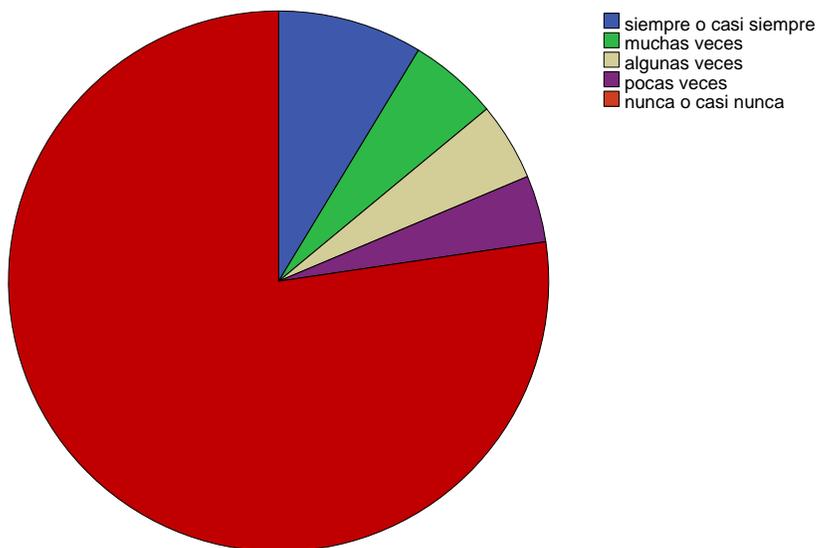
Cuadro 4

LAS ENFERMERAS SE MOLESTAN CUANDO USTED MOJA LA CAMA ACCIDENTALMENTE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre o casi siempre	13	8.7
	muchas veces	8	5.3
	algunas veces	7	4.7
	pocas veces	6	4.0
	nunca o casi nunca	116	77.3
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 4

Las enfermeras se molestan cuando usted moja la cama accidentalmente



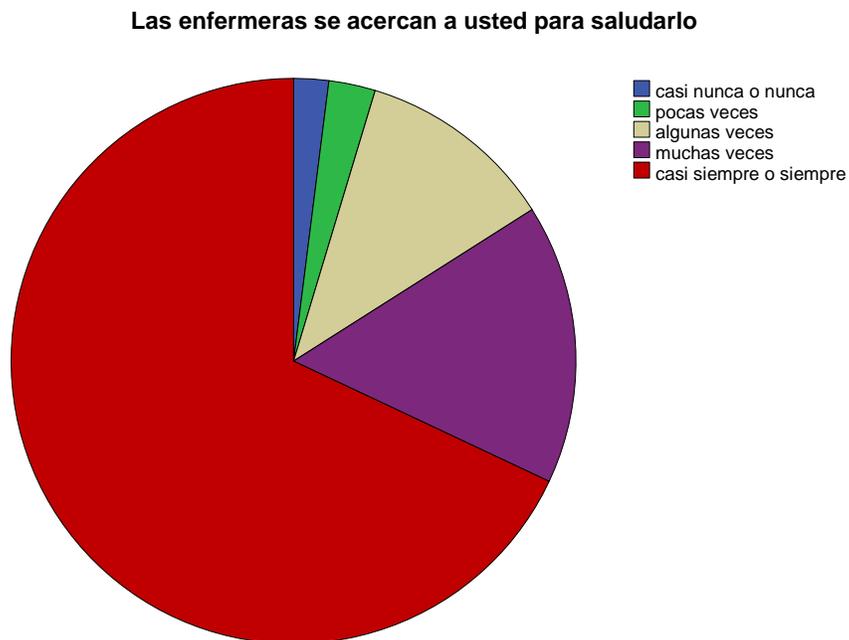
En la variable “las enfermeras se acercan a usted para saludarlo”, el 68% de los pacientes encuestados contestaron que siempre o casi siempre lo hacen y el 2% casi nunca o nunca lo hace, demostrando respeto por parte de los enfermeros, esto se puede observar en el cuadro y gráfica 5.

Cuadro 5

LAS ENFERMERAS SE ACERCAN A USTED PARA SALUDARLO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	3	2.0
	pocas veces	4	2.7
	algunas veces	17	11.3
	muchas veces	24	16.0
	casi siempre o siempre	102	68.0
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 5



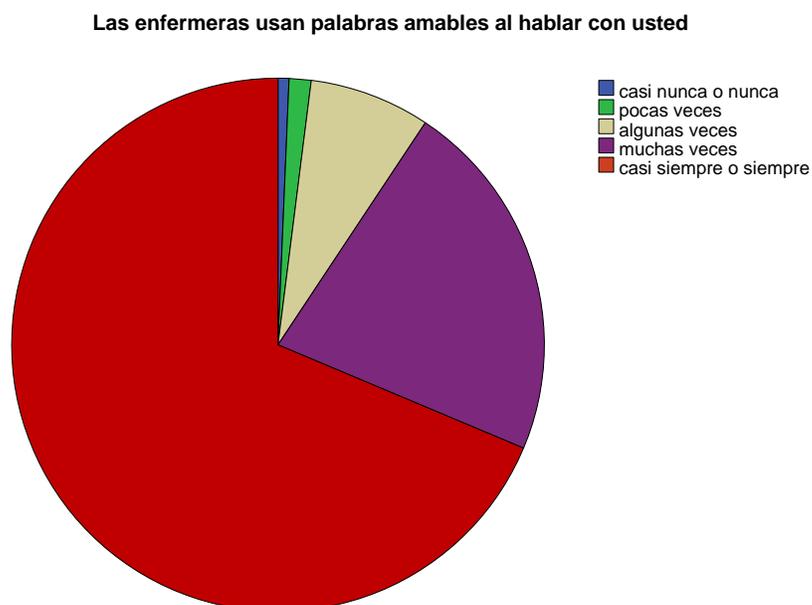
En cuanto a la variable “las enfermeras usan palabras amables al hablar con usted”, se demuestra en el cuadro y gráfica 6 que un 68.7 % lo hace siempre o casi siempre y solo el .7% casi nunca o nunca lo hace.

Cuadro 6

LAS ENFERMERAS USAN PALABRAS AMABLES AL HABLAR CON USTED		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	1	.7
	pocas veces	2	1.3
	algunas veces	11	7.3
	muchas veces	33	22.0
	casi siempre o siempre	103	68.7
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 6



En la variable “buscan tiempo para hablar con usted”, se puede observar en el cuadro y gráfica 7 que solo un 35.3 % lo hace y el 8.7% casi nunca o nunca lo hace.

