

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA
PACIENTE Y SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA CIRUGIA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA,
FEBRERO- 2017**

TESIS

PRESENTADA POR LA BACHILLER

PALACIOS BENDEZU DIANA CAROLINA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA - PERÚ

2018

ASESORA: Lic. LILIA ESTHER LOZA MUNARRIZ

AGRADECIMIENTO

- Quiero agradecer a Dios por haberme dado la sabiduría necesaria para afrontar los retos.
- A mis maestros por el conocimiento impartido y la paciencia que han tenido durante todo el proceso de mi formación académica.
- A mi familia, a mis padres porque con su ejemplo han hecho de mí una persona de bien.
- A mi Alma Mater la Universidad Privada San Juan Bautista y a la Escuela Profesional de Enfermería, quienes me albergaron en sus aulas durante los años de mi formación profesional.
- A los pacientes del servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional de Ica, quienes participaron en la investigación.
- A mi asesora por su orientación en la ejecución del trabajo de investigación.

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mis queridos padres haberme apoyado durante toda mi vida y más éstos cinco años.

RESUMEN

La comunicación asertiva es una cualidad indispensable para lograr una interacción enfermera paciente, la satisfacción del usuario es sinónimo de calidad de atención de enfermería, por lo que el objetivo de la investigación fue determinar las características de la comunicación enfermera paciente y satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional de Ica febrero 2017. La investigación es cuantitativa, descriptiva, y transversal. La muestra está conformada por 31 pacientes, seleccionados de manera no probabilística. Técnica: la encuesta, instrumento el cuestionario. Resultados: Según datos generales, el 39.0% (12) tienen de 50 años a más, el 52.0% (16) son de sexo masculino, el 58.1% (18) tienen instrucción superior, el 64.5% (20) provienen de la costa y el 74.2% (23) son católicos. Respecto a las características de la comunicación enfermera paciente según dimensión comunicación verbal, es poco asertiva en el 58,10% (18), asertiva en el 22,50% (07) y no asertiva en el 19,40% (06), según dimensión comunicación no verbal es poco asertiva en el 64,50% (20), asertiva en el 19,40% (06) y no asertiva en el 16,10% (05), según resultados generales, es poco asertiva en el 77,40% (24), asertiva en el 16,10% (05) y no asertiva en el 6,50% (02). La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión accesibilidad es media en el 58,10% (18), baja en el 25,80% (08) y alta en el 16,10% (05), según dimensión trato del paciente hospitalizado, es media en el 64,50% (20), baja en el 19,40% (06) y alta en el 16,10% (05), según dimensión confort del paciente hospitalizado, es media en el 64,50% (20), alta en el 19,40% (06) y baja en el 16,10% (05), según resultados generales, la satisfacción es media en el 64,50% (20), alta en el 19,40% (06) y baja en el 16,10% (05). Conclusiones: Las características de la comunicación enfermera paciente según sea verbal y no verbal, es poco asertiva, la satisfacción con el cuidado de enfermería es media.

Palabras clave: Comunicación enfermera paciente, satisfacción, cuidado.

ABSTRACT

Assertive communication is an essential quality for patient communication, user satisfaction, the objective of the quality of nursing care, the objective of research, the identification of communication, patient satisfaction and satisfaction of the patient. nursing in the specialty surgery service of the Regional Hospital of Ica February 2017. The research is quantitative, descriptive, and transversal. The sample population is made up of 31 patients, selected in a non-probabilistic manner. Technique: the survey, instrument the questionnaire. Results: According to general data, 39.0% (12) are 50 years old, 52.0% (16) male, 58.1% (18) have higher education, 64.5% (20) come from the coast and 74.2% (23) are Catholics. Regarding the characteristics of the patient's communication with the verbal communication capacity, it is not as assertive in 58.10% (18), assertive in 22.50% (07) and non-assertive in 19.40% (06).), According to the communication non-verbal communication is not very assertive in 64.50% (20), assertive in 19.40% (06) and non-assertive in 16.10% (05), according to general results, it is little Assertive in 77.40% (24), assertive in 16.10% (05) and non-assertive in 6.50% (02). The satisfaction with nursing care according to the accessible dimension of the patient in 58.10% (18), decreases in 25.80% (08) and high in 16.10% (05), according to the modality of the hospitalized patient, it is average in 64.50% (20), low in 19.40% (06) and high in 16.10% (05), according to the size of the hospitalized patient, it is average in 64, 50% (20), high at 19.40% (06) and low at 16.10% (05), according to general results, satisfaction is average at 64.50% (20), high at 19, 40% (06) and down by 16.10% (05). Conclusions: the characteristics of the patient's communication according to verbal and non-verbal language is not very assertive, satisfaction with nursing care is medium.

Key words: Patient nurse communication, satisfaction, care.

PRESENTACIÓN

La comunicación enfermera-paciente, es un factor preponderante para brindar cuidados de enfermería seguros, oportunos y continuos, así mejorar la relación terapéutica enfermera usuario, lo que a su vez redundará en la satisfacción del paciente respecto a los cuidados de enfermería.

El objetivo es determinar las características de la comunicación enfermera paciente y satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional de Ica febrero 2017.

El estudio es importante porque incluye dos aspectos relevantes relacionados al logro de la calidad de atención en pacientes hospitalizados. El profesional de enfermería asume la responsabilidad de comunicarse con eficiencia y transmitir toda la información importante con precisión y eficacia, cuando se rompe la comunicación también lo hace el rendimiento. En este sentido, “precisa aplicar una comunicación intencionada poniendo en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir que se encuentra seguro en un lugar donde se le proporciona atención humanizada, oportuna y segura”.

El trabajo consta de cinco capítulos, Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación del problema y propósito. Capítulo II: Presenta los antecedentes bibliográficos, la base teórica, la hipótesis, las variables de estudio, y la definición operacional; Capítulo III: Metodología de la investigación incluye tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño, procesamiento y análisis de datos; Capítulo IV: Análisis de los resultados. Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Culminando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
I.c. OBJETIVOS I.c.1.GENERAL.....	18
I.c.2.ESPECÍFICO.....	18
I.d. JUSTIFICACIÓN.....	19
I.e. PROPÓSITO.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	21
II.b. BASE TEÓRICA	25
II.c. HIPÓTESIS.....	48
II:d. VARIABLES.....	48
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS....	48

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. TIPO DE ESTUDIO.....	49
III.b. ÁREA DE ESTUDIO.....	49
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS.....	50
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS.....	52
IV.b. DISCUSIÓN.....	60
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES.....	65
V.b. RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS.....	74

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	52
2	CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE SEGÚN COMUNICACIÓN VERBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	92
3	CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE SEGÚN COMUNICACIÓN NO VERBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	92
4	CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	93
5	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	93
6	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN TRATO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA	94

ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017.

- | | | |
|---|---|----|
| 7 | SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CONFORT EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017. | 94 |
| 8 | SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017. | 95 |

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE SEGÚN COMUNICACIÓN VERBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	53
2	CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE SEGÚN COMUNICACIÓN NO VERBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	54
3	CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	55
4	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	56
5	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN TRATO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	57
6	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CONFORT EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA	58

ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017.

7	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017.	59
---	--	----

LISTA DE ANEXOS

N°	TITULO	N° Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	75
ANEXO N°2	INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	77
ANEXO N°3	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUECES EXPERTOS.	80
ANEXO N°4	TABLA DE CÓDIGOS.	81
ANEXO N°5	PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	82
ANEXO N°6	ESCALA DE STANONES PARA MEDIR LAS VARIABLES DE ESTUDIO.	83
ANEXO N°7	TABLA MATRÍZ.	88
ANEXO N°8	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES.	92
ANEXO N°9	CONSENTIMIENTO INFORMADO.	96

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La calidad asistencial es uno de los objetivos principales y prioritarios del sistema sanitario y sobre todo de los profesionales que trabajan en él. “Para asegurar la excelencia y la mejora de los cuidados es necesario evaluar la calidad de los mismos a través de la satisfacción del usuario”.¹

La satisfacción es considerada como una experiencia personal de cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que presentan los usuarios antes de ingresar a los servicios. “En este sentido, la evaluación de la satisfacción del paciente se considera uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se presentan”.²

“En el ambiente hospitalario es muy frecuente observar que todo el personal tiene un ritmo de trabajo acelerado; sin embargo, la comunicación no puede ser insuficiente, debe ser constante y existir una relación de compañerismo, que permita a los miembros del equipo de salud realizar sus actividades de manera que el paciente reciba de ellos atención con calidad. Si bien estos cambios en la población repercuten en la sociedad, el acceso a los servicios de salud se vuelve más demandante y el profesional de enfermería por estar el mayor tiempo con los pacientes tienen una mayor responsabilidad, ya que es común que la paciente acuda a él ante cualquier duda; sin embargo, por la carga de trabajo, falta de tiempo o por omisión no se realiza esta labor tan fundamental”.³

Estudios realizados en Latinoamérica revelan deficiencias tanto en la satisfacción como en la comunicación enfermera paciente, en un estudio realizado Colombia, se destacó que las enfermeras

desconocen sobre estrategias de comunicación con el paciente y familiar en cuidado crítico.⁴

En la atención de pacientes que necesitan ser hospitalizados, es el profesional de enfermería quien permanece mayor tiempo a su cuidado, por tal motivo la calidad de atención recibida involucra más la participación de dicho profesional, en razón a ello, en una investigación realizada en Colombia (2012) respecto a la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, “determinó que el nivel de percepción de los usuarios, frente a la calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería, se encuentra en mediana importancia con tendencia a baja, dejando entrever insatisfacción principalmente por las deficiencias en la comunicación”.⁴

En el Perú, muchas de las investigaciones realizadas revelan la insatisfacción del usuario. En razón a esta problemática, una investigación realizada en Lima (2013) muestra un grado mayor de insatisfacción principalmente en la dimensión de fiabilidad 58.5%, capacidad de respuesta 60.5% y aspectos tangibles 59.6%; lo cual consolida que el paciente está insatisfecho con la atención de salud recibida. “En este sentido, oír lo que los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones”.⁵

Asimismo, en una investigación realizada en Lima (2013) respecto a la comunicación enfermera paciente, se obtuvo que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta, así mismo se descubrió que el perfil de las

características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa. Dichos resultados revelan la inexistencia de una relación terapéutica entre enfermero y paciente.⁶

El comportamiento de sobre demanda de pacientes en los diferentes servicios es una problemática que afrontan muchas instituciones de salud, tal es así que, en Ica, investigaciones realizadas en relación a las expectativas del paciente que reflejan su satisfacción evidencian un comportamiento parcialmente favorable. A nivel regional, en Ica, en una investigación realizada en el año 2016, “revela que los pacientes que se consideraron insatisfechos 3% consideran que la calidad esta por mejorar, el 15% de pacientes insatisfechos considera la calidad en proceso y el 29% de pacientes insatisfechos considera que la calidad es aceptable., demostrándose la relación entre la calidad percibida y la esperada que condicionan la satisfacción”.⁷

Durante las prácticas clínicas se observa que el paciente hospitalizado en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional, en ocasiones recibe una atención carente de humanismo, problemas en la comunicación tanto con el paciente como el familiar del mismo, expresa sentimientos de angustia al observar el trato monótono, mecánico y frío del personal de salud lo cual aumenta su estado de estrés frente al pronóstico de su enfermedad, condicionando deficiencias en la calidad de atención y la satisfacción del paciente no es completa, mucho de ellos manifiestan antes del alta la falta de comunicación que tiene el profesional de enfermería durante la emisión de cuidados, otros manifestaron la necesidad de apoyo emocional la cual no fue satisfecha, más aun frente a la experiencia de un estado crítico vinculado comúnmente a la muerte existiendo desconcierto sobre todo en las primeras horas de hospitalización. Dentro de las referencias recibidas de los pacientes tenemos: “la enfermera casi nunca hablaba conmigo.”; “Yo era el abuelo diabético...y nunca escuché decir mi nombre”; “La enfermera

estaba pendiente de las máquinas y equipos más que lo que yo quería decirle”; “escribe la mayor parte del día, casi no conversa”, dichas referencias nos llevan a considerar que dichos pacientes no alcanzan la satisfacción con los cuidados recibidos por la enfermera.

