



**EL NIVEL DE COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE Y LA  
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

**TESIS**

**Que para obtener el GRADO de:**

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**Licenciada en Enfermería  
MARÍA CONCEPCIÓN PONCE ZUÑIGA**

**DIRECTORA:  
M.S.M.P. NOHEMÍ MARTÍNEZ ROSAS**

**OCTUBRE 2004**





**EL NIVEL DE COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE Y LA  
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

**TESIS**

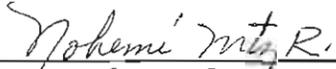
**Para obtener el GRADO de :  
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería**

**Presentada por:**

**Licenciada en Enfermería  
MARÍA CONCEPCIÓN PONCE ZUÑIGA**

**Aprobada por el Comité de Tesis**

**Directora**

  
**M.S.M.P. NOHEMÍ MARTÍNEZ ROSAS**

**Asesor Metodológico**

  
**M.C.I.C. JUAN FRANCISCO HERNÁNDEZ SIERRA**

**OCTUBRE 2004**

**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIACIÓN**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS:  
EL NIVEL DE COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE Y LA  
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

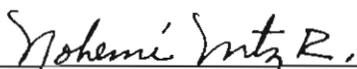
**ELABORADO POR:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
MARÍA CONCEPCIÓN PONCE ZUÑIGA**

**APROBÓ:**

**PRESIDENTE DE JURADO**

  
**M.A.A.E. SOFIA CHEVERRIA RIVERA**

**SECRETARIO**

  
**M.S.M.P. NOHEMI MARTÍNEZ ROSAS**

**VOCAL**

  
**M.A.A.E. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE  
CEPEDA**

**OCTUBRE 2004**

## DIGNA LIBERTAD

*No escogí ser un hombre común.*

*Tengo derecho a sobresalir.*

*Busco la oportunidad de desarrollar todas las facultades que Dios me dio.*

*Quiero correr los riesgos necesarios.*

*Prefiero los desafíos de la vida a una existencia tranquila; la satisfacción de quien cumple con su deber a la calma inalterable de una utopía.*

*No cambiaré la libertad por la caridad ni la dignidad por la ayuda.*

*Tengo por herencia pararme erguido, orgulloso y sin miedo, pensar y actuar por mí mismo, disfrutar los beneficios de mis actos y dar la cara al mundo audazmente diciendo:*

*¡Esto, con la ayuda de Dios, lo he hecho yo!*

Anónimo



## **AGRADECIMIENTOS**

*A la MSMP. Nohemí Martínez Rosas y MCIC. Juan Francisco Hernández Sierra.*

*Ha sido, un placer trabajar con ustedes y puesto que todo proyecto esta sujeto a decepciones, frustraciones y algunas veces a desacuerdos, su colaboración para conmigo fue una grata experiencia. Deseo agradecerles la ayuda y el entusiasmo que me brindaron, los cuales me animaron a proseguir el proyecto en todas las fases de su preparación y especialmente en las etapas difíciles. Fue incalculable su ayuda, gracias por su confianza.*



*A mis padres: Jesús, Irma, Roció.*

*Mi más sincero agradecimiento.  
Que con cariño, ejemplo y gran apoyo, me han impulsado a superarme,  
hasta lograr mi objetivo y llegar a ser lo que actualmente soy.*

*Al Lic. Alejandro Díaz Infante Ibarra.*

*Mi más sincero agradecimiento.  
Que de alguna forma ha dedicado un poco de su tiempo, en orientarme y aconsejarme,  
lo que ha influido en mi superación profesional, gracias por su confianza.*

*Al Dr. Ajax Iván Ochoa Romo.*

*Con respeto, porque reconozco en usted a una persona preparada y capaz.  
Con gratitud, por el beneficio recibido.*

*A la Lic. Lourdes Díaz Infante Ibarra.*

*Mi más sincero agradecimiento.  
Por su apoyo durante mi formación profesional.*

*A los Dr(s) MC. Antonio A. Gordillo Moscoso y MC. Martín Sánchez Aguilar.*

*Con gratitud, por su colaboración en la validación de los instrumentos.*

*Gracias por su apoyo a: Fanny, Lupita, Lulú y Chayo.*

*Amigo es quien acepta nuestros límites pero busca nuestro progreso.*

*Y especialmente agradezco a los pacientes encuestados, ya que sin su colaboración no se  
hubiera realizado el presente trabajo.*

---

# INDICE

	Pag.
I.- INTRODUCCIÓN .....	1
II.- JUSTIFICACIÓN .....	4
III.- OBJETIVOS .....	6
IV.- MARCO TEÓRICO .....	7
V.- DISEÑO METODOLÓGICO .....	49
VI.- RESULTADOS .....	60
VII.- DISCUSIÓN .....	82
VIII.- CONCLUSIONES .....	87
IX.- LIMITACIONES .....	88
X.- RECOMENDACIONES .....	89
XI.- BIBLIOGRAFÍA .....	91
XII.- ANEXOS .....	97
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	
2. ENCUESTA DE COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE.	
3. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.	

---

## Resumen

**Objetivo:** analizar la asociación entre el nivel de comunicación enfermera – paciente y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía. **Metodología,** partió de la hipótesis: “El nivel de comunicación enfermera – paciente se asocia positivamente con la satisfacción del usuario”. El estudio fue de tipo transversal y analítico, la muestra fue de 80 pacientes obtenida por muestreo consecutivo no aleatorio.

Los instrumentos utilizados fueron dos encuestas de opinión con 34 ítems, para medir las variables; validados por consenso y aplicación de la prueba piloto; con una confiabilidad Alpha Cronbach’s de .9588, la información se procesó SPSS; para el análisis de datos, distribución de frecuencias,  $R^2$ , Regresión Logística y  $X_2$ .

**Resultados** indican que la comunicación expresada por los pacientes se ubicó en el nivel excelente, con mayor puntaje para la no verbal, y 94% de pacientes expresaron satisfacción. La  $R^2$  indica correlación considerable 0.4582. La regresión logística mostró un nivel de significancia estadísticamente de 0.0012 entre la comunicación enfermera – paciente y la satisfacción lo que confirmó que la satisfacción esta relacionada con la comunicación establecida con las enfermeras; en el análisis de las covariables se encontró relación significativa con la satisfacción y la edad del paciente 0.0406;  $X_2$  mostró una asociación estadísticamente significativa de 16.121; por lo que se acepta la hipótesis planteada.

**Conclusión:** La asociación entre la comunicación enfermera – paciente y la satisfacción del usuario, expresadas por estos, se traduce en una interacción terapéutica, a través de la cual se satisfacen sus necesidades de tratamiento, ejercicio y autocuidado.

Palabras claves:

Comunicación enfermera paciente, Satisfacción del usuario.

## Summary

**Objective:** To analyze the association between the level of communication nurse - patient and the satisfaction of the user in the service of surgery. **Methodology,** left from the hypothesis: "the communication level nurse - patient it is associated positively with the satisfaction of the user". The study was of cross-sectional type and analytical, the sample was of 80 patients obtained by nonrandom consecutive sampling.

The used instruments were two surveys of opinion with 34 items, to measure the variables; validated by consensus and application of the test pilot; with a trustworthiness Alpha Cronbach's of 9588, the information processed SPSS; for the analysis of data, frequency allocation, R2, Logistic Regression and  $\chi^2$ .

**Results** indicate that the communication expressed by the patients was located in the excellent level, with greater scores for the nonverbal one, and 94% of patients expressed satisfaction. The R2 indicates considerable correlation 0.4582. The logistic regression statistically showed a level of significance of 0,0012 between the communication nurse - patient and the satisfaction which confirmed that the satisfaction this related to contacted with the nurses; in the analysis of the covariables was significant relation with the satisfaction and the age of patient 0.0406;  $\chi^2$  showed a statistically significant association of 16.121; reason why the raised hypothesis is accepted.

**Conclusion:** The association between the communication nurse - patient and the satisfaction of the user, expressed by these, is translated in a therapeutic interaction, through which their necessities are satisfied with treatment, self care, and exercise.

**Key words:** Communication patient - nurse, user's satisfaction.

# I. Introducción

Dentro del cambio de los modelos de gestión en el mundo sanitario durante la década de los noventa, uno de los puntos que más fuerza ha cobrado ha sido la satisfacción de los clientes/usuarios de los servicios de salud, de tal manera que se ha convertido en un objetivo principal de los mismos. Pero para entender realmente la importancia que ha adquirido la satisfacción de los usuarios basta señalar que ha conseguido modificar el concepto de calidad, aceptándose actualmente que la calidad es la satisfacción de las necesidades de los clientes, es decir *“calidad no es lo que se pone en servicio: es lo que el cliente obtiene de él (Delgado, 1997, p. 91)*

Por tanto, medir la satisfacción de los usuarios es importante porque facilita juzgar la calidad de la atención prestada, ya que la *satisfacción “es un resultado de la asistencia”*. Pero además, como refieren varios autores, *“la satisfacción en sí es un beneficio”, “que mejora la salud” y “contribuye a la adhesión al régimen de cuidados” (Bretones, 1989, p. 313).*

Por ello resulta fundamental para las profesionales enfermeras conocer la opinión de los usuarios sobre la comunicación enfermera – paciente, como paso fundamental para poder definir su oferta de servicios y adecuarla de forma que respondan de manera satisfactoria a las expectativas de los usuarios. Estas aportaciones ayudan a los pacientes a detectar puntos débiles dentro de la comunicación e identificar factores que podrían incrementar su seguridad y satisfacción.

Además a las enfermeras les interesa conocer la opinión de los clientes, porque; como destacan Cabrero, Richart y Reig (1995), los cuidados de enfermería y la comunicación son el mejor predictor de la satisfacción de los usuarios con la hospitalización.

A pesar de su reconocida importancia, la satisfacción del paciente con los servicios de salud, y más en el aspecto comunicación enfermera – paciente, no ha sido suficientemente investigada en México y, cuando se hace, son empleados métodos muy heterogéneos entre sí.

Los escasos estudios sobre satisfacción de los pacientes con los servicios de salud suelen centrarse en aspectos generales de la misma, sin distinguir entre los distintos proveedores de estos servicios. Los estudios que relacionan satisfacción con los proveedores específicos están referidos, en su inmensa mayoría, a médicos. En el caso concreto de la evaluación de la satisfacción de los pacientes asociada a la comunicación con las enfermeras paciente, los estudios son aún más insuficientes.

El personal de enfermería tiene como propósito principal lograr un nivel alto de calidad en la atención que brinda para responder a las necesidades del cliente de manera real. El ámbito hospitalario demanda conocimientos y habilidades por parte de la enfermera, las cuales contribuyen a mejorar el proceso de salud enfermedad que cursa todo paciente, una de estas habilidades es la comunicación que facilita establecer de manera sólida la relación enfermera paciente; como la base del cuidado diario que implica el intercambio de ideas y sentimientos que permiten la relación de ayuda.

La enfermera como profesional que forma parte del equipo multidisciplinario en el área hospitalaria y quien atiende pacientes las 24 horas del día, y tiene más relación con el usuario, asume responsabilidades directos en los tratamientos es necesario que se haga palpable la calidad tanto de la atención que se presta como de la comunicación que tiene con el paciente, por esto es imprescindible investigar la influencia que tiene la comunicación en la satisfacción del paciente.

Es importante mencionar que para esta investigación se tomaron en cuenta las necesidades básicas de los pacientes en el periodo postoperatorio, específicamente: tratamiento, ejercicio y autocuidado.

Es necesario contar con información completa, verídica y actualizada sobre la percepción que tiene la enfermera y el paciente acerca de la comunicación que se establece durante el periodo de hospitalización; dicha información puede obtenerse a través de estudios que contengan aspectos psicosociales involucrados en la relación interpersonal.

Este estudio se realizó con un grupo conformado por pacientes del servicio de cirugía con el enfoque de resultado; para evaluar comunicación, se aplicaron aportaciones de **Roper, N., Logan, W., Tierney**, en la relación interpersonal enfermera – paciente se reviso aportes de **Hildegard E. Peplau** y para medir satisfacción se revisaron algunas contribuciones de **Donabedian A**, con el objetivo principal de analizar la asociación entre el nivel de comunicación enfermera – paciente y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía.

Los resultados del trabajo permitieron evaluar el cumplimiento de los objetivos y dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el nivel de comunicación enfermera paciente en el servicio de cirugía?
2. ¿El nivel de comunicación se asocia con la satisfacción del usuario?

## II. Justificación

Las necesidades humanas se expresan a través de conductas que tienen por meta la satisfacción de estas y obtener seguridad. La consulta de estudios que valoran y analizan los problemas generados por las necesidades insatisfechas fomenta el diseño de actividades profesionales cuya finalidad se encamina a atender las necesidades observadas y expresadas por los usuarios.

Para Maslow (1994), un principio que rige la satisfacción de algunas necesidades es que, a medida que las básicas se cubren, aparecen otras nuevas y de otro nivel. Esto exige pericia por parte del personal de enfermería y tiempo para llegar a conocer al enfermo como persona. Solo él sabe cuáles son sus problemas, aunque no siempre esté capacitado para identificarlos como tales; tan sólo sabe que siente tensión generada por la insatisfacción.

Prestar atención a las expectativas de los usuarios, a fin de percibir el posterior desarrollo del comportamiento, es una forma de valorar la manera que tienen las personas de alcanzarlas. Las enfermeras actúan como una "fuerza social", ayudando a las personas a identificar lo que desean y a sentirse libres y capaces de luchar junto a otros en la consecución de metas que producen satisfacción y facilitan el progreso. La paulatina identificación de las necesidades sólo es posible cuando la enfermera y el paciente establecen una relación interpersonal de ayuda.

La satisfacción del usuario constituye un elemento particularmente importante para la evaluación de los servicios. En primer lugar, es un "resultado" de valor incuestionable, ya que está relacionada con el bienestar que se promueve; en segundo lugar, contribuye a una óptima atención porque es más probable que el paciente participe de una manera más efectiva; y, en tercero, la

satisfacción finalmente constituye los juicios de valor de la persona sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados. ( Donabedian, 1990, p. 30)

En la institución seleccionada para este estudio, algunos pacientes han manifestado de manera verbal y escrita cierta insatisfacción con el servicio recibido, en el cual participa todo el personal de la clínica, pero en mayor proporción enfermería.

Debido a que los pacientes que acuden a solicitar la atención, los hacen de manera particular o por convenio, los Directivos de la Institución tienen especial interés por conocer quienes de los grupos mencionados expresan más inconformidad con la atención que se brinda, y en general tener información sobre el porcentaje de usuarios satisfechos.

Se decidió realizar esta investigación con el propósito de buscar la relación entre la comunicación enfermera – paciente y la satisfacción de los usuarios externos, además identificar la posible asociación con el servicio contratado, edad, sexo, y nivel de escolaridad.

Las enfermeras ocupan el porcentaje mayor de la plantilla del personal y a los Directivos del Departamento de Enfermería también les interesa conocer que expresan los pacientes respecto a la comunicación de las enfermeras, dado que uno de los propósitos explícitos en el objetivo general del Dpto. es “proporcionar al paciente una atención de la más alta calidad científica y humana” para lo cual se requiere hacer énfasis en el cuidado integral.

El propósito de llevar a cabo el presente estudio, es que los resultados apoyen las decisiones de los directivos y fundamenten propuestas que ayuden a mejorar la relación enfermera – paciente para mejorar la calidad de la atención de enfermería y dar pauta para continuar la investigación con otras variables.

### III. Objetivos:

#### Generales:

- Analizar la asociación entre el nivel de comunicación enfermera – paciente y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía.

#### Específicos:

- Identificar el nivel de comunicación verbal y no verbal.
- Conocer la proporción de los usuarios satisfechos con la comunicación enfermera – paciente.

## **IV. Marco teórico**

Este capítulo se estructuró con los siguientes temas:

- 4.1 Descripción de la institución y servicio en el cual se realizó el estudio.
- 4.2 La comunicación.
  - 4.2.1 Comunicación enfermera - paciente.
- 4.3 La satisfacción del usuario como indicador de calidad de los servicios de salud.
- 4.4 Estudios relacionados.
- 4.5 Mapa conceptual
- 4.6 Glosario.

### **4.1 Descripción de la Institución y servicio en el cual se realizó el estudio.**

La Clínica Díaz Infante se inaugura el 1 de junio de 1940, por los Dr(s). Augusto Díaz Infante Ortuño y Manuel Nava; con el objetivo de prestar atención a toda aquella paciente gineco – obstetra que solicitara de sus servicios, con un total de 5 camas. Actualmente la institución brinda atención a la población a nivel general como: pacientes de cirugía, medicina interna, gineco – obstricia y pediatría; de procedencia particular y de convenio (medicina precontratada por empresas, seguros, etc.)

La enfermería, se ha practicado en la institución desde su inauguración, primero estuvo a cargo de religiosas; de las ordenes madres mínimas y posteriormente, madres marianas. Hasta 1982 por iniciativa del Dr, Augusto Díaz Infante Ibarra se contrataron enfermeras profesionales; por lo que se puede decir

que la profesión de enfermería en la institución es joven. (Ponce, 2000, p. 235 - 241)

La institución cuenta con un total de 42 camas censables y 37 no censables; en cuestión de auxiliares de diagnóstico tiene dos laboratorios para análisis clínicos, y patología, además el banco de sangre y los siguientes departamentos: endoscopia imagenología, electrocardiografía, electroencefalografía, inhaloterapia, y farmacia. De las 42 camas censables quince son las asignadas a la especialidad de cirugía; distribuidas en los diferentes pisos (200's, 300's y 400's). La atención es brindada por 580 médicos especialistas y 85 enfermeras tanto profesionales y no profesionales.

En lo correspondiente a la estructura organizacional; la clínica cuenta con: dirección general, consejo administrativo, dirección administrativa y dirección médica dentro de un primer nivel, en el segundo, se encuentra la gerencia administrativa, seguido de una subgerencia a nivel administrativo. (Ponce, 2004, p. 23)

En el área médica se encuentra la coordinación médica y la jefatura de enfermería; que en su caso esta última, es la responsable de llevar el control del personal ubicado en los niveles directivo y operativo. El personal operativo, es el que tienen mayor contacto directo con el cliente; su tarea primordial es el servicio de buena calidad para lograr la satisfacción de este con el cuidado que se le brinda.

