



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA

**COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA INTERACCIÓN
ENFERMERA- PACIENTE EN DOS SERVICIOS:
HOSPITALIZACIÓN Y TERAPIA INTENSIVA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO
DE ENFERMERÍA.**

PRESENTA:

LEO. LUNA GARCÍA MIRNA NALLELY

TUTOR PRINCIPAL

**DOCTORA. MA. CRISTINA MÜGGENBURG Y RODRÍGUEZ VIGIL
Eneo-UNAM**

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name of the tutor, Ma. Cristina Müggensburg y Rodríguez Vigil.

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL DE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.

P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **24 de marzo del 2017**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **MIRNA NALLELY LUNA GARCÍA** con número de cuenta **304107894**, con la tesis titulada:

"COMPARACION DE LA PERCEPCIÓN DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN DOS SERVICIOS: HOSPITALIZACIÓN Y TERAPIA INTENSIVA"

bajo la dirección de la Dra. Ma. Cristina Müggenburg y Rodriguez Vigil

Presidente : Doctora María Susana González Velázquez
Vocal : Doctora Ma. Cristina Müggenburg y Rodriguez Vigil
Secretario : Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo
Suplente : Doctora Ana María Lara Barrón
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cdad. Universitaria Cd, Mx. a 7 de abril del 2017.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Introducción.....	7
1.1. Planteamiento del Problema.....	7
1.2. Pregunta de Investigación.	10
1.3. Objetivos.....	11
2. Marco Teórico.....	12
2.1. Marco Conceptual.	12
2.1.1. La percepción.....	12
2.1.2. La comunicación.....	13
2.1.2.1. Comunicación verbal.....	17
2.1.2.2. Comunicación no verbal.....	18
2.1.2.3. Comunicación terapéutica.	20
2.1.2.4. Empatía	21
2.1.2.5. Respeto.....	23
2.1.2.6. Escucha activa.	24
2.1.3. Interacción enfermera-paciente.....	25
2.1.4. Calidad de los servicios de enfermería.....	31
2.2. Marco Referencial.....	35
3. Material y Métodos.....	43
3.1. Tipo de diseño.....	43
3.2. Población y muestra.....	43
3.3. Criterios de selección.....	44
3.3.1. Criterios de inclusión.	44
3.3.2. Criterios de exclusión.	44
3.4. Variables del estudio.	44
3.4.1. Relacionadas con el paciente.	44
3.4.2. Relacionadas con la enfermera.	47

3.5. Instrumento de medición.	49
3.6. Recolección de datos.	50
3.7. Análisis de los datos.	51
3.8. Aspectos Éticos y Legales.....	51
4. Resultados.	53
4.1. Resultados del paciente medido a partir del CECOP.....	53
4.2. Resultados derivados del ACEP.....	58
4.3. Comparación del CECOP y ACEP.....	66
5. Discusión.	67
6. Conclusiones.	72
7. Referencias Bibliográficas.	73
8. Anexos.	83

Resumen.

Palabras clave: Relación enfermera-paciente, comunicación.

Introducción. La interacción enfermera-paciente es cualquier contacto que se da entre una enfermera y una persona enferma desde una perspectiva estereotipada; debido a que ambos son personas pero se encuentran en contextos diferentes, además tienen una visión construida a partir de su experiencia, cultura y aspectos psicosociales. Esta relación se da a través de la comunicación verbal y no verbal, así como la empatía y el respeto. Es por ello que la percepción que tienen la enfermera y el paciente de esta relación permite al centro hospitalario conocer el grado de satisfacción del cuidado y detectar las áreas de oportunidad.

Objetivo. Comparar la percepción de la interacción que tienen el paciente y el personal de enfermería acerca del cuidado proporcionado en dos servicios: terapia intensiva y hospitalización.

Método. Observacional, descriptivo-comparativo, de corte transversal, en un hospital de 3er nivel de atención perteneciente al ISSSTE. La muestra fue no probabilística con 129 pacientes y 55 profesionales de enfermería. Se emplearon los instrumentos CECOP (.81) y ACEP (.68) que cuentan con validez de contenido y confiabilidad por alfa de Cronbach.

Resultados. La percepción del paciente que tiene de la interacción con la enfermera fue mayor en el servicio de terapia intensiva comparado con el de hospitalización (empatía $p < 0.05$, respeto $p < 0.05$ y satisfacción $p < 0.05$). La comparación de la autoevaluación del profesional de enfermería fue más alto que la percepción del paciente (Respeto < 0.05).

Conclusiones. La percepción que tienen los derechohabientes es alta, por encima del 90% como lo reportan otros estudios realizados en el país con el mismo instrumento. Utilizar los dos instrumentos permitió conocer la percepción que tienen la enfermera y el paciente, lo que abre una brecha para una mejor exploración del fenómeno de la interacción enfermera-paciente.

Abstract

Key words: Nurse-patient relations, communication.

Introduction. The nurse-patient interaction is any contact between a nurse and a sick person from a stereotyped perspective; Because they are both people but they are in different contexts, besides having a vision built from their experience, culture and psychosocial. This relationship occurs through verbal and non-verbal communication, as well as empathy and respect. This is why the nurse and patient's perception of this relationship allows the hospital to know the degree of care satisfaction and to detect the areas of opportunity.

Objective. To compare the perception of the interaction between the patient and the nursing staff regarding the care of the therapy services: intensive care and hospitalization.

Method. Observational, descriptive-comparative, cross-sectional, in a hospital of 3rd level of care belonging to ISSSTE. The sample was non-probabilistic with 129 patients and 55 nursing professionals. We used the CECOP (.81) and ACEP (.68) instruments that are valid for Cronbach alpha content and reliability.

Results. The patient's perception of the interaction with the nurse was greater in the intensive care unit compared with hospitalization (empathy $p < 0.05$, respect $p < 0.05$ and satisfaction $p < 0.05$). The comparison of the nursing professional self-assessment was higher than the patient's perception (Respect < 0.05).

Conclusions. The perception of rights holders is high, above 90% as reported by other studies conducted in the country with the same instrument. Using the two instruments allowed to know the perception of the nurse and the patient, which opens a gap for a better exploration of the phenomenon of nurse-patient interaction.

1. Introducción.

1.1. Planteamiento del problema

La percepción es un acto complejo que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información, ya que percibimos sensaciones, sentimientos y la intimidad de la otra persona, en ese momento el individuo reduce el mundo que lo rodea a unos hechos concretos, por lo tanto se puede definir como la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización ⁽¹⁻³⁾.

En este sentido algunos autores mencionan que la percepción de los comportamientos del cuidado son únicos e irrepetibles y determinan la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre la enfermera y el paciente ⁽¹⁾.

La interacción enfermera-paciente es muy importante para la atención de salud ⁽⁴⁻¹¹⁾. El término interacción enfermera-paciente que hace Travelbee, va más allá de la interacción, ya que hace referencia a cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma, caracterizada por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada; todo ello, debido a que ambos son personas que se encuentran en contextos diferentes, y que tienen una visión construida de acuerdo a sus experiencias, su cultura y demás aspectos psicosociales que las componen ⁽²⁾. Esta interacción se da a través de la comunicación tanto verbal como no verbal ⁽³⁾, la comunicación no verbal desempeña una importante función en la comunicación y las relaciones con los demás.

Además que la comunicación y la interacción son factores relacionados con la percepción que tiene el paciente acerca de la atención que le brinda el personal de enfermería, y la percepción del propio personal de enfermería sobre su desempeño. Por lo tanto la interacción de estos es el centro del proceso para la aplicación de los cuidados de enfermería ⁽⁴⁾. La comunicación en salud es un

proceso planificado encaminado a motivar y adoptar nuevas aptitudes en el personal de la salud⁽⁵⁾. Hay estudios que revelan que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia en los cuidados y la capacidad técnica de estos profesionales son fuertes predictores de la evaluación positiva del cuidado recibido⁽⁶⁾.

En este sentido la comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad⁽⁷⁾. El buen manejo de las habilidades comunicativas, sean verbales o no verbales, favorecen una relación de ayuda eficaz^(9,11,14). Según Achury⁽⁸⁾ la comunicación se torna en una manifestación clara de valores y actitudes como comprensión, empatía, aceptación, autenticidad y respeto.

Algunos estudios de investigación concuerdan que es importante reconocer la importancia que tiene la empatía y el respeto en la comunicación enfermera-paciente, así como otros factores, entre ellos la confianza y la seguridad^(9,15). Sin embargo para fines de esta investigación solo se tomaran en cuenta la comprensión empática y el respeto que se percibe en la relación enfermera-paciente.

En el estado del arte se observa que la mayoría de estudios que hablan de la relación-enfermera-paciente son de corte cualitativo^(7,16-23) algunos otros son artículos de revisión^(4,10,20,24-30) y en menor cantidad de enfoque cuantitativo^(7-8,13,31-47), sin embargo algunos solo toman en cuenta la percepción del paciente^(7-9,13,22,31-32,34-37,39-40,42-48) o de la enfermera por separado^(8,18,23,33,49-51), y sólo algunos estudios que comparan este fenómeno en conjunto^(1,19,38,52). Además de que estos estudios se han realizado en instituciones de diversos niveles de atención de salud, con pacientes de nivel socioeconómico distinto a los pacientes

que ingresan en el Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Y se han realizado solo en un servicio o servicios similares ^(1-2,8,16,18-19, 21,31,39,41,44-48,50-51) dejando una oportunidad para la comparación de servicios críticos y de hospitalización, donde las características tanto del paciente como del personal de enfermería son distintas.

La empatía es saber comprender y transmitir los sentimientos del otro, es decir, ponerse en el lugar del otro ^(24-26,29,33,51). Es por ello que el profesional de enfermería debe tener esta capacidad para discriminar entre sus necesidades y las de la persona a la que cuida. En tanto el respeto es la aceptación positiva, es decir, la capacidad de valorar al paciente como una persona que merece dignidad, es única, con cualidades y recursos que pueden estar bloqueados por la enfermedad ^(11,33,54).

Entonces en una relación interpersonal que represente respeto es necesario hacer uso de la empatía, y viceversa, no puede haber empatía, si las personas no refieren respeto.

En lo que respecta al área de la salud, se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso, lo que conlleva a que los pacientes experimenten momentos de incertidumbre, desánimo y fragilidad, así como desconfianza y que la recuperación sea lenta ⁽⁹⁾.

En México la interacción enfermera-paciente se ha medido a través de la comunicación ^(33,45-46) la satisfacción ^(2,35,38) y el indicador de trato digno ^(38,44), y representa un elemento importante de la atención de enfermería en Instituciones de salud. En este contexto la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó

que los usuarios que acudieron a Instituciones Sanitarias pertenecientes al ISSSTE reportaron los porcentajes mas altos de insatisfacción con la calidad de los servicios recibidos en comparación con otras de carácter público, al opinar que sus servicios son de regulares a malos y muy malos con 20.5 % y 5.6% respectivamente; y un 21.9% afirman que no regresarían ⁽¹⁰⁾.

Entonces evaluar la percepción del usuario y compararlo con el de la enfermera le permite al centro hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria ^(1,32) y permite reconocer la utilidad que brindan los hallazgos obtenidos en las instituciones, al favorecer la atención, disminuir los costos, motivar al personal y crear una diferenciación respecto a la competencia ⁽¹¹⁾. Es por ello que medir la satisfacción en la relación enfermera-paciente a partir de la empatía y respeto constituye uno de los componentes más importantes a la hora de interpretar la calidad de los servicios sanitarios ^(9,52).

1.2. Pregunta de Investigación

Por lo anterior, se da la importancia de investigar:

¿Cuál es la percepción de la interacción que tienen el paciente y la enfermera acerca del cuidado proporcionado en un servicio de terapia intensiva y en uno de hospitalización en una institución de 3er nivel de atención perteneciente al ISSSTE?

1.3. Objetivos

General.

Analizar la percepción de la interacción que tienen el paciente y el personal de enfermería acerca del cuidado proporcionado en dos servicios: terapia intensiva y hospitalización del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Específicos.

- Identificar la relación que hay en la percepción de la interacción que tiene el paciente acerca del cuidado brindado por el personal de enfermería entre un servicio de terapia intensiva y uno de hospitalización.
- Relacionar la autoevaluación de la interacción que tiene la enfermera del cuidado que brinda al paciente en un servicio de terapia intensiva y uno de hospitalización.
- Comparar la percepción de la interacción que tiene el paciente, con la autoevaluación de la enfermera en cuanto a su forma de comunicación al proporcionar cuidado.

2. Marco Teórico.

2.1. Marco Conceptual.

2.1.1. La percepción.

La asunción de la perspectiva del usuario al definir la calidad de los servicios introduce el concepto de percepción, que supone considerar que el paciente es el único que puede determinar si un servicio es de calidad o no ⁽¹²⁾. Evaluar la percepción del usuario, le permite al centro hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria ⁽¹³⁾.

La percepción es un acto complejo, que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información, se perciben sensaciones, sentimientos y la intimidad de la otra persona, en ese momento el individuo reduce el mundo que lo rodea a unos hechos concretos, por lo tanto se puede definir como la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro ⁽¹⁴⁾.

La percepción del usuario es considerada como un conjunto de conceptos y actitudes que construye a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto el trato digno por enfermería que el usuario recibe constituye un indicador de calidad ⁽¹⁵⁾. Cibanal ⁽¹⁶⁾ dice que la percepción es el acto mediante el cual el espíritu humano toma conciencia, a través de sus sentidos, de los objetos exteriores o de sus cualidades, es pasiva y espontánea, siendo un elemento esencial en la comunicación; para percibir es preciso sentir, interpretar y comprender el mundo en el cual se vive.

Desde la década de los años 90, la manera de entender y de medir la satisfacción del usuario cambia radicalmente, centrándose en el usuario y en sus expectativas reales ⁽¹⁷⁾. Una definición mas precisa para enfermería, sería la transacción humana con el ambiente, donde se organiza, interpreta y transforma la información de los sentidos; da significado e influencia el comportamiento del individuo. Es decir, es una representación personal de la realidad ⁽⁴⁾. En este sentido algunos autores mencionan que la percepción de los comportamientos del cuidado son únicos e irrepetibles y son determinantes en la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre la enfermera y el paciente ⁽¹⁾.

2.1.2. La comunicación.

La buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia en los cuidados y la capacidad técnica de los profesionales de enfermería son fuertes predictores en la evaluación positiva del cuidado recibido ⁽⁶⁾.

Desde sus comienzos y a lo largo de todo el proceso de vida el habla y la comunicación forman parte importante de la expresión del ser humano, al permitirle manifestar sus necesidades y deseos, darse a conocer y relacionarse con el mundo que lo rodea ⁽¹⁸⁾.

Comunicar es uno de los comportamientos humanos más importantes. Es un mecanismo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus contactos humanos. Es un proceso multidimensional y complejo, continuo y dinámico entre dos personas en el que el emisor debe dejar claro lo que quiere transmitir, pero además, que espera del receptor al transmitirle dicha información ⁽¹⁹⁾.

La comunicación es el medio por el cual las personas interactúan unas con otras, en el compartimiento de mensajes enviados y recibidos, siendo efectuada por la

comprensión del mensaje entre el emisor y el receptor ^(7-8,16). Es un proceso aprendido que depende de la actitud del individuo, el nivel sociocultural, el contexto, las experiencias pasadas, el conocimiento sobre el tema, y la capacidad de relacionarse con los demás ⁽⁸⁾. Como proceso la comunicación se caracteriza por tres elementos básicos ⁽²⁰⁾;

- La percepción: se produce cuando los órganos de los sentidos del receptor son activados, es cuando los impulsos son transmitidos al cerebro y están basados en estímulos visuales y auditivos.
- La evaluación: produce dos respuestas, la primera es cognitiva, es decir la parte informativa del mensaje; mientras que la segunda es la respuesta afectiva que es la relación del mensaje.
- La transmisión: es la percepción del mensaje como una retroalimentación, está estimula nuevamente a los elementos anteriores, pero en este caso del emisor original formando un ciclo.

La comunicación proporciona los medios para satisfacer nuestras necesidades básicas cuando nos relacionamos con los demás ⁽²¹⁾. Existen 3 fases de la comunicación, y son las siguientes: ⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾

1. Inicial: presentación, disponibilidad de tiempo, clarificación de la demanda del paciente.
2. Intermedia: obtención de datos (facilitadores de preguntas abiertas a concretas, detección de malestar) asegurarse de la comprensión (expresiones breves no usar términos técnicos); mostrar empatía llamar al paciente por su nombre, evitar crítica)
3. Final: Disponibilidad futura y cierre de la relación.

Desde las profesiones sanitarias, el proceso comunicativo mediante el cual establecemos nuevas relaciones, es imprescindible para poder interactuar con los pacientes o clientes ⁽²²⁾. La comunicación en salud es un proceso planificado

encaminado a motivar y adoptar nuevas aptitudes en el personal de la salud pública y hospitalaria⁽²³⁾, siendo una de las herramientas básicas para sostener el proceso de cuidar. Este inicio de la acción de cuidar involucra la comunicación con el paciente por medio de palabras, gestos, posturas y hasta incluso el silencio⁽²⁴⁾.