De acuerdo a todo lo anterior expuesto se plantea la siguiente interrogante:

I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cómo son las características de la comunicación enfermera paciente y satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional de Ica febrero- 2017?

I. c. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar las características de la comunicación enfermera paciente y satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional de Ica febrero 2017.

Objetivo específico 1: Identificar las características de la comunicación enfermera paciente de acuerdo a:

- Comunicación verbal
- Comunicación no verbal.

Objetivo específico 2: Identificar la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, de acuerdo a:

- Trato
- Accesibilidad
- Confort

I. d. JUSTIFICACIÓN:

El estudio es importante porque incluye dos aspectos relevantes relacionados al logro de la calidad de atención en pacientes hospitalizados. El profesional de enfermería asume la enorme responsabilidad de comunicarse con eficacia y transmitir toda la información importante con precisión y eficiencia, cuando se rompe la comunicación también lo hace el rendimiento. En este sentido, precisa aplicar una comunicación intencionada poniendo en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir que se encuentra seguro en un lugar donde se le proporciona atención humana, oportuna y segura.

Además, la satisfacción del paciente es un indicador de calidad en salud, donde además se reafirma el compromiso del profesional de enfermería de proporcionar cuidados al paciente considerando sus necesidades como ser humano establece su interrelación gracias a la comunicación, que de manera conjunta persiguen los objetivos y metas de la institución de salud.

Los beneficiados con los resultados del estudio, serán los usuarios del servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional de Ica, pues el aporte de la investigación tendrá un fin práctico en la mejora de la relación terapéutica enfermera-usuario.

I. e. PROPÓSITO:

Los resultados que se obtengan, serán empleados con el fin de mejorar la comunicación enfermera paciente, en el servicio de cirugía especialidades, además de hacer conocer los resultados a la Jefatura de Enfermería, con el fin de adoptar medidas para reforzar los aspectos débiles en la interrelación enfermera usuario y lograr la satisfacción de los pacientes en relación a los cuidados de enfermería.

Se aguarda que los resultados de la investigación, sirvan como base y antecedentes para investigaciones futuras en otras instituciones hospitalarias, y mejorar la relación terapéutica enfermera usuario para lograr la satisfacción de los pacientes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

II. a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Santana J, Bauer de Camargo A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes de Sousa M. En el año 2014, realizaron una investigación correlacional cuyo objetivo fue evaluar la **CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE. BRASIL**. Material y método: estudio trasversal con 275 pacientes internados en un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Resultados: “Entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros – higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional”. Conclusión: “A pesar del déficit de cualidad, fue encontrado alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la cualidad del cuidado, visando atender a las expectativas de los pacientes”.⁸

Quizhpilema S, Sinchi A, Tacuri M. En el año 2013; realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el **NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR, RESPECTO A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE RECIBEN EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO”**. ECUADOR. Material y método: “Se trabajó con un marco muestral constituido por 136 Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de clínica en los meses de Julio a Septiembre del 2013, se aplicó una encuesta elaborada por las autoras que recopiló información sobre: edad, sexo, procedencia, residencia, estado civil, apego familiar, patología, grado de instrucción, cuidados con calidez, cuidado con calidad oportuno,

continuo y libre de riesgos, previo consentimiento informado del paciente y/o testigo, cuyo instrumento constó de 39 preguntas con 4 opciones de respuestas; siempre, casi siempre, casi nunca y nunca”. Resultados: “En el presente estudio, el 82,4% con nivel de satisfacción alto, un 15,4% con nivel de satisfacción bajo y finalmente el 2,2%; con nivel de satisfacción medio. Conclusiones: el nivel de satisfacción del adulto mayor es considerado alto, con respecto a los cuidados de Enfermería que reciben en el servicio de clínica, pero existe un determinado número de pacientes que dan una calificación bajo y medio”.⁹

Borré Y. En el año 2013, realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo tuvo como objetivo determinar la **CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DE BARRANQUILLA. COLOMBIA.** Material y método: “se encuestaron 158 pacientes a través del Cuestionario SERVQHOS-E, previo cumplimiento de criterios de inclusión”. Resultados: La calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados es “Peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en un 17%, y “Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%; el 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”. El 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años (DE: 18.5)”. Conclusiones: “De acuerdo a la Teoría de la Desconfirmación de Expectativas de Oliver y los postulados de Parasuraman et al, el 78% de los pacientes evidenció altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida”.¹⁰

Bejerez N, Machado D, Marandino F, Morales G, Soto V. en el año 2012, realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal con el objetivo de determinar el **NIVEL DE**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNADO EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA. MONTEVIDEO. Material y métodos: “Utilizándose un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron en la muestra a los usuarios con 48 horas o más de internación en los servicios correspondientes al momento de relevar los datos. Se utilizó un instrumento basado en el modelo de SERVQUAL et al que mide percepciones (escala de Likert con ponderación de 1 al 5) y expectativas que se midieron a través de dos preguntas abiertas”. Los resultados “permitieron identificar en ambos servicios estudiados que los usuarios se mostraron en general Muy Satisfechos a Satisfechos en todas las dimensiones estudiadas y en las preguntas abiertas se destacó con mayor satisfacción la atención de Enfermería y el trato del equipo de Enfermería”.¹¹

Oliva P. en el año 2013, realizó un estudio cuantitativo con el objetivo de determinar el **NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE ADULTO POSTOPERADO RESPECTO AL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE CHICLAYO. PERÚ.** Material y métodos: “El diseño metodológico fue de tipo cuantitativo descriptivo simple, se utilizó como instrumento el cuestionario tipo escala Likert con 11 preguntas. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 37 adultos jóvenes y 35 adultos mayores que se encuentran hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque en el 2013. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El Paciente adulto postoperado está totalmente satisfecho y satisfecho, sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía”.¹²

Grados B. En el año 2014, realizó una investigación de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar las **CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN DEL ENFERMERO HACIA EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO MEDIATO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.**

LIMA PERÚ. Material y método: “Enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 110 pacientes operados de cirugía abdominal. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo no probabilístico, y para tener una representatividad de la población se planteó el muestreo por conveniencia, considerando el 41% de la población. Los 45 pacientes postquirúrgicos mediatos del servicio de cirugía abdominal del HNDM respondieron a los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se usó la técnica de la encuesta y como instrumento se aplicó un cuestionario tipo diferencial semántico, estructurado en dos dimensiones (verbal y no verbal) con un total de 10 enunciados y 4 alternativas cada uno”. Resultados: El 100% de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta. Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”. Lo cual indica que no se establezca una relación terapéutica entre enfermero y paciente”.⁶

Ato S, Bonifacio K. en el año 2014, realizaron una investigación descriptiva correlacional con el objetivo de determinar la relación entre las **RELACIONES INTERPERSONALES Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL RENE TOCHE GROPO DE CHINCHA PERÚ.** Material y métodos: “La muestra estuvo conformada por 65 pacientes, la técnica utilizada fue la encuesta cuyo instrumento fue un cuestionario”. Resultados: “Las relaciones interpersonales fueron medianamente favorables en

58,8%. En cuanto a calidad de atención fue regular en un 58%. Conclusión: se demostró la relación entre las relaciones interpersonales y la calidad de atención de enfermería”.¹³

Los antecedentes que se han empleado en la investigación, muestran resultados importantes respecto al tema de investigación, la mayoría de ellos muestra satisfacción del paciente respecto al cuidado de enfermería y algunos muestran resultados no satisfactorios respecto a la comunicación enfermera paciente; estos estudios han sido útiles para comparar los hallazgos de la investigación empleados en la discusión, así como para aportar en la metodología de la investigación.

II. b. BASE TEÓRICA:

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Comunicación. “La comunicación es un medio de conexión o de unión que tenemos las personas para transmitir o intercambiar mensajes. Es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos”.¹⁴

Dentro de la comunicación esta “el asertividad que es una habilidad social que permite a la persona comunicar su punto de vista desde un equilibrio entre un estilo agresivo y un estilo pasivo de comunicación. Como tal, la asertividad es una cualidad o comportamiento que poseen ciertos individuos de comunicar y defender sus propios derechos e ideas, respetando a los demás”.

La comunicación asertiva es aquella comunicación entre el estilo agresivo y el estilo pasivo. “Es una forma de comunicar lo que se

piensa o quiere de forma que no importando la jerarquía se logre una conversación armoniosa y productiva”.

La comunicación con asertividad es clara, objetiva, transparente y honesta, este tipo de comunicación posee varias ventajas como:

- Fomentar el respeto hacia otras personas.
- Mejora la capacidad de expresión e imagen social.
- Maneja la capacidad de negociación.
- Ayuda a resolver las controversias.
- Mejora y facilita la comunicación.

Importancia de la comunicación. En la relación que existe entre la enfermera y el paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad. “La comunicación cobra aún más valor para conocer cómo se encuentra, que le inquieta o cómo podemos ayudarle. En muchas ocasiones este proceso comunicativo tan importante puede verse delegado a un segundo plano por la falta de tiempo debida a la sobrecarga de trabajo, o por la falta de entrenamiento de los profesionales en estos aspectos. Este deterioro de la comunicación puede afectar negativamente a la calidad de los cuidados y dar como resultado una mala atención a los pacientes que se encuentran postrados”.¹⁵

Elementos de la comunicación. Las comunicaciones, ya fuesen intencionales o no, tienen algún efecto y están compuestas por una serie de factores que se denominan elementos de la comunicación.

- **Emisor.** “Es quien abre el proceso de la comunicación, el que da a conocer el mensaje y lo emite. Esto se hace mediante la elección, la codificación y el envío del mensaje. En una conversación, el emisor es quien inicia la conversación”.
- **Codificación.** “Consiste en traducir la idea o mensaje en palabras, gráficas u otros símbolos adecuados para dar a conocer el mensaje. El emisor escoge el código a fin de organizar las

palabras y los símbolos en una forma que facilite el tipo de transmisión”.