El departamento de enfermería fundamenta su organización y funcionamiento en su objetivo general, filosofía y misión:

*Objetivo General:*

“Administrar las actividades de enfermería mediante la planeación, organización, dirección y control de sus recursos humanos, para que estos realicen las actividades asistenciales, docentes, administrativas y de investigación inherentes a su cargo, y así proporcionar al paciente de la Clínica Díaz Infante una atención de la más alta calidad científica y humana. Así como administrar la información de profesionales de enfermería de escuelas externas, como campo en la institución”. (Ponce, 2004, p. 24)

*Filosofía:*

“Trabajar por una mejor atención al paciente, en una clínica orientada al usuario y su familia, donde la provisión de cuidados se combine con educación sanitaria y el desarrollo de las habilidades del equipo de enfermería, sea un objetivo permanente”. (Ponce, 2004, p. 25)

*Misión:*

“Los profesionales de enfermería de la Clínica Díaz Infante, tienen como misión, proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios, garantizando su continuidad en los distintos niveles asistenciales con criterios de equidad, eficiencia y calidad”. (Ponce, 2004, p. 26)

La prestación del servicio de enfermería, esta dado por 1 Jefa de enfermeras, 4 supervisoras, 1 suplente de supervisión, 9 jefes de pisos, 2 suplentes de jefes de piso, 68 enfermeras del nivel operativo, que en forma significativa representan el 55% profesionales y 45 no profesionales

De acuerdo a la estadística del 2003 hubo un total de 1763 egresos con tratamiento quirúrgico y 4251 días estancia con un promedio de ocupación de 2.4. y la edad de los pacientes que ingresan al servicio de cirugía es desde recién nacidos hasta los de la tercera edad. Del total de cirugías 185 no requirieron

hospitalización, y fueron de corta estancia en el área de urgencias, por tanto el total de cirugías realizadas en el quirófano fue 1948 entre hospitalizados y ambulatorias. Cabe mencionar que se omitió el registro de las practicadas en el área tocoquirúrgica. Las cirugías realizadas, se indican en el siguiente cuadro:

**Tipo de cirugías distribuidas según el género**

<i>CIRUGÍA</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>	<i>TOTAL</i>
Cardiovascular	5	13	18
Tórax	3	0	3
General	308	327	635
Gastro	2	4	6
Proctología	33	30	63
Cirugía de mama	0	68	68
Endocrinología	6	18	24
Urología	235	230	465
Ginecológica	0	135	135
Ortopedia	229	106	335
Oral y maxilofacial	7	5	12
Dental	1	0	1
Oftalmología	13	19	32
Otorrinolaringología	30	58	88
Vascular periférica	6	8	14
Neurología	22	27	49
Total	900	1048	1948

Fuente: Archivo de la institución 2003

De las 26 enfermeras responsables de atender a los pacientes quirúrgicos, 38% es profesional y 62% no profesional, con un promedio de antigüedad en el servicio de 5 años. Su distribución en los servicios se muestra en el siguiente cuadro:

## Escolaridad del personal y distribución por servicios

Febrero 2004

<i>Escolaridad / Servicio</i>	<i>200`S</i>	<i>300`S</i>	<i>400`S</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Profesional	1	5	4	10	38
No profesional	8	4	4	16	62
Total	9	9	8	26	100

Fuente: Archivo de la institución 2004

### 4.2 La comunicación.

La comunicación es importante por el efecto que tiene en la formación de la personalidad y la estructura del carácter individual. Los fundamentos de la percepción que tiene el individuo de sí mismo, del mundo y del lugar que ocupa se desarrollan en parte como resultado de todos los mensajes que le comunicaron las personas importantes de su vida, por quién y con qué objeto.

**Habilidades de la comunicación interpersonal.** Todas las personas cuentan con los mismos elementos en este proceso: cuerpos, valores, expectativas del momento, órganos de los sentidos, capacidad para hablar y cerebro; este último por el conocimiento que ha quedado registrado en los dos hemisferios cerebrales.

La comunicación es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con uno mismo.

La enfermera por su contribución en la interacción, es un pilar en la recuperación de la salud del paciente. Lo acompaña en la experiencia de conocer su diagnóstico y tratamiento; por otra parte, lo estimula para que exprese sus sentimientos y expectativas y asuma el papel que le corresponde en el control de su padecimiento o en el mejoramiento de su salud.

**Lenguaje corporal y la postura.** El lenguaje corporal es uno de los principales factores que determinan la primera impresión, se suele juzgar a las personas por su apariencia más que por lo que realmente se dice, pero este juicio es una gran medida subconsciente. (James, 2003, p. 53)

El mismo autor indica que las **expresiones faciales** están más abiertas a la interpretación del lenguaje corporal, el contacto visual varía según la persona con quien se trate. Algunos individuos son renuentes a mirar directamente a los ojos, en general porque no utilizan el contacto visual. Se pasan la mayor parte del tiempo mirando hacia el suelo durante una conversación, dirigiendo solo unos vistazos rápidos. Las expresiones faciales son importantes porque el rostro es el que miramos casi todo el tiempo cuando se conversa con otra persona.

Durante una conversación las personas se miran en un promedio de uno a dos tercios de tiempo. Cuando la conversación o pregunta le hace sentir incómodo se tendrá que mirar menos, pero si es agresivo probablemente el contacto visual aumente. En un diálogo normal se utiliza más el contacto visual al escuchar, que, al hablar. Esto da la impresión de que se escucha atentamente y habla con sinceridad.

**Comportamiento visual.** Es la habilidad más importante en el impacto personal. Los ojos son la única parte del sistema nervioso central que tiene contacto directo con otra persona. En la vida cotidiana y laboral aproximadamente, se utiliza la vista 90% para comunicarse al interactúan con otros.

El movimiento y el contacto visual extenso puede generar confianza en uno mismo, esto permite mantener una excelente comunicación visual con el paciente, lo cual contribuirá para que el tratamiento y recuperación sean más efectivos y, por ende, el ambiente hospitalario sea menos hostil o desagradable. (James, 2003, p. 85)

James (2003) agrega, que la **Voz, variedad vocal y el humor** son parte del lenguaje corporal:

**La voz** - como herramienta más valiosa en un arsenal terapéutico – es el principal vehículo para enviar un mensaje; mediante el sonido de ésta puede:

- Transmitir confianza, seguridad, energía, emoción y entusiasmo al paciente.
- Expertos en comunicación personal, han demostrado cómo el tono de voz (entonación, resonancia y estilo) determinan la credibilidad cuando las personas no le pueden ver (por ejemplo cuando habla por teléfono).

**El humor.** La sonrisa es lo que las personas ven; cuando se habla, las personas miran a la cara, si el rasgo que predomina es la sonrisa, es importante pues de manera rápida mostrar si está, emocionada(o) enojada(o), seria(o), o algo similar. El sentido del humor se percibe (no – verbalmente) a través de la sonrisa. Es importante que la enfermera conozca la capacidad natural para sonreír al paciente lo cual, como anteriormente ya se expuso, resulta un elemento clave para recuperación del mismo.

La interacción de la enfermera paciente se apoya en diversas teorías y modelos de enfermería; para este estudio se tomaron algunas ideas de Roper., Logan y Tierney (1993) quienes establecen a la comunicación como un marco general de referencia del proceso del cuidado.

**Naturaleza de la comunicación.** La mayoría de los lenguajes escritos tiene un alfabeto y cada uno tiene un significado en el diccionario que ayuda al proceso de comunicación, sin embargo, las palabras sólo son símbolos y pueden tener significados distintos para diversas personas, por tanto, hay ocasiones en que es importante verificar el significado de una palabra en particular, porque también

pueden tener conceptos distintos según el contexto en que se usen. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 99)

La disposición de las palabras afecta su significado, por tanto, es vital para la comunicación elegir las y ordenarlas en frases para obtener el significado correcto y exacto; también pueden carecer de emociones y ser objetivas. Otras, denotan el valor que significa para el usuario, en consecuencia es necesario usar palabras neutras y objetivas, sobre todo cuando se registran e informan datos.

El uso del lenguaje incluye ciertas habilidades, en especial hablar y escuchar, leer y escribir; cuando se habla no es importante sólo decir algo sino también la forma en que se dice. Con la práctica, la claridad, velocidad, inflexión y el tono de la voz se transmite un significado exacto. Escuchar es mucho más que oír; es un proceso activo, quien escucha atiende en forma exclusiva, no sólo oye las palabras, la conversación frente a frente tiene ventajas de las que carecen otros tipos de comunicación. Las personas que escuchan están entrenadas para oír e interpretar silencios, suspiros, sollozos, etcétera. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 100)

Leer es una habilidad que muchas personas dan por hecho, algunos lectores se atrasan porque "pronuncian" en silencio cada palabra, en lugar de dar un vistazo a un grupo de ellas para captar el significado de una oración.

La habilidad de escribir también se da a menudo por sentada, pero aún hay adultos que no pueden escribir su nombre, La individualidad y muchas de las complejidades de los seres humanos se reflejan cuando hablan, escuchan, leen y escriben, por lo que es útil considerar todos los factores que pueden influir en la comunicación.

El proceso de comunicación. El estudio de la cibernética ha aportado muchos datos respecto a este proceso. De manera básica se dice que hay comunicación cuando una persona (el emisor) tiene un mensaje que envía, quien produce una respuesta y retro-alimentación para el emisor.

Hay varias fases y un error en cualquiera de estas, puede romper un eslabón de la cadena de la comunicación. Al principio de una conversación, una persona tiene una idea que codifica en símbolos de lenguaje y luego la emite cuándo habla. La otra persona (el receptor) oye, decodifica e interpreta, le asigna un significado (interpretación). Como respuesta, la secuencia se repita a la inversa y así continúa.

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 (fig.1). Sin Embargo las habilidades dentro del lenguaje corporal también tienen una enorme importancia.

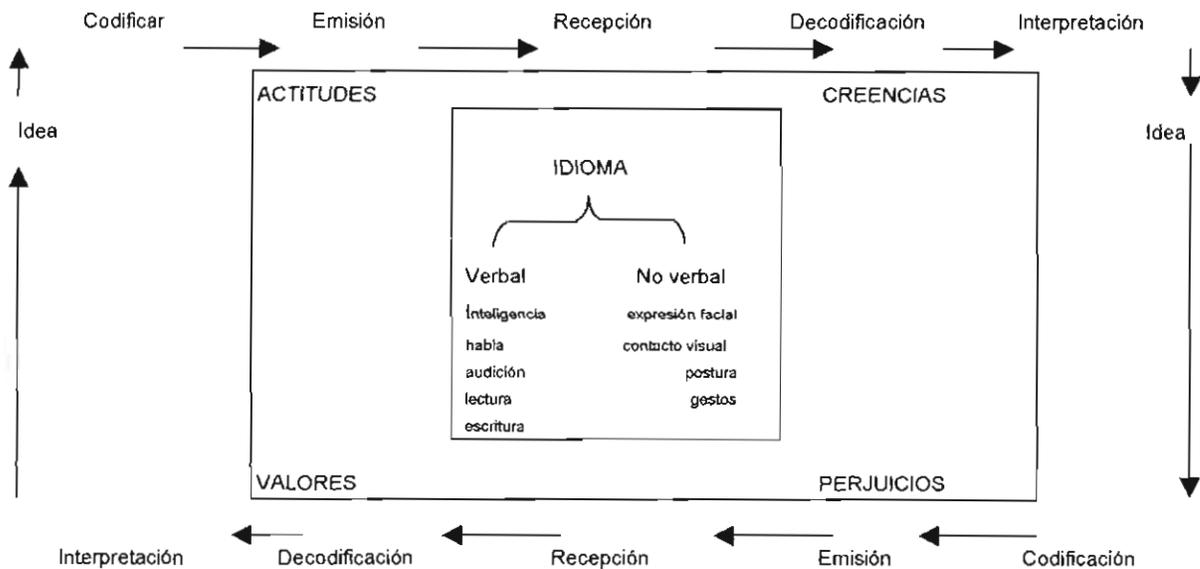


Fig. 1. Complejidad de la comunicación  
Fuente: Rope., Logan y Tierney (1993)

Ahora se presta mucha más atención al estudio de la comunicación no verbal o lenguaje corporal. La comunicación no verbal tiene diversos propósitos, según el contexto. Todo el cuerpo puede transmitir un mensaje, por que el ser humano lo usa para expresarse.

La expresión facial es una rica fuente de información acerca del estado emocional del individuo; evidencia de esto es el espacio y tiempo que dedican los autores u escritores a la descripción de los cambios faciales de sus personajes. Por medio de los gestos se comunican impresiones como desaprobaciones, disgustos, enojo, irritación, placer, amor y comprensión. Los ojos pueden ser reveladores en particular; es diferente la cantidad de contacto visual que establece y mantiene la gente cuando comunica. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 101)

Las manos también son importantes en el lenguaje corporal, para dar énfasis, al delinear con éstas un objeto que se describe, o al dar señales de dirección o de un suceso. Las manos comunican emociones, un solicitante que enfrenta a un grupo de selección refleja su ansiedad interna por medio de movimientos inquietos y de torsión, o al jugar con objetos pequeños; una persona enojada presenta los nudillos pálidos o los puños apretados. Asimismo, los pies se usan en la comunicación; golpear con los tacones puede ser dato de ansiedad o de gozo por el ritmo de la música.

La comunicación es una actividad individual, quien se comunica plasma en la conversación sus actividades, creencias, valores y prejuicios, formados por su experiencia y antecedentes sociales. La contribución de cada persona se modifica según sus necesidades actuales: la necesidad del ser dominante o sumiso, de hablar mucho o ser callado, etc. Cuando se habla de comunicación, el individuo no es la parte crucial, lo es la relación interpersonal, para comprender la actividad de comunicación se debe entender cómo se relaciona la gente entre sí.

Propósito de la comunicación. La comunicación incluye diversos y complejos comportamientos, difíciles de clasificar. Su propósito principal es establecer y mantener las relaciones humanas, la interpretación individual de las circunstancias se basa en la creencia personal de la competencia para comunicarse (la propia y la del otro sujeto), tales creencias afectan al tipo de relación de un individuo con los demás y viceversa. Mucho depende la opinión de sí mismo, se dice que la auto percepción se inicia en el nacimiento, conforme el lactante empieza a desarrollar confianza (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 102)

Con este sentimiento viene la capacidad de reconocer las fortalezas y debilidades personales, el desarrollo del respeto y confianza en sí mismo, el respeto y preocupación por los demás. Todo esto es esencial para el establecimiento y sostén de las relaciones humanas y son básicas para la actividad de comunicación. En un hospital, la comunicación es el medio para alcanzar una meta, pero en otras organizaciones es el objetivo mismo.

Ya sea como finalidad en sí misma o como un medio para llegar al objetivo, la comunicación colabora en todos los aspectos de la vida, en el mantenimiento de un ambiente seguro, en las actividades de comida y bebida, vestido, trabajo y juego, expresión de la sexualidad, etc. Existen pocos individuos, como los ermitaños o los miembros de alguna orden religiosa, que optan por reducir al mínimo sus oportunidades de comunicarse y relacionarse con otros, y la satisfacen mediante su comunicación con la naturaleza o una deidad; pero para la mayoría de la gente, el comunicarse con otras personas es esencial para sobrevivir y tener calidad de vida.

Según Roper y colaboradores, los factores que influyen en la comunicación, se clasifican como: físicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político económicos. Para fines de ese estudio se registran los siguientes:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Físicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estructura y función intactas</li> <li>- tono de voz</li> <li>- oído</li> <li>- vista</li> <li>- lectura</li> <li>- escritura</li> <li>- gesticulaciones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicológicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inteligencia, amplitud de vocabulario</li> <li>- confianza en sí mismo</li> <li>- autoestima, percepción de uno mismo y efecto en la percepción de los demás</li> <li>- estado de ánimo</li> <li>- proporción de datos, enseñanza y consejos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socioculturales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idioma materno</li> <li>- dialecto, acento</li> <li>- vocabulario</li> <li>- apariencia personal y vestido</li> <li>- patrones de contacto</li> <li>- contacto visual, gestos</li> <li>- actitudes, valores y creencias</li> </ul>

Otro factor que afecta el tipo de comunicación que se establece, es la etapa de la vida en la que se encuentra el individuo, incluso durante la etapa prenatal, el feto comunica el aumento de su tamaño y en los últimos meses del embarazo, es capaz de moverse. No obstante, la primera experiencia de comunicación no verbal en el mundo es el contacto con las manos del obstetra o la partera o, a veces, con la madre.

Durante la adolescencia, el individuo desarrolla significados especiales para ciertas palabras que sólo conoce su grupo y que los adultos no comprenden. A la par de este canal privado de comunicación, los adolescentes amplían su vocabulario y formas de expresión verbal y no verbal conforme se alejan de las restricciones del hogar y la escuela y exploran nuevos ambientes con distintos tipos de relaciones. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 106)

Se estima que la mayoría de los adultos tienen un vocabulario para hablar de 3000 a 5000 palabras, aunque su vocabulario de lectura puede ser más amplio.

Por otro lado hay personas cuyo vocabulario oral sólo contiene algunos cientos de palabras de no más de tres sílabas y el de lectura no es mucho mayor.

En la vejez, el deterioro sensorial de la vista y el oído pueden disminuir la adecuada capacidad de comunicación. También ocurre la pérdida gradual de la función de algunas neuronas, que suele causar olvido o confusión, la artritis en las manos dificulta la escritura. La fragilidad podría afectar la postura y gestos y por tanto, el lenguaje corporal; todos estos factores causan problemas a los ancianos en el desarrollo de su actividad de comunicación.

### **4.2.1 Comunicación enfermera - paciente.**

Las relaciones interpersonales constituyen un cuerpo de conocimiento científico en desarrollo, que puede emplearse para proporcionar un sentido a las observaciones y guiar las intervenciones, la relación de persona a persona entre enfermera y paciente no constituye un concepto nuevo, creado por las enfermeras. En todas partes las enfermeras han prestado siempre sus servicios en el contexto de una relación, en esta sección, se establecerá un marco general de referencia de dicho proceso. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 109)

Como resultado de la relación, la persona enferma amplía su capacidad para enfrentar la realidad y para descubrir soluciones prácticas a sus problemas, aprende a hacerse menos extraño a la comunidad y a derivar placer de comunicarse y socializar con sus semejantes.

Por otra parte aprende a respetar y apreciar la singularidad del paciente como individuo. Se da cuenta de una manera concreta que el paciente no es el título de una enfermedad; cada paciente es un ser humano pleno, que no se acomoda fácilmente al molde de un diagnóstico. Estos conocimientos y una visión no se adquieren fácilmente; constituyen una conquista de las enfermeras dotadas

de coraje y perseverancia, dueñas de una profunda comprensión de la condición humana.

En el hospital en especial, la comunicación es el único medio que tienen los pacientes para obtener información acerca de su enfermedad, cuando lo comentan con el personal, con los familiares y por medio de las relaciones con las demás pacientes, sin importar qué tan eficaz sea su capacidad de comunicación; es muy probable que experimenten cierta dificultad mientras se ajustan al nuevo ambiente hospitalario.

Algunos pacientes pueden pensar que la comunicación con el personal del hospital es muy adecuada, pero también hay infinidad de críticas que es importante conocer, para prevenir ciertos problemas que pueden presentarse cuando un paciente ingresa al hospital.

La comunicación es importante a lo largo de toda la estancia del paciente, pero para la enfermera; la comunicación es la herramienta terapéutica más importante, y la relación inicial con el individuo puede modificar la eficacia de la terapia subsecuente.

Aun cuando el paciente y la enfermera hablan el mismo idioma, pueden tener problemas perceptivos para entender el acento o dialecto. La enfermera puede disminuir este problema si habla claro, despacio y con pausas para aclarar algo cuando sea necesario. También habrá dificultades si el vocabulario de la enfermera y el paciente es diferente, por que se convierte en una barrera semántica para la comunicación. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 110)

El paciente puede emplear palabras que la enfermera no comprende con facilidad y viceversa, las enfermeras deben estar alertas para disminuir los obstáculos en la comunicación. Esto se consigue cuando se es experto en

observación e interpretación de los mensajes no verbales que indican cuándo el paciente no comprendió; también se debe explorar con el individuo la causa de la ruptura en la secuencia de comunicación y corregirla.