Es por ello que la interacción o comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad⁽⁷⁾. Además de que permite la continuidad de la atención y a la vez establece relaciones interpersonales que influyen en la recuperación de la salud al procurar el bienestar del mismo⁽²³⁾. La comunicación posibilita a la enfermera a delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de la enfermería⁽²⁴⁾.

A menudo, los profesionales de enfermería asistencial, sobretodo hospitalaria no reflexionamos en cómo debe evolucionar nuestro rol como enfermeras: la carga de trabajo el reparto del tiempo y la masificación hospitalaria hacen que nos estanquemos en la evolución de nuestros cuidados⁽¹⁹⁾.

Los atributos de comunicación son saber escuchar, mantener una aptitud empática y ser asertiva. Atributos que sobresalen de la comunicación verbal y no verbal⁽²⁵⁾. Por tanto las habilidades comunicativas, favorecen una relación de ayuda más eficaz^(9,11,16).

En Enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal siendo una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado de enfermería⁽²⁴⁾.

Según Peplau^(5,61) el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos. Ambos son concebidos

como seres humanos, cada uno con un campo de experticia y percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería⁽⁴⁾.

Las relaciones juegan un papel importante en la conformación de la prestación de atención y deben ser evaluados como parte de los esfuerzos para mejorar la atención al paciente en la asistencia⁽⁹⁾.

Es importante conocer la percepción que hay en la relación de comunicación enfermera-paciente acerca de la atención de salud, entendiéndolo como un proceso recíproco y que se retroalimenta uno con otro, ya que existen factores como los prejuicios creados en las enfermeras, la falta de aceptación y de comprensión del paciente, la tensión profesional por acumulo de tareas, y la falta de identidad profesional, que también limitan la comunicación con el paciente. Para los profesionales de enfermería, las dificultades en la práctica asistencial vienen dadas tanto por su experiencia profesional como vital, es decir, por su madurez/inmadurez a nivel personal. Todas estas circunstancias no parecen estar ligadas a la experiencia profesional sino mas bien al autoconocimiento, y a la autorreflexión⁽²⁴⁾.

El enfermero tiene que saber cómo entablar contacto con el paciente y desarrollar habilidades de comunicación de forma individualizada. Ya que a partir de ello se podrá comprender cómo se relacionan entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana; desde el punto de vista emocional la enfermedad es una situación negativa para el sujeto enfermo. De allí que el paciente exige una interacción cálida-satisfactoria, de apoyo social, de ayuda humana e intervenciones técnicas que trabajen en conjunto mientras dura su padecimiento, dolor o enfermedad. Siendo aquí donde se ponen en juego los aspectos más complejos del proceso social de interacción comunicativa⁽²⁶⁾. Parece probado que

los aspectos relacionados con la comunicación y la información se asocian poderosamente con la satisfacción de los usuarios ⁽¹⁾.

Así la comunicación es entendida como un proceso continuo por el que una persona puede afectar a otro a través del lenguaje escrito u oral, gestos, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos ⁽¹⁹⁾ que pueden describirse como comunicación verbal y comunicación no verbal.

2.1.2.1. Comunicación verbal.

La comunicación verbal es la que utiliza las palabras, es una manera de convertir la información factual de forma precisa y eficiente ⁽²⁰⁾ como medio de expresión, por lo que existen dos tipos, es decir, la comunicación oral y escrita ⁽²⁷⁾.

El lenguaje oral es el que se utiliza con mayor frecuencia en la comunicación y para que este sea desarrollado eficazmente se requiere de un emisor (hablante), un receptor (oyente) y un código (lenguaje o idioma), lo que permite codificar y recodificar el mensaje a través del canal auditivo-oral en forma de palabras ⁽²⁸⁾.

Dentro de los principios básicos que se dan en la comunicación verbal se encuentran ⁽²⁷⁾:

- La retroalimentación se produce de manera inmediata, por lo tanto mientras se habla, es posible adaptar el mensaje a la respuesta del receptor.
- Mantiene una relación directa con la comunicación no verbal ya que se producen de manera simultánea.
- El código utilizado es el idioma o lengua común.
- Los mensajes se codifican o descodifican a través del circuito del habla.

Para que la comunicación verbal sea eficaz es importante tomar en cuenta que el tiempo de habla sea equivalente entre el emisor y receptor, demostrar interés al

interlocutor utilizando la retroalimentación y realizar preguntas, lo que permite mantener la conversación, obtener información e influir en el comportamiento de los demás ⁽²⁹⁾.

El significado connotativo se refiere al sentido implícito o sugerido, mientras que el significado denotativo es el significado real o concreto de las palabras ⁽²⁰⁾.

Dentro de las conductas que debe mantener el profesional de enfermería en la comunicación verbal con el paciente, se encuentran las siguientes ⁽³⁰⁾:

- Llamar al paciente por su nombre
- Evitar la crítica y culpabilización.
- Evitar dar falsas seguridades.
- Preguntar por sentimientos y aspectos psicosociales.

Sin embargo la comunicación verbal por si sola es una forma menos efectiva de comunicar sentimientos, y esto representa sólo una parte de la comunicación humana total ⁽²⁰⁾. Dentro de las limitaciones de la comunicación verbal se pueden mencionar que las palabras pueden cambiar de significado según el grupo cultural en el que se encuentre, es decir, cada palabra tiene un significado connotativo o denotativo ⁽²⁰⁾, es por ello que cobra importancia la comunicación no verbal dentro del proceso de la relación enfermera-paciente.

2.1.2.2. Comunicación no verbal.

Por otra parte la comunicación no verbal es la transmisión de mensajes sin usar palabras a través del tacto, mirada y expresiones faciales ⁽³¹⁾.

La comunicación no verbal, aparece como una de las facetas más interesantes de la comunicación, pues ella se relaciona con todas las formas de comunicación que no envuelvan las palabras explícitas. El uso de la comunicación no verbal facilita la

percepción más exacta de los sentimientos de las personas y las propias interpretaciones de dudas no verbales ⁽³²⁾.

Además de que se exterioriza las intenciones, como la sinceridad y el engaño; el estado biofísico, es decir, el cansancio o la vitalidad, la salud o la enfermedad ⁽³³⁾. Cabe destacar la importancia del lenguaje no verbal, en todo proceso comunicativo, pues en numerosas ocasiones puede llegar a transmitir intenciones mas profundas, que el verbal ^(16,54).

A pesar de que la comunicación verbal en la forma del lenguaje es un poderoso vehículo para la transmisión de información específica de personas, objetos, acontecimientos e ideas, tanto pasadas como presentes y futuras, la comunicación no verbal suele tener mayor impacto en el curso de las interacciones que la comunicación verbal ⁽²¹⁾.

La comunicación no verbal ejerce funciones de gran influencia en la actitud del paciente y familia. Se considera un lenguaje relacional donde se manifiesta el estado de ánimo, y este complementa, contradice o sustituye al lenguaje verbal ⁽²⁶⁾.

Hay varios tipos de conductas no verbales dentro de ellas se encuentran las siguientes ^(11,54,57):

- Las señales vocales como el timbre de voz, el tono, la intensidad, gravedad o intensidad y el ritmo del habla, así como los sonidos entre ellos la risa, gruñidos, tos nerviosa y sonidos de duda.
- Las señales de acción se refiere a los movimientos corporales e incluyen la postura, expresión facial y gestos.
- Las señales de objetos por ejemplo, la ropa y el mobiliario .

- El espacio, en éste se pueden observar el espacio íntimo (hasta 45.7cm), espacio personal (45.7cm hasta 1.2 metros), espacio social-consultivo (1.3 a 3.6 metros) y el espacio público (mayor a 3.6 metros)

Sin embargo en la profesión de enfermería se acuña un termino más en la comunicación no verbal y se denomina tacto terapéutico, en el que el personal de enfermería coloca las manos cerca del cuerpo de un paciente con el propósito de ayudar o de curar.

2.1.2.3. Comunicación terapéutica.

El profesional de enfermería, con la intención de ayudar al enfermo en su proceso de recuperación utiliza diversas técnicas como el mensaje que comprende las ideas y sentimientos, que transmite a través de codificadores como expresiones tanto verbales como no verbales. El contacto físico, cuyo contenido será interpretado por el decodificador del enfermo como consuelo, esperanza y tranquilidad en esos momentos; y el receptor, que es el enfermo, a quien van dirigidos los cuidados y la atención. Bajo esta perspectiva, algunos autores indican que dentro de la práctica de enfermería se encuentra la comunicación terapéutica ⁽³⁴⁾.

La comunicación puede facilitar el desarrollo de una relación terapéutica o servir de barrera a ella ⁽²⁰⁾. La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería.

Para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. Al crear una relación terapéutica, creamos el espacio, el país, el lenguaje, en el cual se pueden empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones enfermeras que se han aprendido. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica tan importante ⁽³⁵⁾.

La comunicación terapéutica facilita la aceptación de la atención ofrecida, tiene la finalidad de permitir al personal de salud reunir los datos suficientes del paciente para establecer un diagnóstico, formular el plan de atención, fomentar la comprensión y la aceptación del plan de cuidados y obtener retroalimentación de que el paciente ha comprendido su participación durante los cuidados ⁽³⁶⁾.

Es el tipo de comunicación en la que se utilizan técnicas para promover el entendimiento tanto del emisor como del receptor. Ayuda a la formación de una relación constructiva entre el profesional de Enfermería y el paciente con el propósito de servirle de ayuda a éste. Ocurre cuando el profesional de Enfermería demuestra empatía, utilizando estrategias de comunicación efectiva y respondiendo a las necesidades del paciente construyendo así una relación de confianza y ayuda ⁽³⁷⁾. La confianza entre el paciente y la enfermera es esencial para reducir la ansiedad de los pacientes, y que les permite recuperar un sentido de control ⁽³⁸⁾. Toda relación terapéutica implica, de modo necesario, un proceso de relación interpersonal ⁽³⁹⁾.

Existen dos requisitos importantes para la comunicación terapéutica, uno de ellos es que debe ir encaminada a preservar el respeto mutuo de los individuos, y mantener la comprensión antes de cualquier sugerencia o asesoramiento, es aquí donde intervienen elementos como la empatía y el respeto ⁽²⁰⁾.

2.1.2.4. Empatía.

La empatía es un elemento facilitador de la comunicación terapéutica ya que es la manera más adecuada de utilizar el lenguaje acomodando los sentimientos y el entendimiento con el paciente ⁽¹⁶⁾, es la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás tomando en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, destacando la importancia la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás ⁽⁴⁰⁾. La empatía permite saber comprender y

transmitir los sentimientos del otro, es decir, ponerse en el lugar del otro ^(11,24-26,29,37,74-75).

También puede definirse como comprensión o disposición interior que puede permitir al enfermero llegar al corazón del paciente o facilitar el entendimiento mirando con sus ojos, escuchando atentamente para captar lo que la persona en dificultad siente en su mundo interior, y percibir de ese modo las verdaderas necesidades, de tal manera que la relación de ayuda llegue a centrarse en la persona y no sólo en la patología ⁽³⁰⁾.

La comprensión empática dentro de las ciencias de la salud hace referencia a la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él, y una vez captados, comunicárselos ⁽³⁰⁾. Uno de los requisitos para desarrollar esta capacidad es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad ⁽¹⁶⁾. Es por ello que el profesional de enfermería debe desarrollar la habilidad para discriminar entre sus necesidades y las de la persona a la que cuida.

Los atributos críticos de la empatía son las características específicas de un acontecimiento o un hecho específico, también los sentimientos como la empatía tiene atributos críticos a través de ellos podemos identificar un sentimiento o bien diferenciarlo de otros ⁽⁴¹⁾.

La actitud empática supone según Cibanal ⁽¹⁶⁾:

- La capacidad para ponerse auténticamente en el lugar del paciente y ver el mundo como él lo ve. Para ello no basta sólo captar y entender sus palabras, sino usar lo que hay detrás de ella, es decir, tomar en cuenta tanto aspectos verbales como no verbales.

- Supone, penetrar en ese mundo de percepciones del paciente y sentirse totalmente a gusto en él. Requiere tener sensibilidad para captar sus sentimientos, evitar emitir juicios, críticas, evaluaciones sobre su situación o el problema que nos está comunicando.
- Es transmitir al paciente como estamos sintiendo nosotros como profesionales, lo que nos está comunicando.
- Significa valorar con el paciente las preocupaciones y los problemas de éste, teniendo su confianza.
- El profesional debe comprender los sentimientos del paciente para así ser más positivo y tolerante.

La empatía se puede observar en la relación que tiene la enfermera con el paciente al sonreírle cuando lo saluda, utilizar palabras amables, tener el tiempo de hablar con él, animarlo, bromear con él para darle confianza, transmitirle tranquilidad, platicar con él cuando le realizan algún procedimiento o le dan medicamentos, escucharlo, “apapacharlo”, y preguntarle como se siente ⁽⁴²⁾.

2.1.2.5. Respeto.

La comunicación se torna en una manifestación clara de valores y actitudes como la comprensión, empatía, aceptación, autenticidad y respeto ⁽⁸⁾. Algunos estudios de investigación concuerdan que es importante reconocer la importancia que tiene el respeto en la relación enfermera-paciente, así como otros factores, entre ellos la confianza y la seguridad ^(9,15,30).

Para Cormier ⁽⁴³⁾ el respeto, también llamado aceptación positiva, es la capacidad que tiene el profesional de valorar al paciente como persona merecedora de dignidad. Eliminar las valoraciones críticas y expresar una cantidad razonable de protección.

Se debe respetar al paciente, retirando aquellos sentimientos, actitudes o juicios nocivos de valor, para entablar una correcta relación con el mismo, brindando asertividad y practicando una escucha activa ⁽³⁹⁾.

Se han identificado 4 componentes en la aceptación positiva ⁽⁴³⁾:

- Tener la sensación de compromiso hacia el paciente, se traduce en acciones de trabajar y estar interesado en él.
- Esfuerzo por entender, el paciente se sentirá respetado si el profesional trata de entenderle y trata sus problemas con interés.
- Eliminar las valoraciones críticas, evitar la condena de los pensamientos, sentimientos o acciones del paciente.
- Expresar una cantidad razonable de protección y cercanía reduce la naturaleza impersonal.

El respeto se puede manifestar en acciones que la enfermera hace durante el proceso del cuidado, por ejemplo, presentarse por su nombre, cuando el paciente realiza actividades como el baño, ensuciar su ropa de cama, llamarlo por su nombre, tratar de explicarle los procedimientos de forma clara, interesarse en él, entender su forma de pensar, no molestarse cuando se quejan de algo, y llevarle los dispositivos que requiera en un tiempo considerable ^(11,54,66).

2.1.2.6. Escucha Activa.

Uno de los aspectos que más influyen en la mejora de la comunicación es el desarrollo de hábitos de escucha, ya que implica más que una actitud, se trata de ayudar al paciente a exponer su situación y saber detectar lo que el paciente no ha dicho ⁽³⁰⁾.

Escucha activa, definida por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) como la “gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente”⁽³⁹⁾.

Entre los factores que intervienen se encuentran los ambientales: como las imágenes que el paciente ve, los ruidos que escucha; los personales como físicos, emocionales (ansiedad, distancia emocional, impaciencia, miedos); cognitivos (prejuicios y creencias) y sociales (como el nivel sociocultural)⁽³⁰⁾.

Tiene como objetivo establecer un ambiente de confianza con el paciente, ayudarlo a que entienda y clarifique su situación de salud, se descargue emocionalmente y entender mejor la situación del otro (expectativas y creencias). Además permite favorecer la cooperación, estimular al que habla, tomar mejores decisiones, reducir la tensión, aprender, evitar problemas y dar seguridad al otro⁽³⁰⁾.

La escucha activa debe de ir acompañada de calidez, autenticidad, empatía y tolerancia. La Calidez, es esencialmente no verbal, proximidad física al presentarse y al despedirse, serenidad, sonrisa, tono y modulación de tono de voz. En tanto la autenticidad se trata de sinceridad y frases congruentes con la expresión no verbal⁽³⁰⁾.

2.1.3. Interacción enfermera-paciente.

Entre la enfermera y el paciente se da una relación humana, entre una persona que está en desequilibrio biológico, psicológico, social y/o espiritual y una persona con formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda por medio de una interacción entre estas dos⁽⁴⁴⁾.

La interacción enfermera-paciente, también es llamada relación interpersonal, es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación ⁽⁴⁵⁾.

La escuela de la interacción sustenta que el cuidado de enfermería es una relación humana y social que caracteriza, su naturaleza como objeto. Esta escuela se desarrolló a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta. Varios acontecimientos favorecieron su desarrollo, entre ellos la teoría psicoanalítica y la demanda de las necesidades de intimidad y relaciones humana. Han centrado su interés en el proceso de la interacción enfermera-paciente ⁽⁴⁵⁾.

La Interacción desde el punto de vista de esta escuela se definió como la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en ella las personas se perciben y juzgan mutuamente ^(5,77).