- **El mensaje.** “Representa la información que el emisor desea transmitir al receptor, y que contiene los símbolos verbales (orales o escritos) y claves no verbales que representan la información que el emisor desea transmitir al receptor. El mensaje emitido y el recibido no necesariamente son los mismos, ya que la codificación y decodificación del mismo pueden variar debido a los antecedentes y puntos de vista tanto del emisor como del receptor”.
- **Canal.** “Es el medio por el cual se transmite el mensaje. Éste puede ser una conversación, un medio escrito, electrónico, etc. No todos los canales poseen la misma capacidad para transmitir información. Así mismo pueden ser formales o informales (redes de comunicación que se llevan a cabo a través de interacción social)”.
- **El receptor.** “Es quien recibe el mensaje, y a su vez cierra el proceso de la comunicación mediante la recepción, decodificación y aceptación del mensaje que se transmitió, y retroalimenta al emisor”.
- **Decodificación.** “Es la traducción de mensajes a una versión comprensible para el receptor. El emisor quiere que el receptor comprenda el mensaje en la forma en que fue transmitido, por lo que utiliza códigos comprensibles para ambos. Sin embargo, la comprensión puede ocurrir únicamente en la mente del receptor, es él quien decide si ha comprendido o no el mensaje. Un aspecto importante para la decodificación del mensaje es la atención que se le preste, ya sea al escucharlo, leerlo, etc”.
- **Situación o contexto.** “Es las circunstancias psicológicas, sociales, emocionales, etc. que rodean al “Emisor” y al “Receptor” y que condicionan el mensaje e influyen en su transmisión y recepción”.

- **Referente.** “Es el elemento, situación real a la que se refiere el emisor”.

Dimensiones de la comunicación enfermera paciente:

Comunicación verbal:

Es la forma más elevada de transmitir mensajes y es privilegio del ser humano. “El personal de enfermería toma en cuenta la comunicación como indicador de una gran variedad de sentimientos, si la comunicación es afectada crea actitudes conflictivas, percepciones equivocadas, irreales que impiden la comunicación, para ello es necesario que éste personal desempeñe su rol de manera Holística en su interacción con el paciente y sus familiares”.

Características:

- Lo comunicado se debe de vincular al objeto de modo claro.
- Lo que se transmite se hace mediante palabras accesibles para el receptor.
- Utiliza conceptos asequibles.
- Los mensajes que envía son mensajes de contenido descifrable.
- Es un vínculo de transmisión de cultura.
- Cuando se transmite un sentimiento o una emoción se hace expresando el estado de ánimo con palabras.

En los cuidados esta debe:

- Utilizar un lenguaje sencillo, claro y concreto
- Comunicar sin transmitir excesiva información, pues se puede perder el mensaje.
- No ser restrictivo ni escueto pues el mensaje puede ser incompleto y no producir el efecto deseado.

Características del mensaje verbal que mejoran la comunicación

- Simplicidad: Adaptado al receptor.
- Claridad: Expresado en términos inequívocos, fácil de recordar. No puede ser percibido con doble sentido.
- Pertinencia: Anteponer los intereses de la persona a las características del sistema.
Adaptar el mensaje o modificarlo según las señales procedentes del paciente (dolor, hambre, sueño, tensión, etc.).
- Credibilidad: Transmitir seguridad y confianza a través de los conocimientos y experiencia del profesional.¹⁶

Comunicación no verbal. “Cuenta con una variedad de expresiones, el movimiento corporal, la marcha, la postura, el caminar y el movimiento de las manos proporcionan información al individuo. En este sentido se tiene que los sentimientos y actitudes se transmiten no solo con la palabra que se dice, sino con la conducta no verbal”.

La importancia de la comunicación no verbal se ilustra a través de la confianza que ponen tanto el emisor como el receptor de los mensajes no verbales del otro. “La conducta no verbal puede dar una imagen más exacta de la persona. La mayoría de conductas no verbales son muy espontáneas y no pueden ser falseadas con facilidad. La conducta no verbal se añade de forma significativa va a las interpretaciones que hacemos de los mensajes verbales”.

La comunicación no verbal o lenguaje corporal “incluye el aspecto físico, la distancia física entre el cuidador y el paciente, expresiones faciales. La descripción de los mensajes no verbales es una valiosa prestación de cuidados porque el lenguaje corporal suele ser un indicador más fiable de la condición de un paciente que sus respuestas verbales”.

Utiliza habilidades de comunicación no verbal mediante:

- **La observación.** “El observar al paciente y las actitudes que tiene es importante ya que el paciente puede comunicarse mediante el silencio, los gestos, los movimientos oculares, la postura y las señales vocales. Las señales vocales se refieren a las pausas, el volumen y el tono de voz con el que habla, lo que puede indicar un rango o emociones de la ira al nerviosismo”. El enfermero interpreta el comportamiento, tal como la inquietud, apretar los puños, evitar contacto visual o físico y responde al mensaje no verbal.
- **Lenguaje corporal.** “Sonreír, inclinarse hacia delante, mirar a los ojos y tocar los elementos son formas de lenguaje corporal que la enfermera puede utilizar para mejorar su relación con el paciente. Tener en cuenta que el lenguaje corporal comunica mensajes al paciente y asegurarse de ser respetuoso y considerado en el habla y el movimiento. Utiliza el lenguaje corporal para comunicarte de manera efectiva con el paciente”.¹⁷

SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

“Es el grado en que la atención sanitaria responde a las expectativas del paciente y la comunidad. Es el efecto de la calidad percibida sobre todos los aspectos del proceso de atención: trato recibido, aporte de información, comodidad, coordinación entre profesionales y niveles asistenciales”.¹⁸

El nivel de satisfacción del paciente puede ser definido como “el grado de comparación entre las expectativas del cuidado de enfermería del consumidor y el cuidado actual recibido. Cuando las expectativas y la realidad están cercanas, existe gran satisfacción, pero cuando las expectativas y la realidad están lejanas, existe baja satisfacción, con el actual enfoque en los resultados del cuidado existe una atención especial en como los familiares perciben el cuidado de enfermería”.

“En las últimas décadas del siglo XX las transformaciones sociales y económicas han producido cambios en la salud de la población y, por tanto, en las políticas de prestación de salud a escala mundial. En tales condiciones se promueve una atención de alta calidad centrada en el usuario o cliente. En la asistencia en salud, el llamado es hacia la humanización y a ofrecer servicios de mayor calidad”.

La evaluación de la satisfacción del paciente “ha sido adoptada por las instituciones de salud como una estrategia para alcanzar un conjunto de percepciones relacionado a la calidad de la atención recibida, con el cual se adquiera informaciones que benefician la organización de esos servicios”.

La definición que la Organización Mundial de la Salud establece de calidad es “alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de este y produciendo un impacto final positivo en salud”.¹⁹

Según Donabedian "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro".

20

El proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, “hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde”. Esta se define por el usuario y no por la institución; “es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos”.²¹

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de ínter subjetividades, “el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia”.

Se define calidad, tomando el concepto de Myers y Slee, como “el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados”.²²

Se define también que “es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”.

Otra forma posible de definir la calidad es “como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente”.²³

Este concepto de calidad “exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, va a definir el grado de calidad alcanzado”.²³

Se define al servicio prestado como pautas de actuación, reglas a las que se deben ajustar las acciones.

Virgil Slee, con agudeza, “remarca el sentido real de la formulación y adopción de normas a través de la suma de consensos, ya que la

tesitura de pretender establecerlas suele ser considerada algo presuntuosa y torna difícilmente aceptables sus prescripciones.²³ Esta tarea de normalizar la atención médica consiste simplemente en llegar a un acuerdo acerca de la conducta y eficiencia que se espera encontrar en el cuerpo médico institucional”.

Las normas que se elaboran deben ser:

- Posibles.
- Accesibles.
- Claras.
- Formuladas por escrito, en forma breve y sencilla, para facilitar su comprensión
- Difundidas al estamento profesional.
- Consensuadas
- Elaboradas a nivel local, reglamentando las situaciones comunes.
- Flexibles, sujetas a un dinámico proceso de revisión que permita su actualización.²⁴

Dimensiones de la satisfacción:

La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”.

La satisfacción representa “la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo”.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, “la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea

permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a complementar las expectativas de unos y de otros”.

La satisfacción del usuario, “que implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio, está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias”.

Por otra parte, Donabedian considera que “los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud”.²⁵

La calidad en los servicios de salud “es un compuesto de varios atributos o dimensiones tanto objetivas como subjetivas, es importante entender las dimensiones de la calidad para que podamos saber cómo nuestros clientes definen la calidad de nuestros servicios de enfermería y determinan la satisfacción”.

Estas dimensiones son:

- a. Trato:** “Grado con que el profesional de enfermería demuestra una actitud amable con el cliente siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos”. Incluye:
 - **Comprensión:** Viene a ser “el grado con el que el proveedor del servicio de salud se comunica con sus clientes a través de un lenguaje que sea simple, claro y de fácil entendimiento, esta comunicación entre cliente y proveedor de servicio puede incrementar la satisfacción de incrementar la satisfacción de los

mismos con la calidad de los servicios y atención hospitalaria recibida”.

- Amabilidad: Esta “hace referencia a la cortesía, la cual mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad, humildad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales”.
- Respeto: Es el derecho de los pacientes a ser atendidos con pleno respeto a su dignidad como persona humana e intimidad sin ningún tipo de discriminación.

b. Accesibilidad: Grado con que el cliente espera que lo atiendan cuando lo necesita. Consiste en:

- Reconocimiento de parte de la enfermera: Grado con que el proveedor de servicio de salud identifica la necesidad de salud y satisface rápidamente la solicitud de los clientes.²⁰
- Respuesta de la enfermera: Es el grado con que un servicio de salud está disponible y satisface la necesidad de salud siempre que los clientes lo necesiten.

c. Confort: Está dado, “por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes)”.²⁶

Cuidado de enfermería:

En el documento publicado por el Colegio de Enfermeros (2008) “Gestión del cuidado de enfermería” refieren varias conceptualizaciones hechas por diversas teóricas; “Colliere, manifiesta que muchas de las acciones de cuidado a menudo son

invisibles, ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros”.²⁷

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: “La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente”.

Poder “garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre los principios, valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien cuidar con calidad y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción”.