Las diferencias en el vocabulario provocarán dificultades a los pacientes, en especial al usar lenguaje técnico durante la comunicación. Las enfermeras deben averiguar qué significan para el paciente estos términos, así estará segura de que hablan de lo mismo.

Las enfermeras se enfrentan a situaciones complejas, no sólo por tomar en cuenta los factores psicológicos y socioculturales durante la enfermedad, sino también como promotoras de la salud, para ayudar a los pacientes y sus familias a comprometerse en el cuidado de su propia salud. Para estas actividades se requieren el conocimiento adecuado y capacidad de comunicación en diversas circunstancias.

En la vejez algunas personas presentan signos de disminución en sus capacidades de pensar y recordar; por ejemplo, dan respuestas incorrectas mientras platican con otra persona. Las enfermeras deben hablar a estos pacientes como si no hubiera deterioro alguno debido a que tienen periodos racionales impredecibles, en los que pueden mortificarse si son tratados como niños.

Hay ocasiones en que no se encuentran las palabras adecuadas, pero para la mayoría de la gente es difícil imaginar cómo sería la incapacidad de hablar. Es cierto, sin embargo, que la persona aún puede ver, escuchar, leer, escribir y comunicarse de manera no verbal. Por ello, éstos son los medios que deben explotarse cuando un paciente pierde de pronto la capacidad de hablar, ya sea en forma temporal o permanente. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 114)

En la pérdida fugaz de la comunicación verbal, la enfermera debe de contribuir en animar al paciente a seguir instrucciones del terapeuta de lenguaje, sin mostrar impaciencia mientras practica, ni desconcierto por la voz emitida.

Problemas con la sensibilidad corporal; la sensibilidad cutánea es un tema que no se discute con facilidad. Sólo cuando se priva de la sensación cutánea, el individuo se da cuenta de lo importante y placentera que puede ser para la comunicación. Sin embargo, en términos físicos puros, cuando alguien pierde la sensibilidad cutánea pierde un componente vital de la comunicación. La pérdida sensorial disminuye la capacidad para recibir señales protectoras.

Problemas para el movimiento corporal; cuando un paciente pierde la capacidad para moverse, la zona afectada del cuerpo ya no puede usar para transmitir mensajes no verbales. De acuerdo con el grado de parálisis, varía el tipo de comunicación, al igual que las necesidades compensatorias para aprovechar al máximo los componentes restantes del lenguaje verbal.

Problema con el lenguaje corporal; gran parte del conocimiento actual acerca del lenguaje corporal resultó del estudio de sujetos "normales". Sin embargo, hay gente que carece de un cuerpo "normal", ya sea en estructura o función, con el cual transmitir ese lenguaje, no existe el problema de comunicar el lenguaje corporal; si no también de interpretar las señales que transmiten estas personas. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 117)

La enfermera debe reconocer que el lenguaje corporal acerca del estado de ánimo y actitud no pueden expresarse de la manera usual cuando la gente tiene defectos estructurales y funcionales que afectan su postura y forma de caminar.

Aunque no existiera ninguna normalidad estructural, una postura forzada como estar acostado en la cama, sentado en una silla de ruedas o en una silla, puede

originar problemas con el lenguaje corporal. Esto es cierto sobre todo para el contacto visual, que es más probable si los ojos se encuentran al mismo nivel, la enfermera puede ayudar si se sienta al hablar con estos pacientes.

Es obvio que comunicarse no es fácil, los enfermos necesitan y disfrutan, sólo por interés humano, de la conversación social y ésta es una manera eficaz de sentar las bases de una relación. No obstante, también se requiere la comunicación con un propósito. Escuchar, observar y hacer preguntas adecuadas, ayudan a la enfermera a valorar el momento ideal para la comunicación planeada y el nivel al que se da la información.

La valoración de enfermería debe realizarse por varios medios, como observar a la persona, obtener datos de sus hábitos relativos a la comunicación, por medio de preguntas, escuchar al paciente y sus familiares y usar los expedientes disponibles, incluso los médicos. Entonces, la información obtenida puede examinarse para identificar los problemas reales en la relación con la actividad de comunicación; deben ordenarse según su prioridad. La enfermera también reconocerá los problemas potenciales, no todos los posibles, sino los que tengan relevancia.

La enfermera requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica enfermera – paciente; por tanto, es muy importante que tome en cuenta que a diario transmite un impacto personal mediante su comunicación. Todas las personas cuentan con los mismos elementos en este proceso.

La comunicación es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con uno mismo. En el caso de la comunicación interpersonal esto significa conectarse con otra persona en un nivel emocional, y no sólo en un nivel intelectual. (López ., Vargas, 2002, p. 94)

- a) *Presentación entre enfermera y paciente:* La primera actividad de la enfermera es presentarse por su nombre al paciente, además es necesario que se le explique al paciente la manera de dirigirse al personal en el hospital, la normativa y los recursos disponibles para disminuirle la ansiedad ante situaciones desconocidas.
- b) *Relación enfermera – paciente:* En esencia, esta relación se espera que sea humanitaria. Sin embargo, cada usuario que acude a una institución de salud con el propósito de buscar ayuda para sus problemas, ya sean reales o potenciales, la enfermera está ahí para contribuir a la solución, alivio o prevención de las dificultades de los pacientes, no establece la relación con el paciente por elección, sino por su capacidad de contribuir de manera profesional, por ello es necesario que considere la calidad de su participación en dicha relación.

La enfermera contribuye a la relación como un ser humano único, resultado de sus experiencias particulares. También otorga compasión a la gente y adquiere un compromiso hacia la enfermería, con sus conocimientos y habilidades, su madurez emocional debe ser tal que no tenga que garantizar la satisfacción de necesidades personales a expensas del paciente.

Los eventos críticos son innumerables, pero la enfermera debe ser madura para manejar sus sentimientos de manera constructiva, que no refleje incomodidad alguna hacia el paciente que, posiblemente tenga muchas expectativas sobre la participación de la enfermera, por lo que requiere ayuda para ser realista y fortalecer el autoconocimiento.

La gente preocupada no, escucha o comprende los mensajes verbales y no verbales que se le envían. Sin embargo, se han visto resultados benéficos en varios estudios cuando la enfermera se toma tiempo en informar al

paciente (Hayward, 1975; Wilson – Barnett, 1978; Bond, 1982). Citados por Roper., Logan y Tierney, Cuando una persona se convierte en paciente no sólo busca tratamiento, también consuelo en el personal de enfermería y la información es parte importante de ese alivio.

En la literatura actual se brinda mucha atención al valor del contacto terapéutico como medio de consuelo psicológico. El tacto es el modo inicial y más primitivo de relacionarse y es importante para comunicarse sin palabras; puede transmitir una miríada de mensajes positivos y negativos entre la gente. 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; después cita a varios autores que examinaron los efectos del lenguaje táctil en diversos establecimientos de atención a la salud, con: ancianos, pacientes terminales, las personas que sufren dolor, gente ansiosa y durante el trabajo de parto.

Sin embargo, debe reconocer que para algunas personas, el contacto sería una invasión inaceptable de la intimidad personal Turton (1989) citado por Roper., Logan y Tierney,; afirma que se requiere habilidad para recibir este miramiento, sobre todo cuando la persona tiene poca independencia individual. Todas las actividades que se lleven a cabo en la habitación del paciente, y no solo el contacto, brindan oportunidad a la enfermera par mostrar empatía.

Brunard (1987) también menciona algunas de la habilidades que se requieren para lograrla: la capacidad de escuchar (las palabras, pero también el volumen, tono, movimientos oculares y lenguaje corporal);

ofrecer atención desinteresada (para notar y aceptar y no para analizar e interpretar); evitar juicios (no clasificar como bueno, malo, correcto, erróneo), y para controlar lo que se dice y cómo se dice, con expresiones faciales genuinas y no mecánicas. Al comportarse de ese modo, la enfermera muestra respeto por la individualidad de la persona.

El mismo autor dice que toda enfermera necesita desarrollar habilidades psicológicas, sociales, así como manuales, para mantener una relación enfermera paciente eficaz; tales capacidades implican también, dar por terminada la relación en el momento adecuado. Es obvio que no sólo la relación enfermera – paciente contribuye al cuidado y bienestar de la persona, se necesita comunicación entre los demás integrantes del equipo de salud.

- c) Los informes que se dan al paciente cuando ingresa al hospital y durante su estancia, pueden reconocer como parte importante el cuidado de la enfermera, pero con frecuencia el egreso se hace muy aprisa. A menudo no se brinda información suficiente al paciente y su familia sobre las indicaciones para el periodo de convalecencia, acerca de los fármacos y tratamiento que deben continuarse, del grado de progreso que se espera y del regreso a su trabajo. (Roper., Logan y Tierney, 1993, p. 108)

Colliere (1997) El bien interno de una profesión tiene su génesis en la ética; es el fin específico por el cual esa actividad cobra sentido, para alcanzarlo es preciso dominar tanto las técnicas y habilidades propias de la profesión, como hacer uso de ellas. El bien interno de la enfermería consiste en el cuidado a las personas, familias y comunidades, para mantener la calidad de vida; identificar, disminuir o eliminar los riesgos de enfermar y ayudar a recuperar la capacidad del autocuidado.

Con el uso adecuado de sus conocimientos y habilidades técnicas, el profesional en enfermería legitima la profesión y la ubica socialmente como una disciplina capaz de transformar la realidad y transformarse a sí misma. Estas transformaciones pasan, necesariamente, por la asunción conceptual del poder liberador o reductor de las acciones del cuidado, tanto para las personas cuidadas como para los cuidadores.

Tal como lo plantea la autora citada, un cuidado es liberador cuando se apoya en las fuerzas y en las capacidades existenciales; libera otras posibilidades o simplemente induce para que se utilicen. En otras palabras, es el que genera autonomía y permite a la persona su propio cuidado en cualquier momento del proceso salud enfermedad.

Los cuidados de enfermería transmiten un poder reductor cada vez que limitan las capacidades de los usuarios; cuando se reconoce lo que pueden o saben hacer por sí mismos y no se indaga por todo aquello que les motiva a descubrir sus propias posibilidades, les genera sentimientos de valoración personal y les permite ganar auto confianza para asumir sus cuidados y los de su familia.

El proceso de cuidar es el resultado de una construcción propia de cada situación; se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familias o colectivos que demandan cuidado. Esta construcción es el resultado de la relación entre quienes ofrecen el cuidado y quienes lo demandan y puede generar autonomía o dependencia como consecuencia de las actitudes que asume el cuidador.

Las relaciones interpersonales en la dimensión de ética de la calidad sugieren establecer una comunicación honesta, veraz, clara y oportuna entre los integrantes del equipo de enfermería y los otros miembros del equipo de salud.

Las actitudes éticas que propician el reconocimiento de la autonomía de la persona cuidada y su capacidad de decidir sobre el tratamiento y posibilidades de recuperación o mantenimiento de la salud, realizan y actualizan el bien interno de la profesión. Por lo tanto, acciones concretas como la información oportuna, la explicación de los procedimientos y la solicitud de autorización escrita – consentimiento informado- , hacen tangible la dimensión ética de la calidad.

No hay calidad del cuidado si no se logran acuerdos mínimos y compromisos entre los profesionales en enfermería para la normalización de procesos y procedimientos. El cumplimiento cabal de estos, la evaluación de los resultados y el mejoramiento de los estándares integran un dato triangular de beneficios para el paciente, el equipo humano y la institución.

**Peplau** (1990) define la enfermería como una relación humana entre una persona que requiere un servicio de salud y un profesional con la formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. La interacción de la enfermera con el paciente se lleva a cabo en 4 fases claramente discernibles en la relación enfermera – paciente. Orientación, Identificación, Exploración y Resolución; estas están interrelacionadas. Cada etapa define las tareas y roles exigidos a la enfermera en las distintas situaciones.

#### 1. Fase de Orientación.

La persona reacciona de forma diferente ante la enfermedad. En esta indagación interesa lo que sucede cuando el usuario y la enfermera colaboran para resolver una dificultad relacionada con la salud. En los pacientes que buscan ayuda, destacan 2 factores básicos:

- Hay una necesidad experimentada, se ha planteado un problema de salud, que tiene cierta claridad para el paciente.

- Se solicita una asistencia profesional que sea útil.

El desempeño efectivo de los roles o funciones que le competen a la enfermera en el ámbito hospitalario, implica considerar las necesidades tratamiento, ejercicio, autocuidado de los pacientes, proporcionándole información específica sobre su padecimiento y la dinámica institucional, apoyarlo para que acepte su rol de paciente y estimularlo para que exprese sus expectativas y los sentimientos que le genera su situación.

## 2. Fase de Identificación.

En esta etapa los pacientes son afables y optimistas para identificarse con las enfermeras que tienen las actitudes citadas y por lo tanto, son útiles para la solución de los problemas. "Cuando una enfermera permite expresar al paciente lo que siente y brinda además la ayuda necesaria, puede sentir que la experiencia de la enfermedad le orienta los sentimientos, y fortalece los elementos positivos de su personalidad".

## 3. Fase de Exploración.

Esta etapa denominada también de aprovechamiento, se caracteriza por el inicio de la convalecencia y en algunas ocasiones el paciente tiene el conflicto entre la dependencia e independencia; además, algunos pacientes en periodo de recuperación hacen más demandas al personal enfermero que los que están más graves. No obstante, al mismo tiempo empiezan a identificar y orientarse a nuevas metas como volver a casa y al trabajo.

El paciente considerará que recibió una atención eficiente si sus necesidades fueron satisfechas oportunamente y fueron comprendidos sus cambios de conducta, sin prestar demasiada atención a sus incongruencias aparentes.

#### 4. Fase de Resolución.

Se puede inferir que el paciente está en la última fase de relación enfermera – paciente cuando la satisfacción completa de las necesidades, ocasiona que las posponga gradualmente y sus aspiraciones se adapten a las metas nuevas. Esta etapa implica la liberación paulatina de la identificación con las personas que le proporcionaron ayuda y el fortalecimiento de la capacidad para actuar por si mismos. Estos logros solo se alcanzan cuando se han cumplido todas las tareas del desarrollo correspondientes a las etapas del ciclo vital. Dado que la resolución es más un fenómeno psicológico.

Finalmente, se hace énfasis en que la comunicación verbal y no verbal, es imprescindible para que el personal de enfermería sostenga una relación terapéutica con cada paciente y favorezca la mejora continua en el cuidado.

**Peplau** (1987) recomienda que las enfermeras desarrollen la percepción de sus mensajes no verbales y trabajar para que en la relación enfermera paciente, los intercambios verbales sean máximos y los no verbales mínimos.

En consecuencia, la dimensión interpersonal de la calidad se refiere a la relación entre el profesional y las personas objeto de cuidado. En el desarrollo de esta relación ambos crecen alrededor de la situación que la generó, este crecimiento se traduce en terapéutica para el paciente y en realización para el profesional. En tal sentido, el proceso de los cuidados de enfermería procede de una relación centrada en el intercambio de fuentes diversas y complementarias y se traduce en cuidados a los usuarios y no a las enfermedades.

En la relación interpersonal influyen diversos actores; entre los que destaca la percepción, proceso que es definido por Hermann L.F. Helmholtz (2000) como “el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y

las señales sensoriales presentes”. Microsoft Corporation, Encarta (2002). La percepción como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, ocio e información

El personal debe conciliar las necesidades del usuario con la normativa institucional y los conocimientos técnicos científicos. La percepción es una dimensión determinada por el contexto socio – cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado.

Ética, técnica, conocimiento científico y relaciones interpersonales son dimensiones de la calidad que constituyen un entramado de factores requeridos para el logro de la excelencia en el ejercicio profesional. En esta red de relaciones es igualmente compleja la evaluación de la calidad, pues no son evaluados únicamente los aspectos científicos sino también la interacción personal.

### **4.3 La satisfacción del usuario como indicador de calidad de los servicios de salud.**

El término calidad puede ser definido de diferentes formas; su significado depende del contexto. En el campo de la salud, la definición de *calidad* es el criterio técnico científico para los profesionales y el grado de satisfacción para los usuarios incluye los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones.

La Organización Mundial de la Salud, en su constitución, afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macroproyecto de salud para todos.

Define como requisito de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población. (Gilmore, 1996, p. 20)

Garantizar la calidad exige de los profesionales una reflexión permanente sobre valores, conocimientos, actitudes y normas que orientan los objetivos del bien interno. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orientan el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y comprender sus dimensiones: ética, técnica, interpersonal y de percepción.

La dimensión ética obliga a establecer formas de calidad en todos los niveles, desde el conocimiento científico hasta las relaciones interpersonales. El respeto, la preservación y fomento de la autonomía, la búsqueda del bienestar y la protección de posibles riesgos son principios de bioética que rigen el ejercicio profesional. Se constituye en un deber moral asumirlos en el momento de tomar decisiones, articular los recursos y las capacidades para dar respuesta a las necesidades de cuidado.

Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud, por todas las personas que interactúan con él, en todo momento el personal debe de mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta con deseos de regresar.

El término "resultados" hace referencia a lo que se obtiene para el paciente. Más específicamente, un resultado supone un cambio en el estado de salud –para bien o para mal que puede atribuirse a la atención bajo evaluación. La satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante; en

primer lugar es un “resultado” de un valor incuestionable ya que es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover.

En segundo lugar, los pacientes satisfechos participan en la atención de una manera más efectiva. En tercer lugar, la agrado y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados

Donabedian (1990) cita que para lograr la satisfacción con la comunicación interpersonal (como resultado) se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:

1. Establecer una relación cordial.
2. Identificar las necesidades del usuario.
3. Responder las necesidades el usuario.
4. Verificar el entendimiento del usuario.
5. Mantener la cordialidad de la relación.

Como puede observar se en la fig. 2, estas aproximaciones pueden denominarse evaluación de la “estructura”, del “proceso” y de los “resultados”.

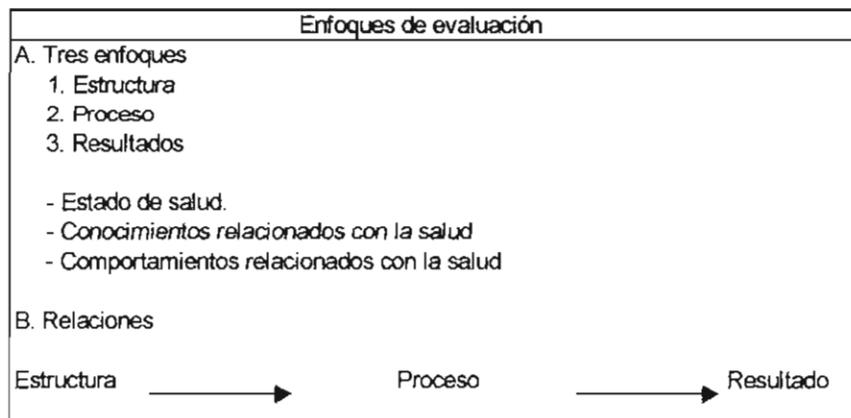


Fig.2. Enfoques de evaluación.

Fuente: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

Actualmente se pretende no solo que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La relación que se impone tiene que ver con la búsqueda de respuestas a la pregunta: ¿Qué tiene que ver la satisfacción con la excelencia?

Si se ve como punto de partida que la satisfacción es mucho más que una aspiración humana en la práctica, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino se garantice satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.

