



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE
EN SALA DE RECUPERACION**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRO EN ADMINISTRACION
DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
María del Rosario Chávez Alonso**

**DIRECTOR:
M.S.c. Victoria Morán Aguilar**

AGOSTO 1999



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**“Comunicación Enfermera-Paciente en
Sala de Recuperación”**

TESIS

**Para obtener el GRADO de :
Maestro en Administración de la Atención de Enfermería**

Presentada por:

**Licenciada en Enfermería
María del Rosario Chávez Alonso**

Aprobada por el Comité de Tesis

Director

M.S.c. Victoria Morán Aguilar

Asesor Disciplinar

M.S.M. Nohemí Martínez Rosas

Asesor Metodológico

M.S.P. Hector Gerardo Hernández Rodríguez

MAYO 1999.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130

Tels. 26-23-24 Conmutador; 26-23-25 Posgrado fax:
26-23-26 fax: 26-23-27 Dirección

Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**"COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE
EN SALA DE RECUPERACIÓN"**

ELABORADO POR:

LIC. ENF. MARÍA DEL ROSARIO CHAVÉZ ALONSO

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



Lic. Enf. Martha Graciela Segovia Díaz de León. M.A.S.S.

SECRETARIO



Lic. Enf. Victoria Morán Aguilar. M. S. c.

VOCAL



M. S. P. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez

JULIO 1999.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	5
ANTECEDENTES	10
METODO	22
HIPOTESIS	22
CONSIDERACIONES ETICAS	27
RESULTADOS	28
DISCUSION	52
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	66
ANEXOS	67

AGRADECIMIENTOS

“Cualesquiera que hayan sido nuestros logros, alguien nos ayudó siempre a alcanzarlos”
(Althea Gibson)

Gracias:

A mi familia por su amor y apoyo.

A mis amigos por su amistad y comprensión.

*A mis asesores: M.S.c. Victoria Morán Aguilar
M.A. Alba Lily Mendoza Robles
M.S.P. Hector G. Hernández Rodríguez
M.S.M. Nohemí Martínez Rosas
por sus conocimientos y paciencia.*

RESUMEN

Al considerar la comunicación dentro de la Enfermería, es necesario tomar en cuenta como antecedente el concepto ambiental de Florence Nightingale interpretado por Fitzpatrick y Whall citado por Morán (1993), el que estaba constituido por todos los elementos externos que afectan la salud de la persona enferma y de la sana, incluida la comunicación enfermera-paciente. Esta comunicación era posiblemente el medio para la atención de lo que Nightingale llamaba *reacciones espirituales* de las personas a la enfermedad; un componente esencial del cuidado de enfermería.

El propósito de éste estudio fue conocer la *percepción* que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación verbal y no verbal que establece con el personal de enfermería en sala de recuperación; e identificar si existe diferencia en la percepción según las características de género, edad, escolaridad y experiencias quirúrgicas previas del paciente; comparada también con la edad, preparación académica y experiencia profesional de la enfermera.

El total de la población del presente estudio correspondió a 50 pacientes quirúrgicos de ambos géneros, en las primeras 24 horas de posoperados, internados en los servicios de Cirugía General, Cirugía de Especialidades y Gineco-Obstetricia; también se incluyeron a 11 enfermeras del servicio de sala de recuperación del Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado en la Ciudad de San Luis Potosí.

Los datos se trataron a través de los métodos estadísticos de: Frecuencias, Promedios, Desviación Estándar, Chi cuadrada, Prueba exacta de Fisher y Kolmogorov-Smirnov. Los resultados se analizaron con base a los objetivos, hipótesis, contextos histórico y empírico, y marco teórico de este trabajo.

Al utilizar la Probabilidad Exacta de Fisher no se encontró significancia estadística en cuanto a la percepción que tiene el paciente de la comunicación verbal y no verbal con respecto al género.

Aunque, los papeles de masculino y femenino se consideran distintos, el efecto del género sobre la comunicación es muy marcado; uno de los resultados del presente estudio es que un mayor porcentaje de los pacientes del género femenino percibieron a la comunicación verbal como no buena, y un mayor porcentaje del género masculino la percibieron como buena. Al respecto Henderson (1988), refiere que el género constituye una barrera para la comunicación, y cuando son del mismo género paciente y enfermera, la barrera disminuye.

No se encontraron diferencias en la percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación verbal y no verbal con la enfermera de sala de recuperación según las características del paciente de edad, género, escolaridad y experiencias quirúrgicas previas. Por lo que se puede concluir que éstas no influyen en el establecimiento de la comunicación. Y que la relación de ayuda enfermera-paciente debe establecerse independientemente de la etapa del ciclo de vida, el género, escolaridad y experiencias quirúrgicas previas del paciente.

El profesional de enfermería necesita ampliar los conocimientos y experiencias previas sobre técnicas de comunicación ya que son factores importantes que influyen en este proceso con los pacientes; mientras más amplia sea la experiencia en estas técnicas con la que pueda contar la enfermera, se le facilitará entender los mensajes que el paciente desea transmitir.

Se cumplieron los objetivos general y específicos del presente estudio, ya que se identificó como es la percepción que tiene el paciente quirúrgico respecto de la comunicación verbal y no verbal con el personal de enfermería tomando en cuenta las características de ambos.

INTRODUCCION

Al considerar la comunicación dentro de la Enfermería, es necesario tomar en cuenta como antecedente el concepto ambiental de Florence Nightingale interpretado por Fitzpatrick y Whall citado por Morán (1993), el que estaba constituido por todos los elementos externos que afectan la salud de la persona sana y enferma, incluida la comunicación enfermera-paciente. Esta comunicación era posiblemente el medio para la atención de lo que Nightingale llamaba *reacciones espirituales* de las personas a la enfermedad; un componente esencial del cuidado de enfermería.

La persona cuando se enfrenta a un deterioro en su salud la mayoría de las veces se esfuerza por estar bien y como paciente espera que el personal hospitalario satisfaga sus múltiples necesidades. El método centrado en el paciente durante la atención quirúrgica integral consiste en satisfacer todas sus necesidades básicas en las fases preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria (Atkinson 1994). En éste proceso muchas personas contribuyen para lograrla, y cada una desempeña funciones específicas en la continuidad del cuidado y la comunicación es la base de la atención del paciente y del trabajo en equipo; las relaciones interpersonales se establecen a través de la comunicación; por lo tanto, la enfermera necesita conocer los principios generales que se aplican en forma específica a su papel en el cuidado al paciente.

Dentro del equipo humano que otorga servicios de salud en su sentido más amplio, se puede ver al paciente como el elemento central. Por lo que el beneficiario del trabajo en equipo es el paciente. Para atender en forma eficiente las solicitudes y los deseos de los pacientes, el personal necesita conocer las necesidades, comprender la individualidad del paciente y entender lo que para él, representa la intervención quirúrgica. En este sentido el papel de la comunicación es indispensable; hay ciertos conceptos en relación con el ser humano que se requieren tener presentes:

- Son importantes, únicos e individuales.
- Responden a su ambiente psicosocial con base en los valores y creencias personales.
- Tienen la capacidad de adaptarse a sus ambientes tanto interno como externo.

- Tienen ciertas necesidades básicas que satisfacer. Atkinson, (1994) 1.

Al hacer alusión al párrafo anterior se considera que las necesidades son factores que deben controlarse o reorientarse con objeto de restaurar la función alterada. El paciente quirúrgico enfrenta una amenaza grave a sus necesidades básicas, mismas que para el estudio se clasifican como físicas, emocionales o psicosociales y espirituales. La enfermera debe preocuparse tanto por el bienestar físico del paciente como por el emocional, ya que ambos tienen una interrelación inseparable, así, la relación que se establece entre los dos, persigue en gran medida propiciar ayuda terapéutica al beneficiarse de sus cuidados.

En la interacción citada, el paciente puede percibir la actitud de la enfermera como de aceptación o de rechazo, en consecuencia, la conducta de la enfermera lo afecta ya sea en forma positiva o negativa. Aunque los procedimientos de rutina para el cuidado y enseñanza han sido establecidos, cada paciente merece cuidado personalizado pues encara una experiencia trastornante de su vida; no debe ser tratado como inanimado, anónimo, o categorizado por enfermedad o procedimiento operatorio, puesto que es una persona viva que siente, piensa y actúa.

La base teórica del cuidado individualizado demuestra un genuino interés por el paciente como persona y no sólo en un conjunto de técnicas y procedimientos; es así como la enfermera comparte o debe de compartir una experiencia especial con el paciente en momentos de gran tensión para él. En la relación se incluyen sentimientos, actitudes y conductas que favorecen el cumplimiento de uno de los objetivos de la enfermería que es el de promover y establecer una relación terapéutica significativa, de forma tal que pueda darse una atención individualizada. Cabe señalar que para el cumplimiento de dicho propósito no es tan importante el tiempo que la enfermera dedica al paciente sino *la calidad de esta relación*; en la cual la confianza y la comprensión mutua son componentes vitales.

Al considerar al paciente como la persona más importante en el quirófano, su bienestar y las necesidades individuales adquieren prioridad sobre todas las demás actividades; si la

enfermera está más interesada en contar con el equipo necesario que en el propio paciente, éste puede sentirse abandonado, en ese momento, probablemente él necesita la presencia física de una persona confiable, compasiva y sobre todo competente para establecer una relación de ayuda.

Esta se define como una comunicación abierta, útil y debe, además, de caracterizarse siempre por ser comprendida tanto por la enfermera como por el paciente; la comunicación con el personal de salud es parte importante de las funciones de enfermería, pero la teoría es de poco valor si no se puede aplicar en el cuidado que proporciona al paciente.

Las áreas de cuidado especial en el hospital requieren formas de comunicación un tanto específicas; por ejemplo, cuando los pacientes despiertan en la sala de recuperación, recuerdan a la enfermera que les tomó de la mano, les sonrió, les hizo saber donde se encontraban; esto porque existe un contacto estrecho entre el que da el cuidado y quien lo recibe; por ello es necesario prestar atención al estado emocional del paciente, ya que éste afecta su capacidad de escuchar y puede mal entender los mensajes, sacar conclusiones erróneas, o simplemente causarle confusión.

A través de la comunicación la enfermera influye en el comportamiento del paciente para que éste exprese sus sentimientos o los dirija hacia un comportamiento de mayor aceptación y más adecuado. Para determinar el éxito en dicho proceso se requiere contar con la información básica, que indique cómo el paciente percibe la comunicación que establece con el personal de enfermería en sala de recuperación.

El propósito de éste estudio fue conocer la percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación que establece con el personal de enfermería en el área antes mencionada; e identificar si existe diferencia en la percepción según las características de género, edad, escolaridad y experiencias quirúrgicas previas del paciente; comparada también con la edad, preparación académica y experiencia profesional de la enfermera.

Para tal fin se entrevistó a pacientes posoperados mismos que proporcionaron información sobre como perciben la interacción con el personal de enfermería, los resultados se analizaron estadísticamente. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la comunicación verbal y no verbal con las características del paciente y de la enfermera, así como sobre las preferencias del paciente respecto a la comunicación.

Otra de las intenciones de éste estudio es difundir la información obtenida, ante el personal de enfermería de la sala de recuperación, para que se posibilite de alguna manera la modificación o reforzamiento en las actitudes referentes al establecimiento de la comunicación, en beneficio de la relación enfermera-paciente.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

GENERAL.- Precisar cómo es la percepción que tiene el paciente quirúrgico respecto de la comunicación verbal y no verbal con el personal de enfermería en sala de recuperación y relacionarla con ciertas características de ambos.

ESPECIFICOS:

1. Identificar diferencias en la percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación verbal y no verbal con la enfermera según género, edad, escolaridad, experiencias quirúrgicas previas del paciente y tipo de cirugía.
 2. Identificar diferencias en la percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación verbal y no verbal según edad, preparación académica y experiencia profesional de la enfermera.
 3. Determinar si la percepción del paciente sobre la comunicación verbal y no verbal que se establece en la sala de recuperación, corresponde a sus preferencias.
-

las prioridades pueden cambiar según la situación; durante el preoperatorio, la ansiedad y el estado emocional son factores que deben atenderse; durante la operación, el equipo quirúrgico debe concentrarse en las necesidades fisiológicas básicas; en el postoperatorio inmediato es necesario que los integrantes del equipo quirúrgico se esfuercen por prevenir la aparición de complicaciones y estimular al paciente a desarrollar sus potencialidades.

Los individuos con problemas fisiológicos, cualquiera sea su edad, género o cultura, sufren alguno cambio emocional que influye en su comportamiento; los pacientes reaccionan a su ambiente interpersonal nuevo, según los patrones de conducta que han aprendido.