Cuadro 7

LAS ENFERMERAS BUSCAN TIEMPO PARA HABLAR CON USTED		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	13	8.7
	pocas veces	19	12.7
	algunas veces	39	26.0
	muchas veces	26	17.3
	casi siempre o siempre	53	35.3
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 7



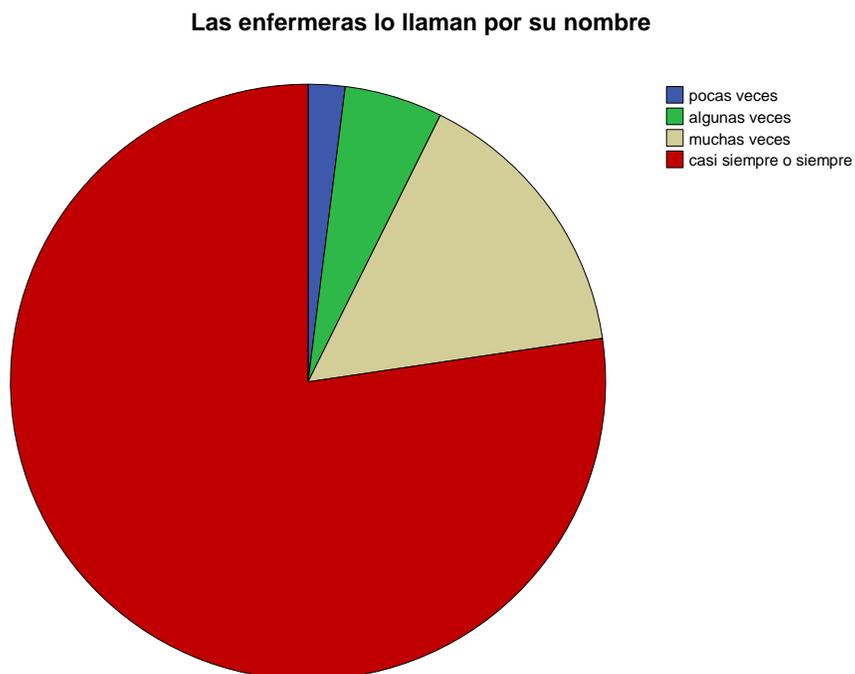
En la siguiente variable “las enfermeras lo llaman por su nombre”, se puede apreciar que el 77.3 % de los pacientes encuestados mencionaron que casi siempre o siempre lo hacen y solo un 2% pocas veces lo hace, observando este resultado en el cuadro y gráfica 8.

Cuadro 8

LAS ENFERMERAS LO LLAMAN POR SU NOMBRE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	pocas veces	3	2.0
	algunas veces	8	5.3
	muchas veces	23	15.3
	casi siempre o siempre	116	77.3
	Total	150	100.0

Misma fuente que en el cuadro 1

Gráfica 8



En la variable “las enfermeras usan palabras técnicas que usted no conoce”, solo el 8.7% menciona que casi siempre o siempre lo hacen y el 42.7% nunca o casi nunca lo hace, esto habla de que los enfermeros por lo general explican tratamientos y dudas con el lenguaje que entiende el paciente.

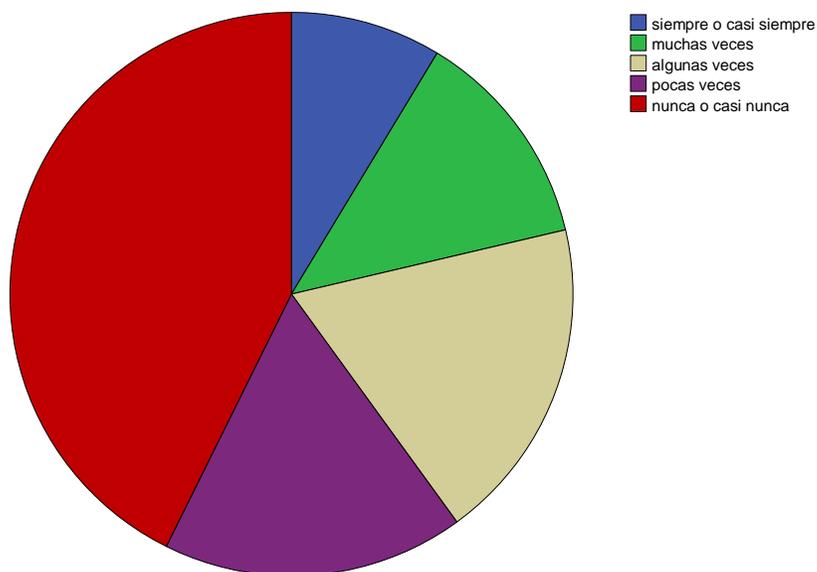
Cuadro 9

LAS ENFERMERAS USAN PALABRAS TÉCNICAS QUE USTED NO CONOCE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre o casi siempre	13	8.7
	muchas veces	19	12.7
	algunas veces	28	18.7
	pocas veces	26	17.3
	nunca o casi nunca	64	42.7
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 9

Las enfermeras usan palabras técnicas que usted no conoce



La siguiente variable “las enfermeras usan palabras de ánimo para motivarlo”, el 58% de los encuestados opinaron que casi siempre o siempre lo hacen y el 2% casi nunca o nunca lo hace, como se puede apreciar en el cuadro y gráfica 10.

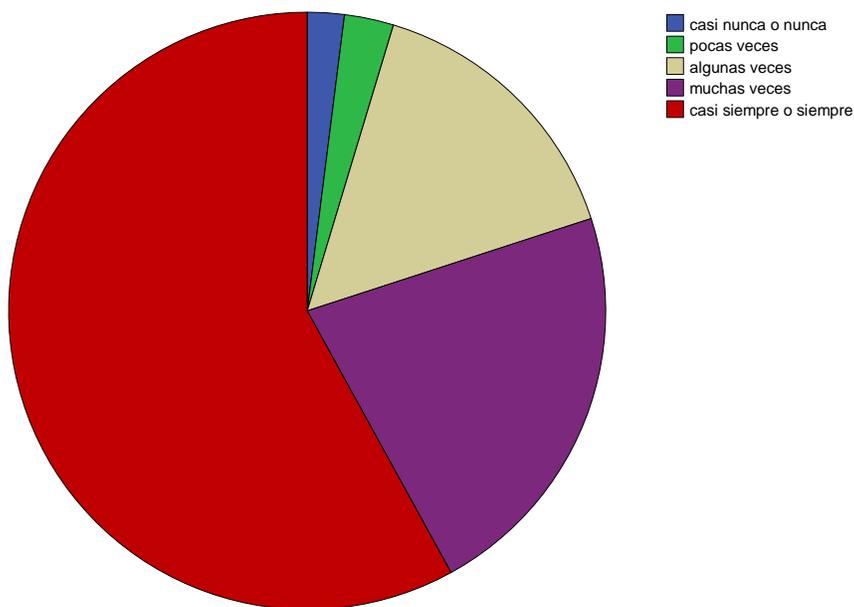
Cuadro 10

LAS ENFERMERAS USAN PALABRAS DE ÁNIMO PARA MOTIVARLO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	3	2.0
	pocas veces	4	2.7
	algunas veces	23	15.3
	muchas veces	33	22.0
	casi siempre o siempre	87	58.0
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 10

Las enfermeras usan palabras de ánimo para motivarlo



En la variable “las enfermeras se presentan por su nombre”, se observó que solo el 1.3% opinaron que casi nunca o nunca lo hace y el 74.7% lo hace siempre o casi siempre, como lo podemos ver en el cuadro y la gráfica 11.

