



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA FORMA DE COMUNICACIÓN QUE  
MANIFIESTA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE  
CUIDADOS CORONARIOS.**

PRESENTA

MARIA CASTILLO NEQUIZ

CUENTA 411047735

ASESORA

DOCTORA MARÍA CRISTINA MÜGGENBURG RODRÍGUEZ VIGIL

MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2015





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Índice.	
Introducción	1
1. Enunciado del problema	2
2. Marco conceptual	3
3. Revisión bibliográfica	16
4. Justificación	26
5. Objetivos	26
6. Metodología	27
7. Implicaciones éticas	30
8. Descripción de resultados	31
9. Discusión de resultados	60
Conclusión	66
Bibliografía	67
Apéndices	

## AGRADECIMIENTOS.

En el sendero de la vida nos vislumbran pensamientos que forman parte de nuestros ser y este se deja entrever con los demás seres que se encuentran a su alrededor para apoyarse uno del otro y poder desarrollarse encausando metas y objetivos que los hacen sentir plenos. En el andar hay caídas, que nos ayudan a emprender con más fuerza y continuar. En los momentos de aridez y de abundancia siempre te acompañan esas personas que te ayudan a sostenerte cuando estas al borde del precipicio.

Es por ello que les doy infinitas gracias a las personas que fueron el medio para que yo formara parte de este mundo, a mis padres que me han brindado su apoyo incondicional desde siempre y han sido un gran pilar en esta senda.

Le doy las gratitudes a cada una de las personas que formaron parte de mi formación profesional, familia, compañeros, pareja y amigos, todas aquellas que integraron parte del cimiento de este camino.

A la doctora Müggenburg por brindarme su apoyo como tutora, en la presente investigación que ayuda a enriquecer la base que permite que las sociedades caminen en común acuerdo, fenómeno tan importante para la humanidad y para el área donde se dejan entrever los límites de la vida.

Finalmente gratifico a los profesores que impulsaron a través de sus conocimientos y su amor por la ciencia del cuidado, a que permaneciera en este camino de conocimiento humano y científico.

## **INTRODUCCIÓN.**

El cuidado que brindan las enfermeras abarca esferas biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Para ofrecer este cuidado la enfermera se apoya en la comunicación interpersonal. Hay que considerar que el ingreso del paciente al hospital lo sitúa en un entorno desconocido y a veces hasta hostil, lo separa de sus familiares y lo enfrenta a los efectos de la enfermedad. Ante esta realidad la enfermera debe ofrecer una relación terapéutica, que favorezca la comunicación a través la empatía y el respeto.

El presente trabajo se realizó con la finalidad de poder observar el grado de comunicación que lleva a cabo el personal de enfermería con el paciente, tomando en cuenta aspectos como la edad, el género, la escolaridad, el nivel socioeconómico y el estado de salud, con el fin de identificar áreas de oportunidad para mejorar la calidad del cuidado.

La investigación se llevó a cabo en una Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología, dicha problemática se ha estudiado escasamente en la sociedad mexicana. De forma general se pudo observar que la mayoría de los pacientes perciben de manera positiva el proceso de comunicación interpersonal por parte del profesional de enfermería. En contraste, algunos comportamientos de enfermería fueron poco valorados por parte del paciente, lo anterior encamina a mejorar estas áreas de oportunidad a través de la implementación de estrategias. Lo cual deja abierta la posibilidad de inducir investigaciones que trabajen sobre este fenómeno y se fortalezca el conocimiento del mismo. Ya que la comunicación es un instrumento para el adecuado funcionamiento de cualquier ámbito social.

## **1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

La comunicación interpersonal es una actividad diaria que realiza el profesional de enfermería con sus pacientes, una adecuada comunicación, está estrechamente relacionada con aspectos como el saber escuchar y la empatía. Como se sabe las formas de comunicarse pueden ser verbales y no verbales, como los gestos, el tono de voz, la postura, la sonrisa, entre otros. Las formas de comunicación no verbales facilitan la expresión de los aspectos más subjetivos y modifican el mensaje que se quiere transmitir.

El profesional de enfermería realiza procedimientos y técnicas guiadas por su objeto de estudio que es el cuidado, que requieren de una comunicación clara y precisa por la responsabilidad que tiene la enfermera en el seguimiento de las intervenciones terapéuticas.

En la unidad de cuidados coronarios los pacientes carecen de estabilidad hemodinámica por lo que requieren un cuidado exhaustivo. A veces la carga de trabajo obstaculiza la orientación y explicación de los cuidados brindados por parte del personal de enfermería, otros aspectos que pueden modificar la percepción sobre la forma de comunicación de las enfermeras(os) son, las características de los pacientes como: la edad, el género, la región de procedencia, el estado de salud, entre otros; es por ello que se realizó la siguiente pregunta:

¿La percepción que tienen los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados coronarios respecto a la forma de comunicación de las enfermeras, tiene relación con las características personales de los pacientes?

## **2. MARCO CONCEPTUAL.**

Para poder contextualizar el tema, a continuación se muestran conceptos necesarios para el desarrollo de la investigación.

### **a. Comunicación.**

La comunicación es un tema que forma parte de cualquier sociedad al igual que la ciencia del cuidado, es parte de la humanidad desde que surgió, es decir están implícitos en el desarrollo de las sociedades y de la persona en sí misma. Desde que nace el ser humano, empieza a comunicar sus necesidades mediante el llanto, las que se verán satisfechas a través del cuidado.

La comunicación puede verse desde varios aspectos como el psicológico, el social y el antropológico; Watzlawick<sup>1</sup> en su libro “Teoría de la comunicación humana” describe la complejidad de ésta, nos habla de una paralelismo entre comunicación y conducta (transmite un mensaje implícito) que se llevan a cabo en la interacción y se determinan mutuamente, a través de la información ofrecida que se retroalimenta y complementa mediante un orden que favorece la ausencia de desacuerdos haciendo la relación simétrica y complementaria.

El lenguaje (mensaje) se puede observar como un conjunto de signos que componen una serie de códigos que deben ser usados respetando reglas para que se conserve la armonía. Estos símbolos se pueden modificar según sea la necesidad, la circunstancia en la que nos encontremos, o el contexto en que se lleve a cabo la interacción<sup>2</sup>.

La teoría que existe acerca de la comunicación, permite dar explicación a este fenómeno pero no predicción, ya que a pesar de que se han ido estableciendo sus elementos, va a diferir de una persona a otra y de una sociedad a otra.

Pareciera que es un tema nada complejo en sí mismo, pero sí es complejo. Al formar parte de la sociedad, la comunicación pasa a ser totalmente cambiante, ésta se verá siempre afectada por las personas que interactúen, las que muy pocas veces se cuestionan qué es la comunicación.

Por otro lado Cibanal<sup>3</sup>, enfermero y psicólogo, nos ofrece una definición de comunicación: “Comunicación es, en consecuencia, el proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro o de ayudarlo a que amplíe su percepción de la realidad. No olvidemos que somos comunicación y que según sea lo que haya sido está, seremos nosotros”. Tazón<sup>4</sup> cita a Shannon y Weaver, para definir la comunicación, “procedimiento por el cual se realiza la transmisión de una información entre dos fuentes diferentes: emisor y receptor”.

Como se observa los autores, la refieren como un proceso o procedimiento, nos hablan de dos partes y de un mensaje, por lo que podríamos decir que esos tres factores componen a la comunicación.

Finalmente Aguinaga<sup>5</sup>, la define; “comunicación interpersonal: proceso mediante el cual dos o más, crean comunidad o hacen común una misma información transmitida a través de un mensaje. Concebida así, la comunicación humana trasciende el concepto de ser mera transmisión de ideas, noticias o conocimientos y se convierte en mucho más, en una forma de comunicación. Es la más positiva de todas, y por tanto la más eficiente porque permite ver la cara del interlocutor, mirarlo a los ojos, escucharse mutuamente y, ante todo, percibir el *feedback* o la relación que cada uno se envía como retroalimentación, para tener la posibilidad de reafirmarse o de cambiar el giro de la misma comunicación. Los procesos comunicativos a través del lenguaje forman parte de las necesidades vitales del ser humano, que requiere de ellos para compartir con sus congéneres y alcanzar así su desarrollo personal y social”.

## **b. Tipos de comunicación.**

La comunicación se divide en verbal y no verbal, dentro de la cual se conjugan diferentes características.

Niven<sup>6</sup> nos habla acerca de la comunicación no verbal, que va a estar determinada por expresiones faciales, mirada, tacto, presencia física, movimientos corporales, gestos. Menciona que muchas personas piensan que la comunicación no verbal es incidental a la conversación, pero de hecho está ahí para complementar el habla, así

mismo cita a Birdwhistell quien estimó que aproximadamente del 60% al 70% del significado social de la conversación, se relaciona con un modo no verbal.

Como se cita en Tazón<sup>4</sup>, Kanapp definió la comunicación no verbal como aquella clase de eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita. El lenguaje no verbal se diferencia por ser: afectivo, inconsciente, equívoco y admite múltiples interpretaciones<sup>3</sup>.

Por otro lado Cibanal<sup>3</sup> menciona que la comunicación, parte de los pensamientos que son propios y que una de las condiciones es escuchar y aceptar. En su obra describe:

a) Comunicación no verbal: estará determinada por el tono, los gestos, el silencio, la mirada, la fluidez, las pausas, la expresión facial, la distancia interpersonal, el tacto, la apariencia física general etc<sup>3</sup>.

b) Comunicación verbal: menciona que con la palabra se puede aclarar la expresión no verbal, debido a que se le dan varias interpretaciones<sup>3</sup>.

### **c. Componentes de la comunicación.**

Como ya se mencionó hay teorías que tratan de explicar el proceso de la comunicación, una de las más aceptadas y usadas es la que se cita en Tazón<sup>4</sup>, de Sharon y Weaver: Teoría matemática de las comunicaciones la cual maneja componentes como: fuente de información, mensaje, emisor, código, canal, señal, receptor y destinatario.

### **d. Comunicación en enfermería.**

“La palabra es quizás el instrumento más importante que tenemos a disposición para hacer que nuestra vida, y la de los pacientes, sea satisfactoria o insatisfactoria. Los problemas más frecuentes en la relación con el paciente son: 1) la terminología médica que empleamos, 2) el uso de las entrevistas demasiado directivas que no permiten al paciente expresar lo que vive, 3) la falta de habilidades para observar,

detectar y codificar las emociones de los pacientes, a fin de darles salida o encauzarlos”<sup>3</sup>.

Según Phaneuf<sup>7</sup>, cuando las personas se comunican influyen aspectos como la sexualidad, la edad, las habilidades cognitivas, las alteraciones psicológicas, la integridad de los órganos, la imagen, la propia capacidad de expresar las necesidades y opiniones, el entorno y los hábitos de relación.

### **Aspectos específicos de la comunicación en enfermería.**

Algunos aspectos que afectan la comunicación de las enfermeras con el paciente son: se centran en la actividad técnica dejando a un lado al paciente; “las enfermeras invierten menos del 16% de su tiempo de trabajo en el contacto exclusivo “uno-a-uno” con los pacientes y paradójicamente las enfermeras de salud mental emplean sólo el 13% de su tiempo para hablar con el paciente”<sup>4</sup> y se cierran a los aspectos sentimentales y emocionales o bien realizan preguntas al paciente que solo permiten un sí o un no<sup>4</sup>.

### **Estilos de comunicación en la relación profesional.**

“*Modelo técnico*: desde el punto de vista de la enfermedad, rechaza los aspectos psicosociales del enfermar, generalmente por escasa formación del profesional o por rechazo personal hacia estos temas. En cuanto a los aspectos comunicacionales contiene aspectos de estilo agresivo, por ejemplo: no permite opinar al paciente, no acepta críticas, es frío cuando realiza prescripciones o recomendaciones al paciente. La consecuencia de esto es que el paciente no se siente bien tratado, no desarrolla confianza en el profesional y por tanto, no se adhiere a las recomendaciones que se le hacen ni a los cuidados que se le ofrecen. *Modelo paternalista o sacerdotal*: respecto a la enfermedad, utiliza el modelo biopsicosocial, es decir, aborda tanto la enfermedad biológica, como los aspectos psicosociales y sociales. Sin embargo, estos temas sólo se valoran desde la perspectiva y con los valores del profesional. *Modelo de camaradería o complaciente*: es un estilo muy reciente con pocos años de experiencia.

El profesional tiene la visión errónea de que lo importante es llevarse bien con el paciente a cualquier precio, renunciando la responsabilidad como profesional. *Modelo cooperativo o contractual*: tiene en cuenta al hombre como ser biopsicosocial. Valora la opinión del paciente y le pide que participe en sus cuidados, dando opiniones y eligiendo alternativas, pero en ningún momento renuncia a su función profesional y siempre ejerce como experto. Valora la buena relación con el paciente pero no al precio de dejar de ser profesional”<sup>4</sup>.

### **Interrelación del profesional de enfermería con el paciente.**

La relación de ayuda: ofrece alternativas para enfrentar la realidad psico-socio y espiritual, esto puede fortalecerse desde el primer nivel.

Prerrequisitos de la relación de ayuda.