En tanto el cuidado es “un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda. Con el fin de brindar cuidado a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado ⁽⁴⁵⁾.

Esta relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico-terapéutico ^(6,61). Además los cuidados de enfermería no pueden realizarse sin establecer relaciones con los pacientes, es decir, no es posible cuidar sin formar vínculo alguno con ellos ⁽⁴⁶⁾. Es un acto continuo y dinámico, es un vínculo interpersonal permanente en el que el proceso de comunicación está siempre presente. Así, la esencia del cuidado descansa en el diálogo, la comunicación y la interrelación entre la enfermera y el paciente o sus familiares. En el caso del paciente inconsciente, el diálogo se ve limitado por parte del paciente pero eso no

significa que nosotros no podamos hablarles, conversarles e interrelacionarnos efectivamente a través del contacto físico⁽⁴⁶⁾.

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

La salud dentro de un contexto adquiere importancia tanto la realidad interna como las leyes naturales del universo, las cuales deben estar en equilibrio. La persona desde este concepto se considera única, la respuesta de una persona en una situación no es igual a otra, lo que nos lleva al enfoque de salud- enfermedad individualizado⁽³⁰⁾.

Entre las principales Teóricas de enfermería de esta escuela se encuentran H. Peplau, Joyce Travelbee, Imogene King, entre otras, quienes introdujeron la subjetividad en el cuidado, sin embargo en este apartado sólo se hablarán de estas tres principales ya que son quienes mencionan dentro de sus teorías a la comunicación de forma verbal como no verbal, además de el intercambio que emana de ella para conseguir el objetivo del cuidado a la persona^(5,77).

H. Peplau.

Se ha dicho que es la madre de la enfermería psiquiátrica porque su trabajo teórico y clínico condujo al desarrollo de ésta como especialidad diferenciada. Pública en 1952 su libro *Interpersonal Relations in Nursing*, donde describe la importancia de la relación enfermera paciente como “un proceso interpersonal significativo, terapéutico”⁽²⁾.

Define a enfermería como relación humana entre una persona que está enferma, o necesita de servicios de salud, y una enfermera con una formación especializada y

para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Así mismo dice que el proceso de enfermería consiste en acciones que exigen la participación entre dos o mas personas que en ocasiones se benefician de estas interacciones⁽⁴⁴⁾.

Desarrolla cuatro fases en la relación enfermera-paciente; conocidas como fase de orientación, identificación, explotación y resolución⁽⁴⁷⁾.

También menciona que probablemente el proceso de enfermería será educativo y terapéutico cuando la enfermera y el paciente lleguen a conocerse y respetarse, como personas iguales y a la vez diferentes, como personas que participan en la solución de problemas^(5,61).

Joyce Travelbee.

Presentó su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing*. Propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias del enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias siendo el fin último la presencia de la esperanza.

Escribió sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico. Dice que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con⁽²⁾:

- 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.

Ella decía que los valores espirituales que mantiene una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar uno el significado de estas situaciones⁽²⁾.

Tomando como base ésta teoría se menciona que la enfermería es un proceso interpersonal y que la comunicación posibilita la expresión de sentimientos, valores y significados necesarios para que la enfermera cumpla uno de los objetivos de la relación persona-persona, que es ayudar a los individuos a enfrentar la experiencia del enfermedad⁽²⁴⁾.

En la relación persona-persona, a la que hace referencia Travelbee, se vive una experiencia que constituye el objetivo de la enfermería, esta relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados alcanza una compenetración después de haber pasado por las fases de encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía. Cabe resaltar, la gran relevancia que tiene la presencia de empatía en la relación de la enfermera y el paciente, agregando también el respeto, que conduce a la interacción positiva y propicia el alcance de objetivos del cuidado a la persona⁽²⁾.

El término interacción enfermera-paciente que hace Travelbee, va más allá de la interacción, ya que hace referencia a cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma, caracterizada por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada; todo ello, debido a que ambos son personas que se encuentran en contextos diferentes, y que tienen una visión construida de acuerdo a sus experiencias, su cultura y aspectos psicosociales que las componen^(5,12).

En este sentido la empatía y el respeto son piedras angulares para la realización de un cuidado efectivo, ya que representan factores que favorecen las

relaciones interpersonales. Tomamos en cuenta que la empatía es un proceso por el cual una persona es capaz de comprender el estado psicológico de otro, en donde la enfermera debe hacer uso de la ética, y contar con características específicas^(5,67).

Según ésta teoría, la relación enfermera paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan, todas ellas culminan en el rapport o el establecimiento de la relación a partir de la comunicación⁽²⁾.

Imogene King.

Su modelo se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de logro de metas^(12,67). En su libro Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos, define la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones. Presenta como enfoque de la enfermería el cuidado de los seres humanos.

Señala tres sistemas de interacción dinámica⁽⁴⁸⁾, estos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente y se describen a continuación⁽²⁾:

- El sistema personal: Es el yo individual o la persona, y los factores que influyen en este sistema son percepción, autoconocimiento, crecimiento y desarrollo personal, auto concepto, autoimagen y espacio.
- Sistema interpersonal: formado por dos o más personas que interactúan en una situación determinada. Dentro de los principales que influyen en la interacción se encuentra la comunicación, transacción, rol y estrés.
- Sistema social: proporciona estructuras para la interacción social definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción. Los conceptos de organización, poder, autoridad, estatus, toma de decisiones, valores, creencias, actitudes y costumbres que se transmiten culturalmente.

Imogene King además considera al proceso de comunicación dentro de la relación enfermera-paciente, haciendo énfasis en que se lleva a cabo el intercambio de los pensamientos y sensaciones entre las personas y se caracteriza por ser verbal y no verbal, por lo que resulta una relación interpersonal e intrapersonal ⁽⁴⁹⁾.

Para esta teórica la relación enfermera-paciente es un tipo de sistema interpersonal y la define como un proceso de interacción humana entre enfermera y paciente, donde cada uno se percibe así como al contexto, y a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran intervenciones y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos. Es decir este es un proceso de acción-reacción-interacción-transacción ⁽⁴⁹⁾.

2.1.4. Calidad de los servicios de enfermería.

Las implicaciones inherentes a la comunicación tanto verbal como no verbal son múltiples y una de ellas se refleja directamente en la percepción de calidad del usuario externo formando el primero como un ítem que se evalúa en todas las encuestas e indicadores de satisfacción del usuario ⁽⁵⁰⁾. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, mostró que los usuarios que acudieron al ISSSTE reportaron los porcentajes mas altos de insatisfacción con la calidad de los servicios recibidos, al opinar que sus servicios son de regulares a malos y muy malos con 20.5 % y 5.6% respectivamente; y un 21.9% afirmaron que no regresarían ⁽¹⁰⁾.

Sin embargo la atención de salud es un servicio necesario imprevisible que debe competir con necesidades que ejercen una presión constante, o bien con necesidades cuya satisfacción sea más placentera ⁽⁵¹⁾.

Desde la década de los cincuenta, los hospitales han experimentado cambios espectaculares con relación a su tecnología y a la gran diversidad de personal y

sus usuarios. Es por ello que en 1966 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de atención médica, conceptos que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad sanitaria ⁽⁸³⁻⁸⁵⁾.

El concepto de la satisfacción en los servicios sanitarios es complejo ya que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas del futuro, los valores del individuo y de la sociedad, el contexto económico, la edad, ocupación, entre otros indicadores ⁽⁹⁾ que pretenderán tomarse en cuenta durante el proceso de la investigación.

Sin embargo algunos autores definen a la satisfacción como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario" ⁽⁵²⁾, y ésta se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios ⁽⁴³⁾.

Existen tres tipos de calidad a nivel hospitalario que deben evaluarse: la calidad técnico científica, que comúnmente se evalúa a través de indicadores, procesos y protocolos; la calidad funcional o interactiva, que avanza a través de la evaluación del usuario generalmente con la satisfacción, y la calidad corporativa, la cual no ha cobrado importancia, pues se mide transversalmente junto con las dos anteriores ^(31,84). Por lo tanto la calidad funcional o interactiva, como su nombre lo denomina, es la que se relaciona con la interacción en la relación enfermera-paciente en el contexto asistencial.

La calidad de los servicios de salud, representa hoy en día un área de oportunidad que permite mejorar el trato digno a los pacientes, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989 , The principles of Quality Assurance, describe los componentes que se requieren en la calidad asistencial ⁽⁵³⁾:

- Calidad técnica en la práctica profesional.
- Eficiencia en el uso de los recursos

- Disminución del riesgo en relación con los servicios que recibe el paciente.
- Satisfacción del usuario y del profesional con respecto a los servicios prestados.

Como lo describe la OMS la satisfacción del usuario y del profesional de salud representa un componente importante para medir la calidad del servicio prestado.

Además la investigación ha demostrado que los informes de las enfermeras en la calidad de la atención corresponden con las medidas de proceso o de resultados de calidad en un hospital^(31,82,84). La calidad evaluada en los resultados se mide en términos de mortalidad, morbilidad, incapacidad, esperanza de vida, satisfacción del usuario, del profesional en el ejercicio del cuidado, entre otros^(75,82,85).

El usar indicadores de calidad asistencial constituyen un poderoso instrumento de gestión para los enfermeros. Entre ellos los indicadores clínicos o de calidad para la evaluación de la asistencia ofrecida representa un abordaje importante para documentar el servicio. Posibilitan hacer análisis comparativos entre servicios de salud, en este caso un servicio de hospitalización y uno de área crítica con el propósito de planear la mejoría de la calidad de la asistencia prestada a los pacientes que usan esos servicios⁽⁵⁴⁾.

El indicador fundamental de la calidad asistencial en los servicios sanitarios, es el grado de satisfacción de los consumidores, y en este caso se encuentra relacionado estrechamente con elementos de la interacción de la enfermera y el paciente⁽⁹⁾.

La calidad del cuidado en enfermería en los servicios hospitalarios se puede definir entonces como el resultado alcanzado a través de la gerencia del cuidado, mediante la cual se satisfacen las necesidades reales y sentidas de los usuarios y de los mismos profesionales, en donde intervienen el trabajo individual y en equipo, para alcanzar la satisfacción de la persona, la familia y la sociedad en

general. La calidad del cuidado es una de las principales preocupaciones de los profesionales de enfermería, y hacia ella deben dirigirse todas las acciones, que permitan el mejoramiento del cuidado proporcionado a los usuarios ⁽¹⁾.

Entonces evaluar la percepción del usuario y compararlo con el de la enfermera le permite al centro hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria ^(1,55) y permite reconocer la utilidad que brindan los hallazgos obtenidos en las instituciones, al favorecer la atención, disminuir los costos, motivar al personal y crear una diferenciación respecto a la competencia ⁽¹¹⁾. La satisfacción de los usuarios en las instituciones de salud sólo se han medido a través del indicador trato digno, dejando vacíos en el conocimiento sobre el proceso de comunicación, es por ello que medir la satisfacción en la relación enfermera-paciente a partir de la empatía y respeto que emanan de ella constituye uno de los componentes más importantes a la hora de interpretar la calidad de los servicios sanitarios ⁽⁶⁾.

2.3. Marco referencial.

La percepción que tienen el personal de enfermería y el paciente durante el cuidado hospitalario se han estudiado en varios países como España, Colombia y México.

En el caso de estudios de revisión de la literatura se muestra que en España en el año 2016 a través del análisis conceptual se exploró el significado de los términos empleados para aludir a la relación enfermera-paciente, con los siguientes criterios de inclusión: artículos de investigación referentes a la relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal, que se publicaran los últimos 5 años, que el texto completo estuviera disponible y que la edad de la población fuera mayor de 19 años de edad. Se identificaron 15 artículos, sin embargo 5 fueron excluidos por razones metodológicas o de contenido. En la lectura de los 10 artículos cualitativos detectaron que había una confusión del concepto de relación enfermera-persona cuidada, y las principales características que se atribuyen a dicha relación. Por lo tanto la unidad de análisis fue de base gramatical, con lo que concluye que el concepto es complejo por lo cual no hay una definición concreta. Sin embargo destaca la parte humana, es decir, los valores, el respeto, la empatía, la compasión, etc., en lugar de las destrezas técnicas de la enfermera⁽²⁹⁾.

Por otra parte en 2012 en un estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica de textos publicados los últimos 10 años y cuyo tema principal fue la comunicación enfermera-paciente se encontró que el modelo comunicacional centrado en el paciente mejora los resultados clínicos debido a la satisfacción y confianza en el profesional. Asimismo favorece la relación terapéutica, por ejemplo, para que haya una buena relación de ayuda se deben conocer técnicas de comunicación. El conocimiento de habilidades sociales como la empatía, escucha activa, comunicación no verbal, etc., es el camino para cuidar mejor al paciente. Y

concluyen en que la enfermera tiene la obligación ético profesional de escuchar para aprender, entender, acompañar, es decir para cuidar⁽²⁴⁾.

Para el año 2012 se realiza una investigación mediante revisión bibliográfica exhaustiva en dos búsquedas, la primera fue con los términos comunicación, comunicación no verbal, enfermería, mensaje y terapéutica lo que arrojó un resultado de 3125 artículos. En la segunda se incluyeron los términos comunicación y enfermería, ayuda terapéutica y enfermería y comunicación no verbal y enfermería con 478 artículos de los que se seleccionaron sólo 21 artículos por ser los de mayor importancia. En ésta investigación se menciona que la comunicación también tiene un componente bio-psico-social y que, en ningún caso puede desarticularse dicho trinomio, por lo que se requiere estudiar en conjunto, así como la necesidad de automatizar el conocimiento como parte esencial de los programas terapéuticos⁽²⁵⁾.

Igualmente en España a través de un estudio descriptivo de revisión bibliográfica en los que se incluyeron artículos de investigación que tuvieran los conceptos comunicación enfermera-paciente, características de la relación de ayuda y relación de ayuda-terapéutica como función básica del cuidado enfermero. Se obtuvieron 44 artículos de los cuales 24 fueron excluidos por no contar con los criterios y haber sido publicados con más de 6 años. Concluyen que la comunicación es un proceso vital para el desarrollo del ser humano y un pilar fundamental en el desempeño de nuestro rol. Describen que la comunicación no sólo es el diálogo entre dos o más personas sino además los gestos, la postura y las miradas. Y esta tiene como principal propósito afrontar la situación en la que se encuentra el profesional de enfermería con el fin de recuperar y mantener la salud⁽⁴⁾.

Ya en México, se hallaron dos artículos de revisión a partir de los descriptores interacción o comunicación enfermera-paciente, satisfacción por el cuidado de enfermería y entrenamientos en técnicas de comunicación. Señalan que los

estudios no describen la percepción, ni la satisfacción de los pacientes, pocos estudios exploran las similitudes entre la percepción que tienen las enfermeras y los pacientes de la interacción que ellos experimentan día con día y se han estudiado de manera aislada. Diversos artículos señalan a los problemas de comunicación como generadores de la insatisfacción de los pacientes y se enfocaron en revisiones sistemáticas sobre la efectividad de los entrenamientos proponiéndolos como estrategias mediadoras. La mayoría de los estudios son de enfoque cualitativo, no se han realizado en nuestro contexto, se enfocan sólo a un fenómeno, es decir, ven por separado al paciente de la enfermera, la mayor cantidad de estos son artículos de reflexión y no de investigación, y que no hay continuidad en el tema ni seguimiento. Además observó que la baja educación del paciente se relacionaba con la satisfacción positiva, confirmó que el trato individualizado era un factor importante en la valoración de la interacción enfermera-paciente, y que la empatía fue un factor importante en cuanto a la calidad percibida^(10,27).

Por otra parte hay estudios realizados con enfoque cualitativo, dentro de los más importantes se observa que en España se realizó uno a partir de la teoría fundamentada que permitió conocer las convergencias y divergencias entre la percepción de las enfermeras y los pacientes en tres unidades de cuidados intensivos. Los datos se obtuvieron mediante entrevista a profundidad a los pacientes críticos, grupo de discusión de enfermeras expertas en el cuidado al paciente crítico y diario de campo. Y se encontraron 4 categorías: las competencias profesionales, los cuidados humanos, técnicos y continuados. La combinación de estos elementos producen sentimientos de seguridad, tranquilidad, sentirse persona permitiendo al paciente una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados. No se han encontrado categorías divergentes, es decir, la satisfacción de los pacientes queda claramente relacionada con la atención de la enfermera en relación a los cuidados integrales proporcionados, durante el proceso de su enfermedad en el cual los pacientes experimentan momentos de incertidumbre, desánimo, fragilidad

y, el paciente capta al igual que la enfermera que los cuidados dan respuesta no solo a la parte física y psicológica, si no que trasciende a la cobertura de la necesidad espiritual ⁽²¹⁾.