Cuadro 11

LAS ENFERMERAS SE PRESENTAN POR SU NOMBRE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	2	1.3
	pocas veces	6	4.0
	algunas veces	12	8.0
	muchas veces	18	12.0
	casi siempre o siempre	112	74.7
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 11



En la variable “cuando usted les pide algo que necesita a las enfermeras, tardan en traerlo”, solo el 10% de los encuestados respondieron que casi siempre o siempre tardan y un 35.3% opinaron que casi nunca o nunca tardan, lo que se puede observar en el cuadro y gráfica 12.

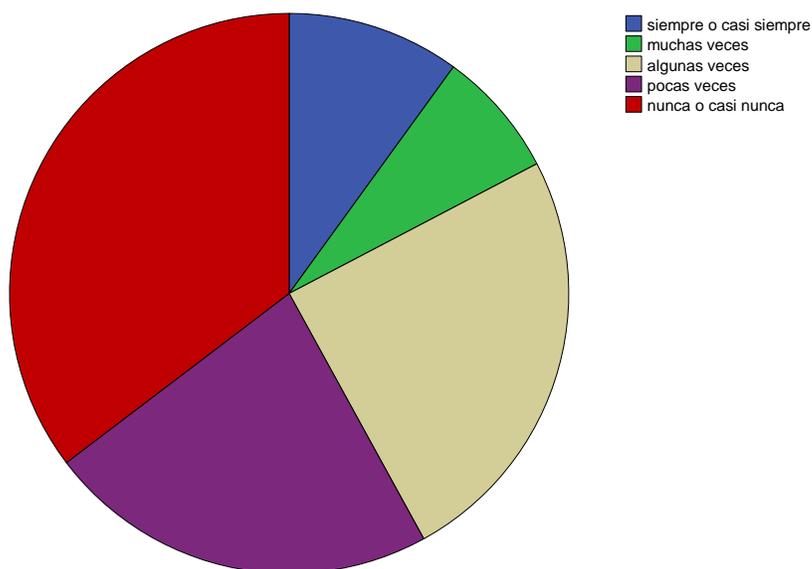
Cuadro 12

CUANDO USTED LES PIDE ALGO QUE NECESITA A LAS ENFERMERAS, TARDAN EN TRAERLO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre o casi siempre	15	10.0
	muchas veces	11	7.3
	algunas veces	37	24.7
	pocas veces	34	22.7
	nunca o casi nunca	53	35.3
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 12

Cuando usted les pide algo que necesita a las enfermeras, tardan en traerlo



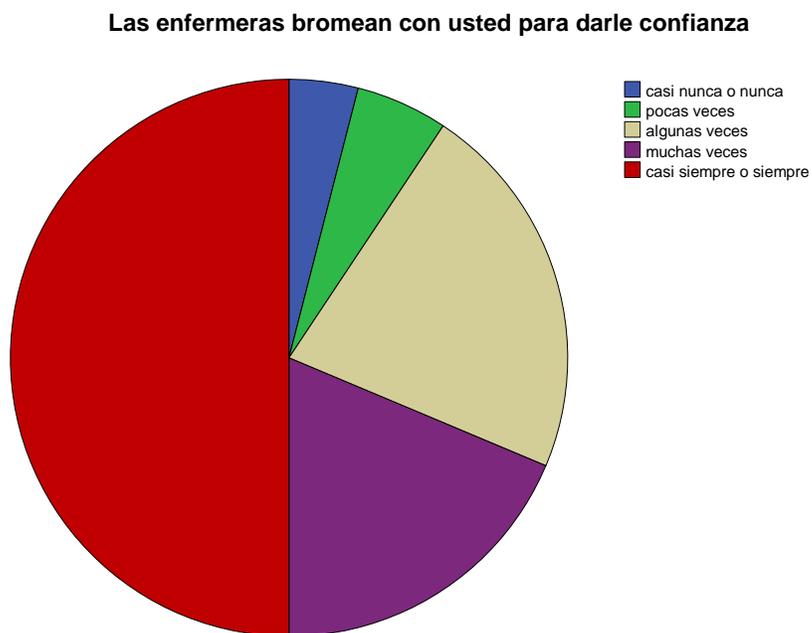
En la siguiente variable “las enfermeras bromean con usted para darle confianza”, se demostró en el cuadro y gráfica 13 que el 50 % respondieron que siempre o casi siempre lo hacen y solo un 4% casi nunca o nunca lo hacen.

Cuadro 13

LAS ENFERMERAS BROMEAN CON USTED PARA DARLE CONFIANZA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	6	4.0
	pocas veces	8	5.3
	algunas veces	33	22.0
	muchas veces	28	18.7
	casi siempre o siempre	75	50.0
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 13



En la variable “las enfermeras le dan explicaciones de los cuidados que le realizan”, solo el 4% respondieron que casi nunca o nunca lo hacen y un 62.7% respondió que casi siempre o siempre lo hacen.