“La relación humana se entiende como un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este cambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso la enfermera) captará las necesidades del otro (paciente), con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, enfrentar y hacer frente a su situación actual”<sup>3</sup>.

La relación de ayuda supone la empatía, Rogers la define como: “si yo percibo las experiencias de la otra persona, de tal manera que ninguna de estas experiencias las discrimino, ni prejuizo, que unas experiencias son más importantes que otras, entonces, tengo una atención positiva incondicional hacia esa persona”<sup>3</sup>.

La relación de ayuda también contiene fases: 1) la configuración del encuentro (acogida u orientación), 2) la presentación y clarificación del problema, 3) la confrontación y la reestructuración, 4) programar la acción, 5) saber terminar una relación (la separación) y 6) la evaluación<sup>3</sup>.

Una investigación, en los servicios de enfermería en un área de salud, realizada por Pérez y García<sup>8</sup> refieren que: “La relación enfermera-paciente es un aspecto muy importante pues una relación basada en la confianza constituye un requisito necesario para la buena marcha del proceso terapéutico. Una comunicación propicia que permita obtener una información adecuada y generar en el enfermo un sentimiento de

seguridad que lo haga receptivo a las sugerencias y las recomendaciones de la enfermera; son aspectos que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad”.

#### **e. Teorías de Enfermería vinculadas con la relación interpersonal.**

##### **Hildegard Elizabeth Peplau.**

Propone un modelo para las relaciones interpersonales, basadas en 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. Plantea que el centro del trabajo de la enfermera consiste en la relación interpersonal enfermera-paciente en cualquiera de los roles que ha de cumplir en las distintas fases de la intervención<sup>9</sup>.

##### **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 al autorrealización: trabajo, juego y aprendizaje.

Plantea tres tipos de Relación Enfermera-Paciente:

a) Suplencia-ayuda o sustituta del paciente: la enfermera inicia, controla y es responsable de los cuidados básicos individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

b) Trabajo en equipo o colaboradora para el paciente: incluye al paciente y es visto como un sujeto activo responsable de su propia salud.

c) Relación enfermera-paciente o compañera del paciente, la cual es considerada como terapéutica.

El paciente es una persona que requiere ayuda para lograr su autosuficiencia; la enfermera debe mantenerse en la piel (la empatía) de cada paciente para poder conocer sus necesidades<sup>9</sup>.

### **Joyce Travelbee.**

Definió 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, propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con a) el encuentro original, que progresa a través de fases, b) identidades emergentes, c) sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, d) compasión hasta que, e) la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase. Enfatizó cómo relieve en el cuidado, a la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería<sup>9</sup>.

### **Callista Roy.**

La enfermera percibe a los pacientes como participantes activos, siendo ella guía en los momentos que surgen dificultades. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación. Tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno, donde este, es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. En su teoría incluye cuatro modelos o modos de adaptación, uno de ellos es el modo de adaptación de interdependencia que trata de las interacciones de la gente en la sociedad<sup>9</sup>.

## **Jean Watson.**

Watson atribuye su énfasis a las cualidades interpersonales y transpersonales de relación. Cabe mencionar que se fundamentó en diversas teorías e ideas de enfermería; los términos de empatía y calidez de Carl Rogers quien define al núcleo de la enfermería como, la relación enfermera-paciente, considerando que ésta en sí misma, produce un efecto terapéutico, más que los elementos relacionados con los procedimientos, tareas y técnicas que usualmente practican las enfermeras. Dentro de la relación, Watson plantea afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal. Dentro de las afirmaciones se encuentra el compromiso moral, aceptación de una relación Yo-Tu en vez de Yo-Ello, así como el que la enfermera busque identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado, las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo de energía etc., contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal. La capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce, a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales, y otros medios científicos técnicos, estéticos y humanos de comunicación, en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación<sup>3, 9</sup>.

La plataforma de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidados<sup>9</sup>:

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.
2. Inculcación de la fe-esperanza: incorpora valores humanísticos y altruistas, da pie al cuidado holístico, a través de una interrelación eficaz, enfermera-paciente.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: los procesos de enfermería aportan un enfoque científico; resolución de

problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico.

7. Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, sociocultural y espiritual.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente.

10. Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas: La fenomenología describe el dato de la situación inmediata que ayuda a la gente a comprender los fenómenos en cuestión.

#### **f. Elementos favorecedores de la comunicación.**

##### **a) Empatía.**

Término que se usó por primera vez, en el mundo de la pintura para figurar las emociones que genera en el asistente una obra de arte capaz de causar impresión. En las ciencias de la conducta, quien utilizó este término fue Theodor Lipps el cual introdujo la palabra alemana *Einfühlung* (empatía), para describir la posibilidad del conocimiento interpersonal, esto citado en Jahoda<sup>10</sup>.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud la define como “el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental”. En tanto otro psicoanalista, Fenichel, citado por Guerra y colaboradores<sup>11</sup>, divide la empatía en dos actos: “una identificación con la otra persona y, posteriormente, la conciencia de los propios sentimientos después de la identificación, que conduce a la conciencia de los sentimientos del objeto”<sup>11</sup>.

Carl Rogers, referido en Tazón<sup>4</sup>, fue el primer autor que marcó la comprensión empática junto con la congruencia y la aceptación incondicional, como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado dentro de una relación terapéutica. Entendida por comprensión empática, la captación de los

sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados comunicárselos.

## **b) Respeto.**

El respeto, implica aceptación positiva, manifestando disposición de tiempo y energía, valorando al paciente como persona única, con cualidades y recursos que pueden estar bloqueados por la enfermedad, por la educación o que han sido estimulados e informados lo suficiente para que las pongan en funcionamiento, siendo tarea nuestra lograr que ellos descubran esas cualidades y las ejerzan. Requiere de una actitud no enjuiciadora y comprensiva<sup>3</sup>.

Valdez y colaboradores<sup>12</sup> citan a Díaz Guerrero al hablar de México, y Alberoni de forma más general, comentan que el respeto ha sido transmitido, generacionalmente y en las más diversas culturas, como uno de los valores universales más importantes, que se asocia directamente con el amor, la dulzura, la ternura, la generosidad, así como con lo altruista, noble, alto y admirable que se puede demostrar dentro de una relación recíproca y armónica entre los miembros de un grupo social. Dejan ver que los valores morales en general tuvieron su origen en las necesidades humanas de supervivencia y reproducción que, paulatinamente, fueron tomando importancia y significado para las diferentes culturas<sup>12</sup>.

Savater, citado por Valdez y colaboradores<sup>12</sup> comenta que el respeto, es visto como un valor moral, relacionado directamente con la supervivencia y la defensa de lo propio o de la territorialidad, no tiene su base en lo más noble de las culturas, sino en el miedo, en el temor que se genera cuando se percibe que alguien está invadiendo el espacio propio, o bien, cuando la persona considera que está afectando al espacio de alguien más, logrando con ello establecer esa distancia social y personal, conocida como respeto.

En muchas culturas, a través de sus diferentes instancias de interacción y socialización, la familia, la escuela, la religión, el trabajo y la calle, se enseña a sus miembros, desde la más temprana edad, a respetar a los padres, a las figuras de

autoridad y a todas las personas consideradas como superiores en términos de fortaleza, jerarquía social, profesional y económica<sup>12</sup>.

Con ello se consigue, lamentablemente, que al enseñar que el respeto no se debe a los iguales, sino a los superiores, este valor moral no sea visto como un estado de igualdad, sino como uno de inferioridad según Ramos referido por Valdez<sup>12</sup>.

### **c) Escucha activa.**

La escucha es punto clave para mejorar la comunicación, sin embargo es un hábito poco desarrollado, a diferencia de oír, implica experiencia y otras habilidades. El proceso de escuchar empieza primero como fisiológico y en seguida se convierte en un proceso psicológico: “escuchar es un proceso psicológico que partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación etc. Y es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al dejar de hablar”<sup>4</sup>.

En enfermería implica saber atender a las necesidades del paciente en el momento necesario, ayudando a encontrar sus propias soluciones utilizando sus herramientas.

Hay algunos factores que pueden entorpecer la escucha como: ambientales o personales. La habilidad de escuchar implica tanto la comunicación verbal como la no verbal. Dentro de la escucha activa se encuentran algunos errores, como la prisa. La actitud de enfermería que puede beneficiar a la escucha activa, es ejercer la escucha con calidad, autenticidad, tolerancia y empatía<sup>4</sup>.

### **h. Elementos que limitan la comunicación.**

Así como la actitud empática, el respeto y la escucha activa favorecen el proceso de comunicación interpersonal entre el profesional de enfermería y el paciente, existen otros aspectos que obstaculizan dicho proceso.

Si la enfermera se encuentra en posición de: *Dirigir, mandar*; el paciente puede percibir por parte de enfermería, que no se tiene ninguna confianza en su capacidad para dar por sí mismo una solución a sus problemas. *Amonestar, amenazar*; con ello se puede lograr que la persona se sienta temerosa y sometida a las exigencias del

personal de enfermería. *Moralizar, evaluar, culpar*; el paciente consigue responder con resistencia defendiendo su postura lo que a la vez le genera sentimientos de culpabilidad. *Aconsejar, dar soluciones inmediatas*; esto demuestra por parte de enfermería una falta de confianza, en que el paciente pueda remediar por sí mismo sus propias dificultades. *Juzgar, criticar, interpretar*; lo cual puede lograr que el paciente se sienta acobardado. *Simular que estamos de acuerdo, alabar inoportunamente*; cuando se expresan mensajes de alabanza o se simula que se está de acuerdo con otras personas y ello no coincide con la idea que esas personas tienen de sí mismas. *Insultar, ridiculizar, avergonzar*: ante estas acciones se produce aunque se haga en tono jocosos un efecto devastador en la imagen que esa el paciente quiere que se tenga de él. *Tranquilizar, consolar, desviar el tema*; distraer a una persona de sus sentimientos en el momento, puede parecer útil en ese instante, pero hay sentimientos tan gravosos para la persona que vuelven a manifestarse si no han sido abordados con suficiente seriedad. *Investigar, interrogar*; se traducen muchas veces en un acoso de tal calibre que el paciente cree que esta ante un interrogatorio autoritario más que en un proceso autentico de comunicación comprensiva y abierta. *Comparar a las personas*; mediante estos mensajes se le viene a negar a la otra persona, el derecho a tener su propia personalidad. Se le niega el carácter único e irreplicable de su yo<sup>3</sup>.

Otros errores más frecuentes que se deben tomar en cuenta para mejorar la comunicación son<sup>4</sup>:

*El tecnicismo*: en las malas noticias el profesional puede perder la seguridad y ello puede llevarle a ampararse en el lenguaje que más seguridad le da, que es el lenguaje técnico. Por otro lado el paciente, está en un momento de tensión emocional que disminuye aún más su capacidad de asimilación y comprensión de ideas.

*Seguridades prematuras*: se despierta en el profesional el deseo de consolar lo que se traduce a veces de forma errónea en seguridades tempranas que no conducen sino a falsas esperanzas (ejemplo: ante un paciente con cáncer de páncreas “tranquilo Juan. Hoy la medicina ha avanzado mucho y seguro que hay algo que se puede hacer”).

*Silencios disfuncionales*: se producen cuando el paciente espera alguna información o alguna actitud por nuestra parte y el profesional se queda bloqueado sin saber cómo seguir o que decir.

*Alta reactividad:* como signo inequívoco de nerviosismo el profesional, comienza a rellenar silencios, interrumpiendo al paciente, no permitiendo que él, se exprese, o limitándole lo más posible.

*Evitaciones:* en el extremo, la incomodidad que nos provocan estas situaciones nos llevan a evitar el contacto con estos pacientes, cambiar de tema durante el dialogo o esconder la realidad con frases fáciles.

Uso de palabras de alto contenido emocional: existen palabras que pueden ser usadas con igual significado y menor impacto emocional (cáncer/tumor, diabetes/azúcar, crónica/ larga etc.).

Informar es parte de la comunicación y es una actividad que realiza a diario el personal de enfermería, si no se informa adecuadamente el mensaje está dispuesto a presentar múltiples interpretaciones. Los errores frecuentes al informar son, dar al paciente instrucciones sin antes haberle indicado como orientamos su problema, expresarnos con términos técnicos sin clarificar conceptos complejos, no tolerar las opiniones, ser unidireccional imposibilitando al paciente que interrumpa o que pregunte, dar demasiados conceptos para explicar un término, interrumpir al paciente cuando va a preguntar u opinar<sup>4</sup>.

Con anterioridad se mencionó a la escucha activa como un elemento que favorece la comunicación, pero en esta se pueden presentar errores que limitaran la misma. Estos transmiten al paciente que no le tenemos en cuenta, que tenemos prisa, que sus sentimientos no son aceptados, que le juzgamos, o que se le quiere ayudar con nuestros consejos. Siempre que utilizamos este tipo de respuestas el proceso de escucha se interrumpe y se interfiere la comunicación. Muchos de estos errores están producidos porque no somos capaces de identificar los momentos en que la persona lo único que espera de nosotros es comprensión. Entre los errores más habituales cometidos por las enfermeras se encuentra los siguientes: interrumpir al paciente, atender a la comunicación verbal pero ignorar la no verbal, hacer suposiciones, cambio de tema, hacer conclusiones sin dejar que termine de expresarse, tomar en cuenta datos meramente objetivos, no jerarquizar ideas, no retroalimentar para saber si el paciente comprendió la información, dar consejos entre otras<sup>4</sup>.