Por otra parte en un estudio realizado en Colombia a partir de la teoría fundamentada se obtuvieron hallazgos que permiten describir las principales características de la comunicación de pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. Identificaron las formas y los medios utilizados por la Enfermera Especialista para hacerlo, los momentos en que ocurre la comunicación, los beneficios y las barreras percibidas por el grupo de participantes, por ejemplo solicitar al paciente que apriete la mano, que cierre los ojos o el ofrecer lápiz y papel, es decir medios de comunicación no verbal. Sin embargo no se llega a establecer una categoría central con las estructuras y definiciones del proceso dentro de la misma, debido a que el profesional de enfermería reconoce la importancia de la comunicación con este tipo de pacientes pero no tiene incorporada en su práctica diaria la aplicación de estrategias específicas de comunicación⁽¹⁸⁾.

Así pues en Brasil se publicó un estudio realizado en una unidad de urgencias, en el que participaron 10 enfermeras militares durante febrero a abril de 2010 en dos momentos, en el primero se realizó la aproximación y ambientación, y el segundo se aplicó la entrevista semi-estructurada. Las enfermeras eran jóvenes de 20-29 años, eran enfermeras especialistas y se habían formado en los últimos 5 años. En el análisis temático de los testimonios se construyeron 3 categorías; la comunicación revelada en el trato de enfermería; la comunicación enfermera-paciente en los espacios del cuidado de la Unidad de Urgencias 24h y los aspectos de la relación interpersonal enfermera-paciente. Es decir, las enfermeras perciben y entienden la comunicación verbal y no verbal como elemento clave no solamente para desarrollar el cuidado en sus aspectos técnicos, sino también para promover la relación enfermera-paciente. La comunicación posibilita a la

enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos del cuidado, el sentimiento de confianza y el vínculo en la relación enfermera-paciente⁽¹⁶⁾.

En este mismo país pero en 2012 se realiza una investigación transversal para analizar las técnicas de comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes con diabetes mellitus en una institución pública de abril a junio de 2010, a partir de equipos de video y observación directa. La muestra fue de una enfermera, dos nutricionistas y un médico. Dentro de los resultados sobresalen que las técnicas de comunicación más utilizadas por el profesional fueron; verbalizar el interés; hacer preguntas. Dentro de las que se utilizaron menos fue oír reflexivamente, y sólo se identificó en la enfermera y una nutricionista, y comparada con los demás profesionales la enfermera utilizó más técnicas del grupo de expresión. Concluyen que hay dificultades en la comunicación⁽⁷⁾.

Entre los estudios realizados con enfoque cuantitativo que se relacionan con la comunicación, la empatía, el respeto y la relación enfermera-paciente; se encontró uno realizado en España de tipo transversal mediante un cuestionario estructurado con validez de contenido el cual media la importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. Se le aplicó a 30 pacientes de forma aleatoria entre los meses de febrero y marzo de 2013. Los pacientes fueron del grupo de edad del adulto mayor, de las especialidades de medicina interna y neumología. Muestran que los pacientes se perciben en general satisfechos con los elementos que definen la escucha activa como forma de hacer frente a las barreras de comunicación. Los aspectos mejor valorados han sido los de comunicación no verbal como el contacto ocular, la actitud agradable, así como un ambiente propicio sin interrupciones en el proceso de la escucha activa⁽³²⁾.

Otro estudio publicado en Cuba en el año 2014 de tipo transversal en tres áreas de atención primaria con un total de 100 enfermeros entre los años de 2008 a 2010 que pretendía conocer el nivel de comunicación del personal de enfermería según su nivel profesional con los pacientes glaucomatosos, notó que el grado

de conocimiento en comunicación con el paciente glaucomatoso resultó ser muy deficiente en tres grupos de enfermeros encuestados, independiente del nivel profesional y de los años de servicio en la profesión. Lo que repercutió directamente fue no entablar una relación interpersonal que pudiera dar educación para la salud del padecimiento del paciente que poseían licenciados, técnicos y medios en enfermería⁽⁵⁰⁾.

En el año 2013 en un estudio retrospectivo longitudinal en tres instituciones de salud, se realizó una primera medición para conocer la calidad percibida y crear un programa de mejora, y la segunda posterior a la intervención que permitirá comparar la evolución de la calidad percibida. La muestra fue aleatoria simple con 163 usuarios adultos por institución, con servicios de medicina interna y médico quirúrgicas. En este estudio el hallazgo de la primera medición fue que los ítems mejor evaluados corresponden a la calidad subjetiva como amabilidad, preparación del personal, confianza, en la segunda medición estos mejoraron significativamente ($p=0.000$) y la satisfacción global de los usuarios se encontró en 92%⁽³¹⁾.

Por otra parte en Colombia se realizó un estudio correlacional y transversal con 122 usuarios hospitalizados, 13 enfermeras profesionales y 13 auxiliares de enfermería, con el objetivo de describir y correlacionar la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes y el personal de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. Mostraron que hay una correlación alta y positiva entre los pacientes y el personal de enfermería en las categorías de ser accesible, monitorea, hace seguimiento y mantiene relación de confianza, y una correlación baja en explica, facilita y se anticipa. El paciente dio una calificación alta a la categoría de accesible, es decir, le da importancia a la relación enfermera-paciente. Mientras que las enfermeras calificaron con un puntaje medio todas las categorías, sin embargo la categoría que se refiere a la interacción enfermera-paciente también fue la más alta⁽⁴³⁾.

En este contexto pero en México se publicó una tesis de doctorado por la facultad de psicología y salud, la cual estuvo dividida en dos fases. La primera de ellas para el diseño y la validez de un instrumento que evalúa la relación interpersonal enfermera-paciente. En la segunda fase se realizó la capacitación de 14 enfermeras en habilidades de comunicación verbales y no verbales. Se creó el instrumento (CECOP) que evalúa los comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observada por los pacientes de 25 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que tiene dos dimensiones: comprensión empática y respeto. Instrumento que se le aplicó a 13 pacientes en la prueba piloto, donde se disminuyó el número de ítems quedando 23. Se realizó un programa de entrenamiento de habilidades de comunicación para las enfermeras. Posterior a ello se crea el Instrumento ACEP que mide la autoevaluación de la forma de comunicación de las enfermeras con los pacientes. Se realizó la comparación de la percepción de los pacientes (60 participantes) con la autoevaluación del personal de enfermería (14 participantes). Se llevo a cabo en una institución de tercer nivel de atención de carácter público⁽⁵²⁾.

En el caso de los pacientes se dividió en 2 grupos de 30 participantes cada uno, al primer grupo de ellos se le aplicó el instrumento CECOP, en el grupo de enfermeras se le aplicó el instrumento ACEP previo al entrenamiento que recibieron. Después del entrenamiento en habilidades de comunicación se realizó una segunda medición a 30 pacientes y a las mismas 14 enfermeras. los resultados arrojados desde el inicio fueron altos para ambos grupos. De acuerdo con los resultados del paciente se aplicó U de Mann Whitney sin encontrar significancia estadística ($p=0.24$) en el antes y después de la intervención. Por el contrario con el grupo de enfermeras, en las que se aplicó la prueba estadística Wilcoxon ($p=0.004$) encontrando diferencias significativas, es decir, que si hubo un aumento de la percepción sobre las habilidades de comunicación en el profesional de enfermería⁽⁵²⁾. Esta tesis dio además como resultado varios artículos más; artículo de revisión de la interacción enfermera-paciente^(10,27), diseño de instrumento ACEP⁽³³⁾, evaluación de la percepción del paciente⁽⁷⁶⁾.

Así mismo en una tesis de maestría en enfermería de la UNAM se encontró un estudio observacional, descriptivo y transversal, en una institución de 3er nivel de atención, con el objetivo de conocer la percepción que tienen los pacientes de la relación enfermera-paciente durante el cuidado, con el instrumento CECOP. Los resultados encontrados son que la percepción de los pacientes sobre el respeto que le manifiestan las enfermeras fueron altos (49.04/55±5.00), teniendo mayor puntaje que la empatía (44.35/60±8.84). Ambos resultados coinciden con las calificaciones otorgadas por los pacientes en una escala análoga: empatía (8.83) y respeto (9.31). La empatía y el respeto que manifiestan las enfermeras que es percibida por los pacientes se encuentran clasificados como altos⁽⁴⁵⁾.

Igualmente en una tesis, pero en este caso de licenciatura, se muestra un estudio descriptivo-transversal cuyo objetivo fue identificar la percepción que tiene el paciente del cuidado enfermero durante la estancia hospitalaria, con una muestra de 150 participantes con el instrumento CECOP, los resultados fueron positivos con un porcentaje de satisfacción superior al 75%⁽⁴⁶⁾.

3. Material y métodos.

3.1. Tipo de diseño.

Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo-comparativo, de corte transversal. Se realizó en un hospital de tercer nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado, en la Ciudad de México.

3.2. Población y muestra.

El universo de estudio estuvo conformado por personas adultas derechohabientes de 18 a 80 años de edad y personal de enfermería de base en el “Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos” de tercer nivel del ISSSTE de la Ciudad de México. Que se encuentren en dos servicios diferentes; hospitalización (medicina interna) y en terapia intensiva.

Unidad de muestreo: derechohabientes y personal de enfermería de base. La muestra de los pacientes fue de 129 participantes y se obtuvo de forma no probabilística, por conveniencia, en un periodo comprendido de febrero a mayo del año 2016 . En el caso de la muestra del personal de enfermería fue a través de toda la población de los cuatro turnos, que representa a los dos servicios: hospitalización (25 participantes) y terapia Intensiva (30 participantes), con un total de 55 participantes.

3.3. Criterios de selección.

3.3.1. Criterios de inclusión:

Adultos de 18 años en adelante. Que se encuentren en hospitalización (medicina interna) y en áreas críticas (terapia intensiva) más de 48 horas. Pacientes concientes, que estén orientados en sus tres esferas, sin efectos de sedación. Personal de enfermería con base mayor a 2 años, que laboren en terapia intensiva y hospitalización de medicina interna.

3.3.2. Criterios de exclusión:

Pacientes y personal de enfermería que no quieran participar en el estudio, pacientes que presenten problemas de demencia o que tengan ventilación mecánica, y que no presenten problemas para la comunicación.

3.4. Variables del estudio.

3.4.1. Relacionadas con el paciente

Interacción enfermera-paciente.

Definición conceptual: hace referencia a cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma, caracterizada por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada; y que ambos son personas que se encuentran en contextos diferentes, ya que tienen una visión construida de acuerdo a sus experiencias, su cultura y demás aspectos biopsicosociales que las componen^(10,61).

Definición operacional: se encuentra compuesta por dos dimensiones, que son comprensión empática y respeto, medidas por el instrumento CECOP de 23 ítems, con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos y 2 con escala análoga visual que va de 0-10^(52,76).

Comprensión empática.

Definición conceptual: es la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás tomando en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, destacando la importancia la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás⁽⁵³⁾.

Definición operacional: instrumento CECOP con 12 ítems (1,5-7,10,13,15-16,18-19,21,23) tipo Likert de 5 puntos y un ítem de escala análoga visual que va de 0-10 puntos^(52,76).

Respeto.

Definición conceptual: es la capacidad de valorar al paciente como persona merecedora de dignidad. Eliminar las valoraciones críticas y expresar una cantidad razonable de protección⁽⁵⁴⁾.

Definición operacional: instrumento CECOP con 11 ítems (2-4, 8-9, 11-12, 14,17,20,22) con respuestas tipo Likert de 5 puntos y un ítem de escala análoga visual que va de 0-10 puntos^(52,76).

Identificación del paciente.

Edad.

Definición conceptual: años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Definición operacional: dato crudo.

Género.

Definición conceptual: condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Definición operacional: hombre o mujer.

Escolaridad.

Definición conceptual: grado de estudios más alto aprobado.

Definición operacional: Secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado.

Estado civil.

Definición conceptual: condición que caracteriza a una persona respecto a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Definición operacional: (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre).

Intervinientes.

Días de estancia hospitalaria.

Definición conceptual: número de días de hospitalización actual.

Definición operacional; dato crudo.

Hospitalizaciones previas.

Definición conceptual: número de veces que ha estado internado en el hospital con anterioridad.

Definición operacional: dato crudo.

Satisfacción del paciente.

Definición conceptual: es la medida en el que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

Definición operacional: instrumento CECOP con un ítem de escala análoga visual que va de 0 a 10 puntos^(52,76).

3.4.2. Relacionadas con la enfermera.

Interacción enfermera-paciente.

Definición conceptual: hace referencia a cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma, caracterizada por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada; debido a que ambos son personas que se encuentran en contextos diferentes, ya que tienen una visión construida de acuerdo a sus experiencias, su cultura y demás aspectos biopsicosociales que las componen ^(10,61).

Definición operacional: se encuentra compuesta por dos dimensiones, que son comprensión empática y respeto, medidas por el instrumento ACEP de 23 ítems, con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos y 2 con escala análoga visual que va de 0-10 ^(33,52).

Comprensión empática.

Definición conceptual: es la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás tomando en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, destacando la importancia la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás ⁽⁵³⁾.

Definición operacional: instrumento ACEP con 12 ítems (1,5-7,10,13,15-16,18-19,21,23) tipo Likert de 5 puntos y un ítem de escala análoga visual que va de 0-10 puntos ^{(12) (54)}.

Respeto.

Definición conceptual: es la capacidad de valorar al paciente como persona merecedora de dignidad. Eliminar las valoraciones críticas y expresar una cantidad razonable de protección ⁽⁵⁴⁾.

Definición operacional: instrumento ACEP con 11 ítems (2-4, 8-9, 11-12, 14,17,20,22) con respuestas tipo Likert de 5 puntos y un ítem de escala análoga visual que va de 0-10 puntos ^(33,52).

Identificación de la enfermera.

Edad.

Definición conceptual: años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Definición operacional: dato crudo.

Género.

Definición conceptual: condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Definición operacional: hombre o mujer.

Escolaridad.

Definición conceptual: grado de estudios mas alto aprobado.

Definición operacional: Secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado.

Estado civil.

Definición conceptual: condición que caracteriza a una persona respecto a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Definición operacional: (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre).

Intervinientes.

Turno laboral.

Definición conceptual: es el horario del puesto de trabajo diario propiamente dicho.

Definición operacional; matutino, vespertino, nocturno.

Cursos Adicionales.

Definición conceptual: es utilizado para hacer referencia a un tipo de educación formal que no necesariamente esta inscrito dentro de los

currículos tradicionales y oficiales que forman parte de una carrera, sino que muchas veces puede ser también realizado de manera temporal por interés personal pero no para obtener determinada titulación.

Definición operacional: cursos de desarrollo humano (comunicación y tanatología), ningún curso, otros cursos.

Años de antigüedad.

Definición conceptual: tiempo que ha transcurrido desde que la enfermera comenzó a trabajar.

Definición operacional: dato crudo.

Satisfacción del cuidado que brinda la enfermera.

Definición conceptual: es la medida en el que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas de la enfermera.

Definición operacional: instrumento ACEP con un ítem de escala análoga visual que va de 0 a 10 punto^(33,52).

3.5. Instrumento de medición.

Se empleó el instrumento CECOP^(52,76) y ACEP^(33,52) para evaluar la percepción que tienen el paciente y la enfermera respectivamente, los cuales se elaboraron en México como producto de una tesis doctoral en psicología y salud de la UNAM^(33,52,76).

El instrumento CECOP se diseñó debido a la falta de instrumentos que midieran la interacción enfermera-paciente en población mexicana. El CECOP mide los comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observada por los pacientes, los sustentos teóricos que fundamentaron la elaboración según la autora fueron que la interacción enfermera-paciente se da a partir de la comunicación verbal y no verbal, que la interacción tiene un efecto

terapéutico y, que la empatía y el respeto son facilitadores de la interacción y de la relación terapéutica ⁽⁷⁶⁾.

Para la elaboración fue necesaria una guía de entrevista semi-estructurada con pacientes con las mismas características de esta investigación. Se integró con cinco aspectos que exploraban la percepción de los pacientes con preguntas dicotómicas, abiertas, y de opción múltiple, así como la oportunidad de expresar las recomendaciones que le darían a las enfermeras en cuanto a aspectos de comunicación ⁽⁷⁶⁾. Se requirió la participación de 16 pacientes y se realizó la entrevista a profundidad, hasta obtener la saturación de los datos ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁴²⁾.

El instrumento obtenido a través de este proceso se sometió a juicio de 6 expertos en el área de psicología, habilidades sociales y enfermería. Con el fin de dar validez por reactivo (CVR) y validez de contenido general (CVG). Se constituyó con 25 reactivos con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde siempre 5 hasta nunca 1, en el caso de ítems negativos siempre iba desde 1 y nunca hasta 5 ^(52,76). El CECOP quedó con un CVG de .83 y un VCR de .50 a 1.00, los reactivos con VCR menores a .58 se eliminaron, lo que dio origen al instrumento de 23 ítems y finalmente una CVG de .86 ^(52,76).

Posterior a la construcción del instrumento CECOP se diseñó el instrumento que mide la autoevaluación de la forma de comunicación de las enfermeras con los pacientes (ACEP) siguiendo los mismos comportamientos verbales y no verbales del CECOP, así como la empatía y el respeto, elementos facilitadores de la relación enfermera-paciente quedando con una CVG .68^(33,52).