Por tanto, la gestión del cuidado, “Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”.²⁸

A través de la historia existieron diferentes acepciones en relación al cuidado, por ejemplo “Florence Nigthingale no definió atención o cuidado en su libro Notes of Nursing en 1859, Madeleine Leininger continua preguntándose si Nigthingale consideró como componente del cuidado: el confort, ayuda y la educación de la salud. El cuidado como concepto debe ser entendido”, “debido a que los conceptos sirven como base para análisis y la investigación continua de la enfermera” considerando que en la actualidad el concepto de cuidado

se cita con frecuencia para apoyar las prácticas de las enfermeras actuales.²⁹

“El uso de la palabra cuidar involucra un sentido emergente, ya que, el concepto de cuidado se ha convertido en objeto de estudio de la enfermera en los últimos años. En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los años sesenta hasta nuestros días”. ¿Pero, qué significa esta palabra?, “el cuidado es una sensación que denota una relación de interés, cuando la existencia del otro te importa; una relación de dedicación, llevándolo a sus extremos, sufrir por el otro”.³⁰

Cuidar como un concepto está en proceso de ser inventado o construido y se transforma con el paso del tiempo. “El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad. Este puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente, o sea, cuidamos de manera diferente a una persona que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos que a otra que se encuentra en un ambulatorio, pero ambas reciben cuidados en grados diferentes”.³¹

El cuidado es desarrollado por profesionales con conocimientos y bases científicas en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. “Estas definiciones respaldan el acto de cuidar, sin embargo, dentro de los estudios ya realizados, se percibe lagunas en cuanto a las investigaciones que involucran la comprensión de los conceptos utilizados en la práctica de enfermería, especialmente cuando se trata del cuidado”. Desde 1997 se hizo un llamado sobre la necesidad de que las enfermeras pusieran atención en la comprensión y no solamente en la explicación de los conceptos que guían la práctica profesional.³²

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. “El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*). Enfermería por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo. Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente”. Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas. “Los enfermeros también pueden, en algunos casos, desplazarse hasta el domicilio del paciente para brindarle ciertos cuidados. Cabe destacar que, para proporcionar cuidados de enfermería, es necesario obtener un título que sirva como habilitación. Las características de la formación y de la titulación dependen de cada país, ya que la carrera de enfermería puede ser terciaria o universitaria y requerir de diversas capacidades”.³³

Las definiciones expuestas por las enfermeras sobre el concepto de cuidado profesional de enfermería, colocan a los profesionales en el punto central de la reflexión, sobre lo que hace una enfermera. “Conceptualizan el cuidado profesional como un cuidado de la vida de las personas que solicitan sus servicios. Con ello, el hacer de la enfermera viene a ser un acto profesional y no un acto de buenas intenciones, ya que tienen la obligación moral y ética de asumir conductas de cuidado, con principios y normas establecidas por la disciplina de enfermería. Las enfermeras entienden que un cuidado profesional es aplicar sus conocimientos en cada una de sus acciones

y que estas conllevan la enseñanza y el aprendizaje continuo del cuidado”.

Partiendo de lo anterior se debe conceptualizar que “el cuidado profesional es entendido como la esencia de la disciplina de enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científicos y humanísticos para conservación y mantenimiento de la vida”.³⁴

Teoría de enfermería: Hildegard Peplau

En su modelo de enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, “en la que analiza la relación de enfermera/o-paciente; en las que identifica y describe cuatro frases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución”.

Esta teoría permite que “los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería”. Se conseguirá, que surja una relación entre enfermera y el paciente que permita afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta. “Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso”.

Los cuidados en enfermería psicodinámica exigen “ser capaz de comprender la propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia”. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico.

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. “Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. El sistema conceptual de las relaciones interpersonales está orientado al desarrollo de la capacidad de los enfermeros/as para emplear los conceptos”.

En esta época se describían la conducta dentro de una teoría enfocada al psicoanálisis. “Los principios del aprendizaje social, concepto de la motivación humana y el concepto del desarrollo de la personalidad”.

Peplau combinó diferentes ideas tomadas de Maslow, Sullivan, Millar y Symonds. “Estas teorías tenían su origen en el genio de Freud, Fromm, y Pavlov. A partir de este se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica”.

El psicoanálisis es un modelo instituido por Freud, el cual se teoriza, describe y explica los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica del ser humano. Las hipótesis de Freud Insistía mucho en “la importancia de la motivación, el conflicto, el papel de la familia en la primera infancia y descubrió, además, el significado del inconsciente”.

Se puede referir además al método psicoanalítico: “un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual, al análisis de fenómenos culturales”.

El trabajo de Miller “se centra en la teoría de la personalidad, los mecanismos de ajuste, la psicoterapia y los principios del aprendizaje

social". El modelo de Pavlov de estímulo respuesta influyó los principios de Miller sobre el aprendizaje social.

La teoría de Maslow de la motivación humana: "Formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y expone que conforme se satisfacen las necesidades más básicas los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados. Sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de todas las personas, ya que no genera comportamiento alguno. Las necesidades fisiológicas nacen con la persona, el resto de las necesidades surgen con el transcurso del tiempo".

"A medida que el individuo logra controlar sus necesidades básicas aparecen de forma gradual las necesidades de orden superior; no todos los individuos sienten necesidades de autorrealización, debido a que es una conquista individual".

Las necesidades más elevadas no siempre surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. "Pueden ser las necesidades más elevadas no surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. Pueden ser de forma simultánea pero las básicas predominarán sobre las superiores".

Peplau en su teoría define al paciente como un ser humano, como una persona o cliente. "Define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativamente con otro proceso humano que hace posible la salud para individuos y comunidades. La enfermería es un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que esté consciente y solucione los problemas que interfieren en su vida diaria, el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos". Ambos son concebidos como seres humanos, "cada uno con percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, pre suposiciones, expectativas y actividades".

La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería; se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. “Para la autora, la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los elementos centrales del cuidado puesto que la enfermera es un profesional, con conocimiento, competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren o necesitan dada su condición, para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación”.²⁹

Teoría de enfermería: Madeleine Leininger

Leininger señala que existen varios factores en relación con la lentitud a la hora de reconocer y valorar la importancia de los factores culturales y de enfermería transcultural en el ámbito de la formación y el ejercicio profesional y estos son: La teoría se concretó en la década de 1950, cuando prácticamente ningún profesional de enfermería tenía una preparación en antropología y satisfacción de sus necesidades sociales o culturales. Los artículos sobre enfermería transcultural eran rechazados por los editores. El concepto cuidado tuvo un interés limitado para las enfermeras hasta la década de 1970, Leininger fue la primera en hablar del cuidado.

Las enfermeras habían asumido una posición demasiado etnocéntrica y excesivamente próxima a los intereses y las directrices de la medicina.

Enfermería se había mostrado lenta a la hora de impulsar avances sustanciales en el desarrollo de sus diversas áreas de conocimiento. Los profesionales están comenzando a apreciar la importancia de la enfermería transcultural, de la noción de asistencia y del empleo de los métodos cualitativos.

Modelo del sol naciente

En 1970, Leininger elaboro el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura.

La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: Presentación y mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una

práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y practica de enfermeras.

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

Enfermería Transcultural: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

Enfermería Intercultural: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación. Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas. Por otro lado, Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones

hipotéticas que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

No obstante, Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si debe interpretarse como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios, licenciados y profesores por medio de métodos cualitativos de investigación, a explicado 130 principios diferentes de los cuidados en cincuenta y seis culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados

culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

Teoría de transculturación

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.

Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.

Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.

Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Cuidados: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Etnoenfermería: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

Aplicación de la teoría en relación con la enfermera-paciente-familia.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de integral a las necesidades de los pacientes.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado. El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.³⁵

II.c. HIPÓTESIS:

II.c.1. Hipótesis Global: Las características de la comunicación enfermera paciente es poco asertiva, y la satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional de Ica febrero -2017 es baja.

II.c.2. Hipótesis derivada 1: Las características de la comunicación enfermera paciente según sea verbal y no verbal, es poco asertiva.

II.c.3. Hipótesis derivada 2: La satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional según trato, accesibilidad y confort, es baja.

II.d. VARIABLES:

Variable 1: Características de la comunicación enfermera paciente.

Variable 2: Satisfacción con el cuidado de enfermería.

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Satisfacción:** Viene a ser “ la calidad de expresión que está relacionada al bienestar que experimenta el paciente, sobre los cuidados recibidos de la enfermera durante su hospitalización, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje y que fue medido en niveles altos, medios y bajo a través de una escala”.
- **Cuidado de enfermería:** Es el sentimiento de bienestar, tranquilidad y confort que el paciente manifiesta cuando recibe una atención integral por parte de la enfermera que responda a sus necesidades y percepciones de acuerdo con sus expectativas.
- **Comunicación enfermera-paciente:** Se transmite como el proceso de interacción y transmisión de información de la enfermera hacia el paciente y viceversa, manifestando características verbales y no verbales.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III. a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es de enfoque cuantitativo, pues la información obtenida se presenta en cuadros y gráficos numéricos haciendo uso de la estadística descriptiva; según el alcance de la información es descriptivo, pues se muestran las variables como se han observado en la realidad durante la recolección de los datos; es de diseño no experimental, porque no se manipulan intencionalmente las variables de estudio; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal, pues los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo.

III. b. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Ica, institución de salud pública, en el servicio de cirugía especialidades. El hospital es un establecimiento de II nivel de complejidad, ubicado Av. Prolongación Ayabaca S/N ocupa un área de 18,790.47 m², brinda atención a toda la población del Sur chico, y es el único hospital de referencia de la región, atiende en casi todas las especialidades, pues aspira a ser hospital de III nivel.

III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población está constituida por 120 pacientes que es el promedio de atendidos al mes, la muestra de estudio está conformada por 31 pacientes, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia; considerando los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos.
- Pacientes hospitalizados por lo menos 48 horas.
- Pacientes que tengan la voluntad de contribuir en la investigación.

- Pacientes lúcidos y orientados.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con un tiempo de hospitalización menor a 48 horas.
- Pacientes que no deseen participar de la investigación.
- Pacientes con alguna alteración del sensorio.

III. d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, se utilizó como técnica la encuesta con su instrumento el cuestionario. El cual fue validado a través de la concordancia de opinión de jueces expertos y demostrado posteriormente su confiabilidad a través del Alfa de Cronbach.

III. e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se inicia con una solicitud dirigida a la Directora de la institución hospitalaria, haciéndole conocer el objetivo de la investigación: El instrumento se aplicó a la muestra de estudio, durante el mes de febrero del 2017.

En todo momento se respetaron los principios éticos de la investigación como son la beneficencia, no maleficencia, su privacidad, confidencialidad, autonomía y justicia y la libre voluntad del investigado de responder la entrevista.

III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento fueron clasificados y ordenados de forma manual.

El procesamiento de los mismos se realizó haciendo uso del paquete estadístico Microsoft Excel. Como se indica:

- **Elaboración del libro de códigos:** En el cual se determinó el código para cada categoría.

- **Elaboración de la tabla matriz:** En la cual se almacenó la información recopilada.
- **Clasificación de los datos:** La información se distribuyó en frecuencias y porcentajes a través de tablas estadísticas.
- **Presentación de los datos:**

La presentación de los resultados se realizó en tablas de frecuencia y porcentajes, además de utilizar los gráficos correspondientes.