### 3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Para contextualizar el problema, se realizó una revisión en el Sistema Nacional de Bibliotecas (SINAB), se consultaron: Wiley Online Library, ScienceDirect, SciELO, Redalyc y Ovid. Los descriptores empleados fueron: comunicación enfermera paciente e interrelación enfermera paciente.

La forma de comunicación se ha estudiado desde diferentes perspectivas. Según el instrumento que se empleó en el presente trabajo, está influida por tres aspectos: la comprensión empática, el respeto y la satisfacción implícitos en el instrumento CECOP. Dicho cuestionario se implementó en tres investigaciones previas:

La primera lleva el título de, *Habilidad de la comunicación en enfermeras y su efecto en el cuidado profesional humanístico*, realizado por la doctora Múggenburg<sup>13</sup>, con un enfoque cuantitativo, descriptivo comparativo. Cuyo objetivo general, fue valorar el efecto del entrenamiento en habilidades para la comunicación verbal y no verbal aplicado a las enfermeras, sobre el paciente que recibe su cuidado y sobre las mismas enfermeras. Se diseñó y validó un instrumento dirigido a la población mexicana que mide la percepción de los pacientes en cuanto a la forma de comunicación de las enfermeras. Se aplicó a dos grupos de pacientes con enfermeras no entrenadas y posteriormente entrenadas.

El estudio se dividió en dos fases, la primera se llevó a cabo en una institución de tercer nivel donde atienden a pacientes con alteraciones neurológicas y la segunda, en una institución de tercer nivel donde atienden a pacientes con alteraciones de tipo cardiológicas: en la primera se diseñó y validó el instrumento que evalúa la relación interpersonal enfermera-paciente que involucra la comprensión empática y el respeto (CECOP). En la segunda fase, se evaluaron dos grupos pacientes, un grupo evaluó al profesional de enfermería sin previa capacitación y el otro grupo se evaluó cuando ya se había dado un entrenamiento a las enfermeras.

En dicho estudio se analizó simultáneamente la percepción de los pacientes y la autoevaluación de las enfermeras, lo cual ha sido abordado escasamente. La selección de comportamientos relacionados con la empatía y el respeto responde a la búsqueda de condiciones facilitadoras de la relación terapéutica según Cormier y Cormier<sup>14</sup>. En

los resultados se observó que la percepción del paciente medida antes y después del entrenamiento de las enfermeras a través del CECOP10 total, tuvo cambio ligero favorable, pero no arrojó diferencias estadísticamente significativas, sin embargo el análisis de cada uno de los diez comportamientos permitió identificar que dos de estos: CECOP8 *lo apapachan para animarlo*, y CECOP10 *le platican cuando se acercan a tomarle a presión*, mostraron cambios significativos entre el grupo atendido por enfermeras no entrenadas y el grupo atendido por enfermeras entrenadas. La correlación entre los comportamientos del CECOP10 y la satisfacción del paciente, mostró que las conductas: *le transmiten tranquilidad* y *lo apapachan* arrojaron valores estadísticamente significativos, lo que aporta fortaleza a la conducta relacionada con “apapacho”, que en los diferentes análisis mostró cambios significativos y se correlacionó con la satisfacción del paciente.

Otra investigación hecha por Austria<sup>15</sup> llamada *Interacción enfermera-paciente en un hospital de ortopedia tercer nivel de carácter público, de la ciudad de México*, con un enfoque cuantitativo, observacional descriptivo y transversal, mediante la aplicación del CECOP23, que a partir de sus objetivos pretendía: 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 e 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.

Se observó que el personal de enfermería tiene carencia en las habilidades de interacción de las enfermeras con los pacientes, así mismo se observó que 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 según lo que perciben los pacientes. Este estudio nos da a conocer aspectos sobre la importancia que los pacientes le proporcionan a las actitudes de cada una 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 por su nombre, el hecho de que la mayoría de los pacientes perciben que 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.

El tercer estudio donde se aplicó el CECOP23, lo realizó Mena<sup>16</sup>, *Percepción de los pacientes hospitalizados sobre la empatía y el respeto que manifiestan las enfermeras. En medicina interna y cirugía general en un hospital de tercer nivel*, de carácter observacional, descriptivo y transversal, cuyos objetivos se basaron en: describir la percepción que tienen los pacientes hospitalizados sobre la empatía y el respeto que manifiesta el personal de enfermería y contribuir a la validación de constructo del instrumento CECOP, se observó que:

El análisis de los 23 reactivos que representan los comportamientos de la empatía y el respeto, presentan varios puntos de análisis. Los comportamientos *buscan tiempo para hablar con usted, bromean con usted para darle confianza, le platican cuando le dan sus medicamentos y lo apapachan para animarlo*, obtuvieron puntajes bajos, lo que refleja que se entabla poco la comunicación verbal y/o no verbal en el caso de los comportamientos descritos, cabe mencionar que estos reactivos corresponden a la empatía. Por otro lado, se observaron aspectos que fortalecen la relación enfermera-paciente, lo anterior se refleja en los puntajes elevados en los reactivos *las enfermeras le sonríen, le transmiten tranquilidad, usan palabras amables con usted, se acercan a usted para saludarlo y le preguntan cómo se siente*. En lo que respecta a las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la comprensión empática ni del respeto en cuanto al género de los pacientes.

En otros estudios acerca de la comunicación y la relación interpersonal, donde no necesariamente toman en cuenta la empatía y el respeto como variables, pero si relacionan la satisfacción y otros aspectos que determinan la calidad de la comunicación enfermera (ro) paciente se encontró que:

En el estudio realizado por Subiela<sup>17</sup> y colaboradores, *La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera*, con un enfoque observacional descriptivo, dentro de su instrumento preguntaron, *cuando el personal sanitario habla con usted, ¿se siente comprendido?*, el personal mostró una respuesta positiva. Por otro lado, las entrevistas parecieron revelar que las respuestas a este tipo de preguntas cerradas, sobrestiman la satisfacción, por ejemplo en una de las preguntas, *cuando el personal*

*sanitario habla con usted, ¿tiene una actitud agradable?*, en este comportamiento (en ningún caso, se contestó la opción nunca).

En un estudio realizado por Rocha y Faria<sup>18</sup>, *La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación de Travelbee*, con un enfoque de carácter descriptivo y abordaje cualitativo, encontraron varios aspectos que alteran el proceso de comunicación:

-La comprensión de la acción comunicativa posibilitó observar durante el ejercicio profesional en Unidad de Urgencias 24h, que, al principio, el cuidado de enfermería está directamente articulado con el factor "tiempo". Esto porque ese escenario exige, del profesional, agilidad y dominio de procedimientos técnicos, dada la inmediatez de resultados impuestos por situaciones de urgencias y emergencias, así como excesivo número de atenciones/día.

-En el escenario de emergencia, la enfermera precisa estar atenta a las diferentes formas de comunicación no verbal, pues muchos pacientes que llegan a la unidad presentan condición clínica desfavorable para la comunicación verbal. La enfermera en ese momento necesita observar lo que la expresión facial y el cuerpo manifiestan como señales y síntomas, a fin de evaluar el cuadro clínico objetivo y subjetivo e instituir el cuidado adecuado.

-En general, en el ambiente de urgencias, los pacientes se encuentran tensos, temerosos y frágiles ante lo desconocido, la inesperada transición de un estado saludable a la proximidad con la muerte puede afectar su equilibrio emocional.

-Las enfermeras demuestran que la relación interpersonal con el paciente debe ser permeada por actitudes como colocarse en el lugar del otro, tener disponibilidad para oír, para conversar, ser solícita, atenciosa y cordial, tener una actitud de oferta de ayuda, mantener contacto directo y demostrar preocupación con el paciente. Estas actitudes posibles de las enfermeras evidenciadas en los testimonios indican una comunicación afectiva, constituyente del cuidado expresivo que traspasa la relación interpersonal.

-Finalmente, el estudio reveló que las enfermeras perciben y entienden la comunicación verbal y no verbal como elementos clave no solamente para desarrollar el cuidado en sus aspectos técnicos, sino también para promover la relación enfermera-

paciente. Demuestran que la oferta de palabras de confort, tranquilidad y apoyo emocional favorece el sentimiento de confianza, explicitado en la Teoría Interaccionista y la formación del vínculo enfermera-paciente.

Un estudio sobre *La comunicación con los pacientes* por Naranjo y Ricaurte<sup>19</sup>, de tipo descriptivo observacional. Menciona varios aspectos importantes y que se deben tomar en cuenta por parte del personal de enfermería “Para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la religión. Conociéndolas, podemos definir cómo acercarnos a él, qué términos utilizar para lograr una comunicación adecuada donde se ejerzan habilidades y destrezas como sonreír, interpretar los gestos del paciente, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo afectivo, entre otras”. Mencionan que la comunicación se ve afectada por aspectos como el uso de la tecnología, la limitación de recurso humano y la falta de tiempo, finalmente concluyen que “Para un cuidado integral y una comunicación efectiva, es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación terapéutica, utilizando una terminología clara y comprensible, tratando de satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna; brindando disposición al diálogo, a la escucha; además, la enfermera debe tener la capacidad de aceptar al paciente tal y como es, generando en él confianza ”.

En otro estudio sobre *La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F* realizado por Sánchez y colaboradores<sup>20</sup>, mencionan que para que la comunicación sea satisfactoria el profesional de enfermería debe tener la capacidad de tranquilizar, alentar, dar esperanza y favorecer la solución del problema del paciente y estar atenta a las necesidades de comunicación que éste le presente; “para ello tiene que tomar en cuenta que la comunicación en enfermería se basa en una serie de principios como son: confidencialidad, veracidad, fidelidad, privacidad y en la habilidad para comunicarse, quien para ganarse la confianza del paciente y tomar en cuenta que éste posee aspectos estrechamente relacionados con su enfermedad que intervienen en la comunicación. Tales aspectos son: invalidez, molestia (incomodidad o sufrimiento), amenaza (riesgo para la vida o función) y soledad”. En este mismo estudio, hacen

mención que según Tena y colaboradores encontraron que un 58% de las quejas se solucionan mediante una explicación por parte del personal de salud hacia el paciente.

En un último estudio que abarca a la comunicación desde una perspectiva general y no tan específica, *Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México* por Herrera y colaboradores<sup>21</sup> de tipo cualitativo, las categorías de análisis para explorar la percepción del trato entre los informantes fueron definidas a partir de la guía de entrevista utilizada, quedando las siguientes: a) actitudes y acciones del personal médico y de enfermería, que identifica aquellas acciones carentes de amabilidad y grado de respeto a las diferencias socioculturales, convicciones personales y morales de pacientes y familiares; b) comunicación efectiva, que se refiere al adecuado intercambio de información entre el paciente y/o familiares, el personal médico y de enfermería; c) diagnóstico, que refiere al grado de conocimiento del paciente y/o familiares sobre el diagnóstico, tratamiento clínico, evolución, u otra información que obligatoriamente el personal médico y de enfermería en sus respectivas competencias debe proporcionar de manera clara, oportuna y veraz. Dado esto, se presentaron los siguientes resultados: en los pacientes hospitalizados que recibieron un trato adecuado, se detectó un grado mayor de bienestar junto con la confianza necesaria hacia el personal para solicitar además de acciones de atención, información necesaria para aclarar dudas respecto a su padecimiento.

Por otro lado, los pacientes que recibieron trato inadecuado, independientemente de que detectaron una notable mejoría en su estado de salud, mostraban temor e incertidumbre sobre su posible rehabilitación y una significativa falta de confianza para solicitar información necesaria para despejar sus interrogantes.

A continuación se describen otros estudios en relación con la comunicación pero que poseen un enfoque más específico:

Frich<sup>22</sup> hizo una revisión sistemática de 1993 al 2003, con el objetivo de describir intervenciones de enfermería durante las visitas domiciliarias y sus efectos sobre personas que sufren de condiciones crónicas, como; adultos mayores, personas con hipertensión y personas con diabetes, los cuales se beneficiaron con el seguimiento domiciliario por parte de las enfermeras. Las visitas fueron múltiples, a largo plazo, y la *intervención fue individualizada*. Los resultados pueden ser descritos como: la

*satisfacción del paciente*, buena evolución clínica y ahorro de costes. Donde las enfermeras se hacen cargo del seguimiento de estos pacientes con el fin de promover el auto cuidado utilizando el método educativo y el empleo de la cantidad de tiempo.

Otra revisión sistemática hecha por Finke<sup>23</sup> *de la efectividad de la comunicación de las enfermeras con los pacientes, con comunicación compleja*, donde su objetivo fue revisar sistemáticamente, la comunicación entre enfermeras y pacientes con necesidades complejas de comunicación (CCN: Complex Communication Needs).

Tomaron en cuenta aspectos como: (a) la importancia de la comunicación; (b) las barreras de la comunicación efectiva; (c) los apoyos necesarios para una comunicación efectiva; y (d) las recomendaciones para mejorar de la eficacia de la comunicación entre las enfermeras y los pacientes con CCN.