Una de las situaciones frecuentes que vive el paciente quirúrgico y que le produce ansiedad, es encontrarse en un lugar desconocido en el que no hay ventanas, y no se sabe si es de día o de noche; escucha ruidos extraños; se le despoja de todo (incluyendo su ropa interior de la cual le es difícil prescindir), a veces hasta de su identidad; la enfermera ejecuta funciones rutinarias que son desconocidas para el paciente; y en ciertas ocasiones no se le explica el por qué de ellas; es un lugar en donde todo el personal se encuentra cubierto de cabeza y cara, en dónde sólo se visualizan los ojos; cuando la cirugía es programada la única persona que conoce el paciente es al cirujano que lo va a intervenir quirúrgicamente, ya que el personal de enfermería no realiza visita preoperatoria; desconoce lo que se le va a realizar y como consecuencia tiene dificultad para planear los cuidados específicos en el postoperatorio.

Estas experiencias dificultan el proceso de la comunicación entre el paciente y la enfermera en la sala de recuperación en los periodos pre y postoperatorios; en el primero se puede y debe tranquilizar al paciente no sólo en forma verbal, sino también con gestos, conductas y el tacto cálido con la mano. La protección a la dignidad e intimidad sin importar, el estado o nivel de conciencia del paciente, por lo que es esencial evitar la exposición innecesaria del cuerpo del paciente esto de alguna manera, hace percibir al paciente el interés de la enfermera para mantener su privacidad, de tal forma que se sienta protegido, tranquilo y respetado como persona.

Al encontrarse en la sala de recuperación en el postoperatorio inmediato el paciente experimenta trastornos fisiológicos y psicológicos de variable intensidad que dependen del procedimiento quirúrgico que se le practicó, entre los que se encuentran: frío, dolor, náusea, vómito, angustia, ansiedad e inquietud. Estos trastornos son atendidos por el personal de enfermería, en estos momentos ¿Qué necesita el paciente? ¿Qué es más importante para él: que le atiendan sus necesidades fisiológicas o psicológicas? Al dar respuesta a estas interrogantes se puede decir que las prioridades se centran por una parte en la atención de las necesidades fisiológicas, pero si al individuo se le considera como un ser integral, entonces no debe dejarse del todo la incorporación de la ayuda hacia el aspecto psicológico.

Se hace hincapié que en el posoperatorio inmediato, la función de la enfermera no se limita a los procedimientos que se efectúan para atender las necesidades de seguridad y el alivio al dolor; también es importante el apoyo psicológico al paciente. El objetivo de enfermería es combinar la eficiencia con el cuidado; la enfermera nunca debe volverse insensible a la situación de los pacientes, ya sea por las rutinas despersonalizadas del hospital o por sus propios prejuicios.

En ocasiones el propio personal de enfermería al convertirse en paciente ha experimentado angustia y ansiedad por el proceso patológico que enfrenta y se ha preguntado: ¿Si no fuera enfermera, me hubieran tratado de la misma manera o peor, hubieran estado pendiente de mis necesidades tanto físicas como psicológicas? Ya que todo paciente quirúrgico experimenta la necesidad de que se le atienda haciendo énfasis en el aspecto psicológico.

El sentirse acompañado en los momentos en los que se encuentra con eventos angustiosos por los procesos quirúrgicos, hace que el paciente encuentre comprensión a su estado. Tal es el caso de aquellas personas que no saben cómo está su familia, y que por ser experiencias de primera vez tal incertidumbre le causa confusión y ansiedad.

Según Atkinson (1994) “La enfermera que proporciona cuidados en el pre, trans y postoperatorio debe de incorporar tanto componentes técnicos como de comportamiento. Los conocimientos, capacidad de juicio y habilidad para cumplir sus funciones se basa en principios biológicos, fisiológicos, conductuales y sociales; y quien desempeña esta labor toma decisiones sobre las necesidades del paciente, y le ayuda para que satisfaga estas necesidades.”³

La enfermera necesita evaluar constantemente su relación con el paciente, sobre todo su comportamiento en la comunicación; es preciso tratar de obtener información del usuario acerca de lo que se dijo, se hizo y, sobre todo, cómo él siente que se desarrolla la relación. También es importante conocer *cómo quiere o espera el paciente que se le trate*. El valor de las interacciones entre enfermera y usuario tienen que valorarse con cierta periodicidad con el fin de promover una relación terapéutica. Esta evaluación tiene que ver con la retroalimentación que posteriormente se realice en el personal de enfermería, en cuanto a los cuidados en el área psicológica.

ANTECEDENTES

El hombre desde su origen ha tenido la necesidad de comunicarse consigo mismo y con los demás; John R. Pierce dice: "Sin comunicación externa podríamos vivir, pero seríamos individuos ignorantes y solitarios. No tendríamos ni la inspiración ni la habilidad y el conocimiento acumulado ni el apoyo de una sociedad, que es posible gracias a la comunicación, satisface nuestras necesidades que de otra manera tendríamos que integrar nosotros mismos. Además, la comunicación con otros proporciona recompensa más allá de las necesidades básicas de la vida". Citado por Henderson (1988)⁴.

Hablar de comunicación implica mencionar las características del contexto en el que se desarrolla esta; puesto que la comunicación es parte fundamental de los procesos sociales de todos los tiempos. La comunicación se vincula con todas las actividades y de manera especial en la profesión de enfermería ya que es fundamental para cumplir con el propósito de servicio y ayuda a la comunidad.

DEFINICION DE TERMINOS

Existe gran diversidad de literatura sobre comunicación, la cual se reduce cuando se aboca a enfermería, y sobre todo cuando es específica con el personal de enfermería en sala de recuperación. Para los fines de este estudio se definieron algunos términos de la siguiente manera:

- **COMUNICACION.-** " La comunicación es un proceso donde una persona comparte algo de sí mismo: sus ideas, opiniones, valores, metas y sentimientos, es un proceso que ayuda a ser humano, más sociable y a estar en mayor contacto con la realidad. Su valor es doble: cuando es positiva, la utilidad de la comunicación beneficia a ambos, al que comunica y al receptor, puesto que cada uno a intervenido en un proceso que ha sido satisfactorio y productivo". O'Brien (1983)⁵.

COMUNICACION VERBAL.- Es principalmente un esfuerzo consciente por el que las personas eligen las palabras que usan. Estas varían entre los individuos según la cultura, el medio sociocultural, la edad y la educación. Kozier (1993)⁶.

COMUNICACION NO VERBAL.- Consiste en todas las formas de comunicación que no incluyen la palabra oral ni la escrita. *La percepción de la comunicación no verbal* afecta todos los sentidos, incluyendo el del oído, empleado para percibir los mensajes verbales. Leddy y Pepper (1985)⁷.

- *PERCEPCION.*- Es la selección y organización de sensaciones, de manera que adquieren un significado, las percepciones son aprendidas y dependen de las experiencias. La capacidad de interpretación de una persona depende en gran medida de la capacidad de percepción. La percepción comprende inicialmente cierto conocimiento directo de ella, a través de los cinco sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto. Comprende una armonización de las impresiones de los sentidos con la capacidad y las actitudes mentales. O'Brien (1983).
 - *RELACION ENFERMERA-PACIENTE.*- “ La relación de ayuda aparece como un proceso, se entiende como un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este cambio uno de los interlocutores (enfermera) *captará las necesidades del otro* (paciente), con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual ”. Cibanal (1991)⁸.
 - *SALA DE RECUPERACIÓN.*- Es un área específica a la cual se llevan a los pacientes antes de entrar a la sala de operaciones y después de una intervención quirúrgica para que se recupere de los efectos de la anestesia.
 - *ENFERMERA EN SALA DE RECUPERACION.*- Es la que proporciona los máximos cuidados inmediatos a los pacientes después de la operación. Ayuda al paciente a recobrar un nivel funcional seguro después de administrar un anestésico.
-

- *PERIODO PREOPERATORIO.*- Se inicia 24 horas antes de la intervención quirúrgica para su preparación física y psíquica, hasta el momento en que es llevado a la sala de operaciones.
- *PERIODO POSOPERATORIO.*- Se inicia cuando termina la intervención quirúrgica y el paciente es conducido a la sala de recuperación, en donde debe de recibir apoyo físico y psicológico constante, hasta que los principales efectos anestésicos hayan desaparecido y el estado general se establezca, y el paciente se traslade a su cama de hospitalización.
- *PREFERENCIAS O EXPECTATIVAS.*- Elección de una cosa o persona; inclinación favorable o predilección hacia ella. La preferencia del paciente integral el núcleo moral y legal de la relación enfermera-paciente, esta relación no puede iniciarse o sustentarse sin la aceptación de este último. Jansen (1986)9.

El respeto por las preferencias del paciente es esencial para el desarrollo de una alianza terapéutica. No todos los pacientes son igualmente afectados por la enfermedad, pero todos son potencialmente vulnerables a un nivel bajo de funcionamiento e interacción consciente. Por lo tanto el equipo de salud debe ser particularmente sensible a la psicodinamia de las preferencias del paciente.

En la bibliografía revisada, se refiere a la comunicación como un elemento terapéutico, que permite que la relación enfermera-paciente sea de mayor beneficio para el usuario. La enfermería es una de las profesiones que brindan ayuda y la comunicación adquiere gran relevancia, de la cual depende el bienestar y la seguridad que se puede transmitir al paciente no solo a través del lenguaje hablado, sino con el uso adecuado del lenguaje no verbal.

En la mayoría de las investigaciones consultadas, se refieren a la educación e información que se le proporciona al paciente quirúrgico en el preoperatorio mediato, y cómo influye ésta en la recuperación del mismo; sin embargo, estudios similares al tema de ésta investigación son escasos.

El estudio de Stetler (1977)¹⁰, describe la percepción identificada por los pacientes sobre la empatía de las enfermeras en la comunicación con ellos; no se encontró una relación significativa entre la empatía percibida y la comunicación verbal, ni entre la empatía con la edad y preparación profesional de la enfermera. Sin embargo recomendó replicar y ampliar la investigación, por considerar necesario que en el marco de la relación enfermera-paciente, se tenga como base científica la práctica de la empatía.

Otro estudio sobre la relación enfermera-paciente realizado por Kureshi, J., Roche, A.D. y Tariq, A., publicado 1995 titulado "Conocimiento preoperatorio y observación de ansiedad en pacientes que experimentan cirugía". En él se estudiaron a 200 personas de varias nacionalidades. Se estructuró un cuestionario que se usó para obtener el conocimiento preoperatorio; la Escala se dominó "El Hospital, Ansiedad y Depresión" (HAD), con el cual se valoró ansiedad y depresión en los sujetos. Kureshi (1995)¹¹.

Sus resultados indicaron, que el poco conocimiento o el franco desconocimiento preoperatorio con respecto a la anestesia, el tiempo de estancia en la sala de operaciones, la permanencia en el hospital o el tener la oportunidad o posibilidad de aplazar la operación fue lo que ocasionó la ansiedad. *Escolaridad*, nacionalidad, tipo de cirugía, *experiencia previa de cirugía*, presencia y apoyo familiar se encontró que se relacionaron significativamente a la ansiedad preoperatoria. Los hallazgos de éste estudio apoyaron la hipótesis de que los sujetos que fueron educados respecto a la cirugía, que tuvieron apoyo familiar, que contaron con experiencia previa a cirugía y mejor conocimiento preoperatorio, tuvieron una disminución en el nivel de ansiedad y depresión. Además los estadounidenses tuvieron una significativa disminución en la Escala HAD, en relación con los no estadounidenses.

De estos resultados se resume: que la ansiedad preoperatoria está relacionada a varios factores, algunos de los cuales fueron investigados en el Hospital A-AIN (no especificando su ubicación), en una población de varios países y culturas. Identificaron que tales factores podían

hacer una reducción en la ansiedad para hacer más efectiva a la anestesia y al procedimiento quirúrgico.

En el proceso de la investigación bibliográfica el único estudio que se encontró - realizado en México - es el de Reta Carrillo Emma (1997)¹², "La comunicación en Enfermería, un acercamiento a su práctica", se llevó al cabo en una institución de salud de la Ciudad de Villa Hermosa, Tabasco. El trabajo consistió en la observación - participante en donde se encontró que la mayoría de las enfermeras observadas realizan su trabajo en silencio o con muy poca comunicación verbal, pocas veces le hablan a los pacientes, la mayoría de las ocasiones hablan entre ellas de cosas sin trascendencia; los mensajes que transmiten son de tipo verbal, dados principalmente por sus actitudes, o por su conducta frente a los problemas que les presenta su cotidiano devenir profesional.

Estos estudios permiten reflexionar sobre la contribución de enfermería a la recuperación de la salud de los usuarios la cual no puede darse con la sola atención de los aspectos relacionados con su padecimiento o con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, sino que es preciso influir en ellos para motivarlos y ayudarlos a recuperar su salud, para lo que se requiere una comunicación terapéutica enfermera-paciente, en la que predomine la empatía, el respeto y la autenticidad de parte de la enfermera, a fin de lograr el desarrollo de actitudes positivas por parte del paciente que redunden en su recuperación.