Pero como casi siempre sucede, los fenómenos de lo que se habla no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo. (Weingarte, et al. 1995, p. 329)

Constituirían entonces puntos centrales a presentar y discutir sobre el tema que nos ocupa: la naturaleza subjetiva de la categoría satisfacción y las implicaciones metodológicas que supone su medición o conversión en un indicador de calidad.

Evidentemente cuando se lee esta definición se refiere a lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro. (Delgado, López y Luna del Castillo, 1995, p. 316)

Lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a solicitar un servicio y esperan algo; evalúan si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera.

Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante. Toda esta complicada trama permite afirmar que la satisfacción es un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo: (fig. 3)

1. Las variables intrasubjetivas del cliente (paciente).
2. Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

El "paciente" (o cliente) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud. En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede **no** solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o bien "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien muy demandante. La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud. (Baradell, 1995, p. 81)

Lele M, Sheth J, (1989), señalan que puede suceder que se haya dado un exceso de información al paciente sobre lo óptimo a realizar en su caso, sin darse cuenta, aumenta sus expectativas ( por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente. "Las expectativas afectan los niveles de satisfacción"

### El proceso de satisfacción del usuario

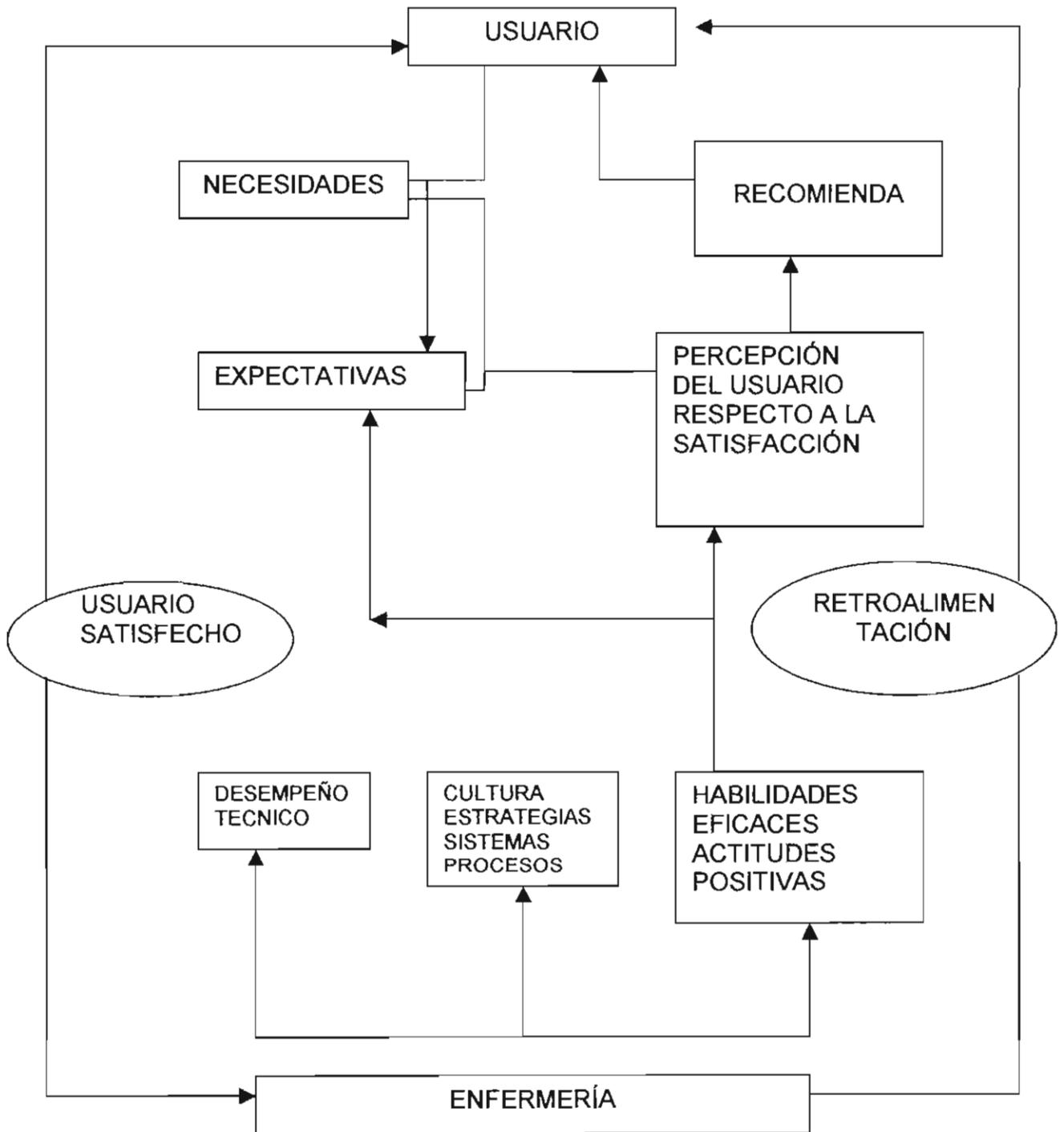


Fig. 3 Proceso de satisfacción del cliente

Fuente: Basado en: Delgado A., López LA., Luna del Castillo JD. (1995) Influence of the organizational mode satisfaction. Aten Primaria

Cada grupo de pacientes tiene sus particularidades, por ejemplo no es lo mismo un paciente internado en Cirugía que en Medicina Interna, o un paciente hospitalizado que uno de Consulta Externa todos estos elementos deben de tenerse en cuenta a la hora de determinar lo que se va a medir y el instrumento con se medirá el indicador.

Existen algunas dimensiones entre las que se citan:

1. Evaluación de la satisfacción en función de los resultados del tratamiento.
2. Evaluación de la satisfacción como el resultado de una relación entre expectativas traídas y cumplidas.

Cualquiera sea la dimensión sobre la que indague, es necesario tener claro de que el resultado como indicador quedaría limitado sólo a la dimensión sobre la cual esta trabajando, por lo que el criterio sería: está satisfecho con respecto a ...

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar presentes en las instituciones de salud, aspirar a lo excelente no es sólo un propósito, sino un derecho de todos los actores en este campo de trabajo.

En México en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CRUNACSS) se hace énfasis en “elevar el nivel de satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas”

**Importancia de satisfacer al cliente.** Producto de diversas investigaciones realizadas por la *American Marketing Association*, se llegó a las siguientes conclusiones:

- a) Cien clientes satisfechos producen 25 nuevos clientes
- b) Por cada queja recibida, existen otros 20 clientes que opinan lo mismo pero no se molestan en presentar la queja.

- c) El coste de conseguir un nuevo cliente equivale a cinco veces el de mantener satisfecho al que ya está ganado.
- d) Un cliente satisfecho comenta como promedio su buena experiencia a otras tres personas, en tanto que un insatisfecho lo hace con nueve.

En materia de servicios Hayes (1999) afirma que, una persona satisfecha transmite su entusiasmo a otras tres, por término medio. Una persona insatisfecha comunica su insatisfacción a once personas, por término medio. Así que un 1% de clientes insatisfechos produce hasta un 12% de clientes perdidos.

**Crear en los usuarios una sensación crucial: la sensación de ser importantes.**

## 4. 4 Estudios relacionados

**Barajas, R., et al** (2004) investigaron la comunicación enfermera paciente en el servicio de medicina interna de la Clínica Díaz Infante en San Luis Potosí (ciudad capital) con una muestra de 15 pacientes.

Los resultados indican que los porcentajes mayores corresponden al genero femenino, procedencia local, labores del hogar y solicitud del servicio por convenio; la mayoría solo cursó la primaria. De acuerdo a las opiniones expresadas por los pacientes, al ubicar los resultados con la escala establecida, el nivel de comunicación enfermera – paciente es excelente.

Al evaluar la comunicación verbal y no verbal, las opiniones de los pacientes permitieron ubicar a la no verbal en el nivel **excelente** y a la verbal en el **regular**. Un dato sobresaliente en los subindicadores fue que los pacientes expresaron que recibieron menos información sobre ejercicio por lo que dicho subindicador le correspondió el nivel regular.

**Hernández, O., Montejano, M., Pérez, L.** (2004) investigaron la comunicación enfermera - paciente en el servicio de cirugía del Centro Médico del Potosí en San Luis Potosí (ciudad capital) con una muestra de 38 pacientes en un 50% por hombres y mujeres.

El 82% de los pacientes de ambos sexos identificaron la comunicación verbal y no verbal como un nivel alto de comunicación. Con un porcentaje encontrado (92%). En ninguno de los indicadores se percibió la comunicación en nivel bajo, aspecto que favorece la calidad.

**Pérez, C et al** (2004) investigaron el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos respecto al entorno

asistencial y a la información recibida, en este último incluyeron dentro de uno de sus análisis el área de enfermería.

Resultados: indicaron que la información recibida por parte del personal de enfermería la consideraron como escasa acerca a lo del tratamiento y el cuidado disminuyendo en gran medida el grado de satisfacción de los pacientes y familiares.

**García, F., Pancorbo, H., Rodríguez, T., Rodríguez, T., Alcazar, I., Pereira, B.** (2002) investigaron la satisfacción de los usuarios de cirugía ambulatoria en dos hospitales comarcales en el Hospital Universitario Princesa de España (Jaén) y el HGB San Agustín (Linares). La población objeto de estudio fueron los pacientes intervenidos quirúrgicamente en estos dos hospitales, muestra: 100 sujetos; selección sistemática (50 pacientes por hospital).

Resultados indicaron que los pacientes sometidos a cirugía general estaban más satisfechos ( $p = 0.022$ ). Se observaron diferencias entre los hospitales en cuanto al trato recibido ( $p = 0.01$ ). En la satisfacción con el hospital y con la cirugía mayor ambulatoria influyen los factores humanos (capacidad técnica, trato, e información)

**Bengoechea, I.** (2001) Realizo la revisión bibliográfica de estudios sobre comunicación paciente – enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes.

Los estudios revisados sobre enfermería acerca de la comunicación paciente – enfermera en las UCI predominantemente han sido realizados en culturas anglosajonas. Así mismo, se ha observado que la mayoría de dichas investigaciones eran de carácter cualitativo, sobre dos líneas de investigación en los estudios revisados. Dichas líneas se centraban: a) conocer las características

de la comunicación empleada por la enfermera hacia el paciente, e b) identificar las causas que determinaba dicho estilo de comunicación. De los estudios revisados, pocos investigan conjuntamente la comunicación verbal y no verbal de forma integral.

Entre las investigaciones revisadas esta: Wesson (1997), May (1990), Jarret (1995), Albarran (1991), Headth (1989) y Ingham (1989), de los resultados de la investigaciones revisadas concluye Bengoechea de forma general que la comunicación entre paciente enfermera no es individualizada y fundamentada en diagnósticos médicos. Asimismo establecen que el 73% las interacciones son por la enfermera.

**Cuñado, A., Rial, C., Lanero, B., Escobar, J., García, FJ.** (1999) validaron de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con cuidados enfermeros en urgencias. Se recogió la opción de una muestra de 102 pacientes que acudieron al servicio de urgencias de dos hospitales: el Hospital General de Móstoles del área sanitaria VIII y el Hospital Clínica Puerta Hierro, del área sanitaria VI de Madrid.

Resultados: En ambos hospitales, la puntuación media fue superior a 45 puntos que es el punto a partir del cual se consideró satisfecho con respecto a la escala global. La distribución de las respuestas de todos los pacientes acerca de la satisfacción con los cuidados enfermeros, globalmente y para cada dimensión. La dimensión de "Información al alta" fue valorada con la peor puntuación posible por el 6% de los pacientes.

La validación convergente de la escala CECSS con otras escalas mostró una correlación positiva con la escala de caras encantadas – disgustas y con la escala de solución de problemas de salud.

**Fernández, V., Roman, C.G.** (1999) realizaron en valencia un estudio expost-facto correlacional sobre los cuidados de enfermería del adulto mayor enfermo y su satisfacción con el cuidado recibido, realizado en el servicio de medicina de la ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejerá" el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el cuidado de enfermería del adulto mayor enfermo con los factores: higiene personal y ejercicios en cama y su satisfacción por el cuidado recibido, respeto y aceptación de sugerencias.

Los resultados de la investigación evidenciaron una opinión muy baja y moderada del cuidado de enfermería en: higiene personal y ejercicio en cama; especialmente este último alcanzó el 100% en frecuencia baja. En cuanto a la satisfacción hubo más alta opinión por el respeto recibido que la aceptación de sugerencias, sin embargo, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre los factores y variables en estudio.

**Aposta, T., Bellobi, F., Serra B.** (1992) describe la experiencia de tres años en la unidad de hospitalización de Braquiterapia del Hospital Duran J Reynals. Se ha evaluado la opinión de los pacientes y su grado de satisfacción y se ha obtenido la información sobre la calidad de los cuidados profesionales de enfermería proporcionados.

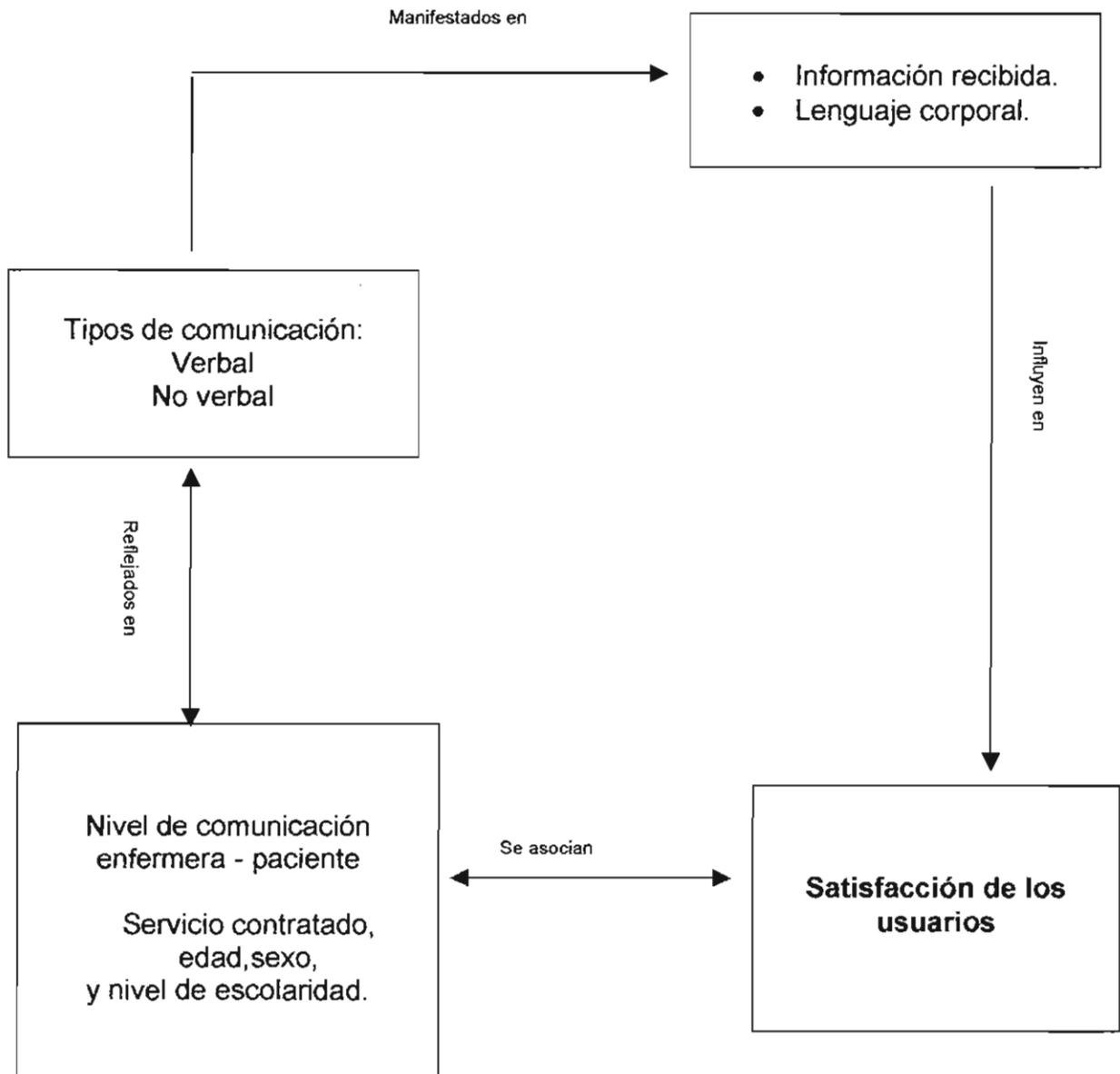
Analizados los resultados se puede apreciar, un déficit de información en las actividades que se realizan en el quirófano y por consiguiente afecta la satisfacción del servicio prestado.

**Aguirre, GE.** (1990) evaluó la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.

Resultados: los factores que afectan la satisfacción están relacionados, con la oportunidad, relación médico – paciente, el trato humano y la calidad de la información.

Cabe hacer mención que la relación entre los temas que integran el marco teórico se presenta en el mapa conceptual.

## 4.5 Mapa conceptual



## 4.6 Glosario.

**Autocuidado.** Es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. (Marriner, 1994, p. 177)

**Calidad de la atención.** Es un conjunto de técnicas que aseguran el mantenimiento y el perfeccionamiento de los estándares y la eficiencia y eficacia de la atención de enfermería; en un sentido más amplio, es una actividad de control de la práctica de la enfermería, como tal, abarca las relaciones entre enfermera paciente. (Sandoval., León, 1997, p. 43)

**Comunicación enfermera – paciente.** Atención y cuidado de los individuos para dar un sentido a sus experiencias de salud a través de la comunicación. (Ibarrondo, 2001, p. 12)

**Comunicación no verbal.** Mensajes enviados y recibidos por medio de signos, gestos, expresión facial, marcha, postura, tono de voz, quejidos, etc.... (Travelbee, 1997, p. 60)

**Comunicación verbal.** Intercambio verbal con el enfermo, con el objeto de ayudar al paciente a aclarar, informar o bien dar instrucciones. (Travelbee, 1997, p. 60)

**Comunicación.** Es el proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y, por tanto, cumplir con el objetivo de la enfermería, que consiste fundamentalmente en ayudar a los individuos y a las familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a dar sentido a estas experiencias. (Marriner, 1994, p. 366)

**Contacto físico.** Es una forma personal de comunicarse que se debe de utilizarse con cautela, que está sujeto a normas sociales y culturales muy establecidas, y puede ser empleada como herramienta terapéutica. (Potter,. Perry, 2002, p. 473)

**Contacto visual.** Es la habilidad más importante en el impacto personal, indica el deseo de comunicarse, el mantener el contacto visual durante una conversación, los interlocutores se comunican mutuamente respeto y muestran el deseo de escuchar. (Potter,. Perry, 2002, p. 462)

**Expresión Facial.** En la relación enfermera – paciente; con una sonrisa puede tomar otra actitud y participar en forma más activa en su tratamiento. (López..., Vargas,2002, p. 97)

**Información.** Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una cuestión determinada. Microsoft Corporation, Encarta (2002).