La comunicación efectiva entre enfermera y paciente es fundamental para una atención eficiente. Las dificultades en la comunicación entre las enfermeras y los pacientes se presentan cuando estos son incapaces de hablar. Este problema se complica aún más, porque las enfermeras normalmente reciben poca o ninguna capacitación en el uso de Comunicación Aumentativa y Alternativa (AAC: Augmentative and alternative communication) para comunicarse con pacientes que tienen una CCN.

En dicho trabajo se concluyó, que la comunicación entre las enfermeras y los pacientes es fundamental para ofrecer y recibir una atención de calidad. El uso de estrategias AAC, ayudará a las enfermeras y los pacientes a comunicarse mejor entre sí, cuando comunicarse verbalmente no es una opción.

La comunicación con todos los pacientes es muy importante al brindar cuidados de enfermería de calidad. La comunicación no siempre puede ser lograda utilizando la modalidad de discurso. Las enfermeras necesitan tener las herramientas y habilidades que les permitan comunicarse con todos sus pacientes, puedan o no, hablar.

En otra investigación, Jill y colaboradores<sup>24</sup> utilizan un método cualitativo y comparativo para su estudio que pretende describir la experiencia y las percepciones de las enfermeras, apoyándose en una intervención relacionada con la *comunicación* (herramientas de formación y comunicación) para manejo de pacientes que no hablan en la unidad cardiorácica quirúrgica de cuidados intensivos CT-UCI (Cardio-Thoracic

surgical Intensive Care Unit), en un centro médico de Estados Unidos. Se tomaron seis enfermeras de cuidados críticos.

Para medir los resultados se utilizaron; las evaluaciones de las habilidades básicas de comunicación de las enfermeras de cuidados críticos y programa de formación BCST (Basic Communication Skills Training Programme) y estrategias de comunicación aumentativa y alternativa AAC (Augmentative and Alternative Communication strategies) introducidas durante su participación en el estudio. A partir de este, se obtuvieron resultados relacionados con: valor de comunicación, la intención de la comunicación, los beneficios de la capacitación, los obstáculos para la aplicación y la utilización de estrategias.

Las enfermeras evaluaron el BCST como útil en el fortalecimiento de las estrategias básicas de comunicación, debido a que no suelen recibir formación relacionada con el trato de este tipo de pacientes, dicen que la comunicación unilateral frustra ya que se excluye al paciente en la toma de decisiones. Las barreras de la integración práctica incluyeron el estado de los pacientes mentales, las limitaciones de tiempo, y la pequeña proporción de enfermeras capacitadas o conocedoras de las prácticas para mejora de la comunicación en pacientes de la UCI.

El estudio se dividió en tres fases: la primera fue considerada como un grupo de control por lo que no recibieron ningún entrenamiento de comunicación, en la fase dos recibieron BCST. Algunas modalidades de comunicación incluyeron la escritura, los gestos, además de la comunicación más especializada; tableros, audición y dispositivos para la visión.

Las enfermeras que participaron en la fase 3 del estudio recibieron instrucción adicional sobre el uso de dispositivos de comunicación electrónica, incluyendo electrolarynx (electrolaringe) y dispositivos de escritura de selección de menú electrónicos con funciones de generación de habla. Las enfermeras iniciaron la implementación de los dispositivos de comunicación y estrategias con cada paciente del estudio.

Davis<sup>25</sup> habla acerca de las *habilidades de la comunicación de enfermería*. En California San Francisco se maneja la teoría de la comunicación de Jurgen Ruesch, como marco de habilidades en enfermería psiquiátrica. Menciona que estas habilidades

son importantes para el trato de cualquier tipo de pacientes, según su teoría, las habilidades psicoterapéuticas de un individuo dependen principalmente de su capacidad para comunicarse: observar, interpretar, expresar, o actuar. Define a la comunicación como: todos los modos de comportamiento que un individuo emplea, consciente o inconscientemente y que repercuten en otro: no sólo en los gestos, los movimientos corporales, las señales somáticas y simbolismo hablados y la palabra escrita, sino también en las artes. La comunicación no verbal, se considera que es una expresión más confiable que la expresión verbal, porque el individuo tiene menos control consciente sobre su comportamiento. Pide tres operaciones necesarias: la percepción, la evaluación, y la transmisión.

La comunicación gratificante es clave de la salud mental. Habla de cuatro características que determinan si la comunicación es efectiva o no: la retroalimentación, la adecuación de la respuesta, la eficiencia y la flexibilidad. La comunicación es eficaz cuando el lenguaje utilizado es simple, y cuando las instrucciones son claras, acordado y entendido por los involucrados. Cuando los circuitos de retroalimentación fallan, hay interferencia con el libre flujo de mensajes. Si el contenido de un mensaje provoca el miedo, la ansiedad, la vergüenza o la culpa, el individuo se siente amenazado y sus reacciones son susceptibles de perturbar el proceso de comunicación.

Aplicación en la Práctica de Enfermería: La utilización de la teoría de Ruesch en la práctica clínica de la enfermería psiquiátrica, significa que la enfermera debe aprender a comunicarse con éxito para ayudar a la correcta comunicación perturbada del paciente. De gran importancia en este proceso es la comprensión de los criterios para el éxito de la comunicación son; la pertinencia, la eficiencia y la flexibilidad. La comunicación no verbal genera una variedad de emociones o necesidades, dependiendo de a quién se está comunicando con quién, cuándo, en qué contexto.

Barrere<sup>26</sup> menciona que la *comunicación* es un aspecto muy importante *en el personal de enfermería ya que el ejercer profesional implica interacciones permanentes con los pacientes*. La investigación sugiere que esas interacciones influyen significativamente en la satisfacción del paciente y la atención de calidad. Es un aspecto importante ya que la enfermera planifica y proporciona atención basada en las necesidades del mismo, explicar, y dar instrucciones a los pacientes en una variedad de

temas de salud. Se tomó una muestra de 20 pares enfermera-paciente en dos hospitales de la comunidad. Se grabaron conversaciones de modo discursivo. En muchas interacciones enfermera-paciente, las enfermeras demostraron la simetría; Sin embargo, la simetría y la asimetría cambian a lo largo de la conversación. Las enfermeras a menudo no toman en cuenta que los pacientes necesitan a alguien para escuchar sus preocupaciones.

Este estudio se basó en interacciones distribuidas por igual respecto al género-enfermera-paciente. Se identificaron modos de discurso que demuestran una gran variedad de clases de conversación que se produjeron durante las interacciones enfermera-paciente en el estudio. Las enfermeras escuchan a los pacientes durante las interacciones enfermera-paciente; sin embargo, esta atención no borra la asimetría característica de la relación enfermera-paciente, ni automáticamente la humaniza. Las interacciones enfermera-paciente revelan formas en que la dominación y la distancia social están construidas y mantenidas entre enfermeras y pacientes. El discurso de evaluación focalizada, la enseñanza, el intercambio de información y las negociaciones del discurso personal y médico revelan ejemplos particularmente convincentes de superioridad de la enfermera durante las interacciones enfermera-paciente.

Los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de un mayor énfasis en la comunicación enfermera-paciente en la enseñanza de enfermería. Las y los enfermeros necesitan aprender estrategias de comunicación que aumentarán la simetría en las interacciones enfermera-paciente.

#### **4. JUSTIFICACIÓN.**

La realización de este proyecto de investigación que lleva por tema “Percepción del paciente respecto a la forma de comunicación que manifiesta el profesional de enfermería en una Unidad Cuidados Coronarios”, se hace con la finalidad de obtener el título de Licenciada en Enfermería.

En lo que nos concierne la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente es un tema de gran importancia ya que a partir de ella se establecerá el equilibrio entre las intervenciones y cuidados que brinda la o el enfermera (ro) y como los recibe el paciente.

En las instituciones educativas se remarca la importancia de la comunicación y se menciona en los planes de estudios, pero en la práctica, el profesional olvida estos principios, deja de lado que está trabajando con el ser humano, y se centra en las técnicas y procedimientos.

Por otra parte es de gran importancia hablar de este tema ya que algunos estudios demuestran que la mejora del paciente está íntimamente relacionada con la comunicación y el trato que tiene el profesional de enfermería hacia él.

#### **5. OBJETIVOS.**

##### **Objetivo general.**

Conocer la percepción del paciente respecto a la forma de comunicación que manifiesta el profesional de enfermería y su relación con las características del paciente hospitalizado en una Unidad Cuidados Coronarios.

##### **Objetivos específicos.**

- Identificar la percepción que tienen los pacientes respecto a la forma de comunicación que manifiesta el profesional de enfermería.
- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en una Unidad Cuidados Coronarios.
- Conocer la situación de salud de los pacientes hospitalizados en una Unidad Cuidados Coronarios.

- Relacionar la percepción de los pacientes respecto a la forma de comunicación que manifiesta el profesional de enfermería con sus características sociodemográficas.
- Relacionar la percepción de los pacientes respecto a la forma de comunicación que manifiesta el profesional de enfermería con su situación de salud.

## **6. METODOLOGÍA.**

### **Tipo de estudio.**

Descriptivo correlacional con enfoque cuantitativo, a través de un instrumento de variables de tipo cualitativo ordinal.

### **Escenario.**

El estudio se realizó en el servicio de Unidad Coronaria de una institución perteneciente al sector salud del tercer nivel, localizado en la Ciudad de México: Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

### **Población de estudio.**

Pacientes del instituto Nacional de Cardiología hospitalizados en Unidad Coronaria.

### **Unidad de observación.**

Adultos de ambos géneros, alertas, orientados en tiempo, persona y espacio, con más de 48 horas de hospitalización y con alteraciones cardiológicas, “estables” dentro de su patología.

### **Muestra.**

Corresponde a 100 pacientes que cumplen con las características definidas en la unidad de observación, seleccionados de forma convencional, que estuvieron hospitalizados del mes de diciembre del 2014 al mes de marzo del 2015.

### **Variables de estudio.**

- Relacionadas con la percepción de los paciente sobre la forma comunicación de las enfermeras.
- Relacionadas con las características socioeconómicas de los pacientes encuestados.
- Relacionadas con las condiciones de salud de los pacientes encuestados.

Las variables se presentan en el apéndice I: Operacionalización de Variables.

### **Recolección de datos.**

La recolección de datos se realizó durante tres meses con la aplicación del instrumento CECOP 23; cuestionario de “Comportamiento de Enfermeras sobre su forma de Comunicación Observado por el Paciente”, aplicado a los pacientes que se encontraron internados en la Unidad Coronaria en el periodo establecido.

### **La entrevista.**

Se aplicó la técnica de entrevista con apoyo del instrumento CECOP 23, la duración del proceso de recolección de datos por sujeto encuestado fué de 20 minutos aproximadamente.

### **Instrumento de medición.**

El instrumento que se aplicó corresponde al inventario diseñado y validado por Müggenburg<sup>13</sup> en su tesis de doctorado, quien diseñó un inventario de comportamientos de las enfermeras en relación con la comunicación hacia sus pacientes, siguiendo los lineamientos de un catálogo de comportamientos elaborado por López y Torres<sup>27</sup>. Se eligió el constructo de comunicación enfermera-paciente por el efecto terapéutico que esto conlleva según Cibanal y Watson<sup>3, 9</sup>, a su vez se escogieron como subconjuntos: condiciones facilitadoras de la relación terapéutica: empatía y respeto<sup>14</sup>. Se elaboró una guía para realizar una entrevista semiestructurada a los pacientes, con el fin de explorar formas de comunicación verbal y no verbal; primeramente se indagó la percepción de los pacientes en relación con la comprensión empática y el respeto, como segunda parte se realizaron preguntas abiertas correspondientes a conductas acordes a la comprensión empática y el respeto, en el tercer apartado y como complemento del anterior se hizo un listado de formas de comunicación verbal y no verbal para facilitar al paciente la identificación del comportamiento del profesional de enfermería. Por último se les permitió a los pacientes hacer algún comentario o recomendación respecto al comportamiento observado. También se recabaron datos socio-demográficos de los entrevistados.

Finalmente se constituyó y aplicó el “CECOP”, instrumento que cuenta con 23 items, los cuales describen conductas relacionadas a comprensión empática y respeto, utilizan una escala Likert, con cinco categorías (“Siempre o casi siempre”, “Muchas

veces”, “Algunas veces”, “Pocas veces”, “Casi nunca o nunca”) asignando valores de 5 a 1: “Siempre o casi siempre” con valor de 5, “Muchas veces” con valor de 4, “Algunas veces” con valor de 3, “Pocas veces” con valor de 2, “Casi nunca o nunca” con valor de 1. Para las variables positivas; “Siempre o casi siempre” con valor de 1, “Muchas veces” con valor de 2, “Algunas veces” con valor de 3, “Pocas veces” con valor de 4, “Casi nunca o nunca” con valor de 5 para las variables negativas (ver apéndice II).

Los puntajes alcanzados en los reactivos con escala de Likert van de un valor mínimo (23) a un valor máximo (115), el primero refleja que la comunicación que dirige la enfermera al paciente no es favorable o es baja y el segundo valor muestra lo contrario.

Para la dimensión o factor comprensión empática, el valor mínimo es de 12 y el máximo es de 60. Para la dimensión o factor de respeto tenemos como valor mínimo 11 y como valor máximo 55.