Dentro de la comunicación no verbal, uno de los aspectos importantes es el contacto físico, por lo que Sandra Weiss (1979)¹³, discute en su artículo publicado en Nursing Research sobre un marco de trabajo conceptual que considera el significado de esta forma de comunicarse en la investigación y práctica de enfermería; el impacto de la relación interpersonal se analiza a través de una revisión de literatura que demuestra la relación de ésta con el desarrollo humano. El reporte menciona que, el contacto físico es un proceso en el cual el cuerpo es el enfoque principal de atención, siendo tocado de muchas maneras varias veces; se intenta desarrollar una relación terapéutica, ejecutar habilidades técnicas, evitar una agresión

física de una persona emocionalmente perturbada, o mover a un paciente de la cama; tocar es un medio por el cual la enfermera se comunica repetidamente.

Este artículo señala que, el contacto físico ha sido descrito como el primero y fundamental medio de comunicación, constituyendo el más amplio y sencillo de todos los mensajes. La premisa principal sobre la que la mayoría de las aplicaciones o discusiones del contacto esperado, es que el contacto representa un acuerdo positivo, satisfactorio por naturaleza y necesario para el desarrollo mental y físico saludable. Montagu (1971) citado por Weiss, decía que cuando se percibe la realidad a través de otras sensaciones no representa más que una hipótesis, sujeta a la comprobación del contacto, y que mide el desarrollo de un individuo como un humano saludable.

Otro reporte sobre la comunicación no verbal es el que escribió Davidhizar R. y Geger S. N. en 1997, el cual indicó que los profesionales del cuidado de la salud creen grandemente en el valor de los componentes no verbales en la comunicación, y en el gran significado del papel que pueden jugar los factores como distancia, espacio y el palpar en la relación terapéutica. El valor de tocar no es apreciado por todos los profesionales del cuidado de la salud, o considerado apropiado o conveniente por algunos pacientes; aunque, el tacto ha sido descrito como el más importante de todos los sentidos, el profesional astuto podría saber con el tiempo cuando no debe ser usado. Lo anterior nos indica la importancia de saber cuándo tocar al paciente para establecer una buena comunicación con él. Davidhizar (1997)¹⁴

La comunicación puede ser afectada por barreras culturales (idioma, edad, educación), psicológicas (angustia, timidez) y semánticas. En la investigación realizada por Apse A. (1985) sobre las barreras socioculturales se encontró que los pacientes entendieron entre el 51% y 75% de los términos clínicos utilizados por el personal de enfermería. Kozier (1993)¹⁵.

MARCO TEORICO

Se incluyen elementos del marco teórico que forman parte del protocolo con el fin de apoyar algunos de los resultados obtenidos, ya que es reducido el número de estudios similares al tema de ésta tesis.

Nexos y barreras de la comunicación

Todo trabajador en el campo de la salud se encuentra relacionado con el reforzamiento de los nexos, o los puentes de la comunicación y con la reducción de las barreras frecuentes en dicho proceso. Tener el mismo lenguaje, cultura, trabajo, *edad*, *género* e incluso problemas de salud con frecuencia ayuda a establecer nexos de comunicación, o propicia que la gente se comunique en forma más cómoda y efectiva entre sí. Obviamente, las grandes diferencias en las características mencionadas pueden estorbar a la comunicación, y por lo tanto actuar como barrera. Henderson (1988)¹⁶.

Nexos y barreras de la comunicación en relación con la edad.- Hay etapas del desarrollo más o menos relacionadas con la edad, en que la comunicación es más fácil con sus contemporáneos que con otras personas de mayor o menor edad. Según esta aseveración, el personal de salud podrá comunicarse mejor con los pacientes de su misma edad. Algunas personas parecen hábiles, en forma casi instintiva para romper barreras relacionadas con la edad, no hay duda de que aquellos que no la tienen pueden mejorar sus habilidades de comunicación; para lograrlo es importante conocer las capacidades, intereses, valores, necesidades físicas y emocionales, y motivos de las personas en las diversas etapas del ciclo vital.

Además del conocimiento acerca del desarrollo humano, los trabajadores de la salud requieren el uso de todos sus sentidos al recibir información y tratar de darse cuenta especialmente de la comunicación no verbal, que puede ser incongruente con lo que se dice. Y, finalmente, las enfermeras deben tener en mente que la comunicación adecuada también depende del reconocimiento de las diferencias individuales y del respeto a la forma de pensar de cada persona.

El grado en que las enfermeras, hayan vivido o tomado por sí mismas decisiones en su vida influye sobre el grado de éxito que es factible que logren en la comunicación con su grupo de edad o con otros. También, se puede señalar que la experiencia a través de escuchar, observar y leer acerca de las reacciones de los demás ayuda enormemente a la capacidad de las enfermeras para crear nexos de comunicación. Henderson (1988).

Nexos y barreras para la comunicación en relación con el género.- En algunas culturas los papeles de hombres y mujeres se encuentran bien definidos y son totalmente diferentes. Probablemente sea adecuado suponer que siempre que los intereses, estándares de conducta, y actividades de hombres y mujeres son muy diferentes, el género constituye una barrera para la comunicación, y cuando son iguales, se disminuye la barrera.

En algunos casos el género complementario estimula en vez de desalentar la comunicación, pero es importante recalcar la importancia de contar con personal femenino y masculino en los servicios, hasta donde sea posible y evitar la segregación de los pacientes en relación al género. Henderson (1988).

La cultura como nexo y barrera.- Medeleine M. Leininger le da a la "cultura" el siguiente significado: "La cultura puede considerarse como un plano para la vida que orienta los pensamientos, actitudes y sentimientos de determinados grupos en especial.. La cultura incluye todas las formas acumuladas en que un grupo de personas resuelve sus problemas, los cuales se reflejan en su lenguaje, forma de vestir, alimentar y numerosas tradiciones y costumbres". Citado por Henderson (1988).

Las diferentes culturas aparecen no sólo entre las personas de diversas naciones, sino también dentro de la misma sociedad. Algunos de estos subgrupos se basan en la edad, otros en el nivel económico, otros más en las creencias religiosas, e incluso hay otros formados alrededor de las disciplinas profesionales de trabajo. Para crear nexos de comunicación cultural entre las enfermeras y los pacientes, se recomienda que éstas participen en programas

educativos sobre antropología, sociología y psicología. La lectura cuidadosa y amplia sobre estos temas, así como escuchar y observar a los demás son formas que si se utilizaran de manera consciente y constante, ayudaran a que las enfermeras desarrollen la capacidad de crear nexos de comunicación cultural.

IDEAS BASICAS DE ALGUNAS TEORIAS EN ENFERMERIA

Quienes se han dedicado al desarrollo de las teorías en enfermería, consideran a la comunicación como un factor importante hacia el desarrollo de las mismas, de tal manera que puedan aportar los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria; favorecer el desarrollo de la capacidad analítica, clarificar los valores y determinar los propósitos del ejercicio profesional. Marriner en su libro "Modelos y teorías en enfermería" cita a algunas teóricas que toman a la comunicación como fundamento para la elaboración de su trabajo ellas son:

Imogene King.- Esta autora considera su teoría como "un conjunto de conceptos que cuando son definidos, se interrelacionan entre sí y son observables en el mundo de la práctica de la enfermería". Los conceptos principales en la teoría de la consecución de objetivos son: interacción, percepción, comunicación, transacción, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio. Específicamente los términos percepción y comunicación los operacionaliza de la siguiente manera:

Percepción.- "La representación que cada persona tiene de la realidad". Las percepciones están relacionadas con las experiencias anteriores, el concepto de uno mismo, los grupos socioeconómicos, la herencia biológica y la formación recibida".

Comunicación.- "Un proceso por el cual la información pasa de una persona a otra bien sea directamente o indirectamente; la comunicación es el componente informativo de las interacciones. El intercambio de signos verbales y no verbales, y de símbolos entre la enfermera y el paciente, o entre el paciente y el entorno."

Faye Glenn Abdellah.- Desarrolló su tipología de los 21 problemas de enfermería entre los que se encuentra: el facilitar el mantenimiento de una comunicación eficaz verbal y no verbal.

Virginia Henderson.- Identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, en donde se identifica la necesidad de comunicarse con los demás, *expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.*

Ernestine Wiedenbach.- Esta teórica habla sobre las *Habilidades de comunicación*: Indica que son la capacidad de expresión de pensamientos y sentimientos que la enfermera desea transmitir a su paciente y a otras personas, relacionadas con su cuidado. Se pueden utilizar expresiones verbales y no verbales, aisladas o conjuntamente, para comunicar un mensaje o para provocar una determinada respuesta.

Jean Watson.- Ella basa su teoría sobre el ejercicio profesional de la enfermera en 10 elementos asistenciales entre los que se encuentra: El desarrollo de una relación de ayuda-confianza. El desarrollo de este tipo de relación es crucial para la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y *comunicación eficaz*. Además incluye el término empatía y la describe como la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como para comunicar esta comprensión. Agrega que el afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones. Afirma que la comunicación eficaz está constituida por elementos cognitivos, afectivos y de respuesta conductual.

Joyce Travelbee.- Define a la comunicación como el proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería, esto es, ayudar a los individuos o a la familia a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias. Para Travelbee, la interacción se refiere a cualquier contacto entre los individuos durante el cual éstos ejercen una influencia recíproca e implica establecer entre sí una comunicación verbal o no verbal.

Hildegard Peplau.- En 1952, en "Relaciones interpersonales en enfermería", H. Peplau analizó la acción de enfermería utilizando una estructura interpersonal, *la teoría de la comunicación*. Ella definió la enfermería como un proceso interpersonal; los conceptos principales de su teoría incluyen: el crecimiento, desarrollo, *comunicación* y roles. La relación terapéutica enfermera-paciente es el núcleo de la teoría de Peplau; la comunicación es un proceso de solución de problemas que tienen lugar dentro de la relación. Esta teorista, al Igual que Henderson, entendía a cada persona como un individuo moldeado por la cultura y la biología.

Ida Jean Orlando.- Su trabajo estuvo grandemente influido por la teoría de la comunicación y emergió de sus propias observaciones; propuso que la responsabilidad de la enfermera es *verificar que las necesidades del paciente se cubran*, bien mediante la propia actividad de la enfermera o por la intervención de los demás integrantes del equipo de salud.

En todos los modelos de comunicación se halla implícito el concepto de que ésta posee dos elementos interactuantes: el valor del contenido del mensaje y el valor interaccional o *perceptual del mensaje* y de sus participantes. El valor del contenido se refiere al aspecto de información y se expresa en formas verbales o no verbales. El valor de interacción o perceptual (al que se le denomina metacomunicación) identifica como se debe interpretar el contenido y la forma en que los otros participantes perciben la relación. Por lo que para Leddy y Pepper (1989), los tipos de comunicación son verbal, no verbal y la metacomunicación.

Leddy y Pepper (1989) indican que, algunas de las características más importantes que deben poseer los comunicadores eficientes son la capacidad de *simpatizar, mostrar respeto y reaccionar sinceramente*. El proceso para alcanzar cada una de estas características representa un principio en el cual puede basarse la comunicación en el proceso de ayuda; por lo que se requiere: *empatía, respeto y autenticidad*.

En la literatura actual se brinda mucha atención al valor del contacto terapéutico; el tacto es el modo inicial y más primitivo de comunicación y es importante para comunicarse sin

palabras. No obstante, el uso y aceptación del contacto depende de muchas normas culturales y características personales. El contacto expresivo se usa para estimular la comunicación verbal y así transmitir empatía, fe, confianza, seguridad y la proximidad de otra persona; sin embargo para algunas personas, el contacto es una invasión inaceptable de la intimidad personal.

Muchos factores afectan la capacidad de la enfermera para lograr comunicarse con el paciente limitando la relación de ayuda; algunos de estos factores son el conocimiento de la enfermera y la habilidad para utilizarlo, la estructura caracterológica tanto del paciente como de la enfermera, y variables tales como *género, edad, raza, religión* y clase social. Travelbee (1979)¹⁷.

La comunicación eficaz depende de las diversas habilidades que tengan los comunicadores dentro del componente verbal del lenguaje, sobre todo las de pensar, hablar, escuchar, leer y escribir; sin embargo, las habilidades dentro del lenguaje corporal tiene una enorme importancia. Enfermería requiere de conocimientos, habilidades y experiencia para aportar madurez a la relación enfermera-paciente lo que le permitirá ser tolerante; saber manejar sus sentimientos de manera constructiva, que refleje confianza y comodidad hacia el paciente; ser realista, conocerse a sí misma porque su propia persona participa en la relación. Roper (1993)¹⁸.

METODO

A continuación se describe la metodología utilizada en la elaboración del presente estudio que incluye: hipótesis, el universo de estudio y muestra (características de los sujetos), criterios de selección, proceso de la recolección de datos, instrumento de recolección de información y métodos para el procesamiento de la misma.