Los valores asignados a la variable características de la comunicación enfermera paciente, son las que a continuación se mencionan:

- Asertiva (> 26)
- Poco asertiva (13 a 26)
- No asertiva (< 13)

Para la variable satisfacción con el cuidado de enfermería, se consideró:

- Alta (> de 34)
- Media (24 a 34)
- Baja (< de 24)

Para ello se aplicó la Escala de Stanones, cuyos resultados se expresan en tres niveles.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

TABLA 1

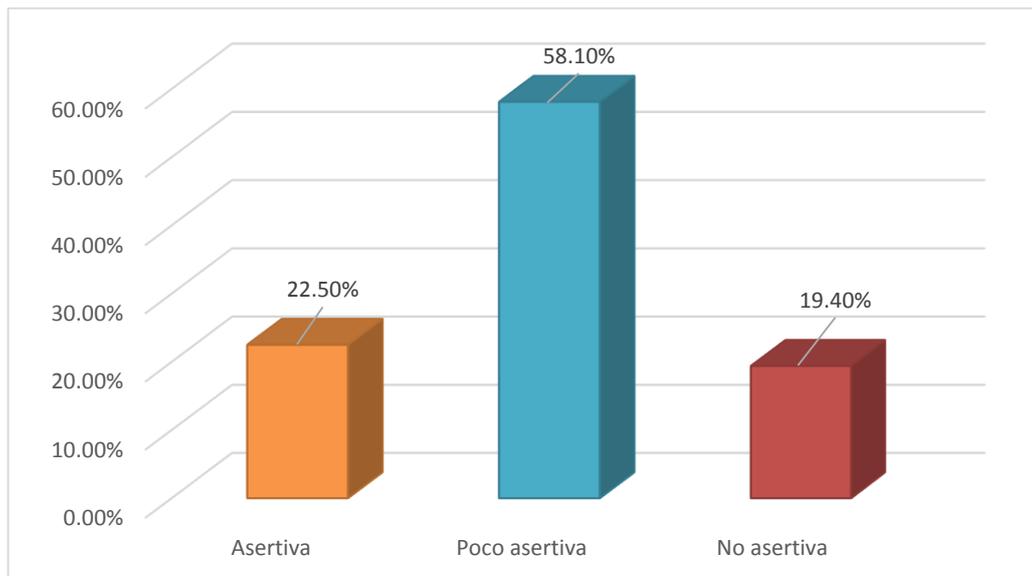
**DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	Fr.	%
EDAD	20 a 29	05	16.0
	30 a 39	07	22.5
	40 a 49	07	22.5
	50 a más	12	39.0
SEXO	Masculino	16	52.0
	Femenino	15	48.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	03	09.6
	Secundaria	10	32.3
	Superior	18	58.1
PROCEDENCIA	Costa	20	64.5
	Sierra	10	32.3
	Selva	01	03.2
RELIGIÓN	Católica	23	74.2
	Cristiana	03	09.7
	Otros	05	16.1
TOTAL GENERAL		31	100

Respecto a los datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía Especialidades, el 39.0% (12) tienen de 50 años a más, el 52.0% (16) son de sexo masculino, el 58.1% (18) tienen instrucción superior, el 64.5% (20) son provenientes de la costa y el 74.2% (23) son de religión católica.

GRÁFICO 1

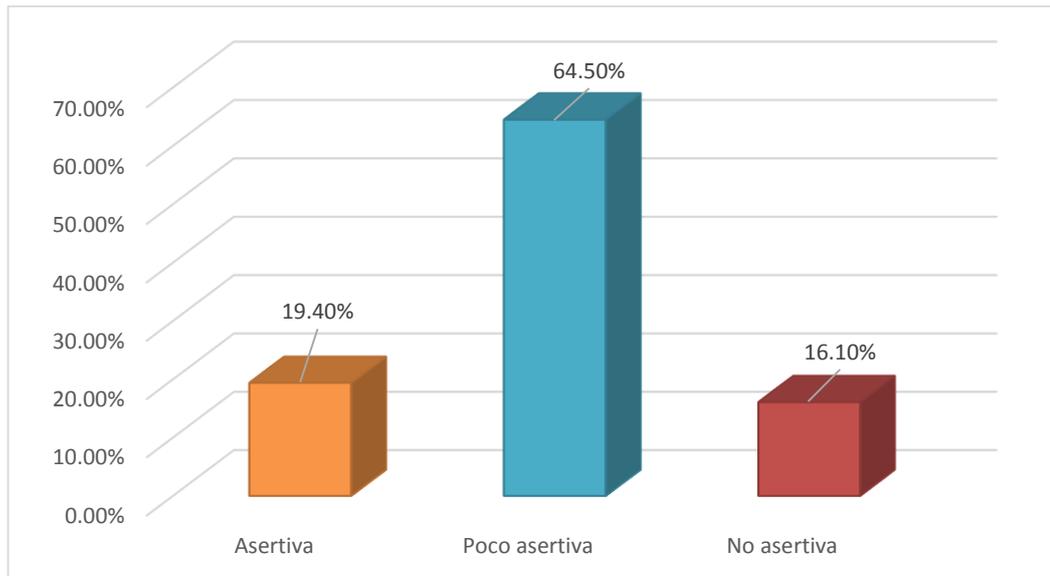
CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE SEGÚN COMUNICACIÓN VERBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017



Respecto a las características de la comunicación enfermera paciente según dimensión comunicación verbal se observa que es poco asertiva en el 58,10% (18), asertiva en el 22,50% (07) y no asertiva en el 19,40% (06).

GRÁFICO 2

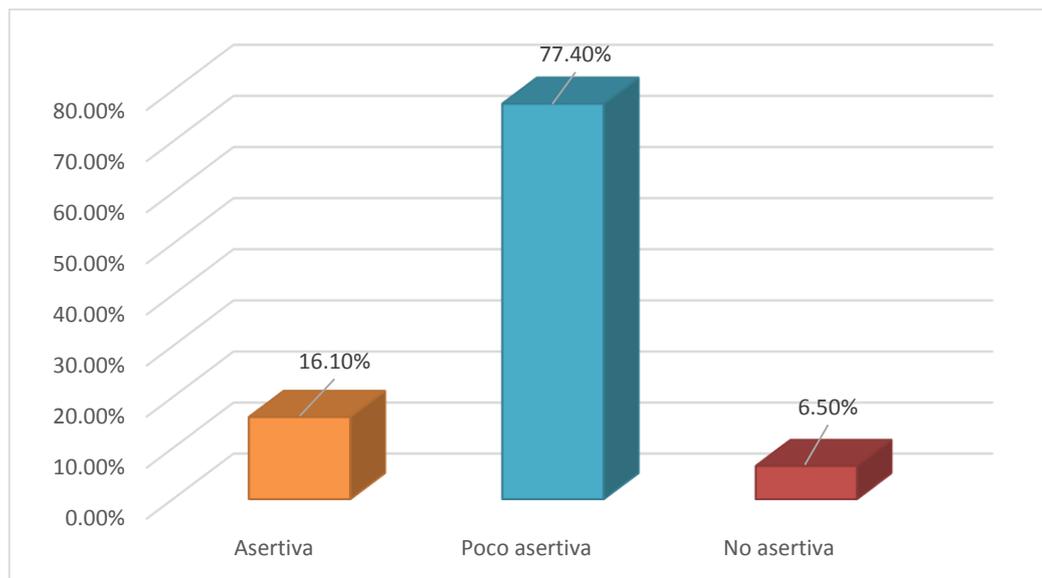
CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE SEGÚN COMUNICACIÓN NO VERBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017



Respecto a las características de la comunicación enfermera paciente según dimensión comunicación no verbal se observa que es poco asertiva en el 64,50% (20), asertiva en el 19,40% (06) y no asertiva en el 16,10% (05).

GRÁFICO 3

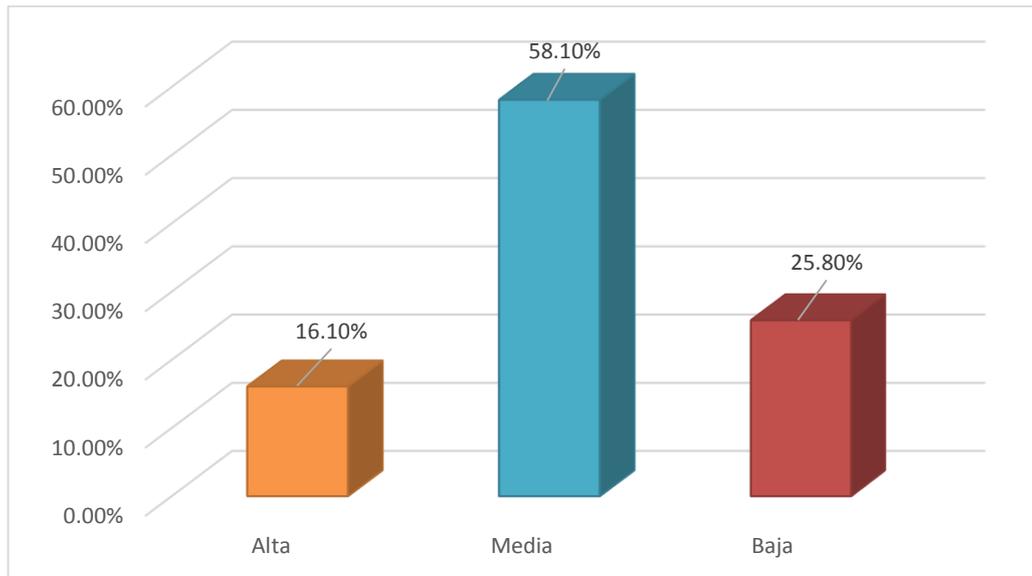
CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017



En relación a las características de la comunicación enfermera paciente según resultados generales, se observa que es poco asertiva en el 77,40% (24), asertiva en el 16,10% (05) y no asertiva en el 6,50% (02).

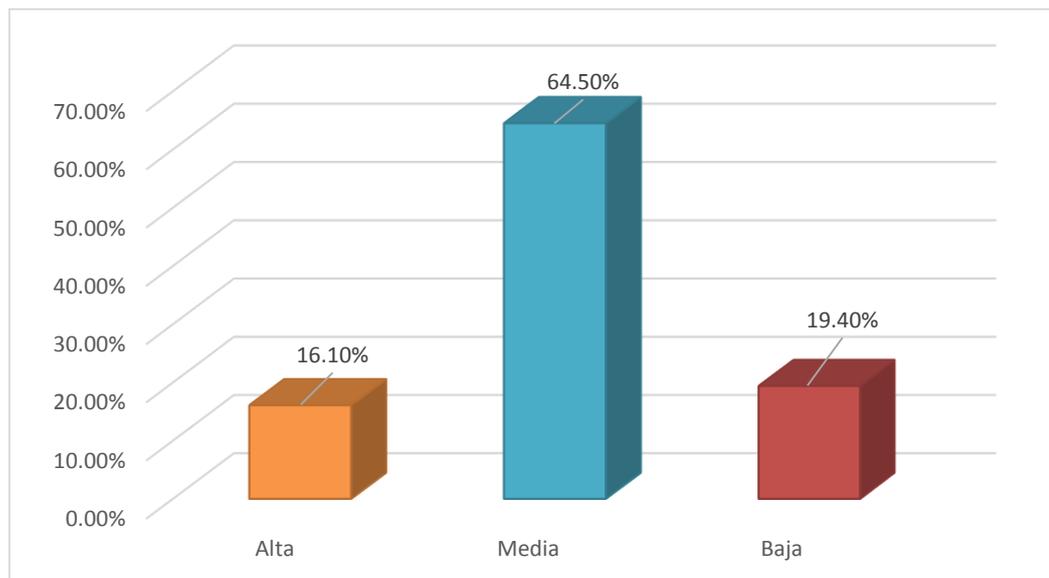
GRÁFICO 4

SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017



La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión accesibilidad del paciente hospitalizado, es media en el 58,10% (18), baja en el 25,80% (08) y alta en el 16,10% (05).