**Interacción enfermera – paciente.** Hace referencia a cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada. . (Marriner,1994, p. 366)

**Interacción.** Se refiere a todo contacto en el curso del cual dos personas ejercen una influencia recíproca y se comunican entre sí por medios verbales y no verbales. . (Marriner,1994, p. 366)

**Lenguaje corporal.** Expresión física por el tono de voz, la expresión facial, los gestos, el tacto o el contacto físico, la postura, la posición, el andar. (Irving,1975, p. 26)

**Necesidad.** Requerimiento del paciente que, si se satisface, alivia o reduce el malestar inmediato y mejora su sensación inmediata de comodidad y bienestar. . (Marriner,1994, p. 353)

**Participación del paciente.** Cuando el enfermo puede verbalizar, aclarar y enfocar, se le puede ayudar a identificar causas y efectos. (Travelbee, 1997, p. 64)

**Percepción.** Es la interpretación de un estímulo y su valoración conciente. (Marriner,1994, p. 247)

**Relación persona a persona.** Es una experiencia o serie de experiencias que viven la enfermera y el receptor de sus cuidados. Esta se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases de un encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía. (Marriner,1994, p. 366)

**Satisfacción del paciente.** Constitución de un juicio de valor de la persona sobre la calidad de la atención y sus resultados. (Sandoval., León,1997, p. 44)

**Trato digno.** Trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria. Comisión Interinstitucional de Enfermería (2003)

**Usuario.** A toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. (Nom – 168 – SSA1 – 1998)

**Usuarios externos.** Son las personas que reciben los productos y/o servicios finales de la unidad. (Sandoval., León,1997, p. 45)

## V. Diseño metodológico

Este capítulo incluye:

### Hipótesis

- El nivel de comunicación enfermera – paciente se asocia positivamente con la satisfacción del usuario.

### Tipo de estudio:

- Fue transversal y analítico

### Nivel del estudio:

- Tipo II

### Universo:

- Los pacientes hospitalizados en la Clínica Díaz Infante S.A de C.V de la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P

### Población:

- Pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía en el periodo en que se recolectaron los datos.

### Muestra

- 80 pacientes del servicio mencionado, seleccionados por muestreo consecutivo no aleatorio.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de 13 a 85 años.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en la investigación.
- Que tengan mínimo 8 horas en el servicio.
- Nacionalidad: mexicano o extranjero que hable y escriba el idioma español.

### **Criterios de exclusión:**

- Con alteraciones fisiológicas (hipoacusia, déficit visual, dolor intenso)
- Alteraciones mentales.
- Que no acepten participar en la investigación.
- Que hayan participado en la prueba piloto.
- Que sean personal de salud de la institución (hospitalizados).

Nota: Las alteraciones fisiológicas y mentales se verificaron en la historia clínica del paciente y la observación directa durante la aplicación de la encuesta.

### **Criterios de eliminación:**

- Cuestionarios incompletos.
- Que decidan no participar en la investigación una vez iniciada esta.

### **Consideraciones éticas:**

Se consideran los apartados al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud:

Titulo segundo, Capítulo 14 fracción V, relacionada con el consentimiento informado. Para lo cual se solicito el consentimiento del paciente a entrevistar. (Anexo. 1)

Fracción VII: Referente a la autorización de la institución, se solicito con anticipación el consentimiento de las autoridades institucionales, a través de la Dirección Médica de la institución.

Fracción VIII: Los datos se manejaron de manera confidencial para asegurar la identidad de los pacientes.

### **Características del instrumento para la recolección de la información**

Se utilizaron dos instrumentos elaborados por la tesista, un cuestionario (anexo. 2) para obtener el tipo de comunicación enfermera – paciente y el segundo cuestionario (anexo 3) sobre la satisfacción del usuario, que se derivaron de la operacionalización de las variables.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ITEMS.

VARIABLE	ITEMS	MEDICIÓN
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Residencia	7 Items	Ordinal
Edad.	De la pregunta	
Sexo.	1 a la 6	
Servicio contratado.		
Grado de escolaridad.		
Ocupación.		

- o Además se incluyó el número de internamientos en el servicio seleccionado.

Variable independiente: Comunicación enfermera – paciente

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ITEMS</i>	<i>MEDICIÓN</i>
Verbal.	Información recibida	9 Items	Escala ordinal
		Pregunta de la 8 - 16	
No verbal.	Lenguaje corporal	8 Items	Escala ordinal
		Pregunta de la 17 - 24	
		Pregunta abierta 25	Dicotómica

Variable dependiente: Satisfacción del usuario

<i>INDICADOR</i>	<i>ITEMS</i>	<i>MEDICIÓN</i>
Información recibida	9 Items	Escala ordinal
	Pregunta de la 1 - 9	
Lenguaje corporal	8 Items	Escala ordinal
	Pregunta de la 10 - 17	
	Pregunta abierta 18	Dicotómica

### Descripción de los instrumentos

El primer instrumento que midió la variable comunicación consta de 17 ítems de 4 opciones de respuesta, se dio un valor a cada uno.

Las dimensiones de la comunicación, se midieron con una escala ordinal tipo Likert, con los valores máximos y mínimos:

Dimensión	Indicador	Puntaje	Nivel de comunicación
a) Verbal	Información recibida	36 – 27	Excelente
		26 – 17	Bueno
		16 - 7	Regular
b) No verbal	Lenguaje corporal	32 – 24	Excelente
		23 – 15	Bueno
		14 – 6	Regular

Cada indicador se desglosa según los aspectos explorados de la siguiente forma:

DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES ASIGNADOS	ITEMS	
Verbal	Información recibida	1 Nunca	9 Items Preguntas de la 8 - 16	
		• Tratamiento		2 Algunas veces
		• Ejercicio		3 Casi siempre
		• Autocuidado		4 Siempre
No verbal	Lenguaje corporal	1 Nunca	8 Items Preguntas de la 17 - 24	
		• Contacto visual.		2 Algunas veces
		• Tono de voz.		3 Casi siempre
		• Sonreír		4 Siempre

Para medir los subindicadores también se aplicó una escala de likert, con los siguientes valores:

Dimensiones	Indicador	Subindicador	Puntaje	Nivel de comunicac
a) Verbal	Información recibida	Tratamiento	12 – 9	Excelente
			8 – 5	Bueno
			4 – 1	Regular
		Ejercicio	12 – 9	Excelente
			8 – 5	Bueno
			4 – 1	Regular
		Autocuidado	12 – 9	Excelente
			8 – 5	Bueno
			4 – 1	Regular
b) No verbal	Lenguaje corporal	Contacto visual	12 – 9	Excelente
			8 – 5	Bueno
			4 – 1	Regular
		Tono de voz	8 – 7	Excelente
			6 – 5	Bueno
			4 – 3	Regular
		Sonreír	12 – 9	Excelente
			8 – 5	Bueno
			4 – 1	Regular

Para la pregunta 25 se utilizó en primer lugar una escala dicotómica, y los temas sugeridos se postcodificaron.

El segundo instrumento utilizado para evaluar la satisfacción; constó también de 2 indicadores con 17 ítems de respuesta cerrada. Cabe mencionar que las dos primeras opciones de respuesta se consideraron para identificar la insatisfacción y las dos últimas para la satisfacción.

Cada indicador se midió con las siguientes escalas:

Indicador	Puntaje	Grado de satisfacción
Información recibida	36 – 23	Satisfecho
	22 – 9	Insatisfecho
Lenguaje corporal	32 – 20	Satisfecho
	19 – 7	Insatisfecho

Los indicadores de satisfacción se exploraron a través de los subindicadores siguientes:

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA	ITEMS
Información recibida <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento</li> <li>• Ejercicio</li> <li>• Autocuidado</li> </ul>	1 Muy insatisfecho 2 Insatisfecho 3 Satisfecho 4 Muy satisfecho	9 Items Preguntas de la 1 - 9
Lenguaje corporal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto visual.</li> <li>• Tono de voz.</li> <li>• Sonreír</li> </ul>	1 Muy insatisfecho 2 Insatisfecho 3 Satisfecho 4 Muy satisfecho	8 Items Preguntas de la 10 - 17

La satisfacción se identificó de acuerdo a las siguientes escalas, con base en los subindicadores:

Indicador	Subindicador	Puntaje	Satisfacción
Información recibida	Tratamiento	12 – 8	Satisfecho
		7 – 3	Insatisfecho
	Ejercicio	12 – 8	Satisfecho
		7 – 3	Insatisfecho
	Autocuidado	12 – 8	Satisfecho
		7 – 3	Insatisfecho
Lenguaje corporal	Contacto visual	12 – 8	Satisfecho
		7 – 3	Insatisfecho
	Tono de voz	8 – 6	Satisfecho
		5 – 3	Insatisfecho
	Sonreír	12 – 8	Satisfecho
		7 – 3	Insatisfecho

**Para la pregunta 18** se utilizó una escala dicotómica, además se postcodificaron las razones por las que recomendaría el servicio.

#### **Validación de los instrumentos:**

Una de las actividades previas que ayudaron a mejorar la calidad de contenido de los instrumentos fue la participación de dos docentes de la Maestría de Ciencias en Investigación Clínica de la Facultad de Medicina, como lectores externos para la validación por consenso. Por otra parte al aplicarles el coeficiente de confiabilidad Alpha Cronbach's el resultado fue de .9588 para un total de 34 items.

Informe de la prueba piloto:

Una vez concluida la revisión de los instrumentos por los expertos se realizaron algunas modificaciones a ambos en cuanto redacción de los ítems, efectuados todos los ajustes se verificó la autorización de la institución, y se procedió a la aplicación de un prepiloto con 7 pacientes del servicio de cirugía, que cumplieron los criterios de selección especificados en la investigación, reduciéndose el número de preguntas de 82 a 36 y modificándose la presentación de la encuesta para simplificarla, sin antes realizar un formato "control de pacientes".

Posteriormente se encuestó a 15 pacientes del mismo servicio nuevamente como prepiloto; modificándose la redacción de algunas preguntas, la codificación de dos y se agregaron en los criterios de inclusión el idioma y nacionalidad, por encontrarse 3 encuestados extranjeros.

Finalmente se procedió a la realización de la prueba piloto por los encuestadores previa capacitación de los mismos, se aplicó a un total de 20 pacientes, del servicio seleccionado de los cuales quince de estos, estaban de alta.

Una decisión que se tomó después de este proceso fue buscar la asociación de la satisfacción de los pacientes con algunas variables sociodemográficas y se seleccionaron: edad, sexo, servicio contratado y escolaridad como covariables; para lo cual se decidió una muestra de 20 pacientes para cada covariable.

### **Recolección definitiva de la información.**

Esta etapa fue del 1 de febrero al 31 de marzo del 2004; para iniciar dicho proceso, previamente se entregó un resumen del protocolo, a las autoridades correspondientes de la institución.

Una vez seleccionada la población se recabó la información sobre: el censo diario de ocupación de la institución, especialidad, fecha y hora de la cirugía. Servicio correspondiente, número de cuarto, revisión del expediente y se registró la relación de pacientes en la hoja de control del encuestador, posteriormente se hizo la presentación del encuestador con los pacientes, dándoles a conocer su nombre y el objetivo de la investigación. El tiempo invertido fue de 15 a 30 minutos por encuestado, el total de encuestas aplicadas fue de 80.

### **Procesamiento y análisis de la información.**

En el procesamiento de la información en la encuesta de comunicación enfermera – paciente se suma un total es de 68 puntos; efectuándose una escala de Likert, para lo cual se tomaron los valores inferior y superior 68 y 17.

<b>Puntaje</b>	<b>Nivel de comunicación</b>
68 – 51	Excelente
50 – 33	Bueno
32 – 15	Regular

En lo correspondiente a satisfacción también se le aplicó una escala ordinal de Likert con 68 y 17 puntos como valores máximo y mínimo.

Puntaje	Satisfacción
68 – 43	Satisfecho
42 – 17	Insatisfecho

Los datos fueron capturados y procesados con el paquete estadístico SPSS y office 2000 con utilización de Word para el procesador de texto, Excel para gráficos y Power point para presentación del trabajo.

Para la presentación de datos sociodemográficos de la población estudiada se aplicó estadística descriptiva, frecuencia relativa, frecuencia acumulada. El análisis estadístico se realizó a través de:  $R^2$  regresión logística (método: Forward Stepwise (LR)), y estadística no paramétrica,  $X^2$  para conocer si la asociación es estadísticamente significativa. El nivel de significancia fue de  $p = < 0.05$ .

### **Difusión.**

La difusión de la presente investigación se llevará a cabo de la siguiente manera:

Se proporcionará una copia para el archivo de la Facultad de Enfermería y Biblioteca Biomédica; posteriormente se entregará a las autoridades de la institución y se publicará en alguna revista.

## VII. Resultados

Los datos encontrados se presentan en forma narrativa a través de 10 cuadros y en 9 gráficos; en primer lugar se describe a la población estudiada y después los datos correspondientes a las variables señaladas en la hipótesis.

El cuadro 1 corresponde a las variables sociodemográficas, el cuadro 2 corresponden a la variable comunicación enfermera – paciente; al igual los gráficos del 1 al 3, respecto a la comunicación y su relación con las variables sociodemográficas corresponden, del cuadro 3 al 5; conjuntamente con el gráfico 4, en los gráficos del 5 al 7 se presentan resultados de la variable satisfacción y en los cuadros del 6 al 8 pertenecen a la variable de satisfacción y su relación con las variables sociodemográficas lo mismo que el gráfico 8.

En el cuadro 9 se presentan los resultados del nivel de significancia de las variables estudiadas y el resultado de la  $X^2$ . En el cuadro 10 se presentan los resultados del nivel de significancia de las covariables como son edad, sexo, servicio contratado y nivel de escolaridad.

Por último se presentan el enlistado de la pregunta 25 de la primera encuesta y 18 de la segunda encuesta, de estas fue necesario que se codificaran.

La caracterización de la población estudiada se realizó con base en las variables sociodemográficas, y se presenta en el cuadro 1.

CUADRO. 1

		n = 80	
CARACTERÍSTICA		N°	%
<b>Residencia:</b>			
•	Capital del estado.	59	74.0
•	Foráneo.	18	22.0
•	Extranjero	3	4.0
<b>Edad:</b>			
	72 - 63	10	13.0
	62 - 53	14	17.0
	52 - 43	19	24.0
	42 - 33	18	23.0
	32 - 23	14	17.0
	22 - 13	5	6.0
<b>Sexo:</b>			
•	Femenino.	44	55.0
•	Masculino.	36	45.0
<b>Servicio contratado:</b>			
•	Particular.	36	45.0
•	Por convenio.	44	55.0
<b>Nivel de escolaridad:</b>			
•	Primaria.	21	26.0
•	Secundaria.	8	10.0
•	Bachillerato/Pers.tec.	21	26.0
•	Profesional	30	38.0
<b>Ocupación:</b>			
•	Obrero(a).	4	5.0
•	Labores del hogar.	23	29.0
•	Empleado(a).	22	28.0
•	Comerciante.	7	9.0
•	Estudiante.	3	3.0
•	Estudiante y empleado.	11	14.0
•	Otras	10	12.0

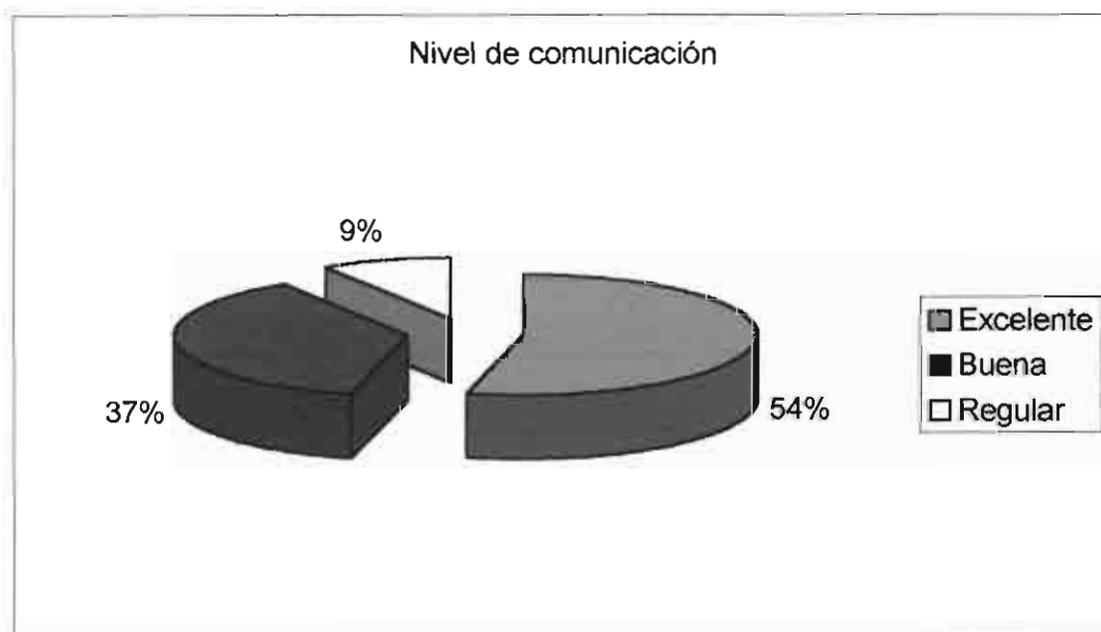
Fuente : Directa

El mayor porcentaje de los pacientes procede de la capital del estado; en lo referente a la edad, el mayor número se ubica entre 33 y 52 años, las mujeres ocuparon el mayor porcentaje. En el servicio contratado por parte del cliente sobresalió el de convenio; en relación a la escolaridad predomina el nivel profesional seguido de primaria y bachillerato; en la ocupación, las labores del hogar ocupan el primer lugar y el segundo, empleado

GRAFICO. 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL NIVEL DE COMUNICACIÓN.  
SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO MARZO 2004

n = 80



Fuente: Directa.