HIPOTESIS

Para fines de este estudio se establecieron las siguientes hipótesis:

1. La percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación con la enfermera en la sala de recuperación, es diferente en relación a género, edad, escolaridad y experiencias previas del paciente.
2. La percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación con la enfermera, difiere en función de la edad, preparación académica y experiencia profesional de ésta.

UNIVERSO

El total de la población del presente estudio correspondió a 50 pacientes quirúrgicos de ambos géneros, en las primeras 24 horas de posoperados, internados en los servicios de cirugía general, cirugía de especialidades y gineco-obstetricia. También se incluyeron a las 11 enfermeras asignadas al servicio de sala de recuperación en el periodo de la recolección de datos del Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado en la Ciudad de San Luis Potosí.

MUESTRA

El estudio realizado se ubica en el Nivel II, además se considera como descriptivo, cualitativo, utilizando muestreo no probabilístico y por cuota durante un mes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Que el paciente estuviera seguro de su interacción con el personal de enfermería.
- Edad de 18 a 70 años de edad.
- Conscientes.
- Posoperados de cirugía electiva en el turno matutino y vespertino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Menores de 18 años, y mayores de 70 años.
- Pacientes alterados de la consciencia de acuerdo a la escala de Glasgow.
- Médicos, enfermeras y otro personal que labora en la institución y que estuvieran internados como pacientes.
- Posoperados de cirugía de urgencia.
- Con alteración auditiva (hipoacusia bilateral).
- Pacientes con complicaciones postoperatorias durante la aplicación de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que participaron en la prueba del instrumento.
- Pacientes que no concluyeran la encuesta.
- El paciente que reunió los requisitos, pero que por alguna razón ya no pudiera continuar en la encuesta.

PROCESO DE LA RECOLECCION FINAL DE LOS DATOS

Como paso previo a este proceso se realizó la prueba piloto en la misma institución en un periodo de una semana, en nueve pacientes posoperados. Algunas de las características de los encuestados fueron: promedio de edad de 50 años, 66.7% de género femenino y 33.3% del género masculino . En la aplicación de la prueba piloto no se encontraron problemas en cuanto a la construcción y redacción de las preguntas de la encuesta; se les

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Que el paciente estuviera seguro de su interacción con el personal de enfermería.
- Edad de 18 a 70 años de edad.
- Conscientes.
- Posoperados de cirugía electiva en el turno matutino y vespertino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Menores de 18 años, y mayores de 70 años.
- Pacientes alterados de la consciencia de acuerdo a la escala de Glasgow.
- Médicos, enfermeras y otro personal que labora en la institución y que estuvieran internados como pacientes.
- Posoperados de cirugía de urgencia.
- Con alteración auditiva (hipoacusia bilateral).
- Pacientes con complicaciones postoperatorias durante la aplicación de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que participaron en la prueba del instrumento.
- Pacientes que no concluyeran la encuesta.
- El paciente que reunió los requisitos, pero que por alguna razón ya no pudiera continuar en la encuesta.

PROCESO DE LA RECOLECCION FINAL DE LOS DATOS

Como paso previo a este proceso se realizó la prueba piloto en la misma institución en un periodo de una semana, en nueve pacientes posoperados. Algunas de las características de los encuestados fueron: promedio de edad de 50 años, 66.7% de género femenino y 33.3% del género masculino . En la aplicación de la prueba piloto no se encontraron problemas en cuanto a la construcción y redacción de las preguntas de la encuesta; se les

preguntó a los pacientes si detectaron algún problema para la comprensión de las mismas, siendo negativa su respuesta.

Para la recolección final se realizó lo siguiente:

- Se acudió al servicio de quirófano del hospital para obtener los datos de los pacientes posoperados que pudieran ser candidatos para el estudio, para lo cual se elaboró una hoja de concentración de datos del paciente (Anexo N° 1). Y se solicitaron los diarios de cirugías, y el de sala recuperación para identificar a las enfermeras que atendieron a los pacientes (Anexo N° 2).
 - En las salas de hospitalización se obtuvo el número de cama de cada paciente, de los servicios seleccionados.
 - Al tener el número de cama de los pacientes, se verificó que ellos estuvieran dispuestos a participar en la entrevista, ya que en ocasiones los pacientes se encontraban dormidos, desayunando, bañándose o con dolor; por lo cual la entrevista se efectuó hasta que el paciente estuvo en condiciones de realizarla.
 - El primer contacto con los pacientes fue a través de la presentación personal, posteriormente se leyó la introducción del instrumento de recolección de información, y se le preguntó si estaba dispuesto a contestar las preguntas.
 - El número de entrevistas fue muy variado, en ocasiones de una hasta cinco por día.
 - Algunas veces, durante la entrevista, los pacientes solicitaron la participación de la Investigadora en la satisfacción de algunas necesidades, por lo que fue preciso intervenir en el cuidado.
 - La duración de cada entrevista fue de 10 a 15 minutos en promedio.
 - Para la obtención de datos requeridos sobre el personal de enfermería, se acudió a la jefatura de enfermeras, los días viernes de las semanas en que se recolectó la información. Los datos fueron proporcionados por el jefe de enseñanza del departamento citado.
 - La Jefatura de Enfermeras no cuenta con la información del personal de enfermería suplente, por lo que se obtuvieron los datos indirectamente (con compañeras de trabajo).
-

CARACTERISTICAS DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

- I. Se utilizó la Escala de Burns y Grove (Anexo N° 3), traducida del inglés al español, validada y actualmente disponible en el libro de texto The practice of nursing research (1993); se le realizaron adaptaciones puesto que fue diseñada para implementarse en salas de hospitalización; las modificaciones efectuadas para su aplicación en la sala de recuperación fue en el orden de las preguntas, para que fuera más manejable de acuerdo al orden de los objetivos, y se cambió el contenido de dos de ellas. (Anexo N° 4). Cabe mencionar, que la selección de éste instrumento se derivó de la operacionalización de variables descritas en el protocolo.
- II. El cuestionario consta de 18 preguntas cerradas con varias opciones de respuesta, de las que escogerían sólo una.
- III. El cuestionario se dividió en seis secciones:

PERCEPCION DEL PACIENTE		PREFERENCIAS O NECESIDADES DEL PACIENTE	
1ª SECCION COMUNICACION VERBAL	2ª SECCION COMUNICACION NO VERBAL	3ª SECCION COMUNICACION VERBAL	4ª SECCION COMUNICACION NO VERBAL
Preguntas 1 a 5 Indices: 5 - 9 Comunicación deficiente	Preguntas 6 a 9 Indices: 4 - 7 Comunicación deficiente	Preguntas 10 a 12 Indices: 3 - 4 No se establece comunicación	Preguntas 13 - 15 Indices: 3 - 5 No se establece comunicación
10 - 14 Comunicación regular	8 - 11 Comunicación regular	5 - 7 Establece regular comunicación	6 - 8 Establece regular comunicación
15 - 20 Comunicación buena	12 - 16 Comunicación buena	8 - 10 Establece buena comunicación.	9 - 12 Establece buena comunicación.

- 5ª Sección: se integró con las preguntas 16 y 18 que exploran sobre el tema del que les gustaría platicar con la enfermera; y de cómo se sintieron con la comunicación que establecieron con ella.
- 6ª Sección: corresponde a los datos del paciente en cuanto a edad, género, escolaridad y cirugías anteriores.
- Los reactivos se unieron con base al tipo de comunicación que se exploró, descrita en el marco teórico del presente estudio; a) las percepciones del paciente en cuanto a la comunicación verbal y no verbal que experimentó en su interrelación con el personal de enfermería en sala de recuperación; y b) las preferencias o expectativas del paciente sobre ciertas formas de comunicación verbal y no verbal aplicadas por el personal de enfermería en este servicio al relacionarse con él.

PROCESAMIENTO DE INFORMACION

- Los datos se trataron a través de los siguientes métodos estadísticos: Frecuencias, Promedios, Desviación Estándar. Para probar significancia en las diferencias, se utilizaron las pruebas de Chi cuadrada (χ^2), Prueba exacta de Fisher y Kolmogorov-Smirnov, y Coeficiente de Cremér específicamente para la correlación de las preferencias y percepción del paciente sobre la comunicación.
 - Como anteriormente se señala en la descripción del instrumento, se categorizó la comunicación como deficiente, regular y buena, en función a las posibles respuestas del bloque de preguntas que exploran la percepción de la comunicación verbal, no verbal y las preferencias del paciente para establecer dicho proceso.
 - Con el objeto de aumentar las frecuencias en las celdas de baja respuesta y para aplicar las pruebas estadísticas de χ^2 y Kolmogorov-Smirnov, dado que hubo frecuencias muy bajas (incluso de cero) en algunas celdillas, se agruparon las categorías de la comunicación como "no buena" que comprende a la comunicación deficiente y regular; y "buena". La escolaridad de los pacientes se categorizó como "baja" que incluye: primaria incompleta, completa y
-

Secundaria; “media” correspondiente a carrera técnica y comercial; “superior” referente a licenciados en educación primaria y universitaria. La edad de los pacientes se agrupó en “menores de 31 años” y “mayores de 30 años”. Por el número reducido de enfermeras no se presentó la descripción.

- Es importante señalar que para fines de este informe las citas bibliográficas se hicieron con base en el sistema de nombre y año, así como el de orden de mención de los métodos que sugiere Robert A. Day (1994) en su libro “Como escribir y publicar trabajos científicos”. Además, se utilizaron las normas del ICCA.

CONSIDERACIONES ETICO LEGALES:

ETICA: La ética de la investigación no es un conjunto de reglas de etiqueta, ni tampoco una serie de medidas que protejan a los sujetos de los excesos de la ciencia. La ética en la investigación se ocupa más bien de hacer que la ciencia “trabaje” en lo que al hombre le preocupa, en una relación creativa y mutuamente respetuosa, en donde el investigador realice proyectos válidos, los sujetos incluso estén interesados en participar, y la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una atención a la salud efectiva y eficiente.

Los aspectos a vigilar en el proceso de la investigación son:

- Para con los sujetos en estudio:- Consentimiento informado
 - Población vulnerable.
 - Garantizar privacidad y confidencialidad.
 - Para con la sociedad: - Información pronta y expedita de resultados.
 - Con los demás investigadores: - Evitar engaños, fraudes y plagios.
 - Publicación completa y sin errores.
 - Uso adecuado de los métodos estadísticos.
 - Bajo los reglamentos establecidos: - De los Códigos Internacionales de Etica de la Investigación.
 - De acuerdo a la Ley Estatal de Salud del Estado de San Luis Potosí.
 - Informar los resultados de la investigación a las autoridades correspondientes.
-

RESULTADOS

Los datos obtenidos se presentan a través de cuadros organizados en cinco categorías:

1. Características de los pacientes quirúrgicos: edad, género, escolaridad, experiencias quirúrgicas previas.
 2. Características de las enfermeras en sala de recuperación: edad, preparación académica y experiencia profesional.
 3. Percepción sobre la comunicación verbal y no verbal en función a las características propias del paciente.
 4. Percepción del paciente sobre la comunicación verbal y no verbal relacionada a las características de las enfermeras.
 5. Percepción y preferencias o expectativas del paciente sobre la comunicación verbal y no verbal con las enfermeras.
-

1.- CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS

CUADRO N° 1

GENERO Y EDAD DE LOS PACIENTES
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE.
MAYO 1998

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< - 21	2	4.8	0	0.0	2	4.0
21 - 30	6	14.3	0	0.0	6	12.0
31 - 40	17	40.7	3	37.5	20	40.0
41 - 50	9	21.4	2	25.0	11	22.0
51 - 60	5	11.9	0	0.0	5	10.0
61 - 70	3	7.1	3	37.5	6	12.0
TOTAL	42	100.0	8	100.0	50	100.0

FUENTE: Cédulas de entrevista.

$$\bar{X} = 41.4 \quad D.E. = 13.29$$

El rango de edad es de 18 a 70 años, con una mayor frecuencia de los pacientes de 31 a 40 años, del género femenino 40.5 %, y masculino 37.5 %; presentan un promedio de 41 años y una desviación estándar de 13.29 años para el total.

CUADRO N° 2

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
 MAYO DE 1998

ESCOLARIDAD	N°	%
Primaria incompleta	5	10.0
Primaria completa	3	6.0
Secundaria	4	8.0
Comercial o Técnica	10	20.0
Preparatoria	4	8.0
Lic. en educación primaria	16	32.0
Carrera Universitaria	8	16.0
TOTAL	50	100.0

FUENTE: Cédulas de entrevista.

En relación a la escolaridad de los pacientes, se encontró el 32% con Licenciatura en educación primaria, con carrera comercial o técnica el 20% y carrera universitaria el 16%. Los pacientes con primaria incompleta comprenden sólo el 10%.

CUADRO N° 3

EXPERIENCIAS QUIRURGICAS PREVIAS Y GENERO DE LOS PACIENTES
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998

CIRUGIAS ANTERIORES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	27	64.3	4	50.0	31	62.0
No	15	35.7	4	50.0	19	38.0
TOTAL	42	100.0	8	100.0	50	100.0

FUENTE: Cédulas de entrevista.