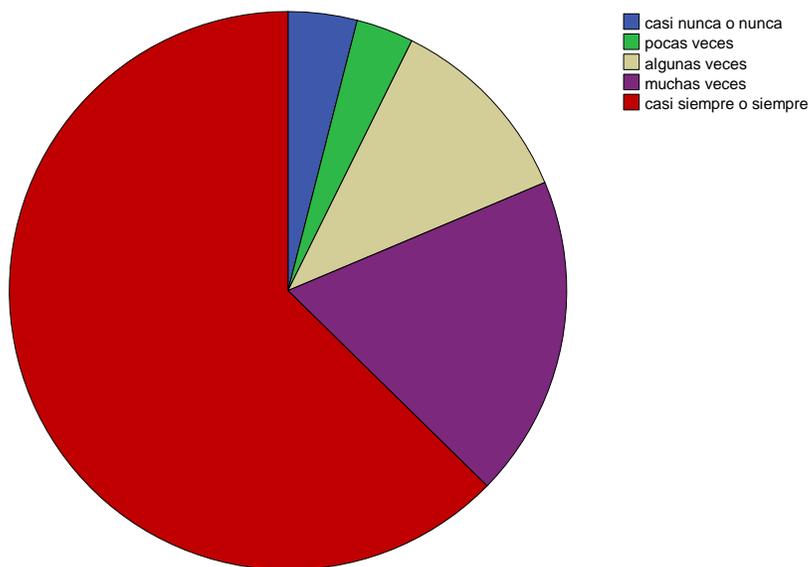
Cuadro 14

LAS ENFERMERAS LE DAN EXPLICACIONES DE LOS CUIDADOS QUE LE REALIZAN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	6	4.0
	pocas veces	5	3.3
	algunas veces	17	11.3
	muchas veces	28	18.7
	casi siempre o siempre	94	62.7
	Total	150	100.0

Misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 14

Las enfermeras le dan explicaciones de los cuidados que le realizan



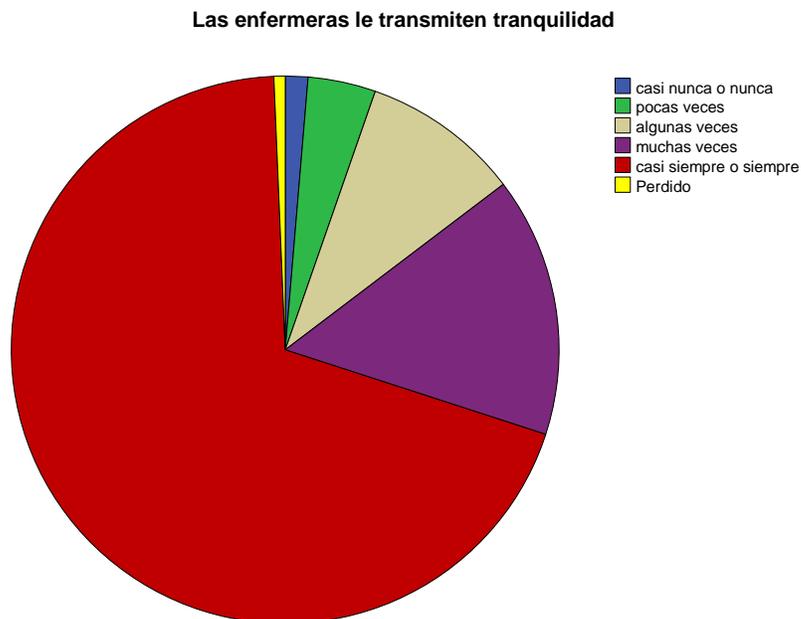
En la siguiente variable “las enfermeras le transmiten tranquilidad”, el 69.3% opinó que casi siempre o siempre las enfermeras le transmiten tranquilidad y un 1.3% casi nunca o nunca, notando estos resultados en el cuadro y gráfica 15.

Cuadro 15

LAS ENFERMERAS LE TRANSMITEN TRANQUILIDAD		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	2	1.3
	pocas veces	6	4.0
	algunas veces	14	9.3
	muchas veces	23	15.3
	casi siempre o siempre	104	69.3
	Total	149	99.3
Perdidos	Sistema	1	.7
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 15



En la variable “las enfermeras le platican cuando se acercan a tomarle la presión”, solo el 4% opinaron que casi nunca o nunca lo hace y un 56% casi siempre o siempre lo hacen.

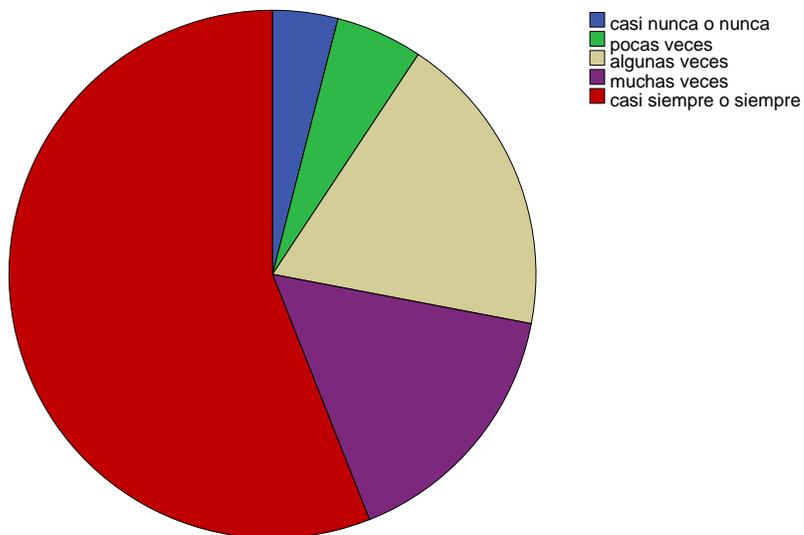
Cuadro 16

LAS ENFERMERAS LE PLATICAN CUANDO SE ACERCAN A TOMARLE LA PRESIÓN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	6	4.0
	pocas veces	8	5.3
	algunas veces	28	18.7
	muchas veces	24	16.0
	casi siempre o siempre	84	56.0
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 16

Las enfermeras le platican cuando se acercan a tomarle su presión



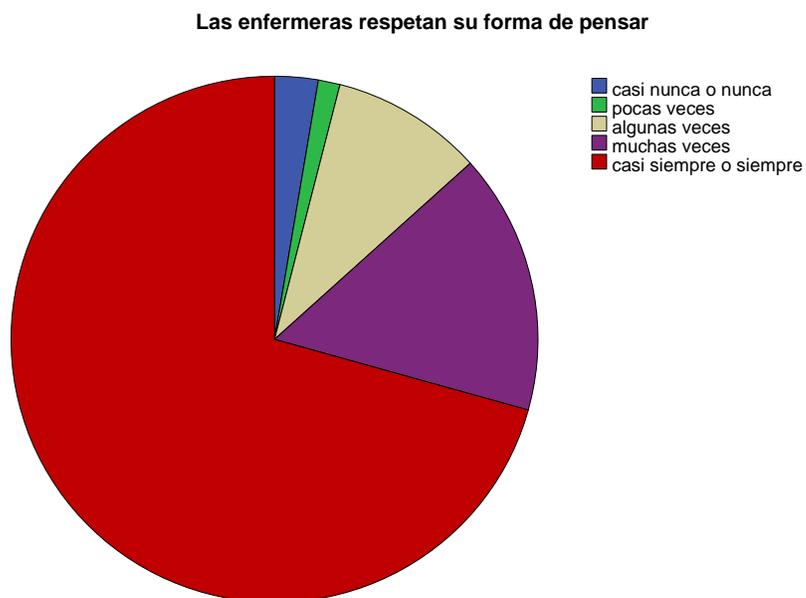
En esta variable “las enfermeras respetan su forma de pensar”, el 70.7 % casi siempre o siempre lo hace y solo un 1.3% pocas veces lo hace, observando los resultados en el cuadro y gráfica 17.