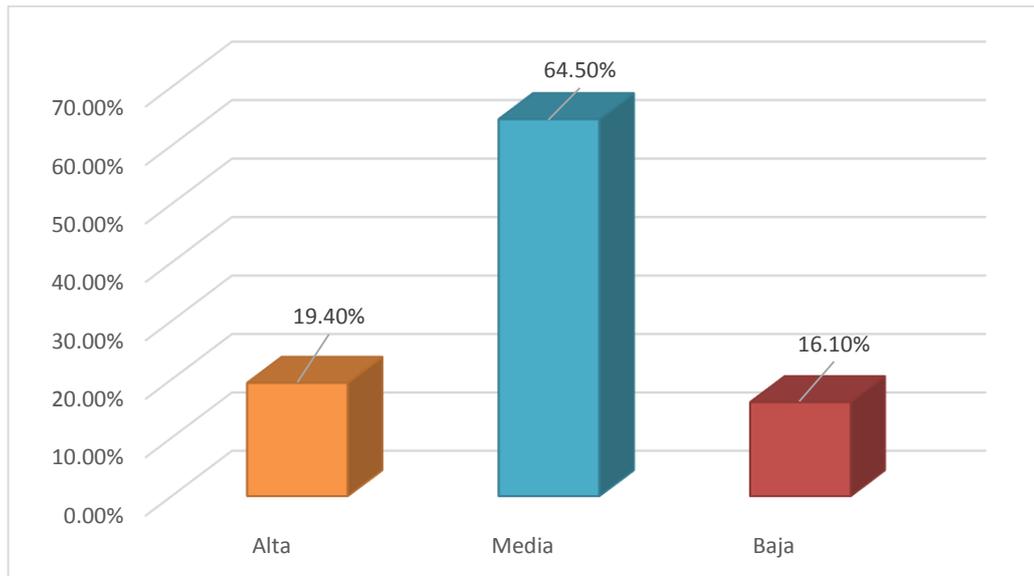
GRÁFICO 5
SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
SEGÚN DIMENSIÓN TRATO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017



La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión trato del paciente hospitalizado, es media en el 64,50% (20), baja en el 19,40% (06) y alta en el 16,10% (05).

GRÁFICO 6

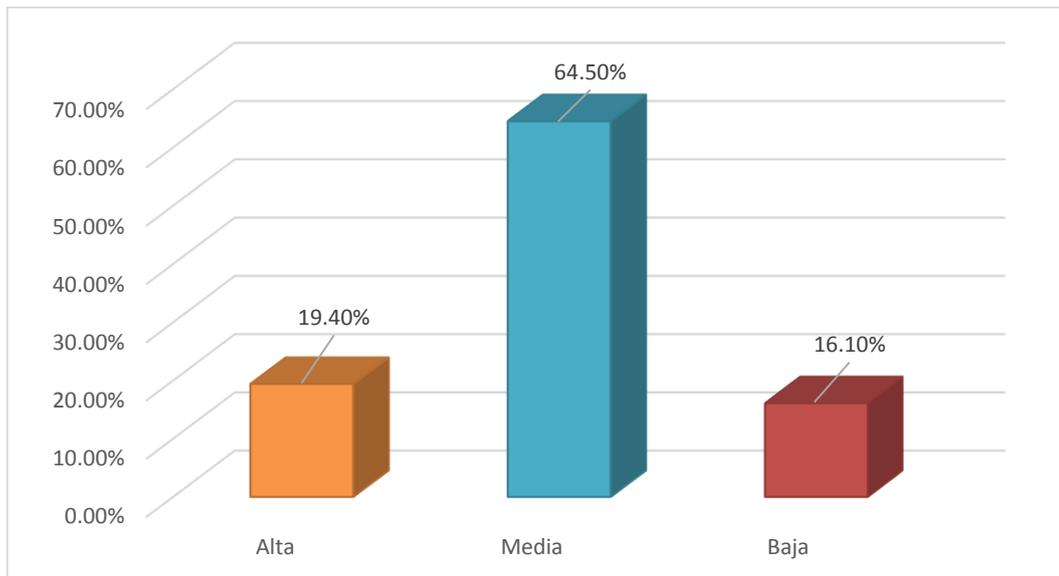
SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CONFORT EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017



La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión confort del paciente hospitalizado, es media en el 64,50% (20), alta en el 19,40% (06) y baja en el 16,10% (05).

GRÁFICO 7

SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES HOSPITAL REGIONAL ICA FEBRERO 2017



Según resultados generales, la satisfacción con el cuidado de enfermería del paciente hospitalizado, es media en el 64,50% (20), alta en el 19,40% (06) y baja en el 16,10% (05).

IV. b. DISCUSIÓN:

TABLA 1: Respecto a los datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía Especialidades, el 39.0% tienen de 50 años a más, el 52.0% son de sexo masculino, el 58.1% tienen instrucción superior, el 64.5% son provenientes de la costa y el 74.2% son de religión católica.

Respecto al sexo y edad, datos diferentes a los de Borré Y.¹¹ “quien halló en su investigación el 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años”.

Las variables demográficas, pueden intervenir en los resultados, se dice que los pacientes de sexo masculino, con grado de instrucción primaria o provenientes de la sierra, son los que se sentirían más satisfechos con la atención de enfermería; sin embargo, el profesional debe tener en consideración estos aspectos, para brindar un cuidado personalizado y mejorar la comunicación con el paciente, teniendo en cuentas sus características personales.

GRÁFICO 1: Respecto a las características de la comunicación enfermera paciente según dimensión comunicación verbal se observa que es poco asertiva en el 58,10%, asertiva en el 22,50% y no asertiva en el 19,40%.

Datos que se pueden comparar con los de Grados B.⁷ quien refiere que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”.

Estos resultados demuestran que no existe una adecuada comunicación verbal entre la enfermera y paciente, por lo que se debe reforzar ésta dimensión, en vista de que existen pacientes que necesitan una explicación pausada, con terminología sencilla, clara, y fácil de entender, también se debe tener una comunicación verbal considerando siempre las características del usuario, para que se

puedan entender las indicaciones o cuidados que la enfermera brinda al paciente hospitalizado, de ésta manera se estará transmitiendo al paciente seguridad y confianza.

GRÁFICO 2: Respecto a las características de la comunicación enfermera paciente según dimensión comunicación no verbal se observa que es poco asertiva en el 64,50%, asertiva en el 19,40% y no asertiva en el 16,10%.

Al respecto también Grados B.⁷ encontró en su investigación en la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta”.

Lo que significa que el profesional de enfermería está descuidando parte importante de la comunicación como es la expresión, sonrisa, contacto físico entre otros, ésta forma de comunicación no verbal, es tan importante como la verbal, pues a través de ella, se transmite el cuidado humanizado y la calidez de la atención de enfermería, aspectos que siempre deben caracterizar a todo profesional.

GRÁFICO 3: En relación a las características de la comunicación enfermera paciente según resultados generales, se observa que es poco asertiva en el 77,40%, asertiva en el 16,10% y no asertiva en el 6,50%.

Resultados similares a los de Grados B.⁷ “quien descubre que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa”, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”. “Lo cual indica que no se establezca una relación terapéutica entre enfermero y paciente”.

También los resultados son similares a los de Ato S, Bonifacio K.¹⁴ “quienes refieren que las relaciones interpersonales fueron medianamente favorables en 58,8%”.

La relación terapéutica, constituye uno de los aspectos más importantes de la interacción enfermera paciente, por lo que si no existe una comunicación adecuada, no se podrá lograr una relación terapéutica favorable para el paciente, todo ello traerá como consecuencia insatisfacción, no se podrá entender los mensajes ni se podrá compartir información adecuada, es necesario que ésta relación entre enfermera paciente, sea con una comunicación verbal y no verbal, estimulante para el usuario.

GRÁFICO 4: La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión accesibilidad del paciente hospitalizado, es media en el 58,10%, baja en el 25,80% y alta en el 16,10%.

Datos diferentes muestra Borré Y.¹¹ quien halló que el 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”.

Si bien los resultados de los antecedentes de estudio no están enfocados en las dimensiones, se observa en la mayoría de ellos que los pacientes se encuentran satisfechos, por lo que es importante considerar los hallazgos de la investigación para realizar un análisis del porqué de la satisfacción media, por lo tanto es necesario que el profesional de enfermería considere importante su identificación frente al paciente, proporcionar una información comprensible, aclarar las dudas y resolver con prontitud las necesidades del paciente.

GRÁFICO 5: La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión trato del paciente hospitalizado, es media en el 64,50%, baja en el 19,40% y alta en el 16,10%.

Resultados diferentes a los de Quizhpilema S, Sinchi A, Tacuri M.¹⁰ quienes hallaron “el 82,4% con nivel de satisfacción alto, un 15,4% con nivel de satisfacción bajo y finalmente el 2,2%; con nivel de satisfacción medio”.

Los ítems considerados en ésta dimensión, que dan una satisfacción media, hace llegar a la conclusión de que el profesional de enfermería debe considerar el malestar que está experimentando el paciente, que le permita mostrar sus sentimientos, demostrando amabilidad, respetando su privacidad y manteniendo la reserva de lo que el paciente le confía; de ésta manera se incrementaría el nivel de satisfacción del paciente en esta dimensión.

GRÁFICO 6: La satisfacción con el cuidado de enfermería según dimensión confort del paciente hospitalizado, es media en el 64,50%, alta en el 19,40% y baja en el 16,10%.

Oliva P.¹³ muestra resultados diferentes, en los que concluye que “el paciente adulto post-operado está totalmente satisfecho y satisfecho, sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía”.

El confort de los pacientes durante el post-operado, es un indicador de satisfacción respecto al cuidado de enfermería, por lo que las enfermeras deben preocuparse por mantener un entorno agradable, preservar la intimidad del paciente, proporcionar un ambiente limpio, seguro, con confort para facilitar el descanso del usuario; por lo tanto, para lograr la satisfacción del paciente, se debe cubrir las expectativas que éste tenga sobre la atención de enfermería.

La enfermera debe adoptar estrategias para proporcionar a los usuarios de sus servicios, un ambiente confortable que contribuya a una rápida y mejor recuperación del paciente, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria y malestar de los pacientes.

GRÁFICO 7: Según resultados generales, la satisfacción con el cuidado de enfermería del paciente hospitalizado, es media en el 64,50%, alta en el 19,40% y baja en el 16,10%.

Hallazgos similares a los obtenidos por Resultados diferentes a los de Santana J, Bauer de Camargo A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes

de Sousa M.⁹ quienes observan el predominio de medianas 4 y 5 (92%) en todos los dominios. Eso indica alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería evaluados.

De igual manera Bejerez N, Machado D, Marandino F, Morales G, Soto V.¹² permitieron identificar en ambos servicios estudiados que los usuarios se mostraron en general muy satisfechos a satisfechos en todas las dimensiones estudiadas.

Para lograr alto grado de satisfacción en los pacientes hospitalizados, la OMS, establece que los profesionales de enfermería deben brindar una atención de excelencia usando eficientemente los recursos, con un mínimo de riesgo para el paciente que produzca un impacto positivo en su salud.