Fisher: P=0.87 (NS)

El 62% del total de los pacientes refirieron experiencias previas de procedimientos quirúrgicos, de ellos el 64.3% de las pacientes femeninas y el 50% de los pacientes masculinos manifestaron la existencia de cirugías anteriores.

2.- CARACTERISTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE SALA DE RECUPERACION

CUADRO N° 4

EDAD DE LAS ENFERMERAS QUE ATENDIEROS
 A LOS PACIENTES
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
 MAYO 1998

EDAD	N°	%
< 26	3	27.3
26 – 30	1	9.1
31 – 35	1	9.1
36 – 40	6	54.5
TOTAL	11	100

FUENTE: Archivo Jefatura de Enfermeras ISSSTE.

$$\bar{X} = 33.2 \quad D.E. = 6.17$$

El total de las enfermeras que fueron 11. El rango de edad se encuentra entre los 23 y 40 años, con un predominio del grupo de 36 a 40 , un promedio de 33.2 años y una desviación estándar de 6.17 años.

CUADRO N° 5

**PREPARACION ACADEMICA DE LAS ENFERMERAS
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
 MAYO 1998**

PREPARACION ACADEMICA	N°	%
Auxiliar de Enfermería	4	36.3
Técnica en Enfermería	2	18.2
Enfermera General	5	44.5
TOTAL	11	100

FUENTE: Archivo Jefatura de Enfermeras.

En relación con la preparación académica del personal que tuvo comunicación con los pacientes en sala de recuperación, se destacó que el 44.5% son enfermeras generales, muy similar a las auxiliares de enfermería con el 36.3%.

CUADRO N° 6

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998**

EXPERIENCIA PROFESIONAL	N°	%
< 7	5	45.4
7 - 11	3	27.3
12 - 16	3	27.3
TOTAL	11	100

FUENTE: Archivo Jefatura de Enfermeras.

La experiencia profesional del personal de enfermería en el servicio, se encontró dentro de un rango de 1 a 16 años de ejercicio profesional. La mayoría que es el 45.4% tienen menos de 7 años de experiencia, el 27.3% de las enfermeras cuentan con experiencia de 7 a 11 años, y en la misma proporción de 12 a 16 años.

3.- PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACION VERBAL Y NO VERBAL SEGUN SUS CARACTERISTICAS

CUADRO N° 7

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACION VERBAL, SEGUN GENERO
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998

COMUNICACION	FEMENINO		MASCULINO	
	N°	%	N°	%
No buena	23	54.8	3	37.5
Buena	19	45.2	5	62.5
TOTAL	42	100	8	100

FUENTE: Cédulas de entrevista.

Fisher: P = 0.31 (NS)

El 54.8% de las pacientes del género femenino percibieron a la comunicación con el personal de enfermería como no buena; el 62.5% de los pacientes del género masculino refirió percibir una buena comunicación, sin embargo, la diferencia por género no es estadísticamente significativa en base a la probabilidad exacta de Fisher: P=0.31.

CUADRO N° 8

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION VERBAL SEGUN SU EDAD
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998.

COMUNICACION	18 - 30		31 - 70	
	N°	%	N°	%
No buena	5	62.5	21	50.0
Buena	3	37.5	21	50.0
TOTAL	8	100	42	100

FUENTE: Cédulas entrevista.

Fisher: P = 0.40 (N S)

El cuadro muestra que el 62.5% de los pacientes menores de 30 años percibieron una comunicación no buena de parte del personal de enfermería de sala de recuperación. El 50% de los pacientes mayores de 31 años de edad la percibieron como buena y el otro 50% como no buena. No se encontró significancia en la diferencia.

CUADRO N° 9

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION VERBAL SEGUN SU
 ESCOLARIDAD HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
 MAYO 1998

ESCOLARIDAD	BAJA		MEDIA		SUPERIOR	
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	0	0.0	2	14.2	2	8.3
Regular	5	41.6	7	50.0	10	41.7
Buena	7	58.4	5	35.8	12	50.0
TOTAL	12	100.0	14	100.0	24	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista.

$$\chi^2 = 2.511 \quad P > 0.70 \text{ (N.S.)}$$

Ninguno de los pacientes con baja escolaridad, percibió como deficiente la comunicación verbal, el 58.4% la percibió como buena. El 50% de los pacientes con educación media señalaron percibir una regular comunicación enfermera-paciente. El 50% de los paciente con educación superior manifestaron una buena comunicación verbal. No se encontró significancia estadística en las diferencias observadas.

CUADRO N° 10

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACION VERBAL
 SEGUN EXPERIENCIAS QUIRURGICAS PREVIAS
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 1998

EXPER. PREVIA	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	2	6.4	2	10.5	4	8.0
Regular	15	48.4	7	36.9	22	44.0
Buena	14	45.2	10	52.6	24	48.0
TOTAL	31	100.0	19	100.0	50	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista.

$$\chi^2 = 0.738; \quad P > 0.50 \text{ (NS)}$$

El 48.4% de los pacientes con experiencia previa al procedimiento quirúrgico que los mantuvo encamados en el momento de la aplicación de la entrevista manifestó haber percibido una regular comunicación. El 45.2% como buena y el 6.4% deficiente. El 52.6% de los pacientes sin experiencias previas, expresaron que la comunicación fue buena, un 36,9% regular y sólo el 10.5% deficiente. No hay significancia estadística en las diferencias.

CUADRO N° 11

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION NO VERBAL
SEGUN GENERO
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998

COMUNICACION NO VERBAL	FEMENINO		MASCULINO	
	N°	%	N°	%
No buena	6	75.0	24	57.1
Buena	2	25.0	18	42.9
TOTAL	8	100.0	42	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista.

Fisher: P = 0.30 (N S)

Los datos que se observan en el cuadro anterior muestran que el 75% de los pacientes del género femenino, y el 57.1% de las pacientes del género masculino manifestaron percibir a la comunicación no verbal como no buena, sin que se presente significancia estadística en esta diferencia.

CUADRO N° 12

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION NO VERBAL
 SEGUN SU EDAD
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
 MAYO 1998

EDAD	< 21		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70	
Percepción Comunicación	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No buena	1	50.0	6	100	6	30.0	8	72.7	4	80.0	5	83.3
Buena	1	50.0	0	0.0	14	70.0	3	27.3	1	20.0	1	16.7
TOTAL	2	100	6	100	20	100	11	100	5	100	6	100

FUENTE: Cédulas entrevistas.

K.S.: D.M.=0.3166; P>0.15 (NS)

El 100% de los pacientes de 21 a 30 años de edad, el 83.3% de los pacientes de 61 a 70, el 80% de los pacientes de 51 a 60 años, el 72.7% de los paciente de 41 a 50 años percibieron a la comunicación no verbal como no buena; el 70% de los pacientes de 31 a 40 años expresó que la comunicación fue buena; y los pacientes menores de 21 años manifestaron en el 50% que la comunicación no verbal fue no buena y en la misma proporción como buena. La probabilidad de error al aceptar que las diferencias observadas son significativas, según la prueba de Kolmogorov Smirnov, es mayor del 15%. Por lo que se acepta que la edad no es una variable que condicione las respuestas sobre la percepción en la comunicación no verbal.

CUADRO N° 13

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION NO VERBAL
SEGUN ESCOLARIDAD HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998

COMUNICACION	BAJA		MEDIA		SUPERIOR	
	N°	%	N°	%	N°	%
No buena	8	66.6	8	57.1	14	56.3
Buena	4	33.4	6	42.9	10	41.7
TOTAL	12	100.0	14	100.0	24	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista.

$$\chi^2 = 0.298 \text{ P} > 90 \text{ (NS)}$$

Se observa un 66.6% de los pacientes con menor escolaridad, el 57.1% con media y el 56.3% con escolaridad superior refirieron percibir como no buena la comunicación. En los hallazgos la escolaridad no tiene una asociación significativa con la percepción de la comunicación.

CUADRO N° 14

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACION NO VERBAL SEGUN
SUS EXPERIENCIAS PREVIAS HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998

COMUNICACION	SI		NO	
	N°	%	N°	%
No buena	17	54.8	13	68.4
Buena	14	45.2	6	31.6
TOTAL	31	100.0	19	100.9

FUENTE: Cédulas entrevista.

$$\chi^2 = 0.905 \text{ P} > 50$$

El 68.4% de los pacientes sin experiencia de cirugías anteriores , y el 54.8% con experiencia percibieron la comunicación como no buena. Estos datos no tienen significancia estadística.

4.- PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACION VERBAL Y NO VERBAL RELACIONADA A LAS CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMERAS

CUADRO N° 15

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION VERBAL SEGUN EDAD DE LAS ENFERMERAS HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
MAYO 1998

COMUNICACIÓN	< - 26		26 - 30		31 - 35		36 - 40	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No buena	7	50.0	2	100.0	4	66.7	13	46.4
Buena	7	50.0	0	0.0	2	33.3	15	53.6
TOTAL	14	100.0	2	100.0	6	100.0	28	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista. Archivo Jefatura de Enfermeras.

K.S.: D.M.=0.1250; P>0.20 (NS)

La percepción expresada por los pacientes en relación a la comunicación de las enfermeras según el grupo de edad fue: el 100% de los pacientes indicaron que la comunicación del grupo entre 26 a 30 años de edad fue no buena. El 66.7% consideraron que en las enfermeras de 31 a 35 años también predominó la no buena. El 53.6% expresó que en el grupo de 36 a 40 años la comunicación fue buena. No hay significancia estadística en diferencias observadas.

CUADRO N° 16

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION VERBAL SEGUN PREPARACION
ACADEMICA DE LA ENFERMERA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 1998

Comunicación No verbal	Auxiliar de Enfermería		Técnico en Enfermería		Enfermera General	
	N°	%	N°	%	N°	%
No buena	8	44.5	4	100.0	14	50.0
Buena	10	55.5	0	0.0	14	50.0
TOTAL	18	100.0	4	100.0	28	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista. Archivo Jefatura de Enfermeras.

$$\chi^2 = 5.21; < 0.05 P < 0.10$$

El 100% afirmó que las técnicas en enfermería tuvieron una comunicación no buena. El 55.5% de los pacientes percibió como buena la comunicación no verbal de las auxiliares de enfermería. Respecto a la comunicación de las enfermeras generales el 50% señaló que fue buena y el otro 50% la consideró no buena. Hay una significancia estadística menor al 10%, lo que indica una tendencia hacia una percepción "no buena" de la comunicación de las técnicas en Enfermería, en relación con las demás. En un análisis por separado, al comparar las Auxiliares con las Técnicas el valor de $P = 0.07$ y a las Enfermeras Generales con las Técnicas el valor de $P = 0.08$, ambas mediante la distribución hipergeométrica de la probabilidad, confirman la tendencia que se comenta.

CUADRO N° 17

PERCEPCION DE LA COMUNICACION VERBAL EN RELACION
A EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 19998

Percepción Comunicación	< - 7		7 - 11		12 - 16	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	2	9.5	1	14.2	1	4.5
Regular	10	47.6	3	42.9	9	41.0
Buena	9	42.9	3	42.9	12	54.5
TOTAL	21	100.0	7	100.0	22	100.0

FUENTE: Cédulas entrevistas. Archivo Jefatura de Enfermería.

$$\chi^2 = 1.198; \quad P > 0.50 \text{ (NS)}$$

La comunicación verbal percibida por los pacientes de las enfermeras con menos de 7 años de experiencia fue regular en el 47.6%; 42.9% como buena y 9.5% deficiente. De las enfermeras con 7 a 11 años de experiencia profesional los pacientes percibieron en la misma proporción 42.9% una comunicación buena y regular.

En cuanto a las enfermeras con mas años de experiencia (12 a 16 años), el 54.5% de los pacientes refirieron una buena comunicación, 41% regular y sólo el 4.5% expresó que fue deficiente. No hay significancia estadística para las diferencias.

CUADRO N° 18

PERCEPCION DEL PACIENTE DE LA COMUNICACION NO VERBAL SEGUN
 EDAD DE LA ENFERMERA
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 1998

Comunicación No verbal	< 30 AÑOS		> 31 AÑOS	
	Nº	%	Nº	%
No buena	9	56.2	21	61.8
Buena	7	43.8	13	38.2
TOTAL	16	100.0	34	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista. Archivo Jefatura de Enfermeras.

$$\chi^2 = 0.138; \quad P > 70$$

El 56.2% de los pacientes percibió una no buena comunicación de las enfermeras menores de 30 años de edad, y buena en el 43.8%. El 61.8% de los pacientes expresaron una no buena comunicación de las enfermeras mayores de 31 años de edad. No hay significancia estadística en estas diferencias.