También contiene escalas análogo visuales acerca de comprensión empática, respeto y satisfacción; con calificación de uno a diez, siendo diez el valor superior. El último componente de este instrumento son las variables socio demográficas y de salud:

Las variables socio demográficas corresponden a: la edad, el género, el estado civil escolaridad y el nivel socioeconómico.

Las variables de salud son: el diagnóstico, las complicaciones, el número de internamientos previos al actual y el registro de signos vitales.

### **Validez de contenido y constructo.**

Para obtener la validez de contenido del instrumento se solicitó el apoyo de seis expertos. El CECOP<sup>13</sup>, estaba constituido por 25 reactivos, que quedaron reducidos a 23; cada reactivo fue valorado por los expertos. Se eliminaron dos reactivos, quedando únicamente 23, ya que según Tristan<sup>28</sup>, los reactivos con coeficientes inferiores (CVI) a .58 se deben eliminar, también se obtuvo la validez de contenido general (CVI) de .83. El CECOP quedó integrado con doce reactivos que exploran la comprensión empática a partir de: la proximidad física, la comunicación durante la realización de procedimientos técnicos, como el registro de constantes vitales y la administración de medicamentos, la escucha, la explicación de los cuidados impartidos y la transmisión de ánimo, confianza

y afecto de la enfermera hacia el paciente. El segundo factor de respeto, está compuesto por once reactivos concernientes a los aspectos de identificación enfermera paciente, paciente enfermera, así como aspectos relacionados con la capacidad del profesional de enfermería para responder ante la conducta renuente o reprobatoria del paciente.

Para obtener la validez de constructo de dicho instrumento, se aplicó a 150 personas<sup>29</sup>. Se reconocen dos dimensiones o factores: comprensión empática y respeto. Pero solamente quedaron diez reactivos, ocho relacionados con comprensión empática y dos con respeto. Se reporta una varianza explicada de 54.58 %.

#### **Procesamiento de datos.**

Se elaboró una base de datos en el SPSS 22, considerando los reactivos que integran el CECOP de 23 reactivos. Se capturaron los datos recolectados. Se obtuvieron medidas de frecuencia y porcentaje para el análisis de los 23 comportamientos, así como medias y medidas de tendencia central y variabilidad, como valores máximos y mínimos y desviación estándar en el caso del comportamiento general y de las dos dimensiones (comprensión empática y respeto).

### **7. IMPLICACIONES ÉTICAS.**

La presente investigación es de bajo riesgo, por lo que se solicitó el consentimiento informado de forma verbal. La Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, han dado origen a la solicitud del consentimiento informado, al realizar cualquier proceso de intervención diagnóstico, terapéutico o experimental. Por otro lado la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, indica que las situaciones o eventos que requieren del consentimiento válidamente informado incluyen tanto las acciones médicas-clínicas como las de investigación<sup>30</sup>. Una de las organizaciones que defiende los derechos de los pacientes es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que también considera de gran importancia el consentimiento informado.

Una vez que los participantes nos brindan la información requerida se deben tener en cuenta la confidencialidad.

## 8. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

La población estudiada fue de 100 pacientes, predominaron los pacientes de género masculino con más del 60%; el promedio de edad fue de 60 años, la mayoría fueron clasificados por las trabajadoras sociales como personas con bajos recursos económicos, respecto al nivel de estudios se observaron porcentajes similares tanto en el grupo de menor escolaridad como de mayor escolaridad, más del 50% eran casados. Los diagnósticos predominantes se relacionan con alguna cardiopatía isquémica.

En cuanto a los resultados de las variables relacionados con la percepción que tiene el paciente respecto a los comportamientos de las enfermeras, se aprecia que la comunicación que tuvo la enfermera con el paciente siempre mantuvo una tendencia a los valores superiores.

Tabla 1. Comportamiento general de las enfermeras observado por los pacientes.

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		100.2300
Desviación estándar		10.63618
Mínimo		71.00
Máximo		115.00

Valores de la escala general: mínimo 23 y máximo 115.

Como se describió anteriormente se puede observar que el valor mínimo de las respuestas del instrumento es de 71, muy alejado del valor mínimo posible de registrar. El coeficiente de variación es de 11%, identificando homogeneidad en las respuestas de los pacientes respecto al comportamiento general de las enfermeras.

Tabla 2. La empatía en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		50.3100
Desviación estándar		8.09127
Mínimo		27.00
Máximo		60.00

Se puede ver que la dimensión de comprensión empática alcanzó un promedio cercano al valor máximo que era de 60, sin embargo el valor mínimo se aleja bastante de su valor mínimo posible que es de 12. Dicho factor presenta un coeficiente de variación de 16%.

Tabla 3. El respeto en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		49.9200
Desviación estándar		4.48720
Mínimo		35.00
Máximo		55.00

Se identifica que la dimensión de respeto alcanzó un promedio cercano al valor máximo que es de 55, sin embargo el valor mínimo se aleja bastante de su valor posible que es de 11. Tal factor presenta un coeficiente de variación de 8 %, lo que muestra que hay más homogeneidad que en el factor de empatía.

A continuación se describen los comportamientos que miden la comprensión empática:

Tabla 4. Las enfermeras (ros): Le sonríen.

CECOP 1	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	2	2.0
Pocas veces	4	4.0
Algunas veces	8	8.0
Muchas veces	5	5.0
Siempre o casi siempre	81	81.0
Total	100	100.0

El porcentaje refleja que el personal de enfermería es capaz de mostrar con mucha frecuencia una sonrisa a los pacientes. Sin embargo un poco más de la décima parte tiene dificultades para sonreír, por lo menos algunas veces.

Tabla 5. Las enfermeras (ros): Se acercan a usted para saludarlo.

CECOP 5	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	5	5.0
Pocas veces	2	2.0
Algunas veces	10	10.0
Muchas veces	3	3.0
Siempre o casi siempre	80	80.0
Total	100	100.0

El 83% de las enfermeras siempre o muchas veces se acercan al paciente para proporcionarle un saludo, mientras que el resto lo hace algunas veces, pocas veces o nunca.

Tabla 6. Las enfermeras (ros): Usa palabras amables al hablar con usted.

CECOP 6	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	3	3.0
Pocas veces	1	1.0
Algunas veces	3	3.0
Muchas veces	3	3.0
Siempre o casi siempre	90	90.0
Total	100	100.0

De acuerdo a los datos recabados menos del 10% del personal de enfermería, no fue amable al hablar con el mismo.

Tabla 7. Las enfermeras (ros): Buscan tiempo para hablar con usted.

CECOP 7	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	19	19.0
Pocas veces	7	7.0
Algunas veces	25	25.0
Muchas veces	8	8.0
Siempre o casi siempre	41	41.0
Total	100	100.0

Aproximadamente un 51% de las enfermeras casi no buscan tiempo para establecer una conversación con los pacientes, según la percepción de los pacientes.

Tabla 8. Las enfermeras (ros): Usan palabras de ánimo para motivarlo.

CECOP 10	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	5	5.0
Algunas veces	9	9.0
Muchas veces	4	4.0
Siempre o casi siempre	82	82.0
Total	100	100.0

Más del 86% del personal de enfermería expresa palabras de ánimo a los pacientes, mientras que el resto no siempre lo hace.

Tabla 9. Las enfermeras (ros): Bromean con usted para darle confianza.

CECOP 13	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	28	28.0
Pocas veces	8	8.0
Algunas veces	13	13.0
Muchas veces	7	7.0
Siempre o casi siempre	44	44.0
Total	100	100.0

Casi la mitad de las enfermeras evitan el uso de la broma con los pacientes, según el reporte de los entrevistados.

Tabla 10. Las enfermeras (ros): Le transmiten tranquilidad.

CECOP 15	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	7	7.0
Pocas veces	4	4.0
Algunas veces	5	5.0
Muchas veces	3	3.0
Siempre o casi siempre	81	81.0
Total	100	100.0

El 16% de los pacientes percibe que solo algunas veces o nunca las enfermeras dejan de transmitirle tranquilidad.

Tabla 11. Las enfermeras (ros): Le platican cuando se acercan a tomarle su presión.

CECOP 16	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	14	14.0
Pocas veces	4	4.0
Algunas veces	14	14.0
Muchas veces	5	5.0
Siempre o casi siempre	63	63.0
Total	100	100.0

Dos terceras partes de los pacientes encuestados refieren que además de tomarles la presión las enfermeras se dan tiempo para conversar algo con ellos.

Tabla 12. Las enfermeras (ros): Le platican cuando le dan sus medicamentos.

CECOP 18	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	16	16.0
Pocas veces	8	8.0
Algunas veces	6	6.0
Siempre o casi siempre	70	70.0
Total	100	100.0

De los pacientes encuestados el 30% percibe que las enfermeras casi no les hacen la plática al administrarles los medicamentos.

Tabla 13. Las enfermeras (ros): Le escuchan aunque tengan mucho trabajo.

CECOP 19	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	19	19.0
Pocas veces	5	5.0
Algunas veces	11	11.0
Muchas veces	9	9.0
Siempre o casi siempre	56	56.0
Total	100	100.0

En este reactivo se observa que una tercera parte los pacientes perciben que las enfermeras no escuchan a sus pacientes cuando tienen mucho trabajo.

Tabla 14. Las enfermeras (ros): Lo apapachan para animarlo.

CECOP 21	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	19	19.0
Pocas veces	4	4.0
Algunas veces	9	9.0
Muchas veces	4	4.0
Siempre o casi siempre	64	64.0
Total	100	100.0

Una tercera parte de los profesionales de enfermería casi nunca o pocas veces, apapacha a los pacientes para animarlos, de acuerdo con la opinión de los entrevistados.

Tabla 15. Las enfermeras (ros): Le preguntan cómo se siente (respecto al estado emocional y de salud).

CECOP 23	Frecuencia	Porcentaje
Válido Algunas veces	1	1.0
Muchas veces	1	1.0
Siempre o casi siempre	98	98.0
Total	100	100.0

Se observa que casi todas las enfermeras, les preguntan a sus pacientes como se sienten.

Respecto a los comportamientos que se relacionan con el respeto observamos lo siguiente:

Tabla 16. Las enfermeras (ros): Se molestan cuando usted no quiere comer.

CECOP 2	Frecuencia	Porcentaje
Válido Algunas veces	2	2.0
Pocas veces	4	4.0
Casi nunca o nunca	94	94.0
Total	100	100.0

La mayoría de los pacientes perciben que las enfermeras casi nunca o nunca se enojan con ellos cuando no quieren comer.

Tabla 17. Las enfermeras (ros): Se molestan cuando usted no quiere bañarse.

CECOP 3	Frecuencia	Porcentaje
Válido Algunas veces	1	1.0
Pocas veces	2	2.0
Casi nunca o nunca	97	97.0
Total	100	100.0

Casi el 100% de las enfermeras muestra una conducta positiva ante la actitud renuente de los pacientes para bañarse.

Tabla 18. Las enfermeras (ros): Se molestan cuando usted moja la cama accidentalmente.

CECOP 4	Frecuencia	Porcentaje
Válido Siempre o casi siempre	1	1.0
Muchas veces	1	1.0
Algunas veces	1	1.0
Pocas veces	1	1.0
Casi nunca o nunca	96	96.0
Total	100	100.0

Igual que en el caso de las conductas anteriormente mencionadas, vemos que los pacientes opinan que el personal de enfermería casi nunca o nunca se molesta cuando por accidente moja la cama.

Tabla 19. Las enfermeras (ros): Lo llaman por su nombre.

CECOP 8	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	3	3.0
Pocas veces	1	1.0
Algunas veces	5	5.0
Muchas veces	1	1.0
Siempre o casi siempre	90	90.0
Total	100	100.0

Menos del 10% de los pacientes perciben que las enfermeras no los llaman por su nombre, mientras que un porcentaje alto de las enfermeras si lo hace.

Tabla 20. Las enfermeras (ros): Usan palabras técnicas que usted no conoce.

CECOP 9	Frecuencia	Porcentaje
Válido Siempre o casi siempre	9	9.0
Algunas veces	7	7.0
Pocas veces	6	6.0
Casi nunca o nunca	78	78.0
Total	100	100.0

Son pocas las veces que las enfermeras usan palabras técnicas que el paciente no puede entender, de acuerdo a las respuestas obtenidas en el estudio.

Tabla 21. Las enfermeras (ros): Se presentan por su nombre.

CECOP 11	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	5	5.0
Pocas veces	1	1.0
Algunas veces	4	4.0
Muchas veces	1	1.0
Siempre o casi siempre	89	89.0
Total	100	100.0

Casi todas las enfermeras se presentan por su nombre, según lo que perciben los pacientes entrevistados.

Tabla 22. Las enfermeras (ros): Cuando usted les pide algo que necesita, tardan en traerlo.

CECOP 12	Frecuencia	Porcentaje
Válido Siempre o casi siempre	7	7.0
Muchas veces	1	1.0
Algunas veces	12	12.0
Pocas veces	10	10.0
Casi nunca o nunca	70	70.0
Total	100	100.0

Según lo que perciben los pacientes, una quinta parte de las enfermeras tarda en llevarles lo que necesitan cuando piden algo.