CUADRO. 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE "LA COMUNICACIÓN" SEGÚN LAS DIMENSIONES. SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO MARZO DEL 2004

n=80

DIMENSIÓN	INDICADORES	EXCELENTE		BUENA		BUENA		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Verbal	Información recibida.	34	43	25	31	21	26	80
	Lenguaje corporal.	67	84	12	15	1	1	80
No verbal								

Fuente: Directa

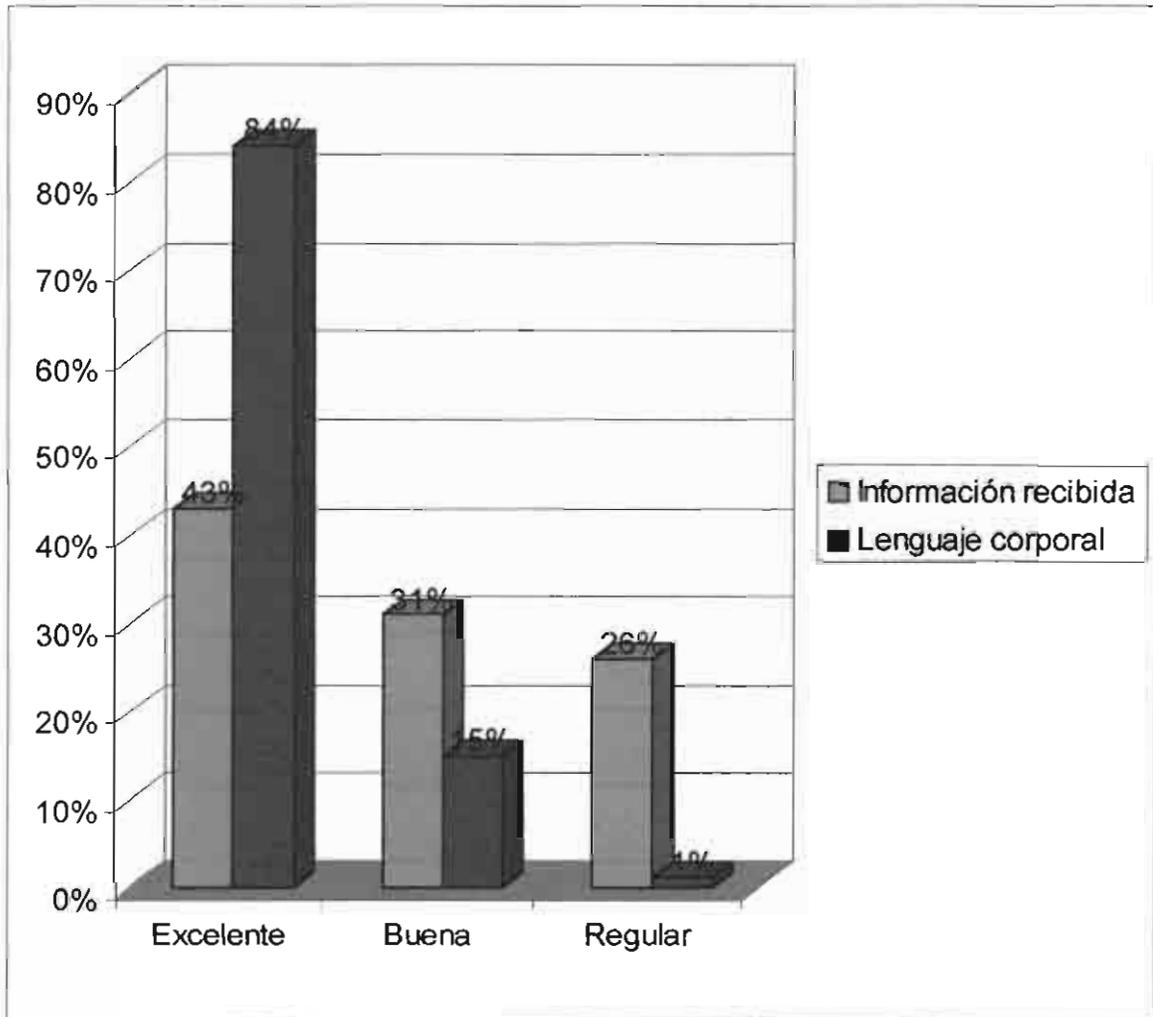
En ambas dimensiones los pacientes expresaron que la comunicación fue **excelente**, pero en la no verbal se presentó mejor apreciación.

CDI = Clínica Díaz Infante

GRAFICO. 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA - PACIENTE SEGÚN INDICADORES, SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO MARZO DEL 2004

n = 80

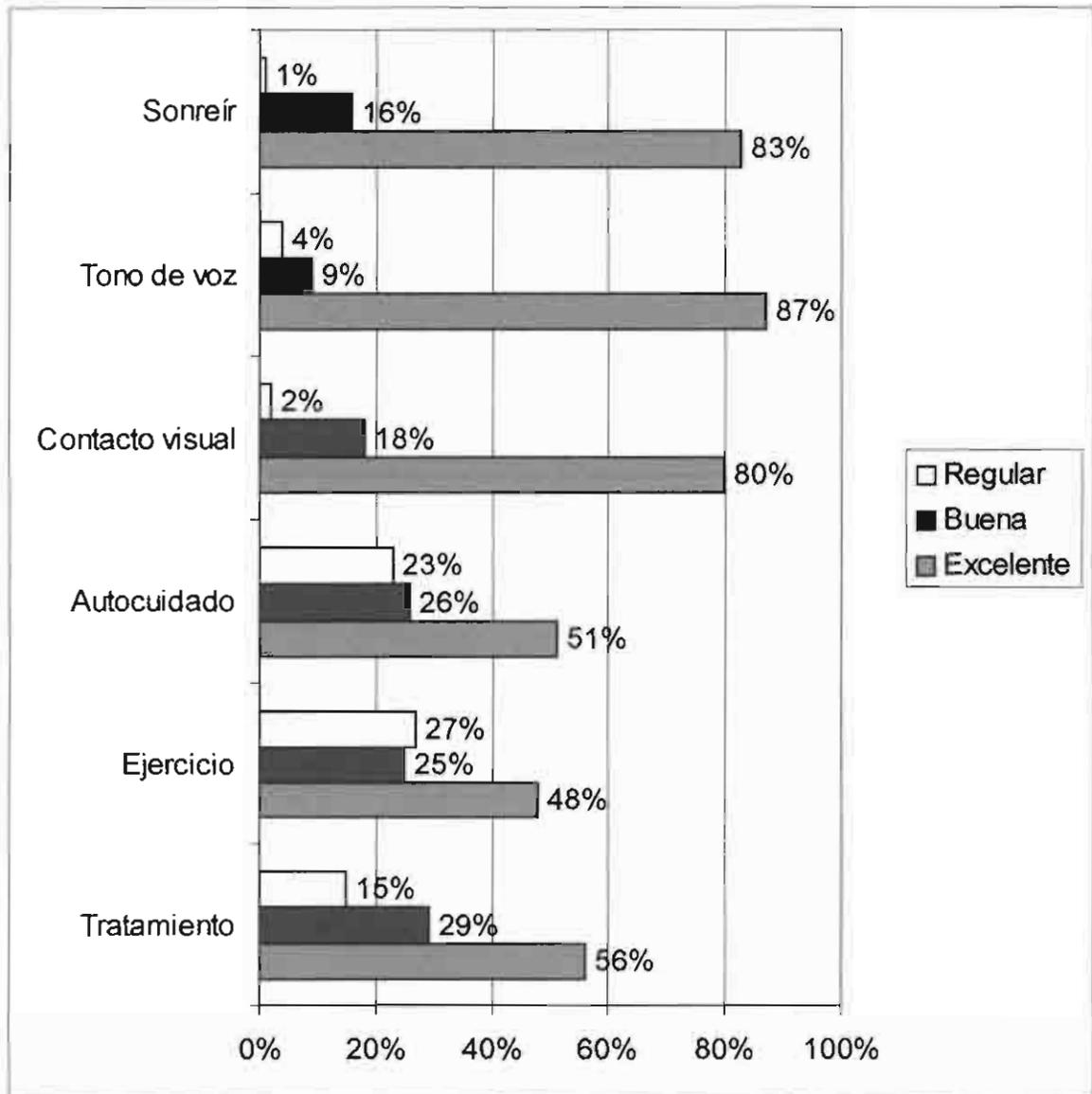


Fuente: Directa

GRAFICO.3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL SEGÚN SUBINDICADORES. SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO MARZO DEL 2004

n = 80



Fuente: Directa

En los cuadros 3, 4 y 5 se presentan solo los datos obtenidos de la relación de la comunicación con las covariables que se seleccionaron de las variables sociodemográficas en el estudio, así como el grafico 4.

CUADRO. 3

EL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL SEGUN LA EDAD DE LOS PACIENTES. SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO – MARZO DEL 2004

n=80

EDAD	COMUNICACIÓN						TOTAL
	EXCELENTE		BUENA		REGULAR		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
72-63	4	9	5	17	1	14	10
62-53	8	19	4	13	2	28	14
52-43	15	35	4	13	0	0	19
42-33	9	21	7	23	2	29	18
32-23	4	9	8	27	2	29	14
22-13	3	7	2	7	0	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>80</b>

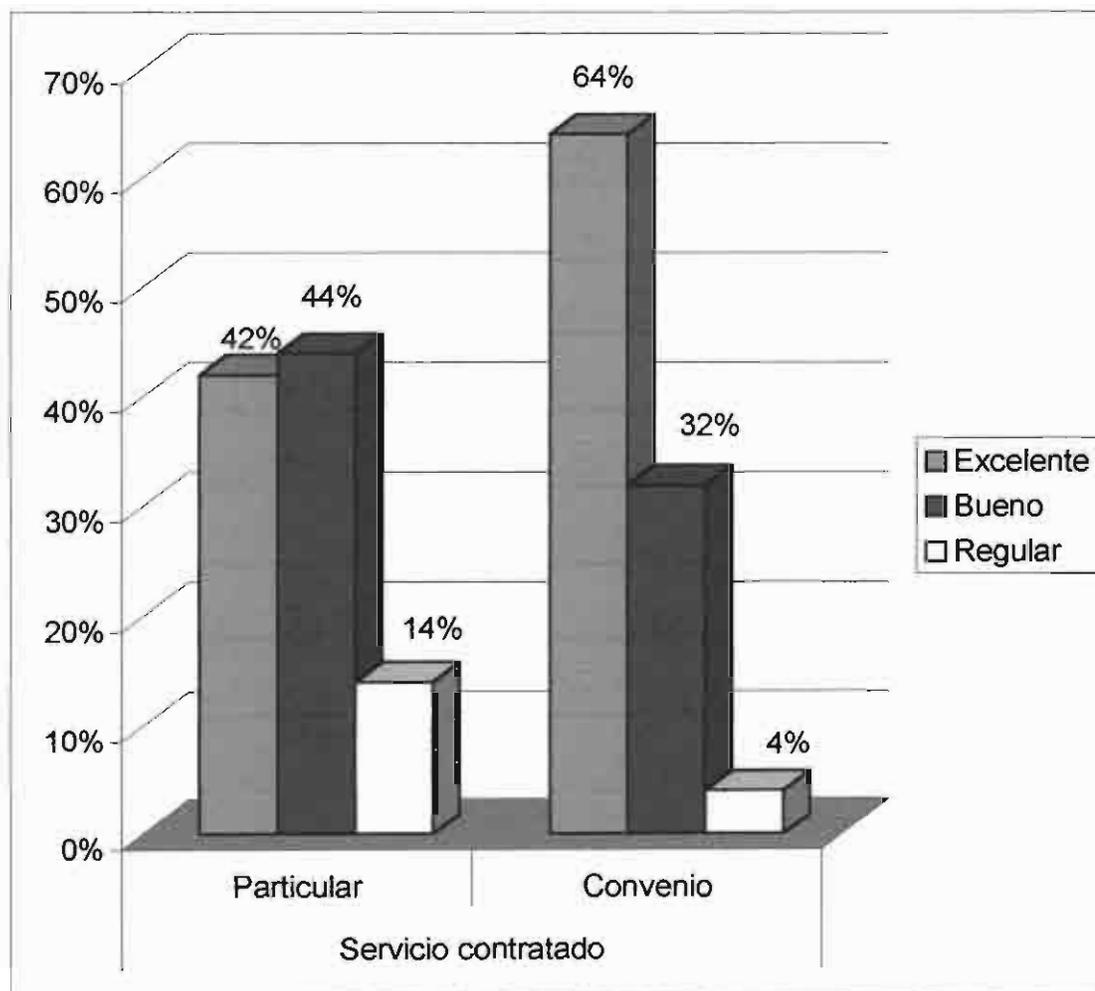
Fuente: Directa

Los pacientes cuya edad se encuentra entre los 43 y 52 años expresaron que la comunicación verbal fue **excelente**, en contraste con los de 42 y 23 que la expresaron regular.

GRAFICO. 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN SEGÚN SERVICIO CONTRATADO. SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO – MARZO DEL 2004

n = 80



Fuente: Directa.

CUADRO. 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN, SEGÚN LA ESCOLARIDAD. SERVICIO DE CIRUGÍA DE CDI. FEBRERO – MARZO DEL 2004

n = 80

Escolaridad	Comunicación						TOTAL
	EXCELENTE		BUENA		REGULAR		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Primaria	11	52	8	38	2	10	21
Secundaria	3	38	4	50	1	12	8
Bachillerato / Personal técnico	12	57	8	38	1	5	21
Profesional	17	57	10	33	3	10	30

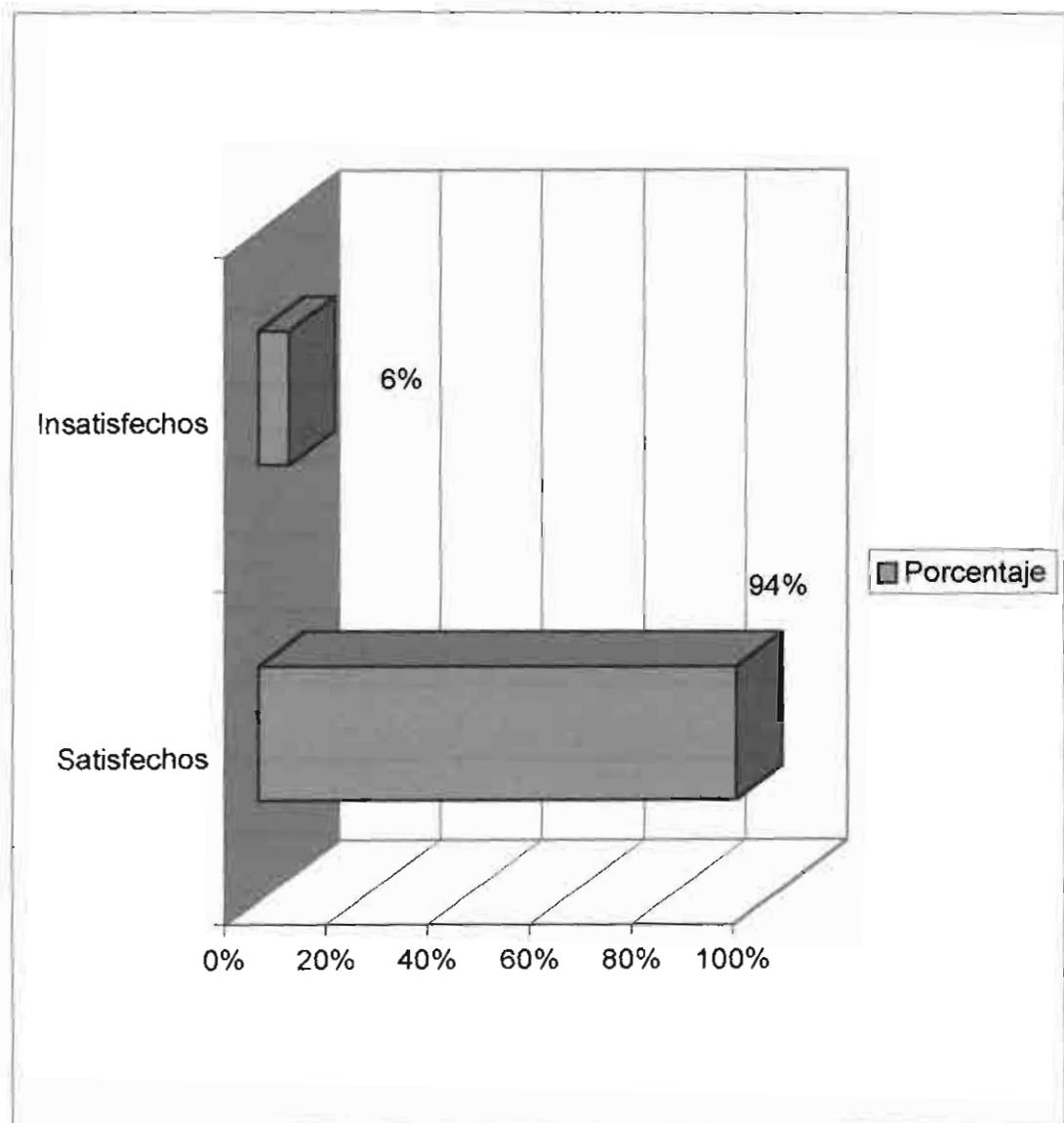
Fuente : Directa

Los usuarios con escolaridad primaria, bachillerato / personal técnico y profesional, consideraron a la comunicación como **excelente**, sin embargo los de secundaria, la calificaron como **buena**.

GRAFICO.5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.  
SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO MARZO DEL 2004

n = 80

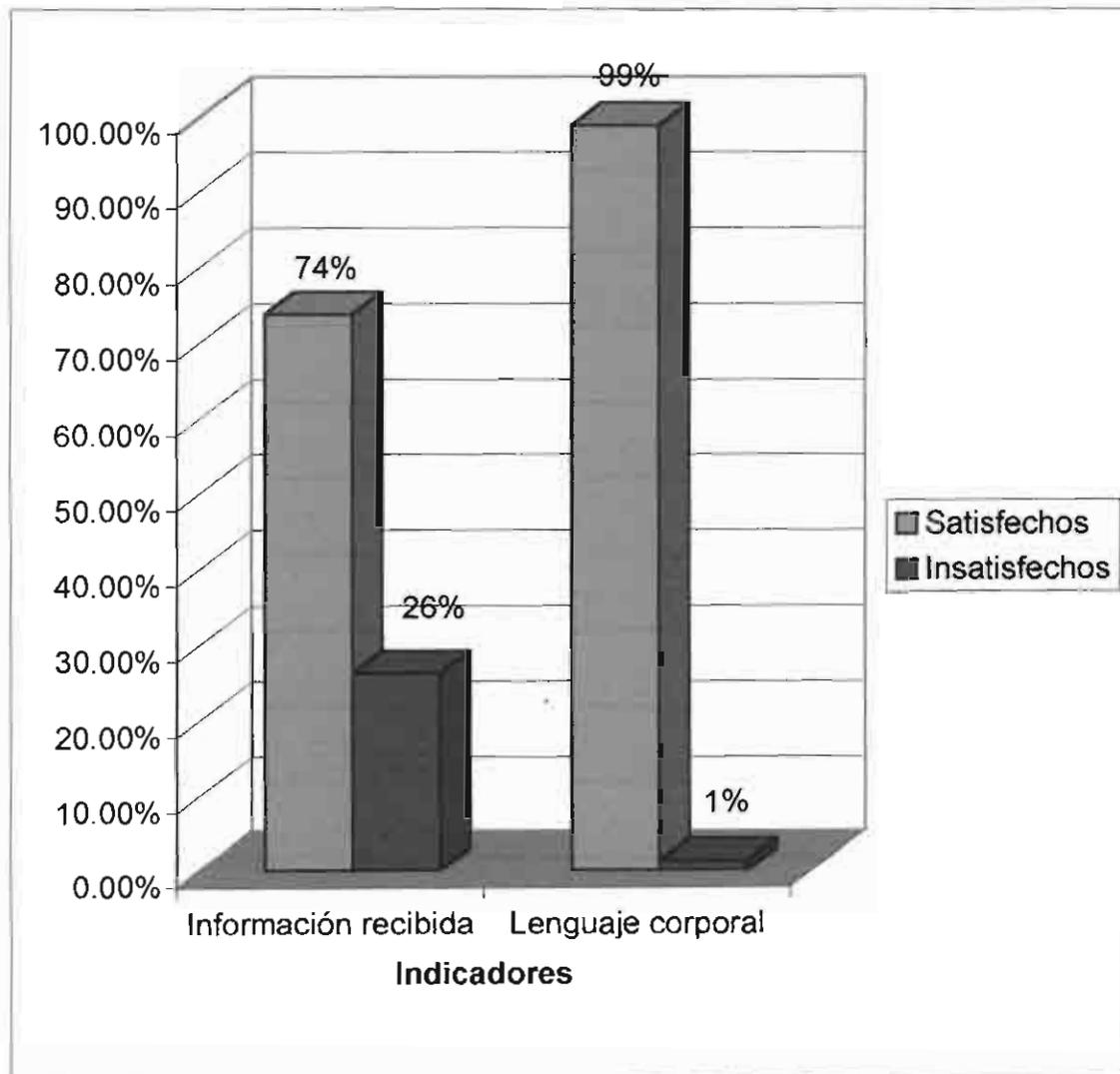


Fuente: Directa.