CUADRO N° 19

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE COMUNICACION NO VERBAL
 SEGUN PREPARACION ACADEMICA DE LA ENFERMERA
 HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 1998

Comunicación	Auxiliar de Enfermería		Técnico en Enfermería		Enfermera General	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No verbal						
No buena	8	44.5	3	75.0	19	67.9
Buena	10	55.5	1	25.0	9	32.1
TOTAL	18	100.0	4	100.0	28	100.0

FUENTE: Cédulas entrevista. Archivo Jefatura de Enfermeras.

$$\chi^2 = 2.910 \text{ P} > 30$$

El 75% de los pacientes cuidados por técnicas en enfermería percibieron la comunicación no verbal como no buena, así como el 67.9% de los que fueron atendidos por enfermeras generales. Y el 55.5% de los pacientes percibieron buena la comunicación no verbal de las auxiliares de enfermería. No hay significancia en las diferencias encontradas.

CUADRO N° 20

PERCEPCION DE LA COMUNICACION NO VERBAL EN RELACION
A EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 19998

Percepción Comunicación	< - 7		7 - 11		12 - 16	
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	3	13.6	1	16.7	0	0.0
Regular	12	54.5	2	33.3	12	54.5
Buena	7	31.9	3	50.0	10	45.5
TOTAL	22	100.0	6	100.0	22	100.0

FUENTE: Cédulas entrevistas. Archivo Jefatura de Enfermería.

$$\chi^2 = 4.336; \quad 0.30 > P < 0.40 \text{ (NS)}$$

La percepción del paciente sobre la comunicación no verbal de las enfermeras con menos de siete años de experiencia fue regular en el 54.5%; el 50% de los pacientes que tuvieron relación con las enfermeras con experiencia profesional de 7 a 11 años percibieron la comunicación como buena; y el 54.5% de los pacientes manifestaron que fue regular con las enfermeras de 12 a 16 años de experiencia.

5.- PERCEPCION Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACION VERBAL Y NO VERBAL

CUADRO Nº 21

PERCEPCION DE LOS PACIENTES SOBRE COMUNICACION VERBAL Y SU PREFERENCIA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 1998

-PREFERENCIAS PERCEPCIÓN	Deficiente		Regular		Buena		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	0	0.0	1	2.0	3	6.0	4	8.0
Regular	0	0.0	0	0.0	22	44.0	22	44.0
Buena	0	0.0	0	0.0	24	48.0	24	48.0
TOTAL	0	0.0	1	2.0	49	98.0	50	100.0

FUENTE: Cédulas Entrevista.

Al correlacionar la percepción con las preferencias de los pacientes participantes sobre la comunicación verbal se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 48% del total de los pacientes percibieron una buena comunicación verbal, el 44% regular y sólo el 8% deficiente.
- En cuanto a las preferencias o expectativas de los pacientes, el 98% expresó que le gustaría establecer una buena comunicación y únicamente el 2% (correspondiente a un paciente) la prefiere que sea regular, mismo que percibió la comunicación como “deficiente”. Y, evidentemente, ninguno desea una “deficiente” comunicación.
- Al analizar estos hallazgos, se buscó aplicar respaldo probabilístico a lo siguiente:
 - La significancia en las diferencias observadas entre los 49 pacientes que prefieren buena comunicación y la forma en que la perciben: $\chi^2 = 16.449$; $P < 0.01$, lo cual señala que la percepción de la comunicación difiere significativamente entre aquellos pacientes que la prefieren “buena”, debido a que solo 3 pacientes la percibieron “deficiente”.
 - La percepción “buena” y “regular” de los 46 pacientes que prefieren “buena” comunicación, no difiere significativamente: $Z = 0.590$; $P = 0.55$.
 - El hecho de que solo un paciente manifieste preferir una comunicación “regular” es de una alta significancia estadística (Binomial: $P < 0.001$), y se puede traducir, que ese paciente en particular manifiesta una preferencia que se sale por completo del comportamiento observado en los pacientes estudiados.

CUADRO N° 22

PERCEPCION DE LOS PACIENTES SOBRE COMUNICACION
NO VERBAL Y SU PREFERENCIA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE MAYO 1998

PREFERENCIAS PERCEPCION	Deficiente		Regular		Buena		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	2	4.0	2	4.0	0	0.0	4	8.0
Regular	0	0.0	4	8.0	22	44.0	26	52.0
Buena	0	0.0	0	0.0	20	40.0	20	40.0
TOTAL	2	4.0	6	12.0	42	84.0	50	100.0

FUENTE: Cédulas Entrevistas.

$$\chi^2 = 22.812; \quad P < 0.001; \quad \text{Coeficiente de Crámer: } C = 0.48$$

En la correlación entre percepciones y preferencias de los pacientes en relación con la comunicación no verbal se identificó lo siguiente:

- La mayoría de los pacientes el 52% percibieron una regular comunicación no verbal, el 40% buena y únicamente el 8% deficiente.
- En cuanto a las preferencias o expectativas del paciente, el 84% prefiere que la comunicación no verbal sea buena, el 12% regular y 4% deficiente.

HALLAZGOS ADICIONALES, QUE NO ESTABAN CONTEMPLADOS EN LOS OBJETIVOS

En el cuestionario aplicado a los pacientes en sus primeras 24 horas de posoperados se les preguntó de qué le gustaría hablar con la enfermera, y contestaron lo siguiente:

En su mayoría, el 90% les agradaría conversar sobre sus dudas, el 70% de su recuperación, 21,68% de su tratamiento, el 52% sobre su enfermedad, y en menor porcentaje sobre la vida en general y su familia.

El 90% de los pacientes entrevistados consideró que la comunicación establecida con el personal de enfermería, le ayudó de alguna manera; siendo el 75% de éste del género masculino, y sólo el 10% del total de los pacientes manifestó lo contrario.

En cuanto a la respuesta dada a la pregunta sobre sus sentimientos ante la comunicación que estableció con la enfermera en sala de recuperación, la mayoría de los pacientes el 64% contestaron que se sintieron tranquilos, el 46% seguros y el 34% respetados como personas.

DISCUSION

Los resultados se analizaron con base en los objetivos, hipótesis, contextos histórico, empírico, y marco teórico de este trabajo. Este análisis se presenta bajo el orden de los objetivos.

1. Al utilizar la Probabilidad Exacta de Fisher no se encontró significancia estadística en cuanto a la percepción que tiene el paciente de la comunicación verbal y no verbal con respecto al género, (Cuadros N° 7 y 11).

Aunque, los papeles de masculino y femenino se consideran distintos, el efecto del género sobre la comunicación es muy marcado; uno de los resultados del presente estudio es que un mayor porcentaje de los pacientes del género femenino percibió la comunicación verbal como no buena, y un mayor porcentaje del género masculino la percibió como buena. Al respecto Henderson (1988), refiere que el género constituye una barrera para la comunicación, y cuando son del mismo genero paciente y enfermera, la barrera disminuye.

Los resultados del presente estudio no coinciden con lo expuesto por Henderson, ya que al parecer tal característica actuó como barrera para el establecimiento de la comunicación con la enfermera en sala de recuperación; dado que el 84% de los pacientes correspondió al género femenino.

En relación con la edad de los pacientes el grupo que predomina fue el ubicado en el rango de 31 a 40 años (Cuadro N° 8); la Prueba Exacta de Fisher indicó ausencia de significancia estadística sobre la percepción que el paciente tiene de la comunicación verbal con respecto a su edad. Durante el proceso de recolección de la información se identificó que lo pacientes de la tercera edad aparentemente aceptan la comunicación que les proporciona el personal de enfermería como se les da, disculpándolas por la carga de trabajo que ellas tienen.

Para la comunicación no verbal se utilizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, de igual manera no hubo significancia estadística.

Estos resultados probablemente permiten inferir, que independientemente de la edad de los pacientes, el personal de enfermería debe ser capaz de establecer comunicación con ellos; de atender a una persona anciana con problema de demencia senil, a un niño que no pueda utilizar la comunicación verbal; a un adolescente que busca su identidad o a un recién nacido; estos son algunos ejemplos en donde la enfermera pone en juego sus conocimientos sobre comunicación. Travelbee autora de una de las teorías de Enfermería, afirma que la comunicación es el proceso de establecer una relación con el paciente para ayudarlo en su enfermedad; por lo que éste personal debe interactuar con los individuos para establecer entre sí una comunicación verbal y no verbal.

Respecto a la escolaridad y la percepción del paciente sobre la comunicación verbal y no verbal, no se encontró asociación estadísticamente significativa a través de la prueba de χ^2 o también llamada *chi cuadrada*. (Cuadro N° 9 y 13). Este resultado puede contrastarse a través de la práctica cotidiana, en donde se observa que una de las principales barreras socioculturales en la comunicación enfermera-paciente es la escolaridad. Los pacientes con mayor preparación académica, demandan que la comunicación mejore; en contraste con los pacientes de menor escolaridad, que posiblemente reciben lo que se les proporciona sin protestar.

Kureshi y Col. (1995), publicaron un estudio que conjunta el alfabetismo, tipo de intervención quirúrgica, experiencias previas de cirugía y nacionalidad del paciente con la ansiedad preoperatoria; encontrándose que se relacionan significativamente; ya que el contar con buena educación, cirugía menor, experiencia en procedimientos anteriores y el ser estadounidenses, disminuía la ansiedad, y la recuperación era más rápida.

En las instituciones de salud en el mundo, como lo describe Cook (1993), el idioma, acento o indicadores de la clase social y el vocabulario especializado de la medicina constituyen un obstáculo para la comunicación; esto es apoyado también por la investigación llevada a cabo por Apse (1985), los resultados que se obtuvieron indicaron que los pacientes entendieron entre el 51 y 75% de los términos clínicos utilizados por el personal de enfermería (Kozier, 1993).

Al utilizar χ^2 , no se encontró significancia en cuanto a la percepción del paciente sobre la comunicación verbal y no verbal y sus experiencias quirúrgicas previas. Así mismo un mayor porcentaje de los pacientes que no tuvieron experiencias previas, señalaron la comunicación como no buena (Cuadro N° 14); lo anterior posiblemente se relaciona con lo que menciona King, quien indica que la percepción es la representación de cada persona sobre la realidad, y que ésta se relaciona con las experiencias anteriores. Esto también se apoya en lo que menciona Cook (1993), la comunicación es una actividad individual; quien se comunica plasma sus actitudes, creencias, valores y prejuicios, formados por su experiencia y antecedentes sociales.

Cabe señalar que de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica se encontró que la mayoría corresponde a la clasificada como cirugía mayor. Por lo que el paciente posiblemente puede presentar ansiedad; con un grado leve de ésta, él es capaz de concentrar sus energías en la mayor parte de lo que sucede; si la ansiedad es moderada, el paciente tiene capacidad limitada para concentrarse en lo que acontece y tiende a distorsionar la realidad; cuando es grave, el paciente no puede concentrar sus energías en los eventos que ocurren y, por lo tanto, no es capaz de reaccionar con eficiencia para resolver problemas o tomar decisiones. Puesto que el proceso eficaz de enfermería exige que tanto ella como el paciente sean capaces de concentrarse en lo que realmente sucede, es de vital importancia controlar la ansiedad durante el proceso de comunicación. (Leddy, 1989). (AUNQUE AQUÍ NO SE MIDió ANSIEDAD, NI ERA EL OBJETIVO). El nivel de ansiedad no medido en este estudio, pudo ser una barrera psicológica para percibir la comunicación de manera objetiva.

Además se encontró una paciente posoperada de resección intestinal por cáncer en cólon, la cual no aceptó la entrevista y desde que fue intervenida quirúrgicamente se negaba a hablar con cualquier persona.

Por lo antes descrito se considera que el primer objetivo de éste estudio se cumplió de acuerdo a las expectativas.

Se rechaza H_0 o la llamada "hipótesis de nulidad", ya que se concluye que no difiere la percepción que tiene el paciente quirúrgico con relación a género, edad, escolaridad y experiencias previas, respecto a la comunicación verbal y no verbal con la enfermera en sala de recuperación.

2. Al buscar la relación entre la percepción del paciente y la comunicación verbal y no verbal según la *edad* del personal de enfermería de sala de recuperación, se procedió en primer lugar a utilizar la prueba estadística de *Kolmogorov-Smirnov*. Para buscar la asociación específicamente con la forma no verbal, se aplicó *chi cuadrada*, ambos métodos indicaron ausencia de significancia estadística. En cuanto a lo que percibió el paciente sobre la comunicación verbal según la *preparación académica* del personal de enfermería se aplicó χ^2 , obteniéndose una $P < 0.10$, lo que señala una significancia estadística del 10%. Sin embargo, al buscar la relación según la edad del personal de enfermería y la percepción del paciente de la comunicación no verbal, no hubo asociación.