Cuadro 17

LAS ENFERMERAS RESPETAN SU FORMA DE PENSAR		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	4	2.7
	pocas veces	2	1.3
	algunas veces	14	9.3
	muchas veces	24	16.0
	casi siempre o siempre	106	70.7
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 17



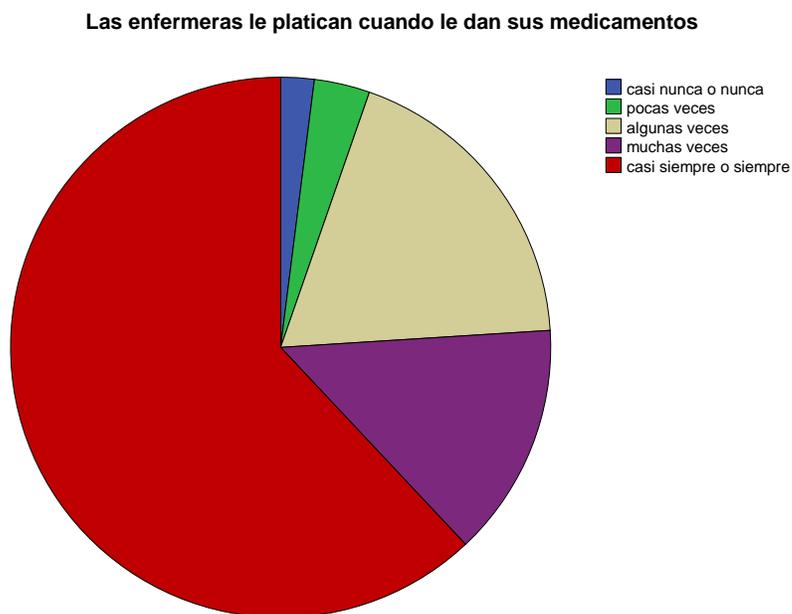
En la variable “las enfermeras le platican cuando le dan sus medicamentos”, un 2% contestaron que casi nunca o nunca lo hacen y un 62% casi siempre o siempre lo hacen, como se muestra en el cuadro y gráfica 18.

Cuadro 18

LAS ENFERMERAS LE PLATICAN CUANDO LE DAN SUS MEDICAMENTOS		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	3	2.0
	pocas veces	5	3.3
	algunas veces	28	18.7
	muchas veces	21	14.0
	casi siempre o siempre	93	62.0
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 18



En la variable “las enfermeras lo escuchan aunque tengan mucho trabajo”, solo un 5.3% de los encuestados opinaron que casi nunca o nunca lo hacen y un 55.3% casi siempre o siempre lo hacen.

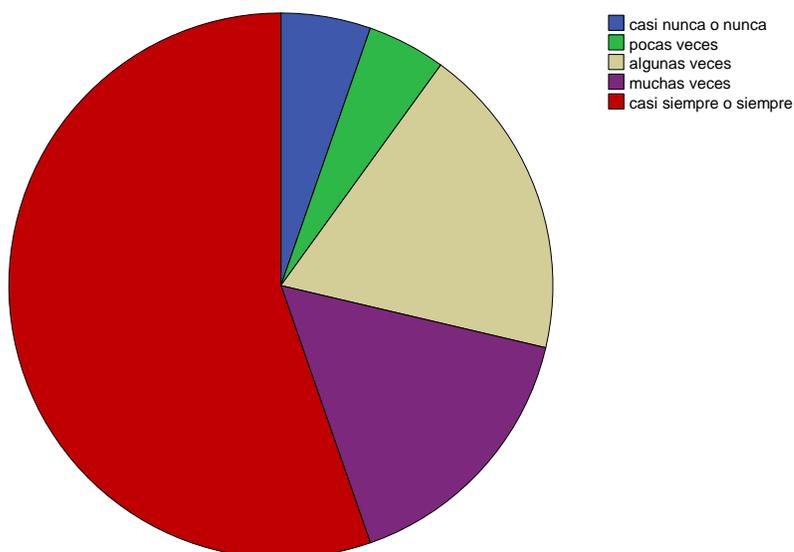
Cuadro 19

LAS ENFERMERAS LO ESCUCHAN AUNQUE TENGAN MUCHO TRABAJO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	8	5.3
	pocas veces	7	4.7
	algunas veces	28	18.7
	muchas veces	24	16.0
	casi siempre o siempre	83	55.3
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 19

Las enfermeras le escuchan aunque tengan mucho trabajo



En la variable “las enfermeras se molestan cuando usted se queja de algo”, el 62% opinó que casi nunca o nunca se molestan y solo el 6% muchas veces se molestan, como se puede observar en el cuadro y gráfica 20.

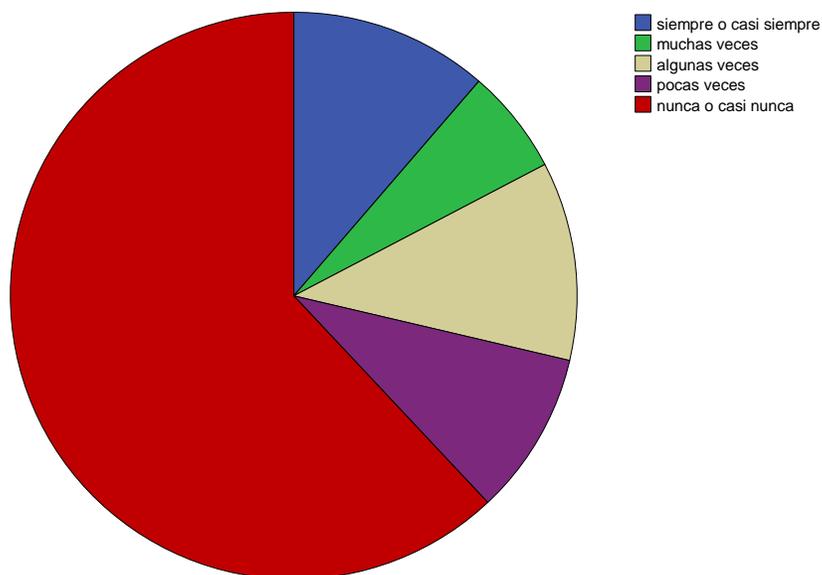
Cuadro 20

LAS ENFERMERAS SE MOLESTAN CUANDO USTED SE QUEJA DE ALGO		Frecuencia	Porcentaje
Válido	siempre o casi siempre	17	11.3
	muchas veces	9	6.0
	algunas veces	17	11.3
	pocas veces	14	9.3
	nunca o casi nunca	93	62.0
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 20