GRAFICO. 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN EN GENERAL DEL  
PACIENTE POR INDICADORES. EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I  
FEBRERO MARZO DEL 2004

n = 80

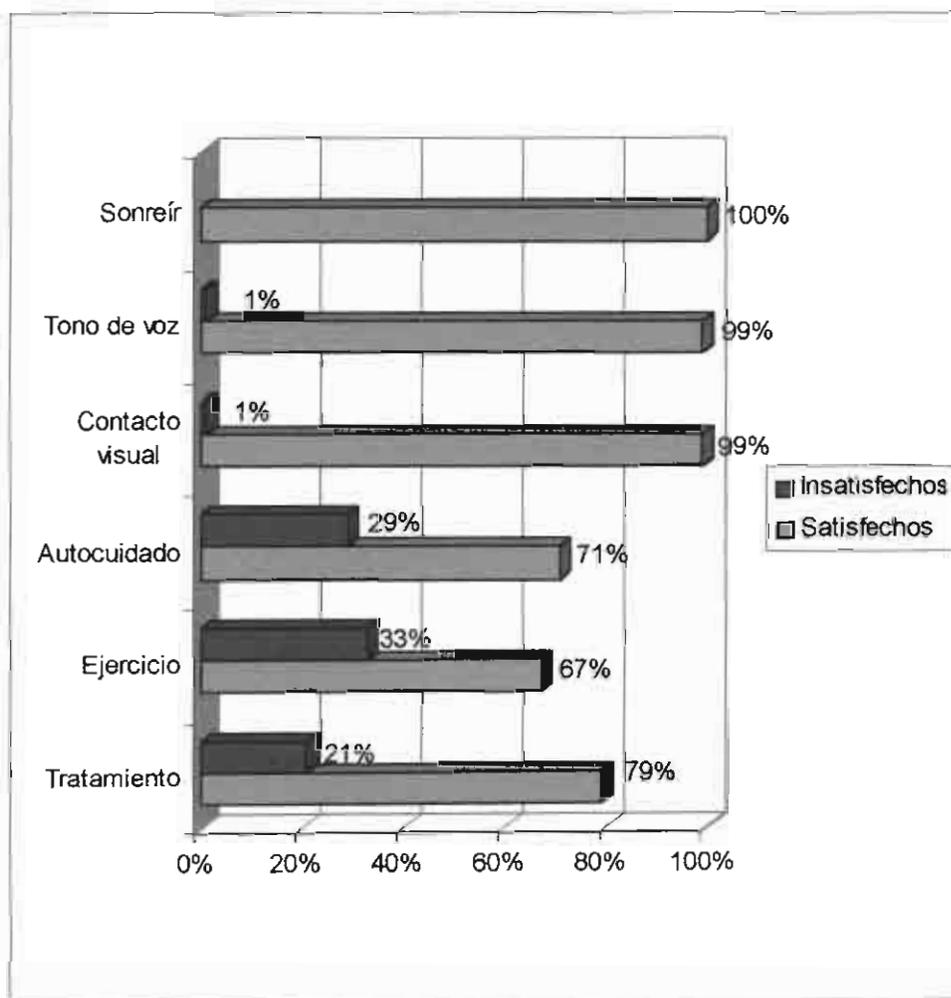


Fuente: Directa

GRAFICO. 7

DISTRIBUCIÓN POCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN. SEGÚN SUBINDICADORES, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I

n = 80



Fuente: Directa.

CUADRO. 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN SEGUN LA EDAD.  
SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO – MARZO DEL 2004

n = 80

EDAD	SATISFECHOS		INSATISFECHOS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
72 – 63	8	80	2	20	10
62 – 53	12	86	2	14	14
52 – 43	18	95	1	5	19
42 – 33	18	100	0	0	18
32 – 23	12	86	2	14	14
22 – 13	5	100	0	0	5

Fuente : Directa

Según la edad de los pacientes los de 33 – 52 años fueron los más satisfechos. Solo en los grupos de 13 – 22 y 33 – 42 no manifestaron insatisfacción.

CUADRO. 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN SEGÚN EL SEXO.  
SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO – MARZO DEL 2004

n = 80

Sexo	SATISFECHOS		INSATISFECHOS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Femenino	41	93	3	7	44
Masculino	34	94	2	6	36

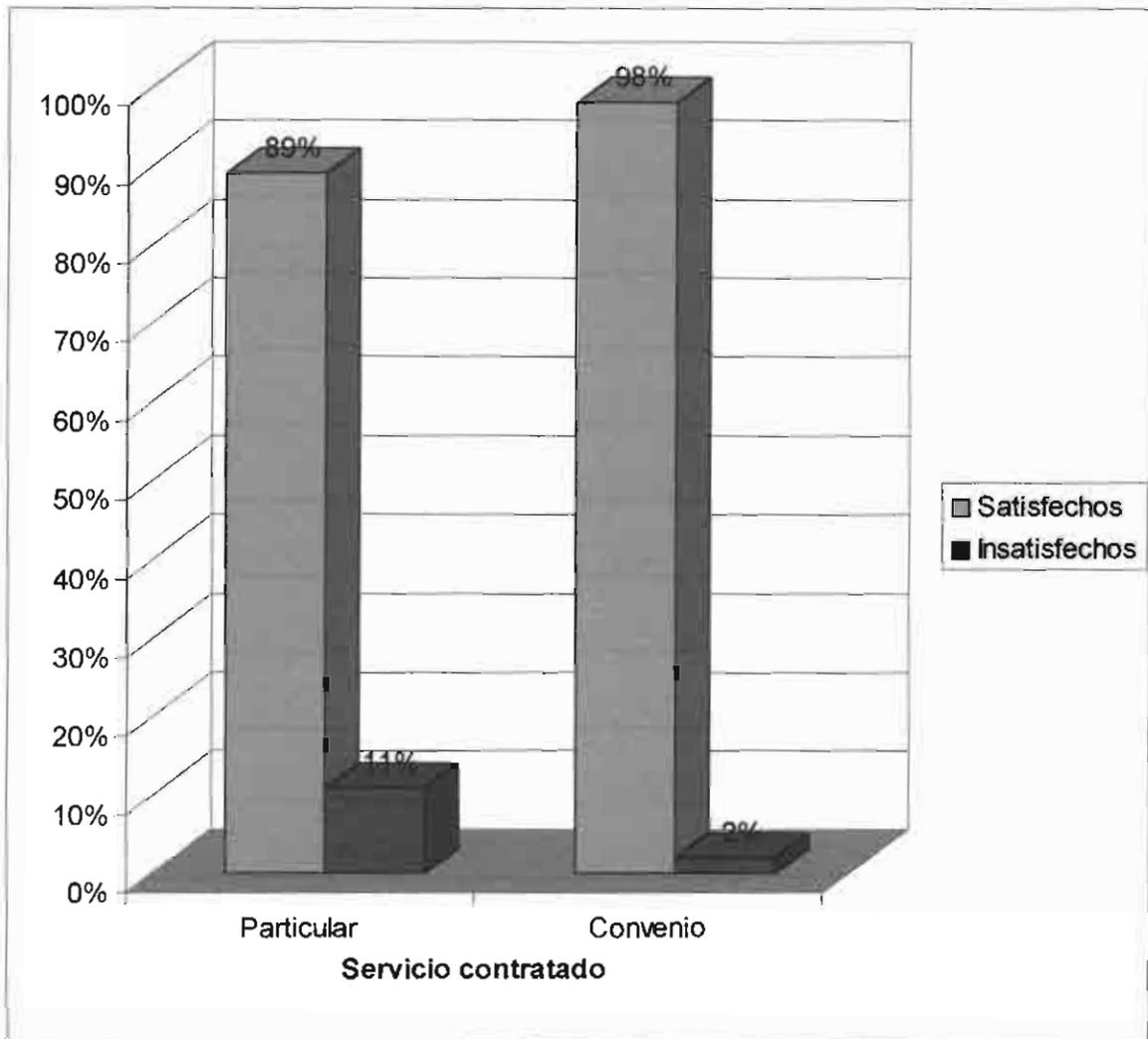
Fuente : Directa

Se observa un predominio del encontrarse los pacientes satisfechos, en ambos es mínima la diferencia de insatisfechos.

GRAFICO. 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN SEGÚN SERVICIO CONTRATADO. SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I FEBRERO - MARZO DEL 2004

n = 80



Fuente: Directa.

CUADRO. 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. SERVICIO DE CIRUGÍA DE C.D.I. FEBRERO – MARZO DEL 2004

n = 80

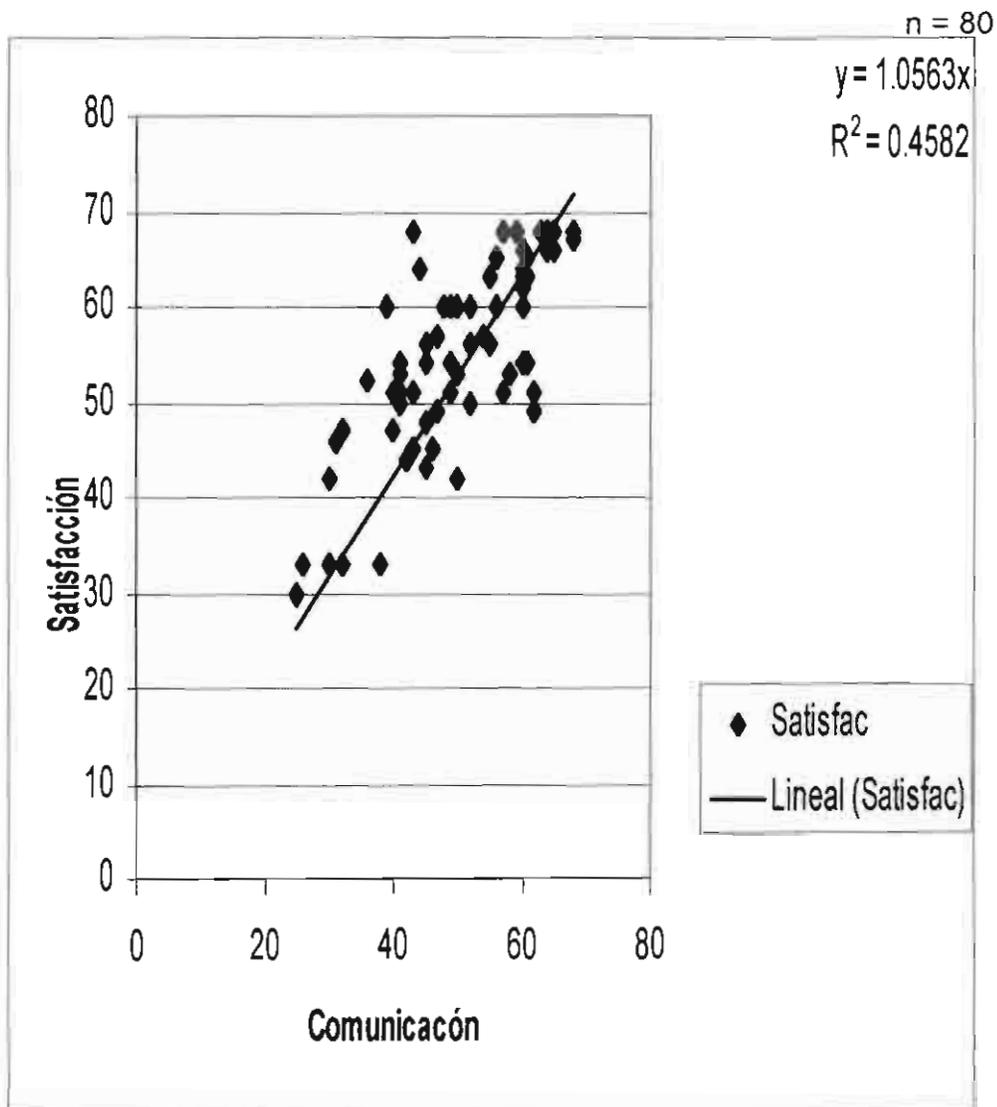
NIVEL ESCOLAR.	SATISFECHOS		INSATISFECHOS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Primaria	19	90	2	10	21
Secundaria	8	100	0	0	8
Bachillerato / Personal técnico	20	95	1	5	21
Profesional	26	87	4	13	30

Fuente : Directa

Estadísticamente los pacientes expresaron encontrarse **satisfechos**, pero los que no manifestaron fueron los del nivel de secundaria.

GRAFICO. 9

DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE COMUNICACIÓN ENFERMERA –  
PACIENTE Y SATISFACCIÓN.



Fuente: Directa.

La correlación indica un grado considerable de relación entre las variables estudiadas.  
(Colton, 1979, p. 217)

CUADRO. 9

NIVEL DE SIGNIFICANCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN

NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
Comunicación enfermera - paciente y satisfacción:	0.0012

n = 80

Fuente : Directa

$$X^2 = 16.121 \quad p = 0.0065$$

METODO: FORWARD STEPWISE (LR)

La regresión logística indica que hay una asociación positiva, entre la comunicación enfermera – paciente y la satisfacción, lo que se traduce a una significancia estadística.

El resultado de la  $X^2$  indica una asociación estadísticamente significativa entre la comunicación y la satisfacción.

CUADRO. 10

NIVEL DE SIGNIFICANCIA ENTRE LA SATISFACCIÓN Y LAS COVARIABLES.

n = 80

COVARIABLES	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Edad	0.0406
Servicio contratado	0.1042
Escolaridad	0.7745
Sexo	0.8165

Fuente : Directa

En relación a las covariables, se encontró significancia estadística con la satisfacción y la edad.

Al preguntar a los pacientes si les hubiera gustado que las enfermeras le hablaran sobre otros temas, solo el 28.8 % indicó que **sí**. Los temas que mencionaron son:

<b>TEMAS</b>	<b>Nº</b>
<b>Cuidados a su cirugía.</b>	8
<b>Temas diversos.</b>	5
<b>Cuidados generales.</b>	2
<b>Ejercicio.</b>	2
<b>Alcoholismo y enfermedades del corazón</b>	1
<b>Diabetes</b>	1
<b>Embarazo.</b>	1
<b>Por que hipertermia después de la cirugía.</b>	1

Al preguntar a los pacientes si recomendarían el servicio de cirugía a otras personas, el 98.8 % contestó que **sí**; las razones por lo que harían son:

Respuesta	Nº
Los cuidados de enfermería	27
En general por el personal de la institución.	24
Servicio médico.	14
Eficiencia, eficacia y amabilidad	8
El trato.	5
Servicio excelente.	5
Servicio oportuno.	1
Por el servicio de intendencia.	1
Por el servicio de cocina.	1
Por el servicio de imagenología.	1

## VIII. Discusión

El análisis e interpretación de los resultados se fundamentó en los objetivos hipótesis y marco teórico.

En general los datos indican que la comunicación expresada por el usuario es de nivel excelente, y el lenguaje corporal o comunicación no verbal es la que tuvo mejor resultado. Estos datos son similares a los reportados por Barajas, R. et al (2004), quienes realizaron su investigación, simultanea a esta; en el servicio de medicina interna, de la misma institución. Las opiniones de los pacientes permitieron calificar a la comunicación como excelente, pero también la comunicación verbal obtuvo el menor puntaje.

Así mismo, el nivel de la comunicación general, coincide con lo referido por Hernández, H. et al (2004) quienes realizaron el estudio en el servicio de cirugía en una institución privada; llama la atención, que de igual manera, el porcentaje mayor lo obtuvo la comunicación no verbal.

Cabe mencionar que en la comunicación verbal predominó la información sobre tratamiento y autocuidado. Lo cual difiere de lo reportado por Pérez, C. et al. (2004) quienes encontraron que la información proporcionada por el personal de enfermería acerca del tratamiento y el cuidado, fue escasa.

La información sobre el tipo de ejercicio que deben realizar para favorecer la recuperación fue mínima. El resultado es semejante a lo encontrado por Cuñado, B. et al (1999) en que la información respecto al ejercicio al egreso del paciente, fue valorada como deficiente por el 6% de los pacientes.

Las deficiencias en la comunicación verbal posiblemente, tengan relación con; el tiempo de permanencia del paciente en el servicio, mismo que pudo limitar a la enfermera para satisfacer la necesidad de información; asimismo, el contexto situacional de los pacientes entendido como las circunstancias en las que se produce el acto comunicativo de acuerdo a lo citado por Roper (1993) quien afirma que la preocupación puede interferir para que no escuchen o comprendan los mensajes.

Según Hayward(1975), Wilson – Barnett (1978), Bond (1982) y Peplau (1990). El usuario no sólo busca apoyo emocional en el personal de enfermería, también espera que le informe respecto a su situación y prácticas de autocuidado como parte importante en la recuperación de la salud, tal expectativa se satisface cuando las enfermeras se toman tiempo para brindar información completa y oportuna al paciente.

Los resultados permiten inferir que la participación de enfermería en la satisfacción de algunas necesidades del usuario en el periodo postquirúrgico es parcial y que es necesario fortalecer la función docente. Peplau (1990) y Roper. et al (1993), afirman que el desempeño efectivo de los roles o funciones que le competen a la enfermera en el ámbito hospitalario, implica considerar las necesidades educativas de los pacientes y proporcionarles información específica sobre su padecimiento.

En la comunicación no verbal se incluyó tono de voz, sonreír y contacto visual, y los pacientes expresaron que fue excelente. El tono de voz del personal de enfermería, puede transmitir al paciente confianza seguridad, energía y emoción, lo que le propicia una comunicación excelente con las enfermeras del servicio. Al respecto López, E.,Vargas, R. (2002) afirman que el tono de voz es la herramienta más valiosa en un arsenal terapéutico y es el principal vehículo para enviar un mensaje.

El contacto visual según las opiniones de los pacientes, fue el menos utilizado por las enfermeras; es importante señalar que esta forma de comunicación puede generar confianza en uno mismo, esto permite mantener la comunicación con el paciente, lo cual contribuye para que el tratamiento y recuperación sean más efectivos y por ende, el ambiente hospitalario sea menos hostil o desagradable. Es importante mencionar que en el resultado pudo influir el contexto del paciente y el método utilizado para recabar los datos, dado que no se observó a las enfermeras.

Los hallazgos confirman la necesidad de aplicar una de las recomendaciones de **Peplau** (1987), que en la relación enfermera – paciente se luche por obtener intercambios verbales máximos y **no** verbales mínimos.

Respecto a la variable satisfacción, los pacientes expresaron encontrarse satisfechos con la comunicación de las enfermeras, principalmente con la no verbal. Lo cual es congruente con su percepción sobre el tipo de comunicación más utilizado por el personal de enfermería; cabe mencionar que las fallas en la comunicación verbal pueden influir en la satisfacción, tal como lo mencionan Aguirre – GE (1990) y Aposta, T. Et al (1992) al investigar la satisfacción del paciente en diferentes ámbitos del área hospitalaria, encontraron que la comunicación verbal deficiente genera insatisfacción al usuario.