Es importante señalar que la edad de la mayoría de los pacientes, coincide con el grupo de edad de las enfermeras; y que el 50% de los pacientes percibieron de las enfermeras mayores de 31 a 40 años la comunicación verbal como buena y el otro porcentaje como no buena (Cuadro N° 15). Henderson (1988), menciona que "hay etapas del desarrollo más o menos relacionadas con la edad, en que la comunicación es más fácil con sus contemporáneos que con otras personas de mayor o menor edad". Probablemente las enfermeras que los atendieron se identifique más con los pacientes de su misma edad, y se les facilite establecer una mejor comunicación.

Otro aspecto importante es la percepción del paciente sobre la comunicación verbal según preparación académica de la enfermera que lo atendió, los cuales manifestaron en el 100% percibir a la comunicación como no buena de las técnicas en enfermería, así como el 55.5% de las auxiliares de enfermería y el 50% de las enfermeras generales. Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrada se encuentra una significancia estadística menor al 10%, indicando una tendencia hacia una percepción no buena de la comunicación de parte de las técnicas en enfermería. En cuanto a la comunicación no verbal, el 75% los pacientes manifestaron que ésta fue no buena de parte de las técnicas en enfermería y el 67.9% de las enfermeras generales. Aquí no se encontró significancia estadística.

El estudio de Stetler (1977), coincide con el resultado de la presente investigación ya que relacionó la percepción de los pacientes sobre la comunicación, con la edad y preparación profesional del personal de enfermería; el reporte del autor citado fue que no hubo una relación significativa entre la comunicación verbal con las características del personal de enfermería antes mencionadas.

Wiendenbach, indica que el personal de enfermería debe tener la capacidad de expresión de pensamiento y sentimientos para transmitir a su paciente un mensaje o para provocar una determinada respuesta. *Esto invita a reflexionar sobre cómo se le prepara al personal de enfermería para que adquiera la capacidad de comunicarse con el paciente, de establecer una relación de empatía y de ser capaz de ayudarlo a satisfacer sus necesidades de comunicación.*

Se considera que el segundo objetivo de este estudio se logró con lo anteriormente expuesto.

Se decide el rechazo de Ho, ya que no difiere la percepción que tiene el paciente en relación a la comunicación verbal y no verbal durante su estancia en sala de recuperación en

función con las características de edad, preparación académica y experiencia profesional del personal de enfermería.

3. *En cuanto a las expectativas del paciente sobre la comunicación verbal, estas están muy por encima de lo percibido, ya que los datos indican que reciben el cincuenta por ciento de lo que esperan y prefieren (Cuadro N° 21).* Se infiere que los pacientes tienen expectativas acerca de la relación de ayuda; son capaces de identificar y de hacer afirmaciones precisas acerca de sus necesidades y del tratamiento que ellos creen que mejor les puede ayudar a conseguir los cambios deseados.

Es importante señalar que la comunicación se considera como parte del comportamiento humano; Henderson en su teoría habla de 14 necesidades básicas del paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, entre estas se encuentra la de comunicarse con los demás, expresando las emociones, temores u opiniones. Así mismo, Orlando otra de las teóricas en Enfermería señala, que la responsabilidad de la enfermera es verificar que las necesidades del paciente sean satisfechas.

Lo concerniente a las preferencias del paciente sobre la comunicación no verbal, es similar a lo que sucede con la verbal (Cuadro N° 22), ya que se percibió que sólo el 50% de sus expectativas se cumplió. Sobre todo los pacientes del sexo masculino refirieron que les gustaría que el personal de enfermería esté atento a sus necesidades emocionales, ya que en el pre y posoperatorio se encuentran con ansiedad y angustia. Aunque aquí es importante señalar que el paciente en el cien por ciento *no prefiere que sea buena la comunicación no verbal*, específicamente a través del contacto físico, ya que algunos contestaron que no les agrada el que la enfermera los toque frecuentemente, sino, sólo algunas veces.

La correlación encontrada, a partir del coeficiente de Crámer $C= 0.48$, indica la tendencia en el sentido de que a mejor percepción de la comunicación no verbal, se desea tener también una mejor relación con la enfermera con respecto a la comunicación no verbal.

Esto probablemente se deba a patrones culturales como lo menciona Cook (1993), pero es el mejor medio para iniciar la comunicación, el tocar es la forma en que la enfermera personaliza el inicio de la relación enfermera-paciente; sin embargo ésta debe conocer los sentimientos del individuo para no infringir su derecho de no ser tocado. En la comunicación terapéutica, el tocar significa poner una mano en el hombro o mano del paciente para confortar o inspirar confianza.

Por lo anterior, es importante saber explorar cuando el personal de enfermería debe tocar al paciente; el reporte de Davidhizar (1997), indica que los profesionales del cuidado de la salud creen en los componentes no verbales de la comunicación, y el gran significado del papel que pueden jugar los factores de: *distancia, espacio y palpar en la relación terapéutica*.

Los pacientes incluidos en el presente estudio, manifestaron que les agradaría hablar con la enfermera sobre todo de su enfermedad, tratamiento, recuperación y sus dudas; así como de la vida en general, su familia y sobre sí mismo. Estas necesidades expresadas por los pacientes fueron consideradas por Kozier (1993) al sugerir que en la práctica de enfermería se implican tres tipos de comunicación: *Social*, es la no planeada, llevada a cabo en un ambiente informal; *estructurada*, que se refiere a un contenido planeado y definido; *terapéutica*, que se define como un proceso de ayuda, para entenderse con otras personas.

La comunicación social le ayuda al paciente a hablar sobre sí mismo de una manera simple y amistosa; le permite relacionarse sin obstáculos, sintiéndose menos solo; la terapéutica se establece cuando el paciente comparte con la enfermera sus sentimientos y pensamientos acerca de su padecimiento.

Otro aspecto importante señalado por los pacientes fue el haber experimentado sentimientos de *tranquilidad, seguridad y respeto como persona*; lo cual indica que de

alguna manera el personal de enfermería trata de cumplir con su propósitos de ayuda para satisfacer las necesidades del paciente

Leddy y Pepper (1989) indican que, algunas de las características más importantes que deben poseer los comunicadores eficientes son la capacidad de simpatizar, mostrar respeto y reaccionar sinceramente. Y el proceso para alcanzar lo anterior representa un principio en el cual puede basarse la comunicación durante la fase de ayuda; por lo que se requiere: empatía, respeto y autenticidad. El respeto es esencial en la relación enfermera-paciente, y se demuestra al aceptar al paciente tal como es. La autenticidad se refiere a la honradez y sinceridad en el establecimiento de ésta relación. **En función de lo anterior , se alcanzó el tercer objetivo de esta investigación.**

CONCLUSIONES

Las responsabilidades incluidas en la práctica profesional de la Enfermería son muchas, mismas que se consideran importantes, desgastantes, penosas y consumidoras de tiempo. Además, se espera que la enfermera esté capacitada para afrontarlas y aceptarlas, en este sentido, es determinante la formación profesional dentro de un marco de referencia que facilite la introyección de la teoría de la comunicación y la utilización de técnicas específicas para relacionarse mejor con los demás y administrar el cuidado de enfermería adecuadamente.

- No se encontraron diferencias en la percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre la comunicación verbal y no verbal con la enfermera de sala de recuperación según las características del paciente seleccionadas en esta investigación. Por lo que se puede concluir que éstas no influyen en el establecimiento de la comunicación. Y que la relación de ayuda enfermera-paciente debe establecerse independientemente de la etapa del ciclo de vida, el género, escolaridad y experiencias quirúrgicas previas del paciente.
- Al no encontrar diferencias entre la percepción del paciente sobre la comunicación verbal y no verbal relacionada con la edad, preparación académica y experiencia profesional de las enfermeras que los atendieron. Permite plantear las siguientes interrogantes: ¿ la comunicación que se da es espontánea ?, ¿ es ésta la enfermería que predominará en el Siglo XXI ?, ¿ la comunicación que la enfermera establece con el paciente es por intuición o por prueba y error ?, ¿ Porque la preparación del personal de enfermería aparentemente no se refleja en la percepción que expresaron los pacientes que intervinieron en el presente estudio?.
- El profesional de enfermería necesita ampliar los conocimientos y experiencias previas sobre técnicas de la comunicación ya que son factores importantes que influyen en este proceso con los pacientes; mientras, más amplia sea la experiencia en las técnicas mencionadas con la que puede contar la enfermera, se le facilitará entender los mensajes que el paciente desea

transmitir. Las áreas de ampliación entre las que se encuentran las del conocimiento, inclusive la instrucción general, las humanidades y las ciencias son de gran valor para la enfermera actual. Además, requiere información acerca de los sucesos diarios locales, nacionales e internacionales para poder sostener una comunicación con un grupo de pacientes cuyo interés puede variar desde los deportes hasta las artes, y de los “chismes” sociales, hasta la ciencia nuclear. Esto es mencionado por Henderson (1988), al indicar que el grado en que las enfermeras, hayan vivido o tomado por sí mismas decisiones en su propia vida influye sobre el grado de éxito que es factible que logren en la comunicación con su mismo grupo de edad o con otros. También, se puede señalar que la experiencia a través de escuchar, observar y leer acerca de las reacciones de los demás, ayuda enormemente a la capacidad de las enfermeras para crear nexos de comunicación.

- Con frecuencia la *experiencia personal* de la enfermera puede ser empleada útilmente en sus relaciones con los pacientes. Ellos en la mayoría de las ocasiones las buscan por sus consejos, guía, conocimientos y ayuda profesionales, y por lo tanto esperan que una enfermera esté debidamente informada acerca de su disciplina.
 - El nivel de ansiedad como problema potencial de los pacientes quirúrgicos, no medido en este estudio pudo ser una barrera psicológica para percibir la comunicación de manera objetiva.
 - La comunicación no depende de la edad, género u otra condición de las aquí estudiadas, por lo tanto, conviene que el personal de enfermería la establezca con todos los pacientes independientemente de que sean niños, jóvenes, adultos o ancianos; sean hombres o mujeres; que tengan una profesión o sean analfabetas; que hayan tenido o no experiencias quirúrgicas anteriores. Ya que es importante tener en cuenta, que la comunicación es un factor clave para la planificación, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería.
-

- Se cumplieron el objetivo general y los específicos del presente estudio, ya que se precisó como es la percepción que tiene el paciente quirúrgico respecto de la comunicación verbal y no verbal con el personal de enfermería tomando en cuenta las características de ambos.
- En cuanto a las hipótesis, se rechazan al no encontrar significancia estadística.

RECOMENDACIONES

- Enfermería requiere evaluar dentro de un marco teórico su comportamiento ante la comunicación, la eficacia de la misma, el valor de la interacción entre enfermera y paciente, y por consecuencia cambiar, si es necesario las formas de comunicación para que ésta sea de calidad.
 - Recapacitar sobre la actitud que se tiene ante el paciente con ansiedad y angustia, para detectar las llamadas silenciosas y ayudarlo a obtener el equilibrio y tranquilidad que necesita. El proceso de evaluación del comportamiento de las enfermeras no se considera como una debilidad, sino tomarlo como una oportunidad para reconsiderar la actitud ante el paciente.
 - La comunicación constituye un medio tan importante para el proceso de enfermería que los planes de estudio de las instituciones formadoras de personal de enfermería, deben incluir un curso especial del proceso de comunicación, así como el desarrollo de las estrategias de la misma en todos los programas de enfermería, a la luz del marco de referencia conceptual.
 - También es necesario que el personal directivo de las instituciones de salud, recapacite sobre la atención emocional del paciente; y por lo tanto capacitar al personal de enfermería en los aspectos de comunicación y de relación de ayuda.
 - Llevar a cabo estudios específicos en cada servicio de hospitalización y por tipo de intervención quirúrgica que se le practica al paciente, para identificar sus necesidades de comunicación y de esta forma, validar el instrumento de recolección de información utilizado en este trabajo.
-

- Ampliar este estudio, observando al personal de enfermería en el establecimiento de la comunicación con el paciente, y de esta manera confrontar lo que percibe el paciente con lo que realiza la enfermera, en diferentes tipos de hospitales para identificar si existen diferencias entre uno y otro.
 - Realizar investigaciones longitudinales en relación al estudio de la comunicación, para tener planes de cuidados estandarizados, en el cuidado específico de los pacientes.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ATKINSON, DE BERRY Y KONH. 1994. Técnicas de Quirófano. 6ª ed. México, Interamericana McGraw-Hill. p. 46.
2. VILA, V. A. 1997. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Enfermería clínica, (España). Vol 7(3):120. Mayo.
3. Ibid 1, p. 66
4. HENDERSON, V., NITE, G. 1988. Enfermería teoría y práctica. Cuidados básicos de enfermería. Vol 2. 3ª ed. México, La Prensa Médico Mexicana. p. 375.
5. O'BRIEN, MAUREEN J. 1983. Comunicación y relaciones en enfermería. 2ª ed. México, El Manual Moderno. p. 4.
6. KOZIER, ERB, OLIVIERI. 1993. Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Vol. 1. México, Interamericana McGraw-Hill. p. 270.
7. LEDDY, S., PEPPER, J.M. 1989. Bases conceptuales de la enfermera profesional. New York, U.S.A. Haper & Row, Publishers, Inc. O.P.S. p. 273.
8. CIBANAL, L. 1991. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona Doyma. p.
9. JANSEN, A.R., SIEGLER M., WINSLADE W. J. 1986. Clinical ethics. 2ª ed. New York. McMillan Publishing Company. p. 48-49
10. STETLER, CH. 1977. Relationships of perceived empathy to nurses. Communication Nursing Research, 16(4):de la p. 432 a 437. Nov.Dic.
11. KURESHI, J.; ROCKE, A.D.; TARIQ, A. Q. 1995. Perioperative knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery. Middle East Journal of Anesthesiology. 3(3): de la p. 325 a 333. Oct.
12. RETA CARRILLO, EMMA. 1997. La comunicación en enfermería, un acercamiento a su práctica. Desarrollo Científico en Enfermería, Vol 5(6): de la p. 169 a la 173.
13. WEISS, S. J. 1979. The language of touch. Nursing Research, 28(2): de la p. 76 80.
14. DAVIDHIZAR, R.; GIGER, J. N. 1997. When touch is not the best approach. Journal Clinic Nursing. 6(3): de la p. 203 a la 206.