Las enfermeras se molestan cuando usted se queja de algo



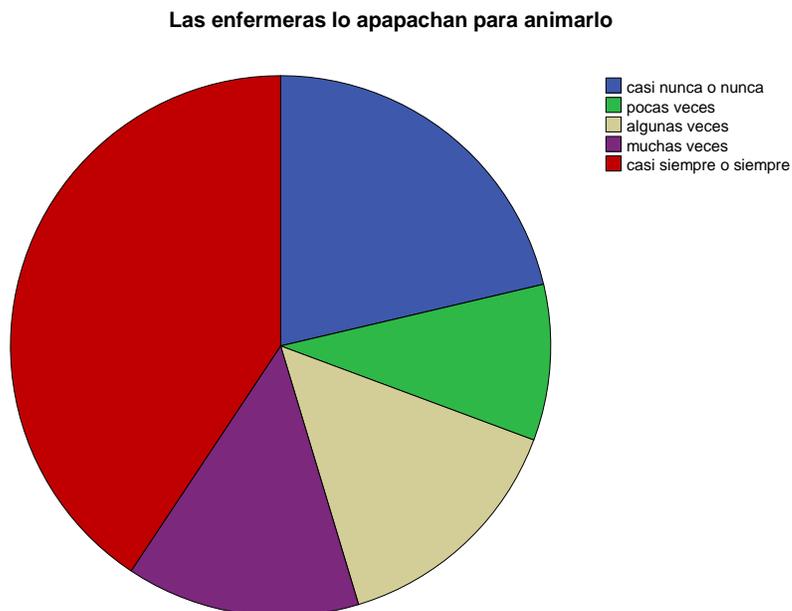
En la variable “las enfermeras lo apapachan para animarlo”, el 40.7 % opinaron que casi siempre o siempre lo hacen y el 9.3% opinaron que pocas veces lo hacen, notando estos resultados en el cuadro y gráfica 21.

Cuadro 21

LAS ENFERMERAS LO APAPACHAN PARA ANIMARLO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	32	21.3
	pocas veces	14	9.3
	algunas veces	22	14.7
	muchas veces	21	14.0
	casi siempre o siempre	61	40.7
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 21



En la variable “las enfermeras le explican las razones de los cuidados que le dan”, solo un 4% de los encuestados opinaron que casi nunca o nunca lo hacen y el 61.3% dijeron que siempre o casi siempre lo hacen, observando los resultados en el cuadro y gráfica 22.

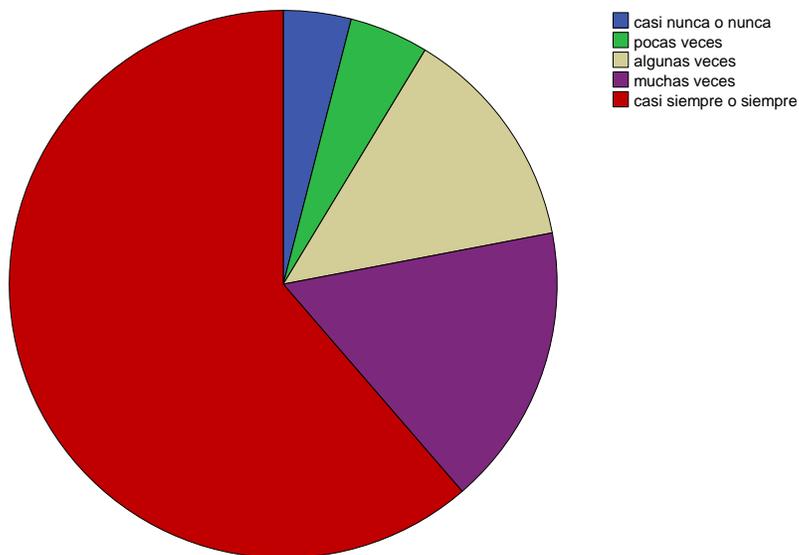
Cuadro 22

LAS ENFERMERAS LE EXPLICAN LAS RAZONES DE LOS CUIDADOS QUE LE DAN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca o nunca	6	4.0
	pocas veces	7	4.7
	algunas veces	20	13.3
	muchas veces	25	16.7
	casi siempre o siempre	92	61.3
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 22

Las enfermeras le explican las razones de los cuidados que le dan



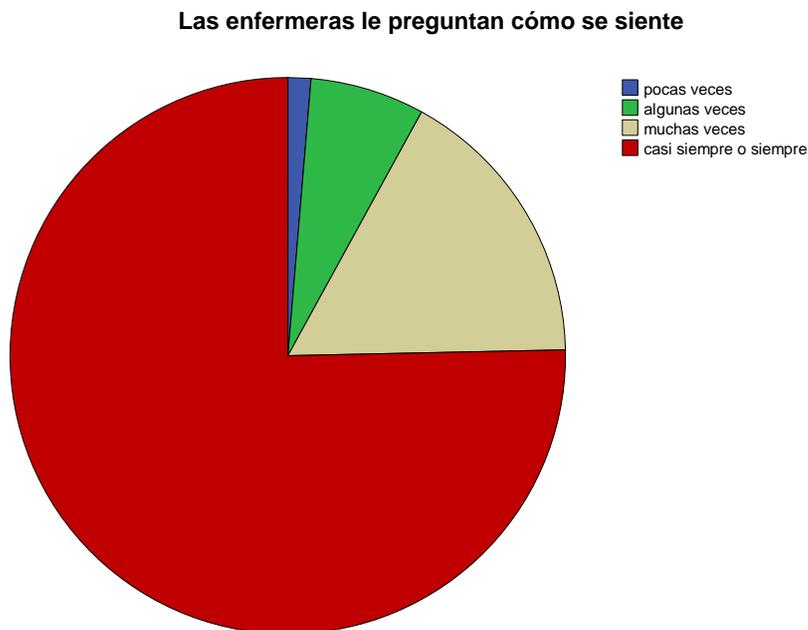
La última variable “las enfermeras le preguntan cómo se siente”, el 75.3 % de los pacientes encuestados opinaron que casi siempre o siempre lo hacen y solo el 1.3% opinaron que pocas veces lo hacen, brindando mayor interés por los pacientes.