Pero para brindar satisfacción al usuario, también el trabajador debe encontrarse satisfecho con su trabajo, por lo que la satisfacción del paciente no depende solo del profesional de enfermería, sino, también de como la administración hospitalaria contribuye con los recursos humanos, materiales y otros, para proveer los cuidados al paciente y lograr su plena satisfacción.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES:

1. Las características de la comunicación enfermera paciente según sea verbal y no verbal, es poco asertiva, **por lo tanto, se acepta la hipótesis derivada 1 de la investigación.**
2. La satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional según trato, accesibilidad y confort, es media, **por lo tanto, se rechaza la hipótesis derivada 2 de la investigación.**

V. b. RECOMENDACIONES:

1. En primer lugar, recordar al personal profesional de enfermería que labora en el servicio de Cirugía Especialidades, quien es el que brinda el cuidado al paciente y está en contacto directo con él, que la interacción enfermera paciente es primordial para respaldar el acto de cuidar, y que si no existe comunicación, entonces no habrá interacción terapéutica, por lo que se sugiere que no se pierda éste medio de conexión con una comunicación verbal y no verbal, a través de un saludo cordial, de ponerse siempre a disposición del usuario, de explicar con términos sencillos y despejar todas las dudas del paciente, manteniendo una mirada atenta, gestos amables, ofrecer una sonrisa y también un contacto físico como un apretón de manos, una palmada en el hombro, una caricia sobre la cabeza, entre otros, que indique que el profesional está muy atento a las necesidades del paciente, lo que permitirá darle seguridad, afecto y un cuidado con calidad y calidez.
2. Los resultados muestran una satisfacción media, lo que indica que el paciente no considera un cuidado de calidad, por lo que se recomienda a las enfermeras del servicio de Cirugía Especialidades poner atención a los ítems de la variable de estudio y mejorar, adoptando una postura responsable frente al paciente, con un trato digno, interesado, permitiendo al paciente expresar todos sus sentimientos de manera natural, favoreciendo un entorno saludable, agradable, seguro durante la estancia hospitalaria; deben tener en consideración que los pacientes de éste servicio, tienen patologías más complejas que los de cirugía general, la mayoría están postrados por más tiempo y eso amerita un cuidado más humano y personalizado; recordar que la satisfacción del usuario es un indicador de la calidad del cuidado de enfermería, y ese debe ser el objetivo de todo profesional, brindar una atención de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chow A, Maye E, Darzi A, Athanasiou T. Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. 2009;146(3):435-43.
2. Bejerez N, Machado D, Marandino F, Morales G, Soto V. Nivel de satisfacción de los usuarios internados en el hospital de Clínicas con la atención de enfermería. Universidad de la República. Montevideo; 2012. [Fecha de acceso 5 de marzo del 2017] URL: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0448TG.pdf>.
3. Alba L, Fajardo G, Tixtha E, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012. [Fecha de acceso 23 de julio del 2016] URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>.
4. Rojas W, Barajas M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. Colombia; 2012. [Fecha de acceso 12 de marzo del 2016] URL: [http://www.Dialnet-PercepcionDeLaCalidadDelCuidadoDeEnfermeriaEnElSer-3986732%20\(2\).pdf](http://www.Dialnet-PercepcionDeLaCalidadDelCuidadoDeEnfermeriaEnElSer-3986732%20(2).pdf).
5. Grados B. Características de la comunicación enfermero – paciente post quirúrgico mediato: Servicio de cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima; 2013. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3515/3/Grados_a_b.pdf.
6. Grados B. Características de la comunicación enfermero - paciente postquirúrgico mediato: servicio de cirugía: Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis de licenciatura] Lima; 2014. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] Disponible: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3515>.
7. Ríos R. Percepción del paciente frente a la calidad de atención de enfermería recibida en el servicio de emergencia de un hospital de Ica. Universidad César Vallejo. [Tesis de maestría] Ica; 2016.

8. Santana J, Bauer de Camargo A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes de Sousa M. Calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente. Brasil; 2014. Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):454-60. [Fecha de acceso 27 de mayo del 2016] URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf.
9. Quizhpilema S, Sinchi A, Tacuri M. Nivel de satisfacción del adulto mayor, respecto a los cuidados de enfermería que reciben en el servicio de clínica del hospital "Homero Castanier Crespo". Ecuador; 2013. [Fecha de acceso 11 de julio del 2016] URL. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5089/1/ENF77.pdf>.
10. Borré Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de Barranquilla [Tesis de licenciatura]. Colombia, 2013. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>.
11. Bejerez N, Machado D, Marandino F, Morales G, Soto V. Nivel de satisfacción del usuario Internados en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, [Artículo científico] Montevideo, 2012. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2391/1/FE-0448TG.pdf>.
12. Oliva P. Nivel de satisfacción en el paciente Adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque. [Tesis de licenciatura] Chiclayo; 2013. [Fecha de acceso 9 de abril del 2017] Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CD0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fservicios.uss.edu.pe%2Ffojs%2Findex.php%2Frsvs%2Farticle%2Fdownload%2F106%2Fpdf&ei=udjmVLuQFlaiGWsbz4HwBw&usg=AFQjCNHB-BrRikLdH1f91RhWg7gAMCGwtg&bvm=bv.86475890,d.eXY>.

13. Ato S, Bonifacio K. Relaciones interpersonales y la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia Hospital Rene Toche Groppo. [Tesis de especialidad] Universidad Nacional san Luis Gonzaga de Ica. Chincha; 2014.
14. Promonegocios.net [página web]. Definición de comunicación .[acceso 25 de febrero del 2015] [Fecha de acceso 21 de agosto del 2016] Disponible en: <http://www.promonegocios.net/comunicacion/definicion-comunicacion.html>.
15. Jose G. La importancia de la comunicación entre enfermería y el paciente oncológico terminal. Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia [revista en internet]2013[acceso 25 de febrero del 2015] disponible en: http://www.index-f.com/blog_oebe/?p=864.
16. Ecured [página web]. Comunicación verbal. [acceso 25 de febrero 2016]. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Comunicaci%C3%B3n_verbal.
17. Ehow en español [página web]. Enfermería y comunicación no verbal [acceso 25 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/enfermeria-comunicacion-verbal-sobre_449834/.
18. Horovitz J. La Calidad del Servicio: A la Conquista del Cliente. Madrid; 2009. Editorial Mc Graw Hill.
19. Zas B, Grau J.A. Hernández E. Psicología de la salud y gestión Institucional. En: Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2005.
20. Jarillo J. Dirección Estratégica. Serie Mc Graw Hill de Management. 2da Ed. Interamericana de España S.A.España; 2005.
21. Brunner DS. Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgico 10ª ed. México: Ed Mc Graw Hill Interamericana: 2006.
22. Federación Latinoamericana de Asociaciones Nacionales de hospitales. El hospital orientado hacia el servicio de emergencia. Puerto Rico; 2008. [Fecha de acceso 2 de setiembre del 2016] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hcr/n101976/art4.pdf>.

23. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington.
24. Departamento General de Enfermería de Swiss Medical Group. Competencias de enfermería en urgencias y emergencias. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] Disponible en: http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/urgencias_emergentologia/COMPETENCIAS%20%20y%20PERFIL%20DEL%20ENFERMERO%20EN%20URGENCIAS%20Y%20EMERGENCIAS.pdf.
25. Suñol R. El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: *Ética y Costes en Medicina Intensiva*. A. Net, ed. Springer-Verlag. Barcelona. 1997. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
26. De conceptos.com [página web]. Concepto de comodidad.[acceso 25 de febrero del 2015]. Disponible en : <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/comodidad>.
27. Revista de enfermería [página web]. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia. [acceso 25 de febrero del 2015]. Disponible en: http://encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos_originales.html.
28. Colliere F. *Promover la vida*, 1a. ed., España, McGraw-Hill/Interamericana, 1993.
29. Marriner A, Raile MA. *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier Mosby; 2007.
30. Waldof VR. *Cuidado humano*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1999.
31. Rocha PK, Prado ML, Gasperi P, Sebold LF, Waterkemper R, Bub MBC. El cuidado y la enfermería. *Av Enferm Colombia*. 2009 Sep; 27(1):102-9.

32. Silva FL, Coelho DMM, Lima CCM, Silva SPD. Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. Rev Enferm de Chile. 2002; (12):1-9.
33. Pérez J, Gardey A. Definición de cuidados de enfermería. [en línea] [Fecha de acceso 6 de febrero del 2018] URL:<https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>).
34. García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. construcción emergente del concepto: Cuidado Profesional de enfermería. [Artículo original] [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>
35. Isidora Reyes. Madeleine Leininge. [en línea] [Fecha de acceso 9 de abril del 2018] URL: http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html

BIBLIOGRAFÍA

- Alba L, Fajardo G, Tixtha E, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012. [Fecha de acceso 23 de julio del 2016] URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>.
- Bazotti KDV, Stumm EMF, Kirchner RM. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Jan-Mar; 18(1):147-54.
- Brunner DS. Suddarth. *Enfermería Médico Quirúrgico* 10ª ed. México: Ed Mc Graw Hill Interamericana: 2006.
- Chow A, Maye E, Darzi A, Athanasiou T. Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery.* 2009;146(3):435-43.
- Colliere F. *Promover la vida*, 1a. ed., España, McGraw-Hill/ Interamericana, 1993.
- Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.* Washington.
- Horovitz J. *La Calidad del Servicio: A la Conquista del Cliente.* Madrid; 2009. Editorial Mc Graw Hill.
- Jarillo J. *Dirección Estratégica.* Serie Mc Graw Hill de Management. 2da Ed. Interamericana de España S.A. España; 2005.
- Marriner A, Raile MA. *Modelos y teorías en enfermería.* España: Elsevier Mosby; 2007.
- *Revista de enfermería* [página web]. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia. [acceso 25 de febrero del 2015]. Disponible en: http://encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos_originales.html
- Rocha PK, Prado ML, Gasperi P, Sebold LF, Waterkemper R, Bub MBC. El cuidado y la enfermería. *Av Enferm Colombia.* 2009 Sep; 27(1):102-9.

- Santana J, Bauer de Camargo A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes de Sousa M. Calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente. Brasil; 2014. Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):454-60. [Fecha de acceso 27 de mayo del 2016] URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf.
- Silva FL, Coelho DMM, Lima CCM, Silva SPD. Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. Rev Enferm de Chile. 2002; (12):1-9.
- Suñol R. El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: *Etica y Costes en Medicina Intensiva*. A. Net, ed. Springer-Verlag. Barcelona. 1997. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016] Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Waldof VR. Cuidado humano. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1999.
- Zas B, Grau J.A. Hernández E. Psicología de la salud y gestión Institucional. En: *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara; 2005.

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Características de la comunicación enfermera-paciente.	Cada una de las cualidades del proceso o medio de conexión o de unión que tenemos las personas para transmitir o intercambiar mensajes.	Proceso de interacción y transmisión de información de la enfermera hacia el paciente y viceversa, manifestando características verbales y no verbales. El valor final será: <ul style="list-style-type: none"> - Asertiva - Poco asertiva - No asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicación verbal ✓ Comunicación no verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Simplicidad • Claridad • Pertinencia • Credibilidad • Observación • Lenguaje corporal

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Satisfacción con el cuidado de enfermería.	Se entenderá como el grado de conformidad que tiene el paciente teniendo en cuenta los aspectos técnicos e interpersonales que le presenta el personal de enfermería.	Es el grado de expresión relacionada al bienestar que experimenta el paciente, sobre los cuidados recibidos de la enfermera durante su hospitalización, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje y que fue medido en niveles altos y bajo a través de una escala. El resultado final se evaluará de acuerdo al nivel: - Alta - Media - Baja.	<ul style="list-style-type: none"> - Trato - Accesibilidad - Confort 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión - Amabilidad - Respeto - Identificación - Información - comodidad - Higiene personal - Higiene ambiental.