3.6. Recolección de datos.

Se realizó a través de la entrevista estructurada, mediante el instrumento CECOP ^(52,76) y el instrumento ACEP ^(33,52) que mide la autoevaluación de la forma de comunicación de las enfermeras con los pacientes. Posterior a la aprobación del

proyecto de investigación determinado por el departamento de investigación del centro hospitalario "Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

La aplicación del instrumento primero se efectuó con los pacientes y después al personal de enfermería. Se dieron instrucciones específicas para el llenado del instrumento de forma auto administrado, tratando de dar intimidad necesaria para que contestara con honestidad, cuando no fue posible que el paciente contestara sólo se realizó a partir de la entrevista personal ayudándole en la lectura de las preguntas y el indicaba la respuesta. En el caso de los pacientes, fue en un horario de 12 a 16 horas, ya que en ese momento se realizaban menos actividades.

Para el personal de enfermería se aplicó en los 3 turnos (matutino, vespertino y nocturno) en el turno matutino se empleó un horario de 12 a 14 horas, en el vespertino de 16 a 18 horas, y en el nocturno de 24 a 2 horas, horario en el que la carga laboral era menor.

3.7. Análisis de los datos.

Los datos recabados se capturaron en una base del programa estadístico SPSS Versión 20, utilizando estadística descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión, proporciones, porcentajes) y estadística inferencial.

Se analizaron con pruebas no paramétricas por no cumplir con las características de las paramétricas.

3.8. Aspectos Éticos y Legales.

Es importante mencionar que para mantener la integridad de los participantes en el estudio, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos éticos y legales.

La declaración de Helsinki para proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participan en investigación.

El principio de anonimato, y privacidad de la ley General de salud en materia de investigación. Título II capítulo 01 Artículo 10, fracción IV, que se refiere al consentimiento informado de los participantes implicados en la investigación.

El principio de privacidad del artículo 16 que hace referencia al anonimato de los sujetos de investigación, por lo que no se solicitó el nombre del paciente ni de la enfermera y se respetó la decisión de participar o no en la investigación considerada sin riesgo.

Por último a petición de la institución de salud se realizó el consentimiento informado escrito según el formato de la misma, y se le dio lectura de forma verbal aclarando las dudas o preguntas de los participantes.

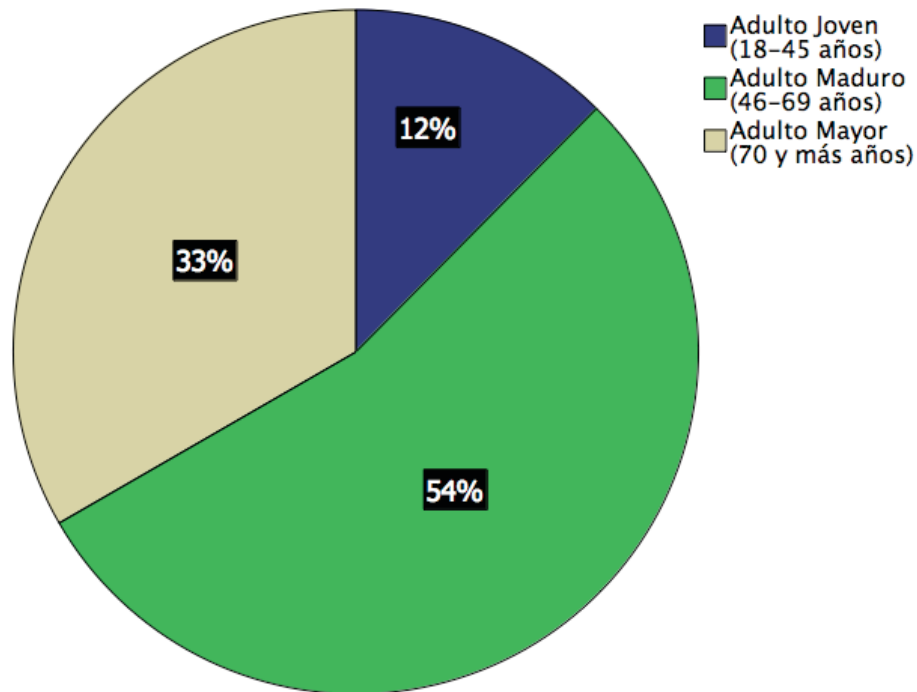
4. Resultados.

La muestra fue seleccionada de forma no probabilística, en el caso de los pacientes fue en un período que comprendió de febrero a abril de 2016 con un total de 129. En el caso del personal de enfermería se realizó en el mes de mayo de 2016, posterior a la recolección de los pacientes con un total de 55 profesionales.

4.1. Resultados del paciente medido a partir del CECOP.

En total se entrevistaron a 129 pacientes, con una media de edad de 63 años \square 13.929, un mínimo de 18 y un máximo de 91 años. En la distribución por edad se encontró que más de la mitad corresponde a adultos maduros, seguido de una tercera parte para adulto mayor y sólo 12% corresponde a los adultos jóvenes como se muestra en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Rango de Edad de los pacientes



El género que tuvo mayor frecuencia fue el masculino. El estado civil de la mayoría fue de personas casadas, y los menos frecuentes personas que se encontraban en unión libre y divorciados con el mismo número de casos (ver tabla1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra de los pacientes.

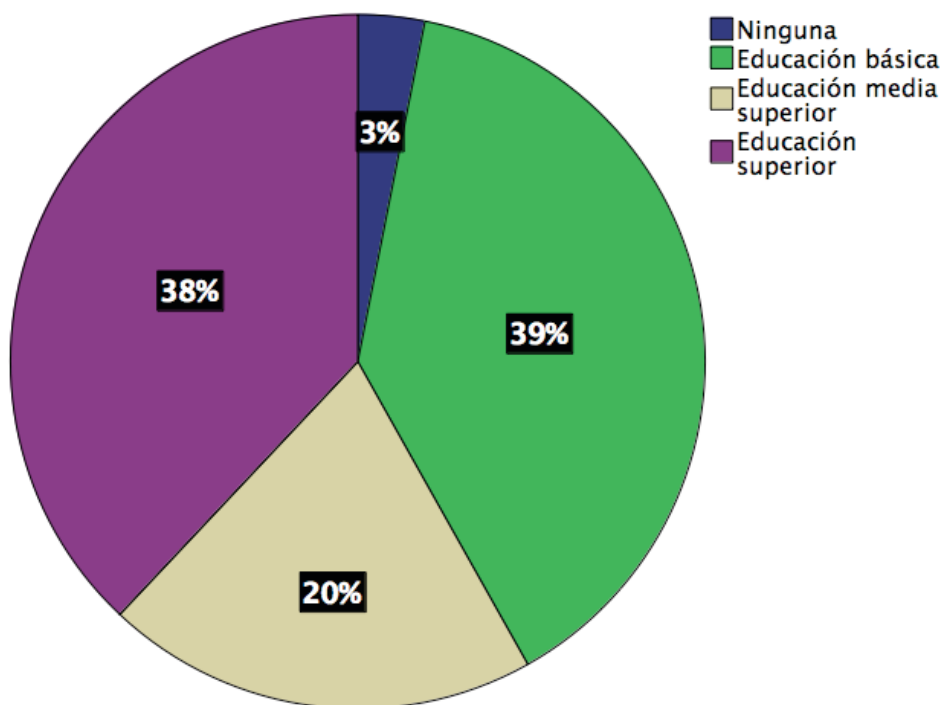
Variable.		F ₀	%
Género	Masculino	79	61
	Femenino	50	39
Estado civil	Soltero	23	17
	Casado	73	56
	Divorciado	8	6
	Viudo	17	13
	Unión libre	8	6
No. de días de estancia Hospitalaria	2-6 días	68	52
	7-14 días	49	38
	15-30 días	10	7
	> 31 días	2	1
Número de internamientos previos.	Ninguna vez	53	41
	2da vez	28	21
	>3 veces	48	37
Servicio	Hospitalización MI	107	83
	Terapia Intensiva	22	17
		n=129	

Por otra parte el 83% de los participantes corresponden al servicio de hospitalización, es decir más de tres cuartas partes, mientras que sólo el 17% se encontraba en terapia Intensiva (ver tabla 1).

La escolaridad de los participantes se observa heterogénea, al presentarse con mayor frecuencia la educación básica, seguido de educación superior y educación

media superior, y con menor porcentaje los que no tienen ningún tipo de educación formal (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Escolaridad de los pacientes por rangos.



Respecto a las variables principales del tema que nos ocupa se puede apreciar que en la conducta de respeto, se observó que de los 11 reactivos el ítem que fue mejor calificado por los pacientes en el servicio de hospitalización fue el de ¿las enfermeras lo llaman por su nombre? (\bar{x} = 4.79) y el ítem que obtuvo una calificación más baja fue ¿cuando usted les pide algo a las enfermeras se tardan en traerlo? (\bar{x} = 3.50). A diferencia del servicio de terapia intensiva, en el que el ítem mejor calificado fue el de ¿las enfermeras se molestan cuando usted no quiere bañarse? (\bar{x} = 4.86), tomando en cuenta que en el caso de los ítems de carácter negativo una calificación cercana a 5 era para demostrar que esa afirmación correspondía a nunca, y el peor calificado fue ¿las enfermeras usan palabras técnicas que usted no conoce? (\bar{x} = 3.91).

Se halló que al comparar los servicios de terapia intensiva y hospitalización el ítem que corresponde a “ las enfermeras les explican las razones de los cuidados que les realizan” mostró significancia estadística ($U=2\ 785$, $p=<0.05$, $n=129$), es decir, en el servicio de terapia intensiva fue mayor la calificación que se le dio.

Tomando en cuenta el puntaje total de respeto al sumar los 11 ítems antes mencionados se encontró que en terapia intensiva la media fue de $4.64 \pm .581$ mayor al de hospitalización que fue de $4.39 \pm .655$, sin embargo al realizar una comparación se obtuvo una ($U= 2\ 785$, $p= >0.05$, $n=129$) sin haber diferencia significativamente estadística.

Por otra parte en lo que corresponde a la conducta de comprensión empática en ambos servicios, se muestran que el ítem mejor calificado en el servicio de hospitalización fue ¿la enfermera le pregunta como se siente? ($\bar{X} =4.70$) , y el peor calificado es ¿la enfermera busca tiempo para hablar con usted? ($\bar{X} = 3.60$), similar al resultado de terapia intensiva, en el que la mejor calificación fue el mismo ítem ($\bar{X} = 4.77$), sin embargo el peor calificado fue ¿la enfermera bromea con usted para darle confianza? ($\bar{X} = 3.18$).

A pesar de que coincidieron en los dos servicios con el mismo ítem que mejor se calificó, se puede distinguir que la media en cada uno de los servicios es diferente, es decir, en terapia intensiva la media del puntaje total de comprensión empática es de $4.50 \pm .740$ más elevada comparada con la de hospitalización que fue de $4.24 \pm .725$, pero al realizar la comparación de medias se obtuvo ($U= 2\ 808$, $p=>0.05$, $n=129$), sin mostrar diferencia estadísticamente significativa.

Aunque la media del puntaje global del instrumento CECOP fue mayor en el servicio de terapia intensiva comparado con el de hospitalización al realizar la comparación para muestras independientes, no reportó diferencias significativas ($U=1.312.000$, $p=>0.05$, $n=129$).

Se realizó además una comparación entre el servicio de terapia intensiva y hospitalización según las escalas análogas que calificaban comprensión empática, respeto y satisfacción percibida por el paciente, que iba de 1 a 10 puntos, siendo 10 el mejor puntaje obtenido, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados de la interacción enfermera-paciente mediante escala análoga ($\bar{X} = 10$).

Variable	hospitalización		terapia intensiva		Valor de p
	Media	DS	Media	DS	
Comprensión empática	8.50	1.475	9.41	.854	*0.003
Respeto	9.08	1.029	9.50	.964	**0.041
Satisfacción percibida	8.98	1.020	9.36	1.049	***0.049

* $U = 1\ 638\ 000$, ** $U = 1\ 478\ 000$, *** $U = 1\ 472\ 000$, $p < 0.05$
 $n = 129$

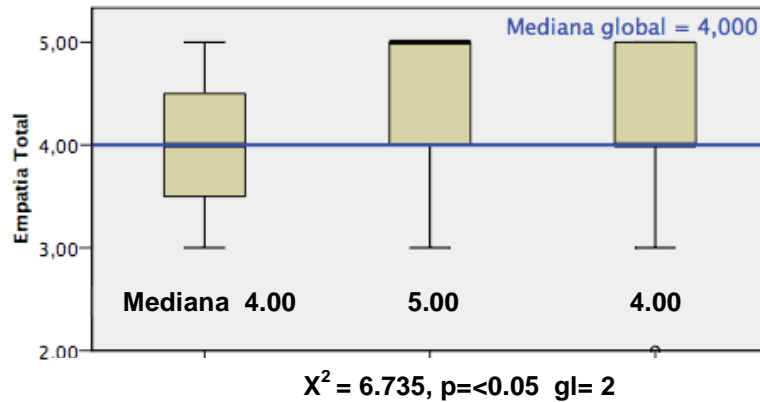
La diferencia entre servicios fue significativamente estadística para los tres casos, es decir, es mayor la percepción de la empatía, respeto y satisfacción del paciente en el servicio de terapia intensiva que en el de hospitalización.

Se pudo observar que la percepción global del paciente sobre respeto en el servicio de terapia intensiva está relacionado con el número de días de estancia hospitalaria, observándose una asociación media, inversamente proporcional, es decir a mayor número de días de estancia hospitalaria menor percepción de respeto ($r_s = -.465$, $p < .05$, $n = 22$).

A diferencia del servicio de hospitalización, en donde se describe que la correlación entre la percepción global de la comprensión empática fue muy débil pero significativa ($r_s = .199$, $p < .050$, $n = 107$).

También se encontró que en el servicio de hospitalización hubo una diferencia significativa sobre la percepción de comprensión empática entre grupos de edad es decir, el grupo que percibe mejor esta conducta es el de adulto maduro en comparación con los demás grupos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Comparación de empatía percibida por el paciente en el servicio de medicina interna según grupos de edad.



4.2. Resultados derivados del ACEP.

La muestra fue conformada por 55 participantes, con una media de edad de 38 años \pm 8.16, un mínimo de 24 años y un máximo de 58 años.

De acuerdo con los datos sociodemográficos el género que tuvo mayor frecuencia fue el femenino. El estado civil de la mayoría del personal fue de casados, y los menos frecuentes personas que se encontraban viudos.

La media en años de antigüedad es de 11.58 \pm 8.430, con un mínimo de 2 y un máximo de 35 años laborados, la moda fue de 10 años laborados, es decir, personal que ya se encontraba con basta experiencia en el cuidado de las personas. Por otra parte, poco más de la mitad fueron del servicio de terapia intensiva (ver tabla 3).

Tabla 3. Caracterización de la muestra del personal de enfermería .

	Variable.	F₀	%
Género	Masculino	15	27
	Femenino	40	73
Estado civil	Soltero	17	31
	Casado	28	51
	Divorciado	4	7
	Viudo	1	2
	Unión libre	5	9
Años de antigüedad laboral.	2-5 años	14	25
	6-10 años	18	36
	11-20 años	14	25
	> 21 años	7	13
Puesto que desempeña	Auxiliar de Enfermería	14	25
	E. General	26	47
	E. Especialista	12	22
	E. Jefe de Servicio.	3	6
Turno	Matutino	12	22
	Vespertino	11	20
	Nocturno	32	58
Cursos tomados los últimos dos años	Ninguno.	21	38
	Desarrollo Humano	6	11
	Otros cursos.	28	51
Servicio	Hospitalización MI	25	46
	Terapia Intensiva	30	54

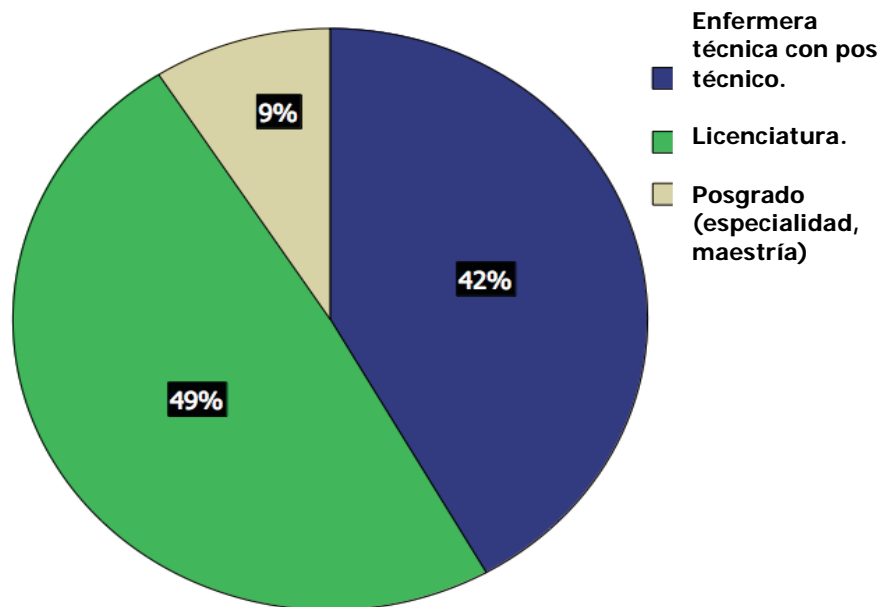
n=55

De los 55 participantes, el 34% de ellos tenían algún tipo de especialidad, ya sea posgrado o pos técnico, de ese 34% sólo el 26% habían realizado estudios de posgrado.