Cuadro 23

LAS ENFERMERAS LE PREGUNTAN CÓMO SE SIENTE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	pocas veces	2	1.3
	algunas veces	10	6.7
	muchas veces	25	16.7
	casi siempre o siempre	113	75.3
	Total	150	100.0

misma fuente que el cuadro 1

Gráfica 23



En cuanto a la calificación asignada en forma general sobre la comprensión fue de 9.1, sobre el respeto fue de 9.3 y sobre la satisfacción fue de 9.2, con un rango entre 6 y 10; la suma total del CECOP (Comportamiento de las Enfermeras relacionados con su forma de Comunicación Observados por los Pacientes) fue de 97.17 con una desviación estándar de 13.10, oscilando en un rango de 56 a 115.

Las correlaciones entre la suma total del CECOP y los valores de las escalas se describen a continuación:

La correlación entre CECOP total y comprensión fue de .72 con un nivel de significancia de $< .05$.

La correlación entre CECOP total y respeto fue de .66 con un nivel de significancia $< .05$.

La correlación entre CECOP total y grado de satisfacción fue de .71 con un nivel de significancia $< .05$.

Al relacionar la calificación asignada a la *comprensión* con los 23 comportamientos se observó que solamente las conductas relacionadas con el saludo, las palabras amables, el llamado por su nombre, las palabras de ánimo, la respuesta oportuna cuando el paciente solicita algo y el respeto de ideas, tuvieron una correlación superior o igual al .45 con un nivel de significancia $< .05$.

COMPORTAMIENTO	CORRELACIÓN DE SPEARMAN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
5.- Se acercan a usted para saludarlo.	.41	$< .05$
6.- Usan palabras amables al hablar con usted.	.49	$< .05$

8.- Lo llaman por su nombre.	.52	<.05
10.- Usan palabras de ánimo para motivarlo.	.47	<.05
11.- Se presentan por su nombre.	.50	<.05
12.- Cuando usted les pide algo que necesita, tardan en traerlo.	.48	<.05
15.- Le transmiten tranquilidad.	.47	<.05
17.- Respetan su forma de pensar.	.45	<.05

Al relacionar la calificación asignada al *respeto* con los 23 comportamientos se observó que solamente las preguntas relacionadas con las palabras amables, con el saludo, la respuesta oportuna cuando el paciente solicita algo, la transmisión de tranquilidad, la molestia por quejas, los sentimientos sobre su estado general, tuvieron una correlación superior o igual al .45 con un nivel de significancia < .05.

COMPORTAMIENTO	CORRELACIÓN DE SPEARMAN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
6.- Usan palabras amables al hablar con usted.	.49	<.5
8.- lo llaman por su nombre.	.50	<.5

11.- se presentan por su nombre.	.48	<.5
12.- cuando usted pide algo que necesita, tardan en traerlo.	.48	<.5
15.- le transmiten tranquilidad.	.47	<.5
20.- se molestan cuando usted se queja de algo.	.45	<.5
23.- le preguntan cómo se siente.	.46	<.5

Al relacionar la calificación asignada al *grado de satisfacción* con los 23 comportamientos se observó que solamente las preguntas acerca de: el saludo, la respuesta oportuna cuando el paciente solicita algo, la transmisión de tranquilidad, la molestia por quejas, los sentimientos sobre su estado general, tuvieron una correlación superior o igual al .45 con un nivel de significancia < .05.

COMPORTAMIENTO	CORRELACIÓN DE SPEARMAN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
5.- Se acercan a usted para saludarlo.	.48	<.5
8.- lo llaman por su nombre.	.49	<.5
11.- se presentan por su nombre.	.47	<.5
12.- cuando usted pide algo que necesita, tardan	.45	<.5

en traerlo.		
15.- le transmiten tranquilidad.	.50	<.5
20.- se molestan cuando usted se queja de algo.	.47	<.5
23.- le preguntan cómo se siente.	.45	<.5

VIII Discusión de resultados.

Peplau³ nos comenta que la interacción enfermera-paciente está dirigida a las personas que se sienten capaces de llevar consigo la responsabilidad de su profesión, que desean un crecimiento personal de los que aman y cuidan; el presente estudio nos muestra un panorama general de las cualidades y deficiencias que tienen las enfermeras en cuestión a la comunicación con los pacientes, tanto de una forma verbal como de una forma no verbal, observamos carencias en las habilidades de interacción de las enfermeras con los pacientes, de acuerdo con la percepción de cada uno de estos últimos.

Henderson³ nos dice que el paciente es una persona que requiere ayuda para lograr su autosuficiencia; la enfermera debe mantenerse en la piel (empatía) de cada paciente para poder conocer sus necesidades; en este estudio notamos que una parte del personal de enfermería tiene algunas deficiencias en cuanto a la empatía, para algunas les es difícil poder comprender la situación que el paciente está teniendo en el momento que requiere de su ayuda; como se observa en las preguntas relacionadas con la empatía.

Taylor³ menciona que la verdadera naturaleza de la enfermería solo puede transmitirse a través de ideales como el amor, simpatía, conocimiento y cultura expresados mediante la práctica del procedimiento artístico y relaciones humanas,

por lo que el personal de enfermería debe capacitarse no solamente en el ámbito de procedimientos técnicos sino también en el ámbito humanista¹³.

Bermejo⁸ nos dice que en una relación de ayuda se podría decir que el proceso es universal pero no toda persona es capaz de realizarla con efectividad ya que se necesita previo conocimiento teórico-práctico y sobre todo haber trabajado sobre uno mismo; entonces podemos decir que si la enfermera es capaz de brindar esa ayuda con calidad es porque tiene la capacidad de vivir mejor que el paciente. En este estudio se pudo notar que las enfermeras manifiestan comportamientos favorables en la comunicación verbal, pero en la comunicación no verbal algunas de ellas tienen más deficiencias cuando llevan a cabo la interacción con el paciente.

Este estudio nos da a conocer aspectos sobre la importancia que los pacientes le dan a las actitudes de cada uno de las enfermeras, demostrando que el respeto comienza desde que la enfermera se presenta por su nombre y desde que la enfermera se refiere a cada uno de los pacientes también por su nombre, el hecho de que los pacientes perciben que la mayoría de las enfermeras son amables y les transmiten tranquilidad, permite reconocer que las enfermeras son empáticas lo que puede favorecer la satisfacción que ellos tienen sobre el cuidado recibido.

Aun cuando hay porcentajes altos en algunos comportamientos, lo ideal debería ser que estas actitudes se generalizaran, lo que puede favorecerse con la toma de conciencia de las enfermeras y en el aprendizaje de habilidades de la comunicación.

IX Conclusiones.