Tabla 23. Las enfermeras (os): Le dan explicaciones de los cuidados que realizan.

CECOP 14	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	10	10.0
Pocas veces	2	2.0
Algunas veces	7	7.0
Muchas veces	2	2.0
Siempre o casi siempre	79	79.0
Total	100	100.0

Los pacientes observaron que más del 80 % del personal de enfermería le brinda explicaciones de los cuidados que les dan.

Tabla 24. Las enfermeras (ros): Respetan su forma de pensar.

CECOP 17	Frecuencia	Porcentaje
Válido Casi nunca o nunca	20	20.0
Muchas veces	1	1.0
Siempre o casi siempre	79	79.0
Total	100	100.0

El 20% de las enfermeras no respetan la forma de pensar de los pacientes, según lo que aprecian ellos mismos.

Tabla 25. Las enfermeras (ros): Se molestan cuando usted se queja de algo.

CECOP20	Frecuencia	Porcentaje
Válido Siempre o casi siempre	25	25.0
Muchas veces	2	2.0
Algunas veces	5	5.0
Pocas veces	4	4.0
Casi nunca o nunca	64	64.0
Total	100	100.0

Un poco más de la cuarta parte de los pacientes perciben que las enfermeras se molestan cuando ellos se quejan de algo.

Tabla 26. Las enfermeras (ros): Le explican las razones de los cuidados que le dan.

CECOP 22	Frecuencia	Porcentaje
V Casi nunca o nunca	8	8.0
álido Pocas veces	2	2.0
Algunas veces	2	2.0
Muchas veces	2	2.0
Siempre o casi siempre	86	86.0
Total	100	100.0

Así como en otro reactivo similar a este, un poco menos del 90% de las enfermeras ofrecen explicaciones de los cuidados que realizan.

A continuación se muestra las escalas relacionadas con las dimensiones que comprenden la percepción de los pacientes sobre la forma de comunicación de las enfermeras:

Tabla 27. Valores derivados de las escalas análogo visuales, sobre comprensión, respeto y satisfacción por parte del personal de enfermería.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Coefficiente de variación
Qué calificación le daría a la comprensión que recibe de las enfermeras que lo atienden.	100	2	10	9.29	1.320	14.20
Qué calificación le daría al respeto que recibe de las enfermeras que lo atienden.	100	3	10	9.39	1.163	12.30
Qué calificación le daría al grado de satisfacción que siente en cuanto a la atención que recibe de las enfermeras.	100	2	10	9.60	1.073	11.17
N válido (por lista)	100					

Se puede observar que los pacientes también califican con valores altos la comprensión y el respeto a través de las escalas análogo visuales y asignan valores

altos a la satisfacción que les genera la atención recibida por las enfermeras. El coeficiente de variación en los tres parámetros muestra homogeneidad en las respuestas.

En seguida se describen las variables socioodemográficas del grupo de pacientes entrevistados:

Tabla 28. Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Mujer	35	35.0
Hombre	65	65.0
Total	100	100.0

En la tabla anterior observamos que las personas que contestaron los cuestionarios con mayor predominio son hombres.

Tabla 29. Edad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	100	22	86	60.00	12.912
N válido (por lista)	100				

Tabla 30. Grupo de Edad.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Adulto joven (20-40)	7	7.0
Adulto maduro (41-60)	41	41.0
Adulto mayor (61 o más)	52	52.0
Total	100	100.0

Nota: Los grupos de edad se determinaron según Papalia y colaboradores<sup>31</sup>.

Tenemos que de los pacientes que se entrevistaron: el mínimo de edad fue de 22 años, correspondiendo solamente al 7%; y el máximo de 86 años. Más del cincuenta por ciento de los participantes son adultos mayores. Aunque se observa variabilidad, esta no es muy amplia, presentando un coeficiente de variación de 21%.

Tabla 31. Escolaridad.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Primaria Incompleta	14	14.0
Primaria completa	26	26.0
Secundaria incompleta	10	10.0
Secundaria Completa	6	6.0
Preparatoria y/o Estudios técnicos	14	14.0
Licenciatura y mas	23	23.0
Otros	7	7.0
Total	100	100.0

Respecto a la escolaridad se observa que casi una cuarta parte de la población tiene estudios de nivel superior, aproximadamente la mitad cuenta con educación básica y el resto se encuentra con estudios de nivel medio superior.

Tabla 32. Nivel Socioeconómico.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido 1	64	64.0
2	24	24.0
3	9	9.0
4	1	1.0
5	2	2.0
Total	100	100.0

Los pacientes entrevistados en su mayoría son de bajos recursos, según la clasificación asignada por las trabajadoras sociales de la institución.

Tabla 33. Estado Civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Soltero	21	21.0
Casado	52	52.0
Viudo	13	13.0
Divorciado	10	10.0
Unión libre	4	4.0
Total	100	100.0

Se puede observar que a pesar de que la mayoría de la población se encuentra dentro del grupo de adultos maduros y mayores, casi una cuarta parte de la población son personas solteras.

A continuación se expresan las variables relacionadas con el aspecto de salud:

Tabla 34. Número de internamientos previos al actual.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido 1	78	78.0
2	12	12.0
3	6	6.0
5	2	2.0
6	1	1.0
8	1	1.0
Total	100	100.0

El 90% de los entrevistados ha estado hospitalizado entre una y dos veces.

Tabla 35. Diagnóstico médico.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Cardiopatía isquémica	62	62.0
Cardiopatía reumática	2	2.0
Choque cardiogénico	1	1.0
Comunicación interventricular	1	1.0
Derrame pericárdico	1	1.0
Hipertensión arterial	2	2.0
Insuficiencia cardiaca	6	6.0
Neumonía	2	2.0
Sobreanticoagulación	1	1.0
Trastornos del ritmo	8	8.0
Tumores del corazón	1	1.0
Valvulopatías	13	13.0
Total	100	100.0

Se observa que más del 50% de los participantes padecen una cardiopatía isquémica.

Tabla 36. Frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Coefficiente de variación
Frecuencia Cardiaca	100	39	135	80.07	17.315	22%
Frecuencia Respiratoria	100	12	37	20.90	4.631	22%
N válido (por lista)	100					

Las constantes vitales de los pacientes registrados mostraron promedios con valores normales sin embargo se observaron algunos casos extremos tanto bajos como altos pero las coeficientes muestran homogeneidad en el grupo estudiado.

Tabla 37. Presión arterial media.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
1 Hipotensión (50-69)	16	16.0
2 Normal (70-105)	75	75.0
3 Hipertensión (>105)	9	9.0
Total	100	100.0

Nota: La clasificación de la Presión Arterial Media se obtuvo de Guadalajara<sup>32</sup>.

Se observa que únicamente un 25 % de la población presentan una presión arterial media fuera de los parámetros normales, pues el 75% se encuentran dentro de rangos normales en el momento de la realización de la entrevista.

Se han descrito las variables de manera independiente, ahora se hará una correlación de las variables sociodemográficas y de salud con las dimensiones de empatía y respeto:

Al buscar la relación del nivel socioeconómico con la percepción de los pacientes en cuanto a la comunicación en general, de la empatía y del respeto en lo particular, no se puede hacer ninguna afirmación de carácter significativo (motivo por el cual no se colocó la correlación en tabla), ya que la población de bajos recursos es muy amplia y la de recursos altos es muy escasa. Un 3% de los entrevistados pertenecen a la clase alta; clasificación 4 y 5 (según clasificación institucional), quienes valoraron a la comunicación como alta. El resto de la población considerada como clase media y baja clasificación 1, 2 y 3, (según clasificación institucional) en su mayoría también califican a la comunicación en general, a la empatía y al respeto con valores altos.

Tabla 38. Relación de género con la empatía en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

Género	Factor empatía.		
	Comunicación media (27-43 puntos) No. (%)	Comunicación alta (44-60 puntos ) No. (%)	TOTAL No. (%)
1 femenino	6 (17)	29 (83)	35 (100)
2 masculino	13 (20)	52 (80)	65 (100)

Se aprecia que a pesar de la diferencia de frecuencia entre los entrevistados de ambos géneros, la valoración por parte de los pacientes en cuanto a la comprensión empática, es similar, con ligera ventaja para el grupo de mujeres.

Tabla 39. Relación de género con el respeto, en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

Género	Factor respeto.		
	Comunicación media (24-39) No. (%)	Comunicación es alta (40-55) No. (%)	TOTAL No. (%)
1 (femenino)	2 (6)	33 (94)	35 (100)
2 (masculino)	3 (5)	62 (95)	65 (100)

Dentro del factor respeto se observa que tanto la comunicación media como la comunicación alta, es valorada de manera similar por ambos grupos.

Tabla 40. Relación del género con el comportamiento general de las enfermeras observado por los pacientes.

Género	Total (factor empatía y factor respeto).		
	Comunicación media (54-84) No. (%)	Comunicación alta frecuencia (85-115) No. (%)	No. (%)
1 (femenino)	4 (11)	31 (89)	35 (100)
2 (masculino)	8 (12)	57 (88)	65 (100)

En los datos anteriores se puede distinguir que tanto género femenino como género masculino, perciben en su mayoría a la comunicación como alta y proporciones muy similares.

Tabla 41. Relación de la edad con la empatía en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

Edad	Factor empatía.		
	Comunicación media (27-43) No. (%)	Comunicación alta (44-60) No. (%)	No. (%)
1. Adulto joven (20-40 años)	3 (43)	4 (57)	7 (100)
2. Adulto maduro(41-60 años)	8 (20)	33 (80)	41 (100)
3. Adulto mayor (>60 años)	8 (15)	44 (85)	52 (100)

La comunicación empática tiende a ser más valorada por los grupos de edad mayores, aspectos que se aprecian en el grupo de adulto maduro y adulto mayor. Con predominio en este último en que el 85% lo calificó así.

Tabla 42. Relación de la edad con el respeto en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

Edad	Factor respeto.		
	Comunicación media (24-39) No. (%)	Comunicación es alta (40-55) No. (%)	No. (%)
1. Adulto joven (20-40 años)	0 (0)	7 (100)	7 (100)
2. Adulto maduro(41-60 años)	2 (5)	39 (95)	41 (100)
3. Adulto mayor (>60 años)	3 (6)	49 (94)	52 (100)

En cuanto a la percepción de la comunicación respetuosa se observa más similitud entre los 3 grupos de edad con ligero predominio de los adultos jóvenes.

Tabla 43. Relación de la edad con el comportamiento general de las enfermeras observado por los pacientes.

Edad	Total (factor empatía y factor respeto).		
	Comunicación media (54-84) No. (%)	Comunicación alta frecuencia (85-115) No. (%)	No. (%)
1. Adulto joven (20-40 años)	3 (42)	4 (58)	7 (100)
2. Adulto maduro(41-60 años)	2 (5)	39 (95)	41 (100)
3. Adulto mayor (>60 años)	5 (10)	47 (90)	52 (100)

En cuanto a la comunicación general se observa que los adultos maduros y los adultos mayores la valoran en mayor aprecio que los adultos jóvenes.

Tabla 44. Relación del diagnóstico médico con la empatía en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

Diagnóstico	Factor empatía.		No. (%)
	Comunicación media (27-43) No. (%)	Comunicación alta (44-60) No. (%)	
Cardiopatía isquémica	10 (16)	52 (84)	62 (100)
Otros (valvulopatías, trastornos del ritmo e insuficiencia cardiaca, etc.)	9 (24)	29 (76)	38 (100)

Nota: La clasificación de los diagnósticos se consultó Guadalajara<sup>32</sup>.

De acuerdo con los datos de la tabla, se observa que la proporción de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica valoran con puntajes más altos la comunicación empática de los enfermeros al compararlos con pacientes que padecen otras enfermedades cardiológicas.

Tabla 45. Relación del diagnóstico médico con el respeto en el comportamiento de las enfermeras observado por los pacientes.

Diagnóstico	Factor respeto.		
	Comunicación media (24-39) No. (%)	Comunicación alta (40-55) No. (%)	No. (%)
Cardiopatía isquémica	0 (0)	62 (100)	62 (100)
Otros (valvulopatías, trastornos del ritmo e insuficiencia cardiaca, etc.)	5 (13)	33 (87)	38 (100)

La diferencia en la apreciación de la comunicación respetuosa se remarca aún más, ya que todos los pacientes con cardiopatía isquémica la califican con puntajes altos y no todos los pacientes la califican así.

Tabla 46. Relación del diagnóstico médico con el comportamiento general de las enfermeras observado por los pacientes.

Diagnóstico	Total (factor empatía y factor respeto).		
	Comunicación media (54-84) No. (%)	Comunicación alta (85-115) No. (%)	No. (%)
Cardiopatía isquémica	2 (4)	60 (96)	62 (100)
Otros (valvulopatías, trastornos del ritmo e insuficiencia cardiaca, etc.)	7 (18)	31 (82)	38 (100)

Respecto a la comunicación en general se observan puntajes similares a los encontrados en la comunicación empática relacionada con padecimientos de los entrevistados.