Por otra parte, en México se han aplicado algunas encuestas a los pacientes para medir la variable mencionada; los resultados varían de 76 a 88% de satisfacción y se encontró que los factores que la afectan están relacionados con el trato humano y la calidad de la información, entre otros. Delgado. A. Et al (1995)

La sonrisa de las enfermeras fue más satisfactoria para el paciente que el resto de las manifestaciones no verbales lo cual puede ser positivo para los propósitos de la interacción enfermera - paciente. López., Vargas (2002) señala que con la

sonrisa, se favorecen las actitudes positivas del usuario y participa activamente en su tratamiento. Además Dugan (1989) refiere que cuando las enfermeras le sonríen al paciente, hacen más humana la experiencia de la enfermedad.

Respecto a la satisfacción relacionada con la comunicación verbal, los pacientes indicaron que se sintieron más satisfechos con la información que las enfermeras les proporcionaron sobre el tratamiento y menos satisfechos con la orientación recibida referente a los ejercicios necesarios para su recuperación. Los resultados tienen cierta semejanza con los mencionados por Fernández, y Román de C. (1999) al medir la satisfacción de los pacientes con el cuidado de enfermería encontró que el 100% de los pacientes ubicaron el ejercicio en cama con una frecuencia baja.

En general los resultados pueden tener relación con el objetivo general del departamento de enfermería de la institución seleccionada, en cual se incluye “proporcionar al paciente una atención de la más alta calidad científica y humana” y la **misión**, en la que se establece “proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios”

La información obtenida permitió dar cumplimiento total a los objetivos general y específicos de esta investigación. Además, por la significancia estadística que indica la asociación positiva entre las variables estudiadas, se acepta la hipótesis planteada.

Asimismo la asociación positiva entre la comunicación de las enfermeras y la satisfacción de los pacientes, también se encontró que esta última está relacionada con la edad de los pacientes. Posiblemente este resultado tenga cierta relación con las características de la etapa del desarrollo en la que se encontró a la mayoría de los pacientes. Piaget (1962) menciona que algunos rasgos de los adultos son la flexibilidad y la capacidad de ponerse en el lugar de otros. Lo cual

probablemente les permitió tomar en cuenta y aceptar diversos factores que pudieron influir en su interacción con las enfermeras.

Finalmente, otro resultado importante es que todos los pacientes recomendarían el servicio para que se solicite la atención; esta respuesta permitió evaluar indirectamente que, están satisfechos con la atención recibida.

## IX. Conclusiones

Del análisis e interpretación de datos de la investigación se derivaron las siguientes:

- El nivel excelente en la comunicación, expresada por la mayoría de los pacientes indica que las enfermeras que interactuaron con ellos enfocan el diálogo a algunas de las necesidades y aplican ciertas técnicas de comunicación, que los pacientes percibieron a pesar de las circunstancias en que se encontraban.
- La calidad de la interacción enfermera – paciente está determinada por múltiples factores entre estos, los rasgos de los participantes en la relación y cuando solamente se mide a través de las opiniones del paciente genera una evaluación parcial y limita la generalización de los resultados.
- La satisfacción de los pacientes relacionada con la comunicación de las enfermeras, permite hasta cierto punto identificar fortalezas del cuidado proporcionado por el personal de enfermería; específicamente en la dimensión interpersonal. Además, la satisfacción expresada por el usuario es un indicador de la calidad del servicio proporcionado.

## X. Limitantes

El presente trabajo de investigación contó las siguientes limitaciones.

- El tiempo que permanecieron en el servicio los pacientes encuestados (menos de 8 horas)
- Se tomaron en cuenta las opiniones de los pacientes sin considerar las opciones de las enfermeras.
- La carencia o falta de difusión de estudios de investigación, en el área de enfermería obstaculizó el obtener mayor información sobre otros diseños aplicados en estudios similares.
- Los resultados de este estudio solo son válidos para la institución y el servicio, donde se realizó el estudio.

## **XI. Recomendaciones**

- Realizar nuevamente el estudio para incluir la opinión de las enfermeras, del servicio de cirugía y posteriormente aplicar el instrumento en el resto de los servicios y otras instituciones privadas para comparar resultados.
- Modificar el criterio de selección respecto a la estancia de los pacientes en el servicio, para que tengan más oportunidad de interactuar con el personal de enfermería.
- Los hallazgos de este estudio aportan elementos para el personal de la institución de todos los niveles jerárquicos especialmente del departamento de enfermería, para apoyar la toma de decisiones que conduzcan a la mejora del autocuidado, a través de su participación en la interacción con los usuarios.
- Proponer a la dirección de la Clínica conjuntamente con el Departamento de Enfermería, la creación de un comité de evaluación del cuidado en donde se planifiquen semestralmente las evaluaciones formales y se vigile el cumplimiento de las normativa.
- Que como parte del programa de educación continua se adiestre al personal de enfermería, con énfasis en la calidad de la comunicación verbal y no verbal, y se establezcan estándares que guíen la evaluación de la comunicación enfermera – paciente.
- Destacar la importancia que tiene el dar a los pacientes una atención integral e individualizada en todo el proceso de atención de enfermería,

revisando constantemente protocolos de actuación y sistemas de comunicación

## XII. Bibliografía

Aguirre, GE. (1990) *Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Rev. Salud publica Mex; 32: 170 – 180

Aposta, T., Bellobi, F., Serra B. (1992) *Grado de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en una unidad de braquiterapia*. Rev. Enferm. Clínica. 3(3): 18 - 101

Baradell, JG. (1995) *Clinical outcomes and satisfaction of patients at clinical nurse s. psychiatric – mental health nursing*. Arch Psychiatr Nurs. 9(5): 50 - 240

Barajas, R. et al (2004) *La comunicación enfermera paciente en el servicio de medicina interna*. Investigación realizada por los alumnos del VIII semestre grupo C de la Lic. De Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí No publicado, San Luis Potosí.

Bengoechea, I. (2001) *Estudios sobre la comunicación paciente – enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes*. Rev. Enferm. Clínica. 11(6): 34 - 42

Bretones, S. et al (1989) *Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria*. Rev. Atención primaria; 6(5): 312 – 316

Burnard, P. (1987) *Counselling – basic principles in nursing*. The Professional Nurse2(9): 278 – 280

Cabrero, J. et al (1995) *Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta*. Rev. Enfermería Clínica; 5(5): 190 – 198

Colliere, MF. (1997) *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Mc. Graw Hill Interamericana.

Colton, T. (1979) *Estadística en medicina*. Salvat editores

Comisión Interinstitucional de Enfermería (2003) *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería*.

Cuñado, A., Rial, C., Lanero, B., Escobar, J., García, FJ. (1999) *Influencia de la reforma de las instalaciones en la satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias*. Rev. Emergencias; 11: 352 – 60.

Delgado, A., López, LA., Luna del Castillo, JD. (1995) *Influence of the organizational mode satisfaction*. Rev. Aten Primaria, 16(6): 314 – 320.

Delgado, A. (1997) *Factores asociados a la satisfacción de los usuarios*. Cuadernos de gestión. 3(2): 90 – 101.

Donabedian, A. (1984) *“La calidad de la atención médica” definición y métodos de evaluación*. La prensa mexicana. pp194.

Donabedian, A. (1990) *Garantía y monitoria de la calidad en la atención médica, enfoques para la evaluación*. México: perspectivas en salud publica. Instituto de Salud Publica. pp 20 – 33.

Donabedian, A. (1991) *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. Ed. La Prensa Médica Mexicana

Fernández, V., Roman, C.G. (1999) *Cuidados de Enfermería del Adulto Mayor Enfermo y su Satisfacción con el Cuidado Recibido*. Valencia Trabajo de Grao. Maestría en Enfermería Área de Estudios de Posgrado. Universidad de Carabobo.

García, F., Pancorbo, H., Rodríguez, T., Rodríguez, T., Alcazar, I., Pereira, B. (2002) *Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales*. Rev Enferm. Clínica 12(5): 9 - 201

Gilmore, M., Moraes, NH. (1996) *Manual de Gerencia de la Calidad*. Washinton,DC: OPS – OMS; p. 1 - 18

Gilmore, M., Moraes, NH. (1996) *Manual de Gerencia de la Calidad*. Washinton,DC: OPS – OMS; p. 20 - 28

Gonzalves PE., Minderler, JJ., Tompkins DL. (1995) *A patient satisfaction survey: a basis for delivery of services*. Mil Med, 160(10): 8 - 486

Grogan S., Conner M., Willis D., Norman, P. (1995) *Development of a questionnaire to meaur, satisfaction with genral practitioners' services*. Br J Gen Pract, 45 (399): 9 - 525

Hernández, O., Montejano, M. Pérez, L. (2004) *Comunicación enfermera – paciente en el servicio de cirugía*. Tesis para obtener el titulo de Lic. En Enfermería. No publicado, San Luis Potosí.

Hernández, S., R., Fernández, C., Baptista. (2003) *Metodología de la investigación México*. Interamericana Mc Graw Hill

Ibarrondo, B. (2001) *Estudios sobre la comunicación paciente enfermera en cuidados intensivos: el estudio de las líneas de investigación predominantes y*

*otras relevantes. Rev. Enfermería clínica. (11): 267*

Irving, S. (1975) *Enfermería Psiquiátrica México: Interamericana. pp. 23 - 31*

James, J., (2003) *Lenguaje corporal, España: Paidós.*

Lele M, Sheth J. (1989) *El cliente es la clave. Ediciones Díaz de Santos, S.A Madrid*

López, E., Vargas, R. (2002) *La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev. Enferm. IMSS. 10(2), 93 – 102*

Microsoft Corporation, *Percepción. Enciclopedia Microsoft R Encarta R . (2000)*

Marriner, T. (1994) *Modelos y Técnicas de Enfermería. Harcourt / brace. Madrid*

Maslow, DH. (1994) *Motivación y personalidd. En: Varo J. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, España: Díaz de Santos, S.A. p. 374*

Peplau, H. (1990) *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Barcelona: Savat.*

Pérez, C et al (2004) *Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Rev. Medicina intensiva. 28(05): 237 – 249*

Polit, D., Hungler, B. (1997) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Interamericana Mc Graw Hill*

Ponce, Z.(2000) *Boletín de la Clínica Díaz Infante, Nº 1. pp 235 – 241.*

Ponce, Z. (2004) *Manual de organización del departamento de enfermería*. pp 23 – 26.

Potter, P., Perry, A. (2002) *Fundamentos de enfermería: comunicación*. (Edición quinta.).(2 vols). Madrid, España: Hartcourt. pp456 – 459

Ramírez T., Najera P., Nigenda G. (1998) *Percepción de la calidad de la atención de salud en México: perspectiva de los usuarios*. Rev. Salud Publica Mex.

Roper, N., Logan, W., Tierney. (1993) *Modelo de enfermería: Comunicación*. México: McGraw-Hill Interamericana. pp 99 - 126

Saturno PJ. (1995) *Métodos of user participation in the evaluaión and improvement of the health services*. Rev. Salud Pública, 69(2): 163

Sandoval, P.A., León, C. (1997) *Satisfacción del usuario externo: análisis comparativo de acuerdo con dos variables organizacionales*. Rev. Med. IMSS. 35(1): 43 – 47

Travelbee, J. (1997) *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. Colombia: Carvajal S.A pp 59 - 82

Valiño, P et al. (2003) *¿Llega la información a nuestros pacientes de la forma que deseamos?* Rev. Enfermería Clínica Núm. 254 – 255

Weingarte SR., Stone E., Green A. et al. (1995) *A study of patient satisfaction and ad, preventive care practice guidelines*. Am J Med, 99(6): 6 – 590

Werner, Ó., Welt, S. (1996) *Teoría interpersonal en la practica de enfermería:*

*trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau.* Barcelona, España: Masson

# ANEXOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO.



La presente investigación se denomina: "El nivel de comunicación enfermera – paciente y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía". Su propósito principal es conocer el nivel de comunicación enfermera – paciente y si se asocia con la satisfacción del usuario.

La información que se obtenga será confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos, por lo tanto es muy importante su colaboración para la realización de este proyecto y es necesario que conteste todas las preguntas.



\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de autorización del participante

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INSTRUCTIVO
-------------

1. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas, es muy importante contestar con veracidad, precisión y no deje ninguna en blanco.
2. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia, ni de habilidades, tampoco es un examen de conocimientos.
3. Registrar por favor sus respuestas con tinta.
4. Escribir de manera legible (clara)
5. En caso de que tenga duda sobre el contenido de alguna pregunta, puede solicitar ayuda a la persona que le proporcione el cuestionario.

Anexo. 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

- \* -

Código:   
Para el encuestador

Escriba en el cuadro de la derecha el número que corresponda a la respuesta seleccionada

1. Localidad:

- 1. Local.
- 2. Foráneo.
- 3. Extranjero

2. Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

3. Sexo:

- 1. Femenino.
- 2. Masculino

4. Solicitó el servicio en forma:

- 1. Particular.
- 2. Por convenio

5. Cual es su último grado de escolaridad:

- |                            |                 |                          |
|----------------------------|-----------------|--------------------------|
| ➤ Primaria                 | 1. Completa.    | <input type="checkbox"/> |
|                            | 2. Incompleta.  |                          |
| ➤ Secundaria               | 3. Completa.    |                          |
|                            | 4. Incompleta.  |                          |
| ➤ Carrera técnica          | 5. Completa.    |                          |
|                            | 6. Incompleta.  |                          |
| ➤ Bachillerato             | 7. Completo.    |                          |
|                            | 8. Incompleto.  |                          |
| ➤ Carrera profesional.     | 9. Completa.    |                          |
|                            | 10. Incompleta. |                          |
| ➤ Otros especifique: _____ |                 |                          |

6. Cual es su ocupación:

- 1. Obrero(a)
- 2. Labores del hogar
- 3. Empleado(a)
- 4. Comerciante
- 5. Estudiante.
- 6. Estudiante y empleado
- 7. Otras: Especifique: \_\_\_\_\_

7. Cuantas veces ha estado hospitalizado en el servicio:

- 1. Primera vez
- 2. Dos veces.
- 3. Tres o más veces

Las siguientes preguntas serán contestadas en base a la participación del personal de enfermería que lo atendió en el servicio de cirugía, por lo que se le solicita excluir las experiencias vividas en la sala de recuperación y quirófano.

De acuerdo a las opciones, favor de seleccionar solo una con uno (x):

Nº	Pregunta	(1) Nunca	(2) Algunas veces	(3) Casi siempre	(4) Siempre
8.	¿Le hablaron sobre algunas acciones, en las que usted podía participar, para el cuidado de su venoclisis (suero)?				
9.	¿Le explicaron los cuidados que debería tener en su herida quirúrgica en el servicio?				
10.	¿Le informaron sobre el horario, en que se le administrarían los medicamentos durante su estancia en el servicio?				
11.	¿Le informaron cuando podía iniciar el ejercicio (caminar o en silla de ruedas) después de la operación?				
12.	¿Le proporcionaron información acerca del tipo de ejercicios que podía realizar después de su cirugía?				
13.	¿Le dijeron con que frecuencia debía realizar el ejercicio?				
14.	¿Le enseñaron algunos ejercicios para prevenir complicaciones después de la operación?				
15.	¿Le informaron a usted y a su familia sobre los horarios en que se tomará los medicamentos, cuando salga de la institución?				
16.	¿Lo orientaron en cuanto a los cuidados a su herida quirúrgica, en su casa?				
17.	¿Cuándo usted habló con las enfermeras ellas lo miraban a los ojos?				
18.	¿Al realizarle algún procedimiento (ejemplo toma de temperatura) la enfermera estableció contacto visual (lo mira a los ojos)?				
19.	¿Establecieron contacto, visual con usted cuando le solicitaron alguna información?				
20.	¿ Emplearon un tono de voz que le permitió escuchar todo lo que decían?				
21.	¿Al atenderlo utilizaron un tono de voz agradable?				
22.	¿Se mostraron sonrientes cuando hablaron con usted?				
23.	¿Sonreían al momento de realizarle algún procedimiento o técnica?				
24.	¿Se despedían con una sonrisa al salir de la habitación?				

Escriba en el cuadro de la derecha el número que corresponda a la respuesta seleccionada

25. ¿Le hubiera gustado que la(s) enfermera(s) le hablaran sobre otros temas?

1. Sí.
2. No.

Si su respuesta es sí:

¿Sobre qué temas le hubiera gustado que le hablaran? Escríbalos por favor:

---



---



---



---

**Anexo. 3**

Código:

Para el encuestador
---------------------

Las siguientes preguntas serán contestadas en base a la participación del personal de enfermería que lo atendió en el servicio de cirugía, por lo que se le solicita excluir las experiencias vividas en la sala de recuperación y quirófano.

**De acuerdo a las opciones favor de seleccionar solo uno con una (x), de acuerdo a la satisfacción que le generó la relación con las enfermeras:**

Nº	Pregunta	(1) Muy Insatisfecho	(2) Insatisfecho.	(3) Satisfecho	(4) Muy Satisfecho
1.	¿La explicación sobre algunas acciones, en las que usted podía participar, para el cuidado de su venoclisis (suero), le hizo sentir?				
2.	¿La información sobre, los cuidados de su herida quirúrgica en el servicio le hizo sentir?				
3.	¿La explicación del horario de administración de sus medicamentos, le hizo sentir?				
4.	¿La información sobre cuando podría iniciar el ejercicio (caminar o en silla de ruedas) después de la operación, le hizo sentir?				
5.	¿La información acerca del tipo de ejercicio que podía realizar después de su operación, le hizo sentir?				
6.	¿La información proporcionada en cuanto a la frecuencia con que debía realizar el ejercicio, le hizo sentir?				
7.	¿La demostración de los ejercicios que podía realizar para evitar complicaciones después de la operación, le hizo sentir?				
8.	¿La información de los horarios en que debe tomar sus medicamentos cuando salga de la institución, le hizo sentir?				
9.	¿La explicación en cuanto a los cuidados que debía tener de su herida quirúrgica; en su casa, le hizo sentir?				
10.	¿Cuándo habló con las enfermeras y lo miraron a los ojos, le permitió sentirse?				
11.	¿El contacto visual (mirar a los ojos) de las enfermeras al realizarle algún procedimiento, le hizo sentir?				
12.	¿El contacto visual que establecieron con usted cuando le solicitaron alguna información, le hizo sentir?				
13.	¿El tono de voz de las enfermeras; para facilitarle escuchar todo lo que le decían, le hizo sentir?				
14.	¿El tono de voz utilizado por las enfermeras, al atenderlo le hizo sentir?				
15.	¿Cuándo las enfermeras sonreían al hablar con usted, le hizo sentir?				
16.	¿Cuándo las enfermeras sonrieron al realizarle; algún procedimiento o técnica, le hizo sentir?				
17.	¿Cuándo las enfermeras se retiraron de la habitación con una sonrisa, lo hizo sentir?				

Escriba en el cuadro de la derecha el número que corresponda a la respuesta seleccionada

18. ¿Usted recomendaría este servicio con algún familiar, amigo o conocido para que acuda a solicitar atención?

- 1. Sí.
- 2. No.

¿Por qué?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A nombre del Investigador y Dirección de las Instituciones participantes; le damos las gracias por su valiosa colaboración.**



## Permiso del autor para copiar el trabajo.

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "EL NIVEL DE COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE Y LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA" 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.

Atte.



\_\_\_\_\_  
L.E. María Concepción Ponce Zuñiga  
San Luis Potosí, S.L.P.  
Octubre del 2004