15. Ibid. 6. p. 271
16. Ibid. 4 p. 396.
17. TRAVELBEE, J. 1979. Intervención en enfermería psiquiátrica. Carvajal S.A. Colombia O.P.S. p. 73-74
18. ROPER, LOGAN, TIERNEEP. 1993. Modelos de enfermería. 3ª ed. Interamericana McGraw-Hill, México. p. 100.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BURNS, N.; GROVE, S. 1993. The practice of Nursing Research. 2ª ed. Ed. Sanders U.S.A P. 374-376.
- COOK, J. S.; FONTANE, H. L. 1993. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Interamericana McGraw-Hill, México.
- DAY, ROBERT A. 1994. Como escribir y publicar trabajos científicos. 2ª ed. O. P. S. Publicación Científica N° 558. Washington, DC 20037, EUA.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNANDEZ COLLADO, C., BAPTISTA, L. 1991. Metodología de la investigación. México, Interamericana McGraw-Hill.
- KING, I. M. 1984. Enfermería como profesión Filosofía, principios y objetivos. México, Limusa.
- MARRINER, TOMEY ANN. 1994 Modelos y teorías en enfermería. 3ª.ed. Madrid, Mosby/Doyma.
- MORAN, V.; MENDOZA, .L. 1993. Modelos de enfermería. México, Trillas.
- POLIT, D., HUNGLER, B., 1996. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. México, Interamericana McGraw-Hill.
- SIEGEL, SIDNEY; CASTELAN, N. JOHN. 1995. Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta. 4ª ed. México, Trillas.

ANEXO N° 3**ESCALA DE VALORACION USADA PARA MEDIR LA NATURALEZA DE LA
COMUNICACION ENFERMERA-PACIENTE Por Burns
Traducida del inglés al español.**

1. La enfermera viene a mi:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Cuando la llamo
 - d) Frecuentemente a platicar o a checarme.

 2. Me gustaría que las enfermeras vinieran a mi:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Cuando la llamo
 - d) Frecuentemente a platicar o checarme.

 3. Cuando una enfermera entra a mi cuarto, ella usualmente:
 - a) Habla poco
 - b) Trata de hablar acerca de cosas que no deseo discutir
 - c) Habla solamente de cosas casuales
 - d) Esta dispuesta a escuchar o discutir lo que me afecta.

 4. Cuando una enfermera entra a mi cuarto, yo prefiero que ella:
 - a) Hable poco
 - b) Hable solamente cuando es necesario
 - c) Hable solamente de cosas casuales
 - d) Este dispuesta a escuchar o discutir lo que me afecta.

 5. Cuando una enfermera habla conmigo, ella usualmente parece:
 - a) No interesarle
 - b) Estar de prisa
 - c) Amable pero distante
 - d) Atenta a mi como persona.

 6. Cuando una enfermera habla conmigo, preferiría que ella estuviera:
 - a) No interesada
 - b) De prisa
 - c) Amable pero distante
 - d) Atenta a mi como persona.

 7. Cuando una enfermera habla conmigo, ella usualmente.
 - a) Permanece en la puerta
 - b) Permanece al pie de la cama
 - c) Permanece a un lado de la cama
 - d) Sentada al lado de la cama.
-

-
8. Cuando una enfermera habla conmigo, preferiría que ella:
 - a) Permaneciera en la puerta
 - b) Permaneciera al pie de la cama
 - c) Permaneciera a un lado de la cama
 - d) Sentada al lado de la cama.

 9. Cuando una enfermera habla conmigo, es:
 - a) Estrictamente acerca de sus funciones
 - b) Incidental
 - c) Amable pero no habla acerca de sentimientos
 - d) Una conversación abierta acerca de cosas que me preocupan o desconozco.

 10. Cuando una enfermera habla conmigo, preferiría que mantuviera la conversación:
 - a) Estrictamente acerca de sus funciones
 - b) Incidental
 - c) Amable pero que no hable acerca de sentimientos
 - d) Abierta acerca de cosas que me preocupan o desconozco.

 11. Las enfermeras me hablan de cosas importantes para mi:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Cada vez que necesito hablar.

 12. Me gustaría que la enfermera me hablara de cosas importantes para mi:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Cada vez que necesito hablar.

 13. La enfermera me mira a los ojos cuando me habla:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Muy frecuentemente

 14. Preferiría que la enfermera me mirara a los ojos cuando me hable:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Muy frecuentemente.

 15. Cuando la enfermera habla conmigo ella me toca:
 - a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Muy frecuentemente
-

-
16. Cuando la enfermera habla conmigo preferiría que ella me tocara:
- a) Raras veces
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Muy frecuentemente.
17. Mis sentimientos hacia las enfermeras que platican conmigo son:
- a) Ellas debería hacer bien su trabajo y considerar dejarme solo.
 - b) Ellas pueden hablar si lo necesitan hacer, esto no me molesta.
 - c) Disfruto hablando con las enfermeras.
 - d) Cuando la enfermera me deja hablar con ella acerca de cosas importantes para mi, siento que ella me atiende como persona.

En la pregunta 18 por favor marque las respuestas que desee.

18. Me gustaría sentir libertad de hablar con las enfermeras acerca de mi:
- a) Enfermedad
 - b) Futuro
 - c) Problemas financieros
 - d) Sentimiento acerca de mi mismo.
 - e) Sentimientos acerca de mi familia.
 - f) De la vida en este tiempo.
-

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA: ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**INTRODUCCION**

En este momento realizo un estudio para analizar como se da la comunicación entre el paciente quirúrgico y el personal de enfermería en la sala de recuperación, antes de la cirugía y después de haber salido del quirófano.

Esto permitirá que el personal de enfermería se de cuenta de cómo el paciente percibe la comunicación que se establece durante su estancia en la sala de recuperación, y las preferencias de éste para entablar la comunicación lo cual permitirá en caso necesario modificar o reforzar sus actitudes en beneficio de la relación enfermera-paciente.

El cuestionario no requiere de su nombre, su opinión es importante y valiosa para el desarrollo de éste trabajo. De antemano se agradece su colaboración.

INSTRUCTIVO

La presente encuesta se aplicará a pacientes posoperados, durante las primeras 24 horas posteriores a su intervención quirúrgica, que se encuentran internados en la sala de hospitalización de la institución hospitalaria seleccionada.

La persona entrevistadora:

- Cerciorarse que el paciente esté seguro de que interactuó con la enfermera en la sala de recuperación.
 - Leer el cuestionario al paciente, el cual consta de preguntas cerradas con opciones de respuesta.
 - Leer las veces que sea necesario las opciones de respuesta al paciente.
 - Registrar en el cuadro el número de la opción que mejor refleje o represente la respuesta del paciente, en donde se codificará de acuerdo a la tabla de codificación.
 - Utilizar un lenguaje comprensible para el paciente, tal cual esté redactada la pregunta.
 - Aclarar dudas del paciente cuando sea necesario.
 - Los datos de identificación del personal de enfermería que labora en las salas de recuperación, se obtendrán en la Jefatura de Enfermeras, directamente de los archivos del personal.
 - Las preguntas del cuestionario de la 1 a la 9 y de la 11 a la 15 tienen cuatro opciones para una respuesta.
 - Las preguntas 10 y 17 cuentan con dos opciones para una respuesta.
 - Las preguntas 16 y 18 contienen varias opciones de respuesta dadas por el entrevistado.
-

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA: ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION

FOLIO:

--	--

FECHA: _____ HORA: _____

1. La enfermera le llamó por su nombre durante el tiempo que permaneció en la sala de recuperación ?

Nunca = 1
 Algunas veces = 2
 Frecuentemente = 3
 Siempre = 4

2. Cuando la enfermera habló con usted ella pareció ?

Indiferente = 1
 Estar de prisa = 2
 Amable pero distante = 3
 Atenta a usted como persona = 4

3. Cuando la enfermera platicó con usted fue acerca de:

El trabajo de la enfermera, actividades que ella realiza = 1
 Cosas sin importancia, común y corrientes, por ejemplo del clima = 2
 De su familia = 3
 Abiertamente de cosas que a usted le preocupaban o desconocía,
 por ejemplo ¿ le hablo sobre la cirugía que le realizarían ? = 4

4. La enfermera le informó durante su estancia en la sala de recuperación sobre los cuidados que debería tener después de su cirugía ?

Nunca = 1
 Algunas veces = 2
 Frecuentemente = 3
 Siempre = 4

5. Su opinión sobre las enfermeras que platicaron con usted es :

Deberían hacer su trabajo y no hablarle. = 1
 Pueden hablar si lo necesitan, esto no le molesta = 2
 Disfrutó hablar con ellas = 3
 Cuando lo dejaron hablar de cosas importantes para Ud. sintió
 que la enfermera lo atendió como persona = 4

-
6. Cuando la enfermera le hablo, ella se acercó a usted ?
- Nunca = 1
Algunas veces = 2
Frecuentemente = 3
Siempre = 4
7. Cuando la enfermera platicó con usted ella permaneció ?
- Alejada de usted = 1
Al pie de la camilla = 2
A un lado de la camilla = 3
Sentada a un lado de la camilla = 4
8. La enfermera le miró a los ojos cuando platico con usted ?
- Nunca = 1
Algunas veces = 2
Frecuentemente = 3
Siempre = 4
9. Cuando la enfermera habló con usted ella le toco la mano o el hombro ?
- Nunca = 1
Algunas veces = 2
Frecuentemente = 3
Siempre = 4
10. Le gustaría a usted que la enfermera se le acercara para platicar ?
- No = 1
Si = 2
11. Le agradaría a usted que la enfermera le hablara ?
- Nunca = 1
Algunas veces = 2
Frecuentemente = 3
Siempre = 4
12. Cuando la enfermera hable con usted preferiría que ella estuviera ?
- Indiferente = 1
De prisa = 2
Amable = 3
Atenta a usted como persona = 4
13. Cuando la enfermera platique con usted le gustaría que estuviera ?
- Alejada de usted = 1
Al pie de la camilla = 2
A un lado de la camilla = 3
Sentada a un lado de la camilla = 4
-

14. Preferiría usted que la enfermera le mire a los ojos cuando le hable ?
- Nunca = 1
 Algunas veces = 2
 Frecuentemente = 3
 Siempre = 4
15. Cuando la enfermera hable con usted preferiría que además le toque la mano o el hombro ?
- Nunca = 1
 Algunas veces = 2
 Frecuentemente = 3
 Siempre = 4
16. Le gustaría hablar con la enfermera acerca de:
- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| La vida en general = 1 | Su recuperación = 6 |
| Su familia = 2 | Sus dudas = 7 |
| Sobre sí mismo = 3 | Todas las anteriores = 8 |
| Su enfermedad = 4 | Ninguna de las anteriores = 9 |
| Su tratamiento = 5 | |
17. La comunicación que estableció con la enfermera en la sala de recuperación, le ayudo de alguna manera ?
- No = 1
 Si = 2
18. La comunicación con el personal de enfermería le hizo sentirse ?
- | | |
|----------------------------|------------------|
| Con dudas = 1 | Solo = 5 |
| Tranquilo = 2 | Seguro = 6 |
| Molesto = 3 | Como extraño = 7 |
| Respetado como persona = 4 | |

FUENTE:

BURNS N., GROVE S. 1993. The practice of nursing research. 2ª de. U.S.A. Sanders.
 p. 375-76.

CEDULA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

EDAD: _____ GENERO: _____

ESCOLARIDAD: _____

CIRUGIAS ANTERIORES : Si: _____ No: _____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

“El autor concede permiso para producir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “COMUNICACION ENFERMERA-PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

María del Rosario Chávez Alonso.
San Luis Potosí, S.L.P.