## 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En el área de enfermería la comunicación es un tema de vital importancia para que se pueda llevar a cabo la relación interpersonal<sup>9</sup> entre el profesional de enfermería y el paciente, guardando la simetría que es recomendable en esta relación con el propósito de guardar armonía<sup>1, 2</sup>. La comunicación como proceso interpersonal<sup>3</sup>, forma parte de los procesos vitales. Como sabemos existe la comunicación verbal y no verbal, esta última tiene mayor significado social<sup>6</sup>, además de que es inconsciente, equivoca y admite múltiples interpretaciones<sup>4</sup>. En el estudio la comunicación interpersonal que se presentó con mayor frecuencia fue la asertiva, ya que la reacción que produce es el respeto<sup>4</sup> este tuvo gran peso debido a que alcanzó un promedio cercano al valor máximo posible.

*Como objetivo general de la investigación, se pretendió conocer la percepción del paciente respecto a la forma de comunicación que manifiesta el profesional de enfermería y su relación con las características del paciente hospitalizado en una Unidad Cuidados Coronarios. De lo cual se pudo observar de manera general que los pacientes percibieron una adecuada comunicación debido a que, en el comportamiento general el valor mínimo de las respuestas del instrumento fue de 71, muy alejado del valor mínimo posible de registrar y se identificó homogeneidad en las respuestas de los pacientes respecto al comportamiento general de las enfermeras. De igual manera al evaluar el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención de enfermería, la mayoría de los pacientes dieron una calificación mayor a 9, esto mismo se ha observado en otros estudios que han aplicado el mismo instrumento CECOP ya sea en su versión amplia o breve<sup>13, 15, 16</sup>. En el estudio que aplicó el CECOP en su versión breve<sup>13</sup>, se reporta que existe correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de la calificación de satisfacción y los comportamientos; “le transmiten tranquilidad” y “lo apapachan” lo que aporta fortaleza a la conducta relacionada con “apapacho”, que en los diferentes análisis mostró cambios significativos y se correlacionó con la satisfacción del paciente<sup>13</sup>.*

Aun cuando en esta tesis no se correlacionó el valor de la satisfacción en los diferentes comportamientos si se puede afirmar que también arrojan resultados altos en la comprensión empática.

El hallazgo de los resultados similares entre la presente tesis y la que aplicó el CECOP en versión breve, podría tomar como explicación que ambos estudios se realizaron en la misma institución que posee dos filosofías<sup>33</sup>, que definen la misión y visión; una legada por el Dr. Chávez y la segunda por el Obispo Dobuis fundador de la Congregación de las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado. Ambas con la finalidad de no crear un hospital frío lleno de soledad y desamparo, su objetivo es contar con enfermeras de alta calidad espiritual y con un hondo espíritu religioso que nos llene hasta nuestros días con una cultura hecha de fina sensibilidad y alto sentido de los valores para servir de la mejor manera. El Dr. Chávez señaló "...en tanto al hospital. Queremos que aquí los enfermos no fueran un número sino una persona; que hubiera una preocupación viva y punzante por parte del personal... Por eso el lema de la institución: "El amor y la ciencia al servicio del corazón".

Sánchez y colaboradores<sup>20</sup>, mencionan que para que la comunicación sea satisfactoria el profesional de enfermería debe tener la capacidad de tranquilizar, alentar, dar esperanza y favorecer la solución del problema del paciente y estar atenta a las necesidades de comunicación que éste le presente; "para ello tiene que tomar en cuenta que la comunicación en enfermería se basa en una serie de principios como son: confidencialidad, veracidad, fidelidad, privacidad y en la habilidad para comunicarse, ganarse la confianza del paciente y tomar en cuenta que éste posee aspectos estrechamente relacionados con su enfermedad que intervienen en la comunicación.

Otro de los *objetivos que guiaron el estudio fue conocer las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en una Unidad Cuidados Coronarios*, debido a que se tomó en cuenta lo que señala Phaneuf<sup>7</sup>, dice que en la comunicación influyen aspectos como la sexualidad, la edad, las habilidades cognitivas, las alteraciones psicológicas, la integridad de los órganos, la imagen, la propia capacidad de expresar las necesidades y opiniones, el entorno y los hábitos. En relación con lo anterior, no todos los estudios coinciden con el autor, por ejemplo; un

estudio realizado por Austria<sup>15</sup>, en un hospital de ortopedia de tercer nivel, con objetivos similares a esta tesis; “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”, se llegó a la conclusión que los aspectos sociodemográficos no influyen en la percepción que tienen los pacientes respecto a las enfermeras por lo que eso no afecta la interacción enfermera-paciente. Cabe destacar que en el presente estudio se observó una ligera diferencia en cuanto los *aspectos sociodemográficos*, por ejemplo las personas de mayor edad tienden a calificar mejor el trato por parte de enfermería en comparación con las personas jóvenes, este hallazgo también coincide con datos referidos por Thomas<sup>34</sup>. En contraste, Mena<sup>16</sup>, menciona en su investigación que no encontró diferencias significativas en las variables sociodemográficas relacionadas con la percepción de la comprensión empática y el respeto. Cabe destacar que en otro estudio realizado por Naranjo y Ricaurte<sup>19</sup>, mencionan que “Para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la religión. Conociéndolas, podemos definir cómo acercarnos a él, qué términos utilizar para lograr una comunicación adecuada donde se ejerzan habilidades y destrezas como sonreír, interpretar los gestos del paciente, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo afectivo, entre otras.”

Por otra parte Barrere<sup>26</sup> mencionó que un foco importante de su estudio es la asimetría de la comunicación enfermera-paciente en relación con el género. Encontró algunas diferencias de género en las interacciones enfermera-paciente: los enfermeros no usaban términos cariñosos al dirigirse a los pacientes de sexo masculino; las enfermeras eran menos propensas a utilizar el discurso auto-revelación cuando los pacientes eran hombres. Considera que las enfermeras necesitan aprender estrategias de comunicación que aumenten la simetría en las interacciones enfermera-paciente. Herrera y colaboradores<sup>21</sup> identifican que tanto médicos como enfermeras muestran carencias en cuanto amabilidad y respeto relacionadas con el origen sociocultural de los pacientes se reportó que: en los pacientes hospitalizados que recibieron un trato adecuado, se detectó un grado mayor de bienestar junto con la confianza necesaria hacia el personal para solicitar además de acciones de atención, información necesaria

para aclarar dudas respecto a su padecimiento y por otro lado, los pacientes que recibieron trato inadecuado, independientemente de que detectaron una notable mejoría en su estado de salud, mostraban temor e incertidumbre, sobre su posible rehabilitación y una significativa falta de confianza para solicitar información necesaria para despejar sus interrogantes. Los datos recabados en la presente tesis no permitieron la identificación de estos aspectos por que la población de la institución entrevistada pertenecía mayormente a un grupo de bajos recursos y la opinión en lo general fue muy favorable.

Los aspectos sociodemográficos y el estado de salud de los pacientes, modifican la relación interpersonal entre ambos actores, y dependiendo cómo se aborde el proceso de comunicación será la satisfacción de los pacientes, la cual lleva a indicar que exista o no, calidad de los cuidados dentro de las instituciones, como lo señala Barrere<sup>26</sup>, menciona que la *comunicación* es un aspecto muy importante *en el personal de enfermería ya que el ejercer profesional implica interacciones permanentes* con los pacientes. La investigación sugiere que esas interacciones influyen significativamente en la satisfacción del paciente y la atención de calidad. Es un aspecto importante ya que la enfermera planifica y proporciona atención basada en las necesidades del mismo, explicar, y dar instrucciones a los pacientes en una variedad de temas de salud. Por lo tanto para que el personal de enfermería pueda realizar una comunicación eficiente o alta debe disponerse de habilidades, para que se refiera al paciente de manera individualizada y la comunicación tenga mejores resultados.

En relación a los objetivos: conocer la situación de salud de los pacientes hospitalizados en Unidad de cuidados coronarios. Se puede decir que en general, en el ambiente de urgencias, los pacientes se encuentran tensos, temerosos y frágiles ante lo desconocido, la inesperada transición de un estado saludable a la proximidad con la muerte puede afectar el equilibrio emocional de pacientes según Dal Pai, citado por Rocha y Faria<sup>18</sup>.

Se observó que en el caso de los pacientes entrevistados aquellos que tienen alguna cardiopatía isquémica valoran de forma más favorable la comunicación empática y el respeto al compararlos con los pacientes que tenían valvulopatías, trastornos del ritmo e insuficiencia cardíaca, estos últimos en lo general se encontraron en

condiciones deteriorables que pudieron haberlos colocado en posición más vulnerable, como afirma Dal Pai y tener una percepción menos favorable.

En una revisión sistemática hecha por Finke<sup>23</sup> sobre *la efectividad de la comunicación de las enfermeras con los pacientes, con comunicación compleja*, donde su objetivo fue revisar sistemáticamente, la comunicación entre enfermeras y pacientes con necesidades complejas de comunicación ya que la comunicación efectiva entre enfermera y paciente es fundamental para una atención eficiente. Las dificultades en la comunicación entre las enfermeras y los pacientes se presentan cuando estos son incapaces de hablar. Este problema se complica aún más, porque las enfermeras normalmente reciben poca o ninguna capacitación en el uso de Comunicación Aumentativa y Alternativa (AAC: Augmentative and alternative communication) para comunicarse con pacientes que tienen CCN. En dicho trabajo se concluyó, que la comunicación entre las enfermeras y los pacientes es fundamental para ofrecer y recibir una atención de calidad. El uso de estrategias AAC, ayudará a las enfermeras y los pacientes a comunicarse mejor entre sí, cuando comunicarse verbalmente no es una opción.

El análisis global de los comportamientos que integran el CECOP muestran que en lo general fueron calificados muy favorablemente, Abiela y colaboradores citado por Jill<sup>24</sup>, revelan que las respuestas a este tipo de preguntas cerradas, sobrestiman la satisfacción, por ejemplo en la pregunta; Cuando el personal sanitario habla con usted, ¿tiene una actitud agradable?, en este comportamiento (en ningún caso se contestó la opción nunca). De igual manera en nuestro estudio los valores para calificar comprensión empática y respeto, en su mayoría fueron positivos. Tal vez el tipo de preguntas propiciaron la deseabilidad social<sup>13</sup> que pueda ejercer el personal de enfermería como autoridad, pocos fueron los pacientes que se tomaron la libertad de expresar alguna inconformidad encaminada a la pregunta que se les estaba realizando.

El análisis de cada uno de los 23 comportamientos permite identificar aquellos que a pesar de la deseabilidad social manifestada, obtuvieron calificaciones menos altas como: “las enfermeras buscan tiempo para hablar con usted”, “bromean con usted para darle confianza”, “las enfermeras le escuchan aunque tengan mucho trabajo”, “se molestan cuando usted se queja de algo”, “lo apapachan para animarlo”. Austria<sup>15</sup> quien

aplica el mismo instrumento en otra institución de tercer nivel obtuvo resultados similares, es decir, calificaciones predominantemente favorables, con reducción en la calificación de estos mismos comportamientos. En el estudio de Mena<sup>16</sup>, las calificaciones también fueron muy favorables y sólo coinciden en dos de los comportamientos en cuanto a la asignación de calificación menos alta: “buscan tiempo para hablar con usted” y “bromean con usted para darle confianza”.

En cuanto a los hallazgos de Müggenburg<sup>35</sup>, quien solo informa de los 10 comportamientos del CECOP de la versión breve coinciden con los reactivos “lo escuchan aunque tengan mucho trabajo” y “lo apapachan para animarlo”, comportamientos que tuvieron menos calificación al compararlos con otros.

La comparación de estos resultados con el mismo instrumento, permiten conocer que a pesar de las altas calificaciones en la apreciación hay puntos vulnerables comunes que sugieren continuar con estos estudios para profundizar y buscar estrategias que mejoren las relaciones interpersonales entre la enfermería y el paciente.

## **CONCLUSIÓN.**

A través de la comunicación interpersonal entre el personal de enfermería y el paciente, se puede establecer una relación terapéutica que mediante las características facilitadoras de la relación terapéutica “la empatía y el respeto”, proporcione a los pacientes un grado de satisfacción favorable. Hay algunos factores que en el proceso pueden alterar la comunicación como lo son, las características de los pacientes que pueden ser sociodemográficas y de salud (características que formaron parte de los objetivos), en este punto es donde el personal de enfermería puede identificar esos aspectos a través de estrategias.

En el presente estudio se observó que los pacientes de mayor edad calificaron mejor el trato por parte de enfermería, que los pacientes jóvenes, de la misma forma se encontró que los pacientes con cardiopatías isquémicas valoraron mejor el trato por parte del personal de enfermería, que los pacientes con otra cardiopatía (que se encontraban con el estado de salud deteriorado). Cabe destacar que los resultados por lo general fueron mejor calificados, lo cual se podría relacionar con la deseabilidad social.