Se observan fortalezas como paciencia y respeto por parte de las enfermeras y carencias como la falta de tiempo para dedicarles a cada uno de los pacientes, de acuerdo con la opinión comunicada por estos últimos, obtenida a través de la encuesta; esta encuesta también nos permitió conocer que los aspectos sociodemográficos de los pacientes no influyen en los cuidados y atenciones de las enfermeras, por lo que esto no impide llevar a cabo una buena interacción enfermera-paciente; estas afirmaciones no tienen el propósito de juzgar el comportamiento de las enfermeras en sí mismo, sino de identificar algunos aspectos como fortalezas y debilidades de las enfermeras que podrían ser elementos de formación para programas de actualización y así lograr una mejor calidad al interactuar con los pacientes de forma respetuosa, comprensiva y amable.

Esperando que el reconocimiento de fortalezas y carencias de las enfermeras de la institución estudiada les permita a las autoridades correspondientes establecer programas que refuercen las actividades teórico-prácticas con las que cuenta su personal de enfermería y mejorar aquellas en las que se encuentran con limitaciones, para cumplir con los propósitos institucionales de calidad de atención de enfermería, metas que tienen las instituciones de salud en el país.

Cabe mencionar que en esta investigación no se analizaron aspectos sociodemográficos de las enfermeras, sin embargo, se reconoce que estos pueden influir en la interacción enfermera-paciente y podría ser un tema por estudiar para complementar el tema de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hildegard P. E. Relaciones interpersonales en enfermería. Primera edición. Barcelona, España: Salvat;1990.
2. ColliereM.F. Promover la vida. Primera edición. Madrid, España: Mc Graw Hill; 1993.
3. Marriner-Tomey A. y Raile-Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Madrid, España: Elsevier Mosby;2008.
4. Tazón Anzola P. Relación y comunicación en enfermería. Primera edición. Barcelona, España:Masson; 2008.
5. Phaneuf M. Planificación de los cuidados en enfermería. Primera edición. México: Mc Graw Hill;1999.
6. Niven N. Psicología en enfermería. Segunda edición. México: Manual Moderno; 2009.
7. Civanal L. J. Interacción en enfermería con el paciente. Segunda edición. Barcelona, España: Doyma; 1991.
8. Bermejo H.J, Carabias R. Relación de ayuda y enfermería. Primera edición. Madrid, España: Sal Terrae; 1998.
9. Beltrán Salazar O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan. 2008; 8 (1). Recuperado el 15 de marzo 2011 en: <http://bit.ly/kh21k>.
10. Muggenburg C, Riveros Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario Parte I. México D.F. Revista enfermería universitaria. 2012, 9 (1): 36-44.

11. Muggenburg C, Riveros Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario Parte II. México D.F. Revista enfermería universitaria. 2012, 9 (2): 6-13.
12. Sánchez Saldívar P, Aguirre H, Córdoba MA, Campos M, Arableya H. La calidad de la comunicación enfermera paciente en los centros de la jurisdicción sanitaria. Benito Juárez en México D.F. Revista Conamed. 2009, 14 (1):20-28.
13. Beltrán O. Cuando las enfermeras están ausentes. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n4/7169.php>
14. De los Ríos J.L, Sánchez-Sosa J.J. Well-being and medical recovery in the critical care unit: the role of the nursing-patient interaction. Salud Mental. 2002; 25 (2): 21-31.
15. Mugüemburg R. M.C. Valencia A, Hernandez MC, et al. Diseño y validación de inventario de comportamiento de enfermeras en comunicación, observado por pacientes. De próxima aparición 2013.

ANEXOS

ANEXO #1

INVENTARIO DE COMPORTAMIENTOS DE LAS ENFERMERAS RELACIONADOS CON SU FORMA DE COMUNICACIÓN (OBSERVADOS POR LOS PACIENTES) Folio_____ (CECOP)

A continuación le voy a leer varias frases para que usted identifique si observa estas conductas en las enfermeras que lo atienden, por favor conteste con honestidad y libertad, ya que sus opiniones son muy importantes para mejorar los cuidados para los pacientes.

Las enfermeras (os)...	Siempre o casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca
1. Le sonrén.					
2. Se molestan cuando usted no quiere comer.					
3. Se molestan cuando usted no quiere bañarse.					
4. Se molestan cuando usted moja la cama accidentalmente.					
5. Se acercan a usted para saludarlo.					
6. Usan palabras amables al hablar con usted.					
7. Buscan tiempo para hablar con usted.					
8. Lo llaman por su nombre.					
9. Usan palabras "técnicas" que usted no conoce.					
10. Usan palabras de ánimo para motivarlo.					
11. Se presentan por su nombre.					
12. Cuando usted les pide algo que necesita, tardan en traerlo.					
13. Bromean con usted para darle confianza.					
14. Le dan explicaciones de los cuidados que le realizan.					
15. Le transmiten tranquilidad.					
16. Le platican cuando se acercan a tomarle su presión.					
17. Respetan su forma de pensar.					
18. Le platican cuando le dan sus medicamentos.					
19. Lo escuchan aunque tengan mucho trabajo.					
20. Se molestan cuando usted se queja de algo.					
21. Lo "apapachan" para animarlo.					
22. Le explican las razones de los cuidados que le dan.					
23. Le preguntan cómo se siente.					

CONTINÚA

Si tuviera que calificar de 1 a 10 (siendo 10 lo mejor), qué calificación le daría a la **comprensión** que recibe de las enfermeras que lo atienden_____

Si tuviera que calificar de 1 a 10 (siendo 10 lo mejor), qué calificación le daría al **respeto** que recibe de las enfermeras que lo atienden_____

Si tuviera que calificar de 1 a 10 (siendo 10 lo mejor), qué calificación le daría al grado de **satisfacción que siente** en cuanto a la atención que recibe de las enfermeras_____

Por último, le voy a leer 5 afirmaciones para que me diga que tan de acuerdo está con cada una de ellas:

Usted desea que...	Si	No	Le da lo mismo
1.- Las enfermeras lo escuchen			
2.- Las enfermeras le platicuen			
3.- Las enfermeras le expliquen sobre su enfermedad			
4.- Las enfermeras sean amables con usted y sus familiares			
5.- Las enfermeras lo animen			

Muchas gracias por sus respuestas, serán de mucha utilidad para mejorar el cuidado que reciben los pacientes.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD (EXPEDIENTE).

Edad: _____; **Sexo:** F M; **Estado Civil:** S C V D UL; **Escolaridad:** primaria incompleta__; primaria completa__; secundaria incompleta__; secundaria completa__; preparatoria y/o estudios técnicos__; licenciatura incompleta__; licenciatura y más__; otros_____; **Nivel socioeconómico** _____ (clasificación asignada en la institución).

Diagnóstico _____