La escolaridad de los profesionales de enfermería se observa alta, es decir por arriba del nivel medio superior, al presentarse con mayor frecuencia la educación

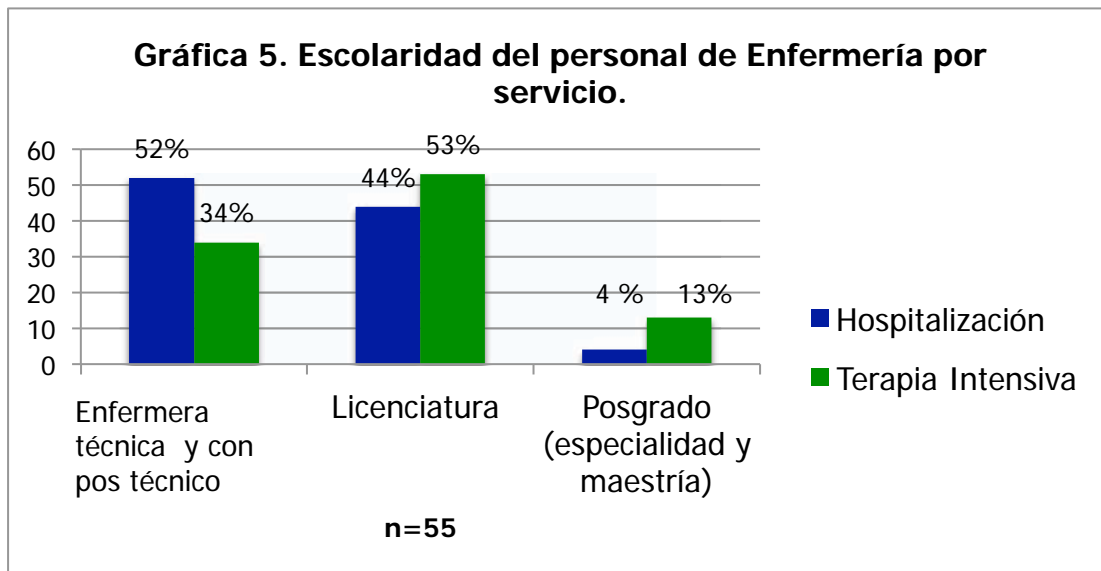
superior, seguido de educación media superior y en menor cantidad los profesionales que tienen algún posgrado (especialidad y maestría, ver gráfica 4).

Gráfica 4. Escolaridad del personal de Enfermería.



Además se realizó la clasificación de la escolaridad por servicio donde se pudo notar que es más elevado en el servicio de terapia intensiva (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Escolaridad del personal de Enfermería por servicio.



En el análisis se puede notar que los ítems mejor calificados de la autoevaluación de los profesionales de enfermería que laboran en esta institución en el servicio de hospitalización fueron: “les ordeno que hagan algo sin explicarles el porque” y “respeto su forma de pensar” ($\bar{X} = 4.84$) tomando en cuenta que estos ítems se encuentran redactados en forma negativa por lo que mientras más se acerque a 5 quiere decir que nunca lo hacia la enfermera, es decir, los profesionales de enfermería perciben que le explican a los pacientes las acciones a realizarles en la mayoría de las ocasiones, y además toman en cuenta en las intervenciones lo que los pacientes piensan. Sin embargo los ítems que obtuvieron una puntuación más baja fueron; “uso palabras técnicas al hablar con ellos” y “me estreso cuando hay pacientes graves en el servicio” ($\bar{X} = 3.16$). A diferencia del servicio de terapia intensiva, en el que el ítem mejor calificado fue el de “cuando estoy con los pacientes les llamo por su nombre” ($\bar{X} = 4.83$), y el peor calificado fue “cuando estoy con los pacientes uso palabras técnicas para hablar con ellos” ($\bar{X} = 3.03$).

Tomando en cuenta el puntaje total de respeto se encontró que en terapia intensiva la media fue de $4.40 \pm .436$ mayor al de hospitalización que fue de $4.24 \pm .498$, pero no se encontraron diferencias de la percepción de respeto entre el personal de enfermería aún cuando son de servicios diferentes ($U = 435.000$, $p > 0.05$, $n = 55$).

Por otra parte en lo que corresponde a la conducta de comprensión empática en ambos servicios, se muestran los resultados según los ítems correspondientes del instrumento en el que se encontró que el ítem mejor calificado en el servicio de hospitalización fue “cuando estoy con los pacientes les pregunto como se sienten” ($\bar{X} = 4.88$) mientras que el ítem que tuvo una calificación menor en este servicio fue “Cuando estoy con los pacientes dispongo de tiempo para conversar con ellos” ($\bar{X} = 2.28$), muy diferente al resultado que reportó el personal de enfermería de terapia intensiva, en el que la mejor calificación fue para “cuando estoy con los pacientes uso palabras amables para dirigirme a ellos” ($\bar{X} = 4.83$), sin embargo el

ítem que resultó con puntuación baja consistió en “les platicó poco cuando les tomo los signos vitales” ($\bar{X} = 2.57$).

Se muestra que la media del puntaje total de comprensión empática en cada uno de los servicios es diferente, es decir, en hospitalización la media es de $4.28 \pm .458$ menor, si es comparada con la de terapia intensiva que fue de $4.40 \pm .498$, sin embargo no representó significancia estadística ($U= 420\ 000$, $p= >0.05$, $n=55$).

Los resultados globales de la autoevaluación del profesional de enfermería que se obtuvieron en el servicio de hospitalización ($\bar{X} = 4.92$) y terapia intensiva ($\bar{X} = 4.87$) mediante el instrumento; se puede percibir que a pesar de que la media es mayor en el servicio de hospitalización la diferencia es mínima y no reporta significancia estadística lo que quiere decir que la percepción que tiene el profesional de enfermería para este estudio según el servicio es igual ($p= >0.05$, $n=55$).

En el instrumento ACEP igual que en el CECOP se colocó una escala análoga que iba de 1 a 10 puntos que calificaba la comprensión empática, el respeto y la satisfacción, pero en este caso autoevaluada por el personal de enfermería en el caso de las tres escalas, al compararlas por servicio no representó significancia estadística ($p=>0.05$, $n=55$). Solo se identificó que el valor más alto derivado de la autoevaluación fue en el servicio de hospitalización y en la variable de respeto, seguido de satisfacción percibida, y con una calificación elevada, pero más baja quedó el de comprensión empática.

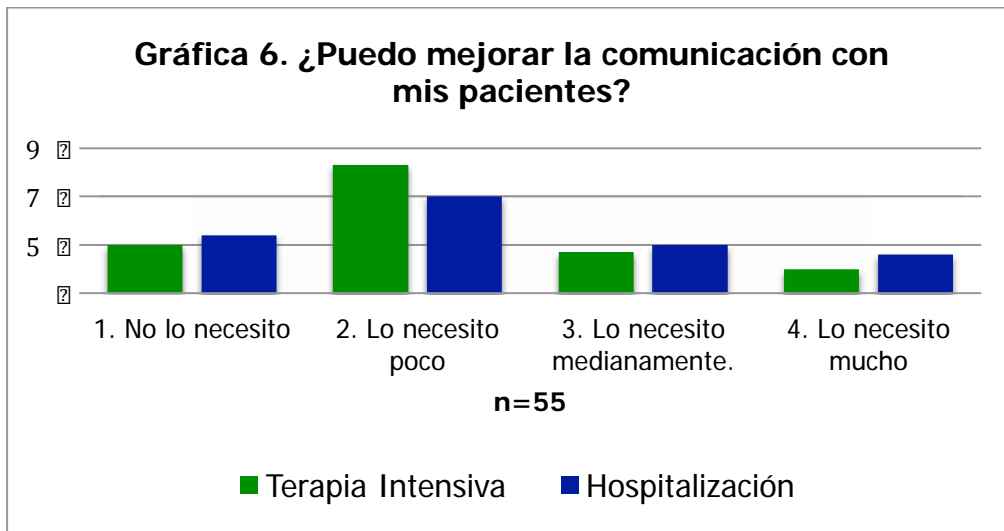
En este mismo sentido, se puede observar que paso lo mismo con el servicio de terapia intensiva, sin embargo a pesar de que el puntaje más alto y más bajo lo mostró el servicio de hospitalización, no hubo diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 4).

Tabla 4. Percepción de las enfermeras mediante escala análoga (̄ ̄ 10).

Variable	hospitalización		terapia intensiva		Valor de p
	Media	DS	Media	DS	
Comprensión empática	8.52	1.418	8.93	.980	0.369
Respeto	9.84	.374	9.77	.504	0.668
Satisfacción percibida	9.40	.957	9.20	1.031	0.404

p>0.05 n=55

Además se realizó una pregunta tipo Likert de 4 puntos, en la que se preguntó al trabajador de enfermería si creía que necesitaba mejorar su comunicación con los pacientes, la cual iba de “no lo necesito” hasta “lo necesito mucho”, observando que “lo necesito poco” fue el que presentó mayor frecuencia, y el de menor fue “lo necesito mucho” para los dos servicios (ver gráfica 6).



Al realizar la comparación entre servicios con la prueba de U de Mann-Whitney no hubo significancia estadística ($U= 124$, $p=>0.05$, $n=55$).

Y por último se colocó una pregunta abierta para que mencionaran cuales eran las dificultades que tenían los enfermeros al comunicarse con los pacientes en los dos servicios, clasificados en 4 categorías; las cuales iban desde ninguna dificultad, problemas emocionales (pacientes ansiosos, molestos; enfermeros estresados; familiares aprehensivos, inquietos, groseros), problemas derivados de la terapéutica (en donde se observó la ventilación mecánica, sedación, etc.) y problemas biofisiológicos (hipoacusia, pacientes seniles, problemas de lenguaje, etc.) como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de las dificultades percibidas por el profesional de enfermería para la comunicación.

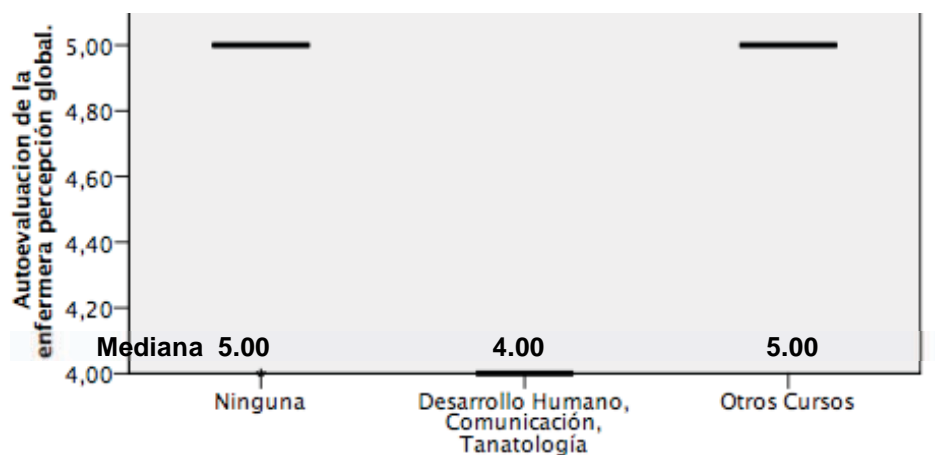
Categoría	hospitalización		terapia intensiva.	
	F ₀	%	F ₀	%
Emocionales	26	44	13	20
Por la terapéutica	7	12	29	45
Biofisiológicas	20	34	17	27
Ninguna	6	10	5	8
Total	59	100	64	100

En donde se puede observar que la de mayor frecuencia se encontró en el servicio de hospitalización es la categoría de dificultades emocionales, a diferencia del servicio de terapia intensiva en el que las dificultades por la terapéutica son las de mayor frecuencia, y coincidiendo en que las de menor frecuencia fueron las que no presentaron ninguna dificultad al comunicarse.

Al comparar la autoevaluación global de la interacción enfermera-paciente que percibe el profesional de enfermería según el tipo de cursos que han realizado los últimos 2 años en el servicio de hospitalización, se encontró que las personas que habían realizado cursos enfocados al desarrollo humano así como habilidades de comunicación o Tanatología tuvieron una autoevaluación menor, en comparación

con las personas que no habían realizado cursos, o los que habían tomado algún curso pero sin enfoque humanístico con una $p < 0.05$ (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Autoevaluación global del profesional de enfermería en la interacción según el tipo de cursos tomados. ?



$$X^2 = 12.261 \text{ n}=25, \text{ gl. 2, } p < 0.05$$

Además se observó una correlación positiva débil de la autoevaluación de respeto y empatía que proporciona la enfermera al paciente en el servicio de terapia intensiva, es decir, que a mayor percepción de respeto hay mejor percepción de empatía del profesional de enfermería ($r_s = .433$, $p < 0.05$, $n = 30$).

En este sentido, se encontró que de acuerdo con la escala análoga y el puntaje global de respeto también hay una correlación positiva media en el servicio de terapia intensiva ($r_s = .534$, $p < 0.05$, $n = 30$) y de hospitalización ($r_s = .582$, $p < 0.05$, $n = 25$), es decir a mayor puntuación de respeto global de la autoevaluación de enfermería mayor puntuación en la escala análoga.

De igual forma se encontró que la autoevaluación del personal de enfermería de empatía global con la escala análoga tiene una correlación media, pero sólo en el servicio de medicina interna ($r_s = .454$, $p < 0.05$, $n = 25$).

4.3. Comparación del CECOP y ACEP.

Se compararon las 3 escalas análogas, en las que se encontró que la percepción del personal de enfermería en la variable de respeto fue evaluada más alta a diferencia de la percepción que tenía el paciente (tabla 6) y fue la única que reportó significancia estadística.

Tabla 6. Resultados globales percibidos de las escalas análogas de la interacción enfermera-paciente (media máxima posible 10)

Variable.	Enfermera		Paciente		P
	Media	DS	Media	DS	
Comprensión empática.	8.75	1.205	8.65	1.429	0.905
Respeto.	9.80	0.447	9.16	0.027	*0.000
Satisfacción.	9.29	0.994	9.05	1.014	0.078

*U = 4 813 000, p= <0.05 n= 189.

5. Discusión.

Este estudio se realizó en un contexto hospitalario y consideró el constructo interacción enfermera-paciente desde un enfoque cuantitativo, con sus dimensiones respeto, empatía y satisfacción percibida, a diferencia de otros estudios que incluyen además dimensiones como confianza, estructura^(75,79) y aspectos técnicos⁽⁷⁵⁾.

En los resultados de los pacientes se pudo observar que la percepción que ellos tienen en general de la atención que le brinda el personal de enfermería es alta, en las tres dimensiones, lo cual podría deberse a la experiencia previa en otros servicios como es urgencias, otros centros hospitalarios, o al efecto de “deseabilidad social” en población mexicana descrito por otros autores^(54,60).

De acuerdo con las dimensiones estudiadas, se pudo encontrar estas fueron mejor percibidas en el servicio de terapia es decir el paciente que se encuentra atendido en Terapia Intensiva tiene una percepción positiva, mayor al paciente que se encuentra en el servicio de medicina interna lo cual podría deberse al índice enfermera-paciente o a la gravedad de los pacientes⁽⁷⁸⁾.

El grado de satisfacción del paciente evaluado con las escalas análogas fue elevado con una media de 9.05/10 esto coincide con estudios realizados por Torres-Contreras y Holanda-Peña quienes describen que la satisfacción de los pacientes fue calificada por arriba del 90%, es decir, que se encuentran satisfechos del cuidado brindado por la institución^(77,79).

También se encontró que respeto obtuvo un nivel de percepción más alto a diferencia de comprensión empática en los dos servicios concordando con otros estudios realizados en México⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾.

A pesar de que algunos estudios⁽⁷⁵⁾ refieren que las mujeres son más críticas de la atención de enfermería, en este estudio no hubo diferencia^(60,77,83).

Al realizar el análisis por ítem de la dimensión de comprensión empática se pudo observar que al igual que dos estudios realizados en México con el mismo Instrumento el ítem que mejor se calificó en los dos servicios fue “la enfermera le pregunta como se siente”, es decir, que la enfermera se preocupa por el estado de salud del paciente. Sin embargo el ítem peor calificado en el servicio de Hospitalización fue “la enfermera busca tiempo para hablar con usted”, lo cual podría deberse a la carga de trabajo y al índice enfermera-paciente del centro hospitalario⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾.