Fueron pocos los resultados menormente valorados como, “las enfermeras buscan tiempo para hablar con usted”, “bromean con usted para darle confianza”, “las enfermeras le escuchan aunque tengan mucho trabajo”, “se molestan cuando usted se queja de algo”, “lo apapachan para animarlo”; dichos comportamientos se pueden considerar como áreas de oportunidad para enriquecer el campo de la enfermería, que encaminarían el seguimiento de este tipo de investigaciones que ayuden a buscar estrategias para mejorar la relación interpersonal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- Watzlawick P, Helmick JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. 4ª ed. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo; 1976. p. 49-71.
- 2- Coseriu Eugenio. Teoría del lenguaje y lingüística general. 2ª ed. Madrid: Gredos; 1967. p. 11-21, 115-121, 282-287.
- 3- Cibanal JL, Arce MC. La relación enfermera-paciente. 21ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009. p. 4, 57-61, 83-93, 104-107, 127-147.
- 4- Tazón AM, García CJ, Aseguinolaza CL. Relación y comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002. p. 20-21, 78-89, 126, 144, 232-239, 278, 302.
- 5- Aguinaga Benítez O. Enfermería, muerte y duelo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 167 -168.
- 6- Niven Neil. Psicología en Enfermería. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2009. p. 18-28.
- 7- Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 46-48.
- 8- Pérez AB, García DP. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2005 [Acceso 24 de noviembre de 2014]; 21 (2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000200003&script=sci_arttext)
- 9- Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011. p. 54-58, 61, 94-102, 342-344.
- 10- Jahoda Gustav. Theodor Lipps and the shift from "Sympathy" to "Empathy". Jhbs [Internet]. 2005 [Acceso 5 de septiembre de 2014]; 41(2): 151-163. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.unal.edu.co/doi/10.1002/jhbs.20080/epdf>.
- 11- Guerra ME, Caballero GR, Tabares CG, Fernández PS. Empatía: ¿Conoce su significado? MEDISAN [Internet]. 2002 [Acceso 10 de septiembre de 2014]; 6(2): 56-61. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_2\\_02/san10202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_2_02/san10202.htm).
- 12- Valdez MJ, Mondragón JA, González AL, González ES. Significado psicológico de respeto entre adolescentes. SOCIOTAM [Internet]. 2004 [Acceso 20 de septiembre de 2014]; 14 (1): 113-129. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65414106.pdf>
- 13- Müggenburg MC. Habilidades de la comunicación en enfermería y su efecto en el cuidado profesional humanístico [Tesis doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de maestría y doctorado en psicología; 2015.

- 14-Cormier WH. y Cormier S. Estrategias de Entrevista para Terapeutas. Habilidades básicas e interpretaciones. Cognitivo-conductuales. Bilbao, España: Descleé de Bouwer. S.A; 2000.
- 15-Austria AA. Interacción enfermera-paciente, en un hospital de tercer nivel de carácter público, de la ciudad de México [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
- 16-Mena GI. Percepción de los pacientes hospitalizados sobre la empatía y el respeto que manifiestan las enfermeras [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
- 17-Subiela GJ, Abellón RJ, Celdrán BA, Manzanares LJ, Satorres RB. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enferm. Glob* [Internet]. 2014 [Acceso 5 de noviembre de 2014]; 13 (34): 276-292. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lng=en&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lng=en&tlng=en)
- 18- Rocha OT, Faria SS. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enferm. Glob* [Internet]. 2013 [Acceso 30 septiembre 2014]; 12 (30): 76-90. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005)
- 19-Naranjo BI, Ricaurte GG. La comunicación con los pacientes. *Invest. educ. enferm.* [Internet]. 2006 [Acceso 15 de noviembre de 2014]; 24 (1): 94-98. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100010&script=sci_arttext)
- 20-Sánchez SP, Aguirre GH, Córdoba ÁM, Campos CM, Arboleya CH. La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. *Rev. CONAMED* [Internet]. 2009 [Acceso 1 de diciembre de 2014]; (14) Supl 1: 20-28. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons091e.pdf>
- 21-Herrera KL, Villamil ÁM, Pelcastre VB, Cano VF, López CM. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [Acceso 5 de enero de 2015]; 43(4): 589-94. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7289.pdf>
- 22-Frich LMH. Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 [Acceso 10 febrero 2015]; 44(2): 137-153. Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.unal.edu.co/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02779.x/pdf>
- 23-Finke EH, Light J, Kitko L. A Systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of argumentative and alternative communication. *J Clin. Nurs* [Internet]. 2008 [Acceso 20 de enero de 2015]; 17 (16): 2102-2115. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.unal.edu.co/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02373.x/pdf>

24-Jill VR, Tate AJ, Beth HM. Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Rev. Intensive and Critical Care Nursing* [Internet]. 2012 [Acceso 1 de febrero de 2015]; 28(1): 16-25. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S0964339711001248/1-s2.0-S0964339711001248-main.pdf?\\_tid=b99defc2-5321-11e4-9f67-00000aab0f02&acdnt=1413236684\\_22607df2eb586a62422a77083fc3a8fc](http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S0964339711001248/1-s2.0-S0964339711001248-main.pdf?_tid=b99defc2-5321-11e4-9f67-00000aab0f02&acdnt=1413236684_22607df2eb586a62422a77083fc3a8fc)

25-Davis AJ. The Skills of Communication. *Rev. The American Journal of Nursing* [Internet]. 1963; 63(1): 66-70. Disponible en: <http://www.jstor.org.ezproxy.unal.edu.co/stable/pdfplus/10.2307/3452251.pdf?acceptTC=true>

26-Barrere CC. Discourse Analysis of Nurse–Patient Communication in a Hospital Setting: Implications for Staff Development. *JNSD* [Internet]. 2007 [Acceso 20 de diciembre de 2014]; 23(3): 114-122. Disponible en: [http://nursing.tx.ovid.com.ezproxy.unal.edu.co/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=CEGOFPNGLDDAMONNCLKIGMCIDNKAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.15%257c1%257c10%26FORMAT%3dtile%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dCEGOFPNGLDDAMONNCLKIGMCIDNKAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCMCI\\_GONG\\_L00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv025%2f0124645%2f00124645-200705000-00003.pdf&filename=Discourse+Analysis+of+Nurse-Patient+Communication+in+a+Hospital+Setting%3a+Implications+for+Staff+Development.&navigation\\_links=NavLinks.S.sh.15.1&PDFIdLinkField=%2ffs046%2fovft%2flive%2f](http://nursing.tx.ovid.com.ezproxy.unal.edu.co/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=CEGOFPNGLDDAMONNCLKIGMCIDNKAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.15%257c1%257c10%26FORMAT%3dtile%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dCEGOFPNGLDDAMONNCLKIGMCIDNKAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCMCI_GONG_L00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv025%2f0124645%2f00124645-200705000-00003.pdf&filename=Discourse+Analysis+of+Nurse-Patient+Communication+in+a+Hospital+Setting%3a+Implications+for+Staff+Development.&navigation_links=NavLinks.S.sh.15.1&PDFIdLinkField=%2ffs046%2fovft%2flive%2f)

27- López F, y Torres A. Categorización del comportamiento en la investigación observacional: Historia de un caso. *Revista Mexicana de Análisis de conducta*. 1991; 17(3), 7-21.

28-Tristán LA. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición* [Internet]. 2008 [Acceso 2 de febrero de 2015]; 6, 37-48. Disponible en: [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4\\_Indice\\_de\\_validez\\_de\\_contenido\\_37-48.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf)

29-Müggenburg. M, Robles R, Valencia A, Hernandez Guillen MC, Olvera S y Riveros Rosas A. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Mental* 2015; 38 (4): 273-280.

30-Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012, Cuarta sección, 1-18 pp.

31-Papalia D. E. Wendkos O. S. Duskin F. R. *Desarrollo humano*. 11ª ed. México D.F.: Mc Graw Gill; 2009.

- 32- Guadalajara Boo J. Cardiología. 7ª ed. México: Méndez Editores; 2012
- 33- Jasso S. M. E. Hernández T. M. E. Emma Tellez M. E. Enfermería, filosofía y mística del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev Mexicana de Enfermer. Cardiológica [Internet]. 1999 [Acceso 6 de febrero de 2015]; 7 (1-4). Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991k.pdf>
- 34- Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys, RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. Quality in Health [Internet]. 1996 [Acceso 2 enero de 2015]; 5: 67-72. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055368/pdf/qualhc00020-0003.pdf>
- 35- Müggenburg MC, Nava GM, Riveros RA. Percepción de los pacientes sobre la forma de comunicación de las enfermeras en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. 2013; 12(2): 79-83.

APÉNDICES.

## APÉNDICE I.

Operacionalización de variables.

Relacionadas con la percepción de los pacientes sobre la forma comunicación de las enfermeras con dos dimensiones: Empatía y Respeto.

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valores esperados	Prueba estadística
Percepción de los pacientes sobre la forma comunicación de las enfermeras	<b>Empatía</b>	Captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados comunicárselos.	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sonríen</li> <li>- Se acercan a usted para saludarlo.</li> <li>- Usan palabras amables al hablar con usted.</li> <li>- Buscan tiempo para hablar con usted.</li> <li>- Usan palabras de ánimo para motivarlo.</li> <li>- Bromean con usted para darle confianza.</li> <li>- Le transmiten tranquilidad.</li> <li>- Le platican cuando se acercan a tomarle su presión.</li> <li>-Le platican cuando le dan sus medicamentos.</li> <li>- Lo escuchan aunque tengan mucho trabajo.</li> <li>-Lo “apapachan” para animarlo.</li> <li>- Le preguntan cómo se siente (de manera general).</li> </ul>	5 a 1 5) Siempre o casi siempre. 4) Muchas veces 3) Algunas veces 2) Pocas veces 1) Casi nunca o nunca.	Frecuencias y Porcentajes .

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valores esperados	Prueba estadística
Percepción de los pacientes sobre la forma de comunicación de las enfermeras	<b>Respeto</b>	El respeto, implica aceptación positiva, manifestando disposición de tiempo y energía, valorando al paciente como persona única. Requiere de una actitud no enjuiciadora y comprensiva.	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se molestan cuando usted no quiere comer.</li> <li>- Se molestan cuando usted no quiere bañarse.</li> <li>- Se molestan cuando usted moja la cama accidentalmente.</li> <li>- Lo llaman por su nombre.</li> <li>- Usan palabras "técnicas" que usted no conoce.</li> <li>- Se presentan por su nombre.</li> <li>- Cuando usted les pide algo que necesita, tardan en traerlo.</li> <li>- Le dan explicaciones de los cuidados que le realizan.</li> <li>- Respetan su forma de pensar.</li> <li>- Se molestan cuando usted se queja de algo.</li> <li>- Le explican las razones de los cuidados que le dan.</li> </ul>	5 a 1 5) Siempre o casi siempre. 4) Muchas veces 3) Algunas veces 2) Pocas veces 1) Casi nunca o nunca.	Frecuencias y Porcentajes .

VARIABLES RELACIONADAS A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES: EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Nombre de la variable	Dimensión	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valores esperados	Prueba estadística
Edad	----- -	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa.	----- -	18 a 100 años.	Promedio Desviación estándar Coeficiente de variación
Sexo	----- -	Respecto al área biológica dicese de la clasificación como femenino y masculino.	Cualitativa nominal.	----- -	1)Femenino 2)Masculino	Frecuencias y Porcentajes.
Estado civil	----- --	Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra, jurídicamente (soltero, casado, divorciado, viudo y unión libre).	Cualitativa nominal.	----- -	S C V D UL	Frecuencias y Porcentajes.
Escolaridad	----- --	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa ordinal.	----- -	-primaria incompleta/completa -secundaria incompleta/completa -preparatoria y/o estudios técnicos -licenciatura incompleta -licenciatura y más -otros	Frecuencias y Porcentajes.
Nivel socioeconómico	----- --	Es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico	Cualitativa ordinal.	----- -	Clasificación asignada en la institución.	Frecuencias y Porcentajes.

VARIABLES relacionadas con la situación de salud de los pacientes: diagnóstico, complicaciones, número de internamientos previos al actual, registro de variables vitales (como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial), tratamiento farmacológico y días de estancia.

Nombre la de variable	Dimensión	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valores esperados	Prueba estadística
Diagnóstico médico	-----	Arte de distinguir o detectar una enfermedad mediante exámenes o signos manifestados por el paciente.	Cualitativa nominal.	-----	-----	Frecuencias y Porcentajes.
Internamientos	-----	Ingresar a una persona a un hospital, a consecuencia de una enfermedad para que reciba tratamiento médico.	Cuantitativa.	-----	-----	Promedio Desviación estándar Coeficiente de variación.
Variables vitales	-----	Indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones).	Cuantitativa.	Son la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial.	-----	Promedio Desviación estándar Coeficiente de variación.
Días de estancia	-----	Número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso.	Cuantitativa.	-----	-----	Promedio Desviación estándar Coeficiente de variación.

## APÉNDICE II.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



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

**Folio \_\_\_\_\_ (CECOP).**

Según la Norma Oficial Mexicana le hago constatar que los datos serán usados sin ningún interés que perjudique su integridad moral.

La información que se recoja a través de este cuestionario de investigación se conservará de manera confidencial por lo que sus datos como su nombre se pueden omitir.

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.

	Siempre o casi siempre	Mucha s veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca
1. Le sonrían.					
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**

\_\_\_\_\_

**Complicaciones** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Número de internamientos previos al actual**\_\_\_\_\_

**Registro de variables clínicas** (Frecuencia cardiaca y respiratoria y tensión arterial; tratamientos farmacológicos; días de estancia) se anotarán en otro formato anexo (con el mismo folio).