En esta misma dimensión pero en terapia intensiva el ítem peor calificado fue “la enfermera bromea con usted para darle confianza”, que podría estar asociado al estado de salud de los pacientes.

Por otra parte en la comparación de la dimensión de respeto se pudo observar que el ítem que mejor se calificó en hospitalización fue si “las enfermeras lo llaman por su nombre”⁽⁶¹⁾, a diferencia de un estudio realizado en Perú con 50 pacientes en donde se encontró que la percepción del componente interpersonal fue peor calificado, esto debido a que el profesional de salud no se dirigía hacia los pacientes por su nombre y por no demostrar amabilidad durante el cuidado⁽⁷⁵⁾. Y el peor calificado fue “cuando usted les pide algo a las enfermeras tardan en traerlo”⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾, y esto puede estar asociado con la gravedad y demanda de los pacientes, así como la falta de recursos humanos en la profesión de enfermería.

En el servicio de terapia intensiva se pudo observar que el mejor calificado fue “las enfermeras se molestan si usted no quiere bañarse”, y el que obtuvo una puntuación más baja fue “las enfermeras usan palabras técnicas que usted no conoce”, cabe mencionar que estos ítems fueron redactados en forma negativa, por lo que la media máxima (5) correspondía a nunca. Y este no fue sobresaliente

en los estudios ya mencionados⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾, quizá porque no estudiaron a pacientes que se encontraban en estado crítico, sin embargo esto podría deberse también a que en la unidad de cuidados críticos la condición de salud es más compleja y demanda que el profesional de enfermería utilice acciones técnicas e instrumentales para el cuidado y deje a un lado las acciones comunicativas o humanísticas⁽⁷⁸⁾. Así mismo un estudio realizado desde la teoría fundamentada menciona que los cuidados enfermeros son satisfactorios sólo cuando se combinan los aspectos humanísticos y científicos pero además, si estos se encuentran dirigidos a proporcionar seguridad, bienestar y confianza al paciente⁽¹⁷⁾.

En lo que respecta a la interacción percibida por el paciente fue más positiva en el área de terapia intensiva, ésto podría deberse a que estos pacientes son totalmente dependientes de los profesionales de salud y perciben sensaciones de seguridad, tranquilidad, comunicación efectiva, respeto, empatía y confianza⁽¹⁷⁾.

En los resultados de las escalas análogas se puede observar que al igual que los dos estudios realizados en el país⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾, el que obtuvo una calificación ligeramente más baja fue comprensión empática, y el más elevado se observó en respeto, aunque los valores en este estudio fueron menores a los dos estudios mencionados, esto puede estar relacionado con el tipo de institución que presta servicios de salud, tomando en cuenta que en el ISSSTE los derechohabientes tienen un nivel educativo y socioeconómico más elevado que en las instituciones de esos estudios, lo que aumenta el nivel crítico de los pacientes⁽¹⁰⁾.

El grupo de edad que percibe un nivel más alto de la interacción enfermera-paciente fue el de adultos maduros pero sólo en el servicio de hospitalización a diferencia de un estudio donde refiere que es el adulto joven⁽⁷⁸⁾, esto podría deberse a los extremos de la vida, si tomamos en cuenta que los adultos jóvenes aun tienen poca experiencia requiriendo servicios de salud, lo que les permite identificar distinta esta percepción.

Algunos autores mencionan⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾ que los pacientes con nivel de escolaridad mas bajo reportan mejor nivel de percepción derivada de la atención de enfermería, sin embargo en este estudio no se reportó diferencia de acuerdo con el nivel de escolaridad⁽⁶⁰⁾, sin olvidar que la población derechohabiente del ISSSTE tiene estudios heterogéneos y en su mayoría fueron por encima del nivel medio superior, lo cual pudo no haber permitido esta diferenciación.

Al realizar el análisis de las variables sociodemográficas se observa que según el sexo no hay diferencia significativamente estadística^(60,77); a diferencia de un estudio donde menciona que las mujeres muestran mayores niveles de insatisfacción⁽⁷⁸⁾.

En un estudio⁽⁷⁸⁾ se menciona que a menor tiempo de estadía menor grado de satisfacción de los pacientes, sin embargo en este estudio fue distinto ya que sólo se presentó el fenómeno en el servicio de terapia intensiva y para la conducta de respeto, es decir tuvo una asociación media, inversamente proporcional y se encontró que a mayor número de días de estancia hospitalaria menor percepción de respeto.

Por otra parte en la percepción global que tuvo el paciente de la interacción se observó que no hubo asociación con el número de días de estancia hospitalaria coincidiendo con Silva-Fhon⁽⁷⁵⁾, Mena⁽⁶⁰⁾ y Torres-Contreras⁽⁷⁷⁾. Tampoco hubo relación con variables sociodemográficas como edad y número de internamientos previos^(60,77).

En el caso del personal de enfermería, se encontró que los trabajadores cuentan con experiencia en el cuidado hospitalario de los pacientes, ya que el mayor porcentaje de antigüedad laboral fue para las personas que llevaban de 6 a 10 años laborando⁽⁷⁶⁾. Pero al relacionar los años de antigüedad laboral con las variables de interés no se reportó significancia estadística coincidiendo con

Murillo-Pérez⁽⁷⁶⁾ quién refiere en un estudio que las enfermeras con menos experiencia profesional se van adaptando a la rutina informal de comunicación realizada en el centro hospitalario.

En este estudio se observó que los ítems en los que se autoevaluó la enfermera más bajo fueron los que hacen uso de las herramientas de comunicación verbal, es decir, “usar palabras técnicas”, “platicar poco cuando les toman los signos o se le administran los medicamentos” y “mencionan que disponen de poco tiempo para conversar con ellos”, coincidiendo con una publicación donde dice que la mayor debilidad en su estudio fue para los aspectos que se relacionan con la dedicación de tiempo al paciente y la provisión de información por el personal de enfermería⁽⁷⁷⁾.

En un estudio se observó que la comunicación de las enfermeras con el paciente y el familiar es independiente de la experiencia en Unidades de Cuidados Críticos, concordando con los resultados obtenidos en la presente investigación, es decir, ser profesional de enfermería de un servicio de hospitalización o de uno de cuidados críticos no representa diferencia en las habilidades que tienen para comunicarse con los pacientes⁽⁷⁶⁾.

El personal de enfermería se autoevalúa más alto en comparación con lo que percibe el paciente, sin embargo en un estudio publicado en España no se encontró diferencia⁽⁶⁷⁾, lo cual podría deberse al efecto de deseabilidad social en población mexicana^(12,54,60).

6. Conclusiones.

Dentro de los resultados más importantes, se encontró que la percepción que tienen los pacientes derechohabientes es alta, es decir, por encima del 90% como lo reportan otros estudios realizados en el país con el mismo instrumento, sin embargo en el presente estudio se pudo observar que fue ligeramente más bajo, probablemente porque los derechohabientes de esta institución llegan a tener estudios de nivel medio superior y superior, además de que la seguridad social se vuelve un derecho para ellos.

También pudo encontrarse que al realizar la comparación por servicios, en el de Terapia Intensiva hubo una diferencia estadísticamente significativa, esto debido a las condiciones de cada servicio, como el instrumental técnico, el índice enfermera-paciente, la carga de trabajo y las características propias del paciente.

Es muy importante mencionar además que a pesar de que no fue un objetivo primordial comparar la percepción que existía según el nivel de estudios, se pudo observar que a mayor grado de estudios académicos en el personal de enfermería, la autoevaluación fue más crítica. Así como los profesionales que habían tomado cursos de desarrollo humano también fueron más críticos al autoevaluarse, lo cual podría suponer, que son más concientes del trato que le dan a los pacientes ya que tienen el conocimiento para llevarlo a cabo.

La aplicación de ambos instrumento y la comparación con otros autores que también los han aplicado nos abre una brecha para una mejor exploración del fenómeno de la interacción enfermera-paciente, aspecto esencial en los profesionales dedicados al cuidado las 24 horas.

7. Referencias Bibliográficas.

1. Ramírez-Perdomo C, Parra V. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av. Enferm. 2011; XXIX(1): p. 97-108.
2. Raile-Alligood M, Marriner-Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 7th ed. España: Elsevier; 2011.
3. Coelho-Damasceno MM, Zanetti ML, Campos de Carvalho E, Souza-Teixeira R, Moura de Araújo MF, García-Alencar AM. La comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes en la atención en diabetes mellitus [internet].: <http://bit.ly/2IBNjKp>; 2012 [cited 2015 junio 16. Available from: HYPERLINK "http://bit.ly/2IBNjKp" <http://bit.ly/2IBNjKp>.
4. Salazar-Maya M, Martínez de Acosta C. Un sobre vuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av Enferm. 2008 julio-diciembre; XXVI(2): p. 107-115.
5. Achury-Saldaña DM, Achury-Beltran F, Díaz-Álvarez JC, Rodríguez-Colmenares SM, Alvarado HR, Ortiz C, et al. Panorama general de la relación enfermera-paciente en algunas unidades de cuidado intensivo en Bogotá. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2014 enero-junio; 16(1): p. 73-85.
6. Dios-Guerra C, Alba-Dios MA, Ruíz-Moral R, Jiménez-García C, Pérula de Torres LÁ, Rodríguez-Borrego MA. Valoración de la satisfacción de Usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Enfermería Global. 2013 julio;(31): p. 162-176.
7. Müggenburg-Rodríguez MC, Riveros-Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario (I). Enfermería Universitaria. 2012 enero-marzo; 9(1): p. 36-44.
8. Achury-Saldaña DM, Pinilla-Alarcón M, Alvarado-Romero H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing

- professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1): p. 102-111.
9. Finley E, Pugh J, Jordan-Lanham A, Leykum L, Cornell J, Veerapaneni P, et al. Relationship quality and patient-assessed quality of care in VA primary care clinics: development and validation of the work relationships scale. *Ann Fam Med*. 2013; 11(6): p. 543-9.
 10. Ávila-Burgos L, Wirtz V, Serván-Mori E, Bautista-Arredondo S, Abigail-Barroso C, González-Block M. Utilización de servicios de Salud. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
 11. Barragán-Becerra A, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*. 2013 enero;(29): p. 217-228.
 12. Müggenburg C, Olvera S, Riveros A, Hernández-Guillén C, Aldana A. Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(1): p. 12-18.
 13. Blignaut A, Coetzee S, Golpeter H. Nurse qualifications and perceptions of patient safety and quality of care in South Africa. *Nursing and Health Sciences*. 2014; 1(16): p. 224-231.
 14. Ramos-Frausto V, Rico-Venegas R, Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería global*. 2012 Enero;(25): p. 219-232.
 15. García-Gutiérrez C, Cortés-Escarcéga I. percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Rev CONAMED*. 2012; 17(1): p. 18-23.
 16. Cibanal-Juan L, Arce-Sánchez C, Carballal-Balsa MdC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2nd ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

17. Romero-Garía M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva*. 2013; 24(2): p. 51-62.
18. Rojas NP, Bustamante-Troncoso CR, Dois-Castellón A. Comunicación entre el equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*. 2014 Junio; 14(2): p. 184-195.
19. Díaz-Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: Reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal*. 2011 mayo; 2(1): p. 55-61.
20. Wiscarz-Stuart G, Laraia M. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. 8th ed. España: Elsevier; 2006.
21. Patterson M. *Más que palabras: El poder de la comunicación no verbal*. España: UOC; 2011.
22. Alarcón-Márquez AJ. La comunicación en la relación de ayuda al niño enfermo. *Rev Esp Comun Salud*. 2014; 5(1): p. 64-75.
23. Galiano-Leyva M, Falcón-Labori OS, González-García LM, Montesino-Álvarez I, Capote-García J, Fleitas-Reinoso HM. Comunicación del personal de enfermería con el paciente glaucomatoso. *Invest Medicoquir*. 2014 jul-dic; 6(2): p. 229-41.
24. Rocha-Oliveira T, Faria-Simoes SM. la comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enfermería Global*. 2013 abril; 30: p. 76-90.
25. Maqueda-Martínez Á, Martín-Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Rev Esp Comun Salud*. 2012; 3(2): p. 158-166.
26. Naranjo-Bermudez IC, Ricaurte-García P. La comunicación de los pacientes. *Enferm Invest Educ*. 2006; 24(1): p. 94-98.
27. Carrasco-Fernández S. *Técnicas de información y atención al cliente/consumidor*. España: Paraninfo; 2013.
28. Mora-Roche J, Aguilera-Jímenez A. Dificultades en el aprendizaje del lenguaje,

- de las matemáticas y en la socialización: atención a la diversidad en educación
Sevilla: Kronos; 2000.
29. Del Pozo-Flores JÁ. Técnicas de comunicación personal y grupal Alicante:
Editorial Club Universitario; 2013.
 30. Tazón-Ansola P, Aseguinolaza-Chopitea L, García-Campayo J. Enfermería:
Ciencias Psicosociales Barcelona: Masson; 2000.
 31. Davis F. La comunicación no verbal Madrid: Alianza; 2010.
 32. Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. un ensayo sobre la
comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos.
Enfermería Global. 2006; 5(1): p. 1-7.
 33. Rulicki S, Cherny M. Comunicación no verbal: como la inteligencia emocional
se expresa a través de los gestos Argentina: Garnica; 2012.
 34. Berman A, Snyder S, Kozzier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería:
Conceptos, proceso y prácticas. 8th ed. España: Ed. Prentice hall; 2008.
 35. Valverde GC. Comunicación terapéutica en enfermería Madrid: Avances de
enfermería; 2007.
 36. Hurst M. Enfermería Médico-Quirúrgica Martínez-Moreno M, editor. México:
Manual Moderno; 2013.
 37. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el
paciente. Enfermería Universitaria. 2015; 12(3): p. 134-43.
 38. Rørtveit K, Hansen B, Leiknes I, Joa I, Testad I, Severinsson E. Patients'
Experiences of trust in the patient-nurse relationship: A systematic review of
qualitative studies. Open Journal of Nursing. 2015;(5): p. 195-209.
 39. Alférez-Maldonado A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en
enfermería: saber que decir y que hacer. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(2): p.
147-157.
 40. Garaigordobil M, García de Galdeano P. Empatía en niños de 10 a 12 años.
Psicothema. 2006.
 41. Cardona-Torres LM, García-Campos MdL. La empatía, un sentimiento

- Necesario en la Relación enfermera-paciente. Desarrollo Científ Enferm. 2010 Abril; 18(3).
42. Müggenburg-Rodríguez C, Robles R, Valencia A, Hernández-Guillén MC, Olvera S, Riveros RA. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. Salud Mental. 2015; 38(4): p. 273-80.
 43. Cormier W, Cormier S. Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo conductuales. 3rd ed. España: Desclee de Brouwer; 2000.
 44. Peplau H. Interpersonal relations in Nursing EUA: Springer Publishing Company; 1991.
 45. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
 46. López-Marure , Vargas-León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev Enferm IMSS. 2002; 10(2): p. 93-102.
 47. Simpson H. Modelo de Peplau; Aplicación práctica España: Ediciones Científicas y Tecnológicas ; 1992.
 48. Novel-Martí G, Lluch-Canut MT, Miguel-López D. Enfermería Psicosocial y salud mental España: Elsevier Masson; 2007.
 49. King IM. Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos México: Limusa; 1984.
 50. Esquivel-Clemente A, Magdaleno-Martínez J, Padilla-Girón VC. Influencia del lenguaje corporal en la satisfacción del usuario externo en la relación interpersonal enfermera-paciente. 2009 septiembre..
 51. Donabedian A. Los espacios de la Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública; 1988.
 52. Corbella A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General ; 1990.

53. García PC, Togeiro-Fugulin FM. Tiempo de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos y los indicadores de atención de calidad: análisis de correlación [Internet].: Disponible:<http://bit.ly/1FwmBqu>; 2012 [cited 2015 abril 12. Available from: HYPERLINK "<http://bit.ly/1FwmBqu>" <http://bit.ly/1FwmBqu> .
54. Müggenburg-Rodríguez MC. Interacción enfermera-pacientey su repercusión en el cuidado hospitalario. tesis doctoral en internet. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Disponible en: <http://bit.ly/1MhJa83>; 2015.
55. Subiela-García JA, Abellón-Ruiz J, Celdrán-Baños I, Manzanares-Lázaro JÁ, Satorres-Ramis B. La importancia de la escucvha activa en la intervención enfermera. Enfermería Global. 2014 Abril;(34): p. 276-292.
56. García-Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M. La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. Med Paliat. 2016 enero; 23(3): p. 141-152.
57. Campos-Palomo Á, Campos-Palomo L. Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermría. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(2): p. 133-146.
58. Müggenbur-Rodríguez MC, Riveros-Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario (II). Enfermería Universitaria. 2012 abril-junio; 9(2): p. 6-13.
59. Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY, Galán-González EF. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av. Enferm. 2013; XXXI(1): p. 42-51.
60. Mena-Gómez II. Percepción de los pacientes hospitalizados sobre la empatía y respeto que manifiestan las enfermeras. Tesis de maestría en internet. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Disponible en: <http://bit.ly/1O4WQDD>; 2015.
61. Austria-Aviña AL. Interacción enfermera-paciente en un hospital de 3er nivel de caracter público, de la Ciudad de México. tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México ; 2013.

62. Muñoz-Marron E, Blázquez-Alisente JL, Galparsoro-Izagirre N, González-Rodríguez B, Lubrini G, Periáñez-Morales JA, et al. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. 1st ed. Barcelona: UOC; 2011.
63. Duffy J. Quality Caring in Nursing and Health Systems; implications for clinicians educators, and leaders. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2013.
64. Arnold E, Underman-Boggs K. Interpersona relationships; professional communication skills for nurses. 7th ed. EUA: Elsevier; 2015.
65. Strauss B. the patient perception of the nurse-patient relationship when nurses utilize an electronic health record whiting a hospital setting. *Comput Informar Nurs.* 2013 Diciembre; 31(12): p. 596-604.
66. González-Aller C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *Enfermería Comunitaria.* 2014 mayo; 2(2): p. 82-92.
67. Jover-Sancho C, Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Solá-Solé N, Acosta-Mejuto B, et al. percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: covergencias y divegencias con la percepción del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* 2015; 26(1): p. 3-14.
68. Santana de Freitas J, Bauer de Camargo-Silva AA, Minamisava R, Queiroz-Bezerra AL, Gomes de Sousa MR. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(3): p. 454-60.
69. Blázquez-Morales S, Quezada-Díaz AA. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. *Rev Med UV.* 2014 enero-junio; 14(1): p. 14-19.
70. Ríos-Rísquez I, García-Izquierdo M, Lozano-Alguacil E, Mateo-Perea G, Sabuco-Tebar E, Martínez-Cano F. Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área. *Emergencias.* 2013;(25): p. 177-183.

71. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database of systematic Reviews and Implementation Reports*. 2015; 13(1): p. 76-87.
72. Páez A, Redondo E, Juárez N, Cachón A, Crespo L, Manresa S, et al. Calidad percibida en el área de consultas de un servicio de urología. *Arch. Esp. Urol*. 2012; 65(9): p. 808-815.
73. Rich-Ruiz M, Martins MM, Rodríguez-Borrego MA. Tecnología y comunicación en el cuidado hospitalario a enfermos crónicos desde la perspectiva de Habermas. *Texto Contexto Enferm*. 2014 jul-sep; 23(3): p. 704-11.
74. Marín-Laredo M, Anguiano-Morán C, Lizalde-Hernández A, Lemus-Loeza BM. Satisfacción laboral de enfermería y trato digno en usuarias hospitalizadas. In 3º Congreso virtual Internacional sobre Cuerpos Academicos y Grupos de Investigación en Iberoamérica; 2015; México: Centro de Estudios e Investigaciones para el Desarrollo Docente. p. 1-14.
75. Silva-Fhon J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villeneuve S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodrigues R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(2): p. 80-7.
76. Murillo-Pérez MA, López-López C, Torrente-Vela S, Morales-Sánchez C, Orejana-Martín M, García-Iglesias M, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva*. 2014; 25(4): p. 137-45.
77. Torres-Contreras CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av. Enferm*. 2010; XXVIII(2): p. 98-110.
78. Landman-Navarro C, Cruz-Osorio MJ, García-García E, Pérez-Meza P, Sandoval-Barrera P, Serey-Burgos K, et al. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2015; XXI(1): p. 91-102.
79. Holanda-Peña MS, Ots-Ruíz E, Domínguez-Artiga MJ, García-Migulez A, Ruíz-

- Ruiz A, Castellanos-Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015; 39(1): p. 4-12.
80. Gómez J, López L. Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. *Rev. Colomb. Enferm*. 2016 abr; 12: p. 49-60.
81. Borré-Ortiz YM, Vega-Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*. 2014; XX(3): p. 81-94.
82. Solli H, Hvalvik S, Torunn-Bjork I, Helleso R. Characteristics of the relationship that develops from nurse-caregiver communication during telecare. *Journal of Clinical Nursing*. 2015 jul; 24(13-14): p. 1-10.
83. Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F, Cinchilla-Nevado MA, Cobrero-Jímenez EM, Mediavilla.Durango M, Rodríguez-Gonzalo A, et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enferm Clin*. 2010 ene-feb; 20(1): p. 23-32.
84. Grupo C.A.P.A.H: Cristobal-Dominguez, Estíbaliz; Miguel-Martín, David; Amaro-Martín, Estíbaliz; Blanco-Nuñez, Carmen; García-García, Yolanda; de Ríos, Nuria; Tiscar-González, Verónica; Gutiérrez, Nerea. Comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria: la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Nure Investigación*. 2015 mayo-junio;(76): p. 1-17.
85. Bermejo JC, Carabias-Maza R. Relación de ayuda y enfermería. España: Ed. Sal Terrae ; 1998.
86. Vidal-Blan R, Adamuz-Tomás J, Feliu-Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. [Online]. Murcia; 2009 [cited 2015 abril 06. Available from: [HYPERLINK "http://bit.ly/1QmeF3a" http://bit.ly/1QmeF3a](http://bit.ly/1QmeF3a).
87. Phaneuf M. Planificación de los cuidados enfermeros: un sistema integrado y personalizado México: McGraw-Hill; 1999.
88. Álvarez J. Diseño visual. Un paso hacia la atención multicultural. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(1): p. 33-40.

89. Lupaca-Laime PS. Percepcion del usuario sobre la calidad de atencion en el cuidado de enfermeria en el servicio de emergencia del hospital nacional dos de mayo. 2013.
90. Zarza-Arizmendi MD. La calidad del cuidado y la satisfacci3n de la persona. Enfermería Universitaria. 2007 mayo-agosto; 4(2): p. 34-38.
91. Ortega-Vargas C, Leija-Hernández C, Puntunet-Bates M. Manual de Evaluaci3n de la Calidad del servicio de Enfermería. 3rd ed. México: Panamericana; 2014.
92. Evans A. Transference in the nurse-patient relationship. J psych mental health nursing. 2007 Abril; 14(2): p. 189-95.
93. Donabedian A. Evaluaci3n de la calidad de la atenci3n m3dica. Milbank Memorial Fund Q. 1966; 44(3): p. 166-206.

Otra bibliografía consultada.

Hernández-Sampiere R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigaci3n. 6ª ed. México:McGraw-Hill;2014. 600p.

Juárez-García F, Villatoro-Velázquez JA, López-Lugo EK. Apuntes de estadística inferencial.México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ram3n de la Fuente".2002. 82p.

Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA. Análisis y difusi3n de resultados científcos. México: FES, Zaragoza, UNAM;2001. 216p.

Mendoza-Núñez VM, Romo-Pinales MR, Sánchez-Rodríguez MA, Hernández-Zavala MS. Investigaci3n; Introducci3n a la metodología. México: FES, Zaragoza, UNAM;1997. 218p.

8. Anexos.

?

INSTRUMENTO CECOP.

?



Fecha: _____ Folio: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAestrÍA EN ENFERMERÍA



?

?

Instrumento CECOP. Inventario de comportamiento de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación (observados por los pacientes).

Objetivo: Comparar la percepción de empatía y respeto que tiene el paciente acerca del cuidado proporcionado en dos servicios: terapia intensiva y hospitalización del Hospital regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

INSTRUCCIONES: Empleé un lápiz o un bolígrafo para contestar el cuestionario. Los resultados que se recolecten serán utilizados con fines de investigación y para la mejora de la calidad de los servicios de enfermería, manteniendo el anonimato de los encuestados.

1.- Datos de identificación.

Género: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____
No. De días de estancia hospitalaria: _____ Diagnóstico Médico: _____
No. De internamientos Previos: _____ Edad: _____ Servicio: _____

2.- A continuación se enlistan algunas frases que le permitirán identificar si observa estas conductas en las enfermeras que lo atienden, marque con una "X" la respuesta que mas se acerque a su opinión.

Las enfermeras (os)...	Siempre o casi siempre (5)	Muchas veces (4)	Algunas veces (3)	Pocas veces (2)	Casi nunca o nunca. (1)
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 animo 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 como se siente.										

3.- A continuación se presenta una escala de 1 a 10, considerando a 10 como la máxima puntuación, que calificación le daría a las siguientes aseveraciones, circule el puntaje seleccionado.

1.- Comprensión que recibo de las enfermeras.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.- Respeto que recibo de las enfermeras.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Que grado de satisfacción de la atención que recibo de las enfermeras.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

OBSERVACIONES DEL INVESTIGADOR.

INSTRUMENTO ACEP.



Fecha: _____ Folio: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**



Instrumento ACEP 23 Para autoevaluar la percepción de la empatía y respeto que dan las enfermeras en la atención al paciente.

Objetivo: Comparar la percepción de empatía y respeto que tiene el personal de enfermería acerca del cuidado proporcionado en dos servicios: terapia intensiva y hospitalización del Hospital regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE

INSTRUCCIONES: Emplee un lápiz o un bolígrafo para contestar el cuestionario. Los resultados que se recolecten serán utilizados con fines de investigación, manteniendo el anonimato de los encuestados.

1.- Datos de identificación.

Género: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____
 Años de Antigüedad: _____ Puesto que desempeña: _____
 Edad: _____ Servicio: _____ Turno: _____
 Cursos adicionales: Desarrollo humano: _____ Tanatología: _____ Comunicación: _____

2.- A continuación se enlistan algunas frases que le permitirán identificar si observa estas conductas en usted al atender al paciente, marque con una "X" la respuesta que mas se acerque a su opinión.

Cuando estoy con los pacientes...	Siempre o casi siempre (5)	Muchas veces (4)	Algunas veces (3)	Pocas veces (2)	Casi nunca o nunca (1)
1. Les sonrío.					
2. Les llamo la atención cuando no quieren comer.					
3. Les llamo la atención cuando no quieren bañarse.					
4. Me acerco a ellos para saludarlos.					
5. Uso palabras amables para dirigirme a ellos.					
6. Dispongo de poco tiempo para conversar con ellos.					
7. Los llamo por su nombre.					
8. Uso palabras "técnicas" al hablar con ellos.					
9. Me estreso cuando hay pacientes graves en el servicio.					
10. Uso palabras de ánimo para motivarlos.					
11. Me presento por mi nombre ante ellos.					
12. Cuando me piden algo que necesitan, tardo en llevarlo.					
13. Bromeo con ellos para darles confianza.					
14. Les ordeno que hagan algo sin explicarles el por que.					
15. Propicio transmitirles tranquilidad.					
16. Les platico poco cuando les tomo los signos vitales.					

17. Respeto su forma de pensar.									
18. Les platico poco cuando les administro sus medicamentos.									
19. Los escucho aun cuando tengo mucho trabajo.									
20. Me molesto cuando se quejan por algo irrelevante.									
21. Los "apapacho" para animarlos.									
22. Les explico las razones de los cuidados que les brindo.									
23. Les pregunto como se sienten.									

3.- A continuación se presenta una escala de 1 a 10, considerando a 10 como la máxima puntuación, que calificación le daría a las siguientes aseveraciones, circule el puntaje seleccionado.

1.- Comprendo a mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.- Respeto a mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Me encuentro satisfecha (o) con la forma en que me comunico con mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.- A continuación se enlistaran dos preguntas subraye lo que se asemeje con su realidad.

a) ¿Puedo mejorar la comunicación con mis pacientes?

- I. No lo necesito.
- II. Lo necesito poco.
- III. Lo necesito medianamente.
- IV. Lo necesito mucho.

b) En cuanto a mi comunicación con los pacientes, tengo dificultades cuando...(menciones alguna circunstancia o característica de algún paciente que le haya dificultado la comunicación.

- I. _____
- II. _____
- III. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE.



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE

Departamento de Investigación



Carta de consentimiento informado para participantes adultos derechohabientes del ISSSTE.

Título del proyecto: *“percepción de empatía y respeto en la relación enfermera-paciente en el Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE”*

Introducción/Objetivos: Buenos días/tardes:

El Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” en coordinación con el Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), le hacen una cordial invitación para que participe de manera voluntaria en este proyecto, que tiene como objetivo: Comparar la percepción de empatía y respeto que tiene el paciente acerca del cuidado proporcionado en dos servicios: terapia intensiva y hospitalización.

Su participación es valiosa e irremplazable, por lo que **su colaboración durante las evaluaciones es necesaria**. Este es un proyecto que requiere registrar la opinión que tiene el paciente y la enfermera del cuidado proporcionado por medio de un cuestionario breve que consta de 4 apartados y 28 preguntas Si acepta participar, se le explicarán brevemente, los objetivos y finalidad del estudio.

¡El proyecto desea contar con su participación!

Procedimientos

Inicialmente se le asignara un número de folio y posteriormente un cuestionario, en el primer apartado se le preguntaran datos sociodemográficos, posterior a ello se pedirá su opinión sobre el cuidado proporcionado por la enfermera, en el cual Ud. Tendrá la opción de contestar desde nunca hasta siempre, según sea su experiencia. En el tercer apartado se colocan 3 aseveraciones, con el fin de que usted califique en una escala de 1 que significa nunca hasta 10 que significa siempre, según lo que usted considere.

La duración de la evaluación es de 15 a 30 minutos en promedio.

Confidencialidad

La información que nos proporcione se manejará con normas estrictas de confidencialidad. Es decir, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado mediante un folio y no mediante su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, y se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados los participantes. La información será resguardada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Riesgos Potenciales y Beneficios

El riesgo potencial que implica su participación en este estudio es nulo, así mismo es que si alguna pregunta le hiciera sentir un poco incómodo durante la entrevista, esta en todo su derecho de no responder a cualquiera de las preguntas que se le realizaran.

No existe ningún beneficio directo por participar en este estudio, pero al participar en este proyecto permitirá conocer su opinión y mejorar los servicios del Instituto.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Si decide no participar, esto no afectará en ningún sentido los servicios que le proporcionan en el hospital, de hecho, dado que es confidencial su participación, el personal del hospital no sabrá si usted decidió participar o no en la investigación. Tiene la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en el momento en el que lo desee, sin que esta decisión afecte la atención o tratamiento. Usted podrá hacer preguntas durante las evaluaciones sobre la investigación así como recibir información y despejar sus dudas.

Departamento de Investigación
Hospital Adolfo López Mateos. ISSSTE
Teléfonos: (55) 53222300 ext. 89203

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ENFERMERA.



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE

Departamento de Investigación



Carta de consentimiento informado para participantes trabajadores del ISSSTE.

Título del proyecto: *“percepción de empatía y respeto en la relación enfermera-paciente en el Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE”*

Introducción/Objetivos: Buenos días/tardes/noches:

El Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” en coordinación el Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), le hacen una cordial invitación para que participe de manera voluntaria en este proyecto, que tiene como objetivo: Comparar la percepción de empatía y respeto que tiene el personal de enfermería acerca del cuidado proporcionado en dos servicios: terapia intensiva y hospitalización.

Su participación es valiosa e irremplazable, por lo que **su colaboración durante las evaluaciones es necesaria**. Este es un proyecto que requiere registrar la opinión que tiene la enfermera del cuidado proporcionado por medio de un cuestionario breve que consta de 4 apartados y 28 preguntas Si acepta participar, se le explicarán brevemente, los objetivos y finalidad del estudio.

¡El proyecto desea contar con su participación!

Procedimientos

Inicialmente se le asignara un número de folio y posteriormente un cuestionario, en el primer apartado se le preguntaran datos sociodemográficos, posterior a ello se pedirá su opinión sobre el cuidado que Ud. proporciona a los pacientes en el cual tendrá la opción de contestar desde nunca hasta siempre, según sea su experiencia. En el tercer apartado se colocan 3 aseveraciones, con el fin de que usted califique en una escala de 1 que significa nunca hasta 10 que significa siempre, según lo que usted considere. En el 4to apartado se colocan 2 preguntas en las que deberá contestar lo que mas se semeje a su realidad.

La duración de las evaluaciones es de 15 a 30 minutos en promedio.

Confidencialidad

La información que nos proporcione se manejará con normas estrictas de confidencialidad. Es decir, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado mediante un folio y no mediante su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, y se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados los participantes. La información será resguardada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Riesgos Potenciales y Beneficios

El riesgo potencial que implica su participación en este estudio es nulo, así mismo es que si alguna pregunta le hiciera sentir un poco incómodo durante la entrevista, esta en todo su derecho de no responder a cualquiera de las preguntas que se le realizaran.

No existe ningún beneficio directo por participar en este estudio, pero al participar en este proyecto permitirá conocer su opinión y mejorar los servicios que proporciona Instituto.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Si decide no participar, esto no afectará, por lo que no se dará ningún castigo ni penalización, de hecho, dado que es confidencial su participación, el personal del hospital no sabrá si usted decidió participar o no en la investigación. Tiene la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en el momento en el que lo deseé, sin que esta decisión le afecte en ningún sentido.

Usted podrá hacer preguntas durante las evaluaciones sobre la investigación, para así poder recibir información y despejar sus dudas.

Departamento de Investigación
Hospital Adolfo López Mateos. ISSSTE
Teléfonos: (55) 53222300 ext. 89203