ANEXO N° 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN: Tenga Ud. muy buenos días, mi nombre es DIANA CAROLINA PALACIOS BENDEZÙ, soy Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista de Ica, estoy realizando un trabajo de investigación para determinar las Características de la comunicación enfermera paciente y satisfacción con el cuidado de enfermería.

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presenta una serie de preguntas las cuales deberá responder, marcando con una (x) la respuesta que considere correcta, recuerde que la información es anónima y confidencial, válida solo para la investigación, por lo que deberá responder con toda la sinceridad posible, los resultados beneficiaran a todos los pacientes atendidos en el servicio.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a) 20 a 29 años
- b) 30 a 39 años
- c) 40 a 49 años
- d) 50 años a más

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

4. Procedencia.

- a) Costa
- b) Sierra

c) Selva

5. Religión

a) Católica

b) Cristiana

c) Otros

II. DATOS ESPECÍFICOS:

COMUNICACIÓN ENFERMERA- PACIENTE

En los casilleros de cada afirmación marque con un aspa (X) considerando la siguiente leyenda:

Leyenda:

1. Nunca

2. A veces

3. Siempre

Comunicación verbal		1	2	3
1	La enfermera se presenta refiriéndole su nombre.			
2	La enfermera lo saluda en el primer contacto llamándolo por su nombre.			
3	La enfermera le explica los procedimientos que realizará con palabras sencillas y entendibles.			
4	La enfermera conversa le habla motivándolo a participar de su cuidado.			
5	La enfermera le habla con respeto en todo momento.			
6	La enfermera hablaba con usted sobre otros temas de su interés.			
7	La enfermera le transmite seguridad mientras le habla.			
Comunicación no verbal				
8	La enfermera le dirige la mirada mientras le habla.			
9	La enfermera muestra gestos amables al acercarse a usted.			
10	La enfermera ha tenido contacto físico como darle un apretón de manos, tocarle el hombro.			
11	La enfermera le sonríe cuando le brinda sus cuidados.			

SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Marque el recuadro que Ud. crea conveniente, considerando su experiencia durante el tiempo hospitalizado:

Leyenda:

1. Nunca
2. A veces
3. Siempre

	Accesibilidad	1	2	3
1	Durante el ingreso, ha sabido quien era la enfermera responsable de su cuidado en cada turno.			
2	Comprendió la información que le proporcionaba el Personal de Enfermería.			
3	Cuando usted ha tenido dudas sobre su enfermedad, la enfermera se las resuelve.			
4	Cuando usted u otro paciente tuvo algún problema (dolor, náuseas, sangrado), la enfermera lo resolvió con prontitud.			
	Trato			
5	Ud. considera que la enfermera entiende su malestar.			
6	La enfermera le permite demostrar sus sentimientos.			
7	La enfermera ha sido amable con Ud. cada vez que lo atendía.			
8	La enfermera le pide su autorización antes de realizarle algún procedimiento			
9	La enfermera escucha con atención cuando Ud. le habla.			
10	La enfermera mantiene en reserva lo que Ud. le dice.			
	Confort			
11	La Enfermera, ha preservado su intimidad durante su aseo personal o, cuando le atendían.			
12	El personal de enfermería ¿se ha preocupado por su aseo personal?			
13	El Personal de Enfermería, ¿se ha preocupado por facilitar su descanso?			
14	El Personal de Enfermería, se preocupaba por su confort (frío, calor, luz).			
15	Se sintió seguro con los cuidados que le brindo la enfermera.			

ANEXO N° 3
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA
CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUECES EXPERTOS

CRITERIOS	N° DE JUECES EXPERTOS						P	
	1	2	3	4	5	6		
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	0.010	
2.- El instrumento propuesto responde a los objetos de estudio.	1	1	1	1	1	1	0.010	
3.- La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	1	0.010	
4.- Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de variables.	1	1	1	1	1	1	0.010	
5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	0.010	
6.- Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	0.010	
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	0.010	
							ΣP	0.070

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

N° = Número de ítems (criterios).

$$P = \frac{\Sigma P}{N^{\circ} \text{ de Ítems}} = \frac{0.070}{7} = 0.01$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO N° 4

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	ALTERNATIVAS	CÓDIGO
Edad	20 a 29 años	1
	30 a 39 años	2
	40 a 49 años	3
	50 años a más	4
Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
Grado de instrucción	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior	3
Procedencia	Costa	1
	Sierra	2
	Selva	3
Religión	Católica	1
	Cristiana	2
	Otros	3

COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE		
NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	2	3

SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA		
NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	2	3

ANEXO N° 5

PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA AMBAS VARIABLES RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

Para determinar la confiabilidad del cuestionario, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de confiabilidad:

VARIABLE	ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
VARIABLE 1	0.77	11
VARIABLE 2	0.81	15

- Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la confiabilidad.
- Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es altamente confiable para ambas variables.

ANEXO Nº 6

ESCALA DE STANONES PARA MEDIR LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

1.- Se calculó la Media \bar{X}

2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2}$

3.- Se estableció valores para a y b

Dimensión Comunicación Verbal:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 12.8 - (0.75 \times 4.1)$$

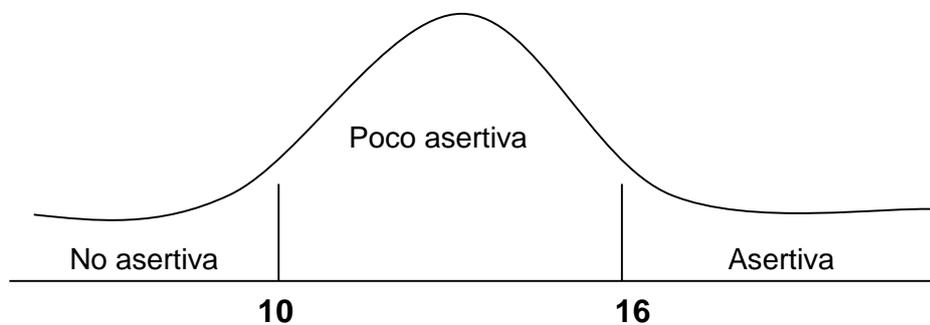
$$b = 12.8 + (0.75 \times 4.1)$$

$$a = 12.8 - 3.07$$

$$b = 12.8 + 3.07$$

$$a = 10$$

$$b = 16$$



Categorías:

Asertiva

Poco asertiva

No asertiva

Intervalo

> 16 puntos

De 10 a 16 puntos

< 10 puntos

Dimensión Comunicación No Verbal:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 6.6 - (0.75 \times 2.4)$$

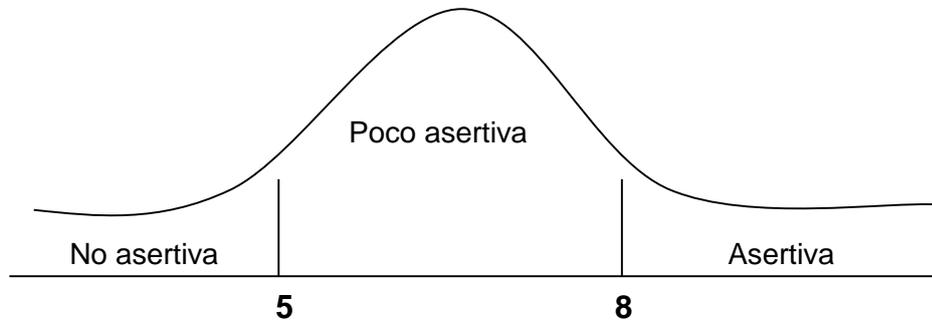
$$b = 6.6 + (0.75 \times 2.4)$$

$$a = 6.6 - 1.8$$

$$b = 6.6 + 1.8$$

$$a = 5$$

$$b = 8$$

**Categorías:**

Asertiva

Poco asertiva

No asertiva

Intervalo

> 8 puntos

De 5 a 8 puntos

< 5 puntos

Comunicación global:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 19.4 - (0.75 \times 8.4)$$

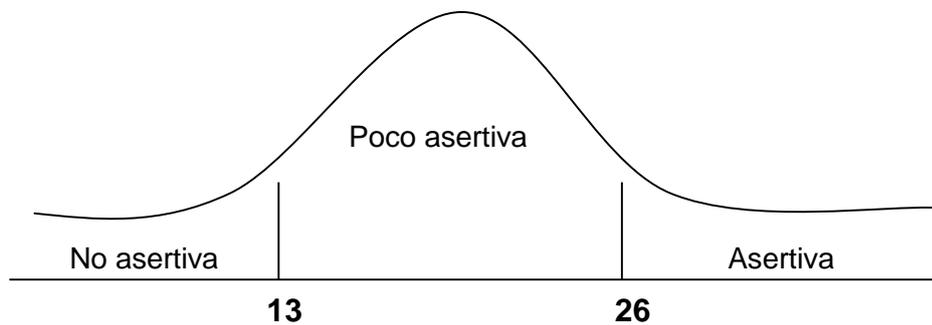
$$b = 19.4 + (0.75 \times 8.4)$$

$$a = 19.4 - 6.3$$

$$b = 19.4 + 6.3$$

$$a = 13$$

$$b = 26$$

**Categorías:**

Asertiva

Poco asertiva

No asertiva

Intervalo

> 26 puntos

De 13 a 26 puntos

< 13 puntos

VARIABLE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

Dimensión Accesibilidad:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 7.1 - (0.75 \times 2.1)$$

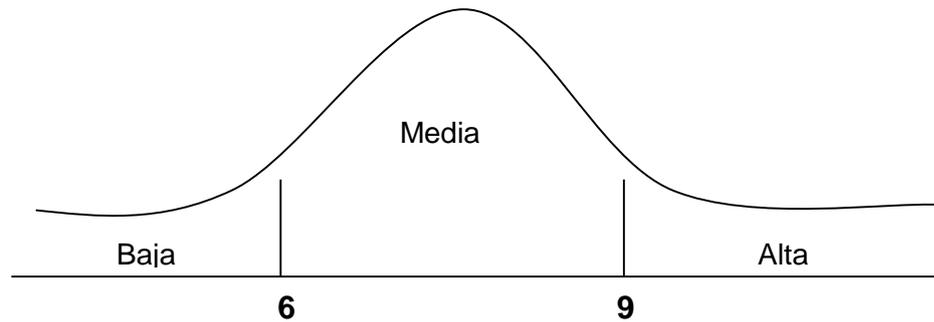
$$b = 7.1 + (0.75 \times 2.1)$$

$$a = 7.1 - 1.6$$

$$b = 7.1 + 1.6$$

$$a = 6$$

$$b = 9$$



Categorías:

Alta

Media

Baja

Intervalo

> 9 puntos

De 6 a 9 puntos

< 6 puntos

Dimensióntrato:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 11.9 - (0.75 \times 2.9)$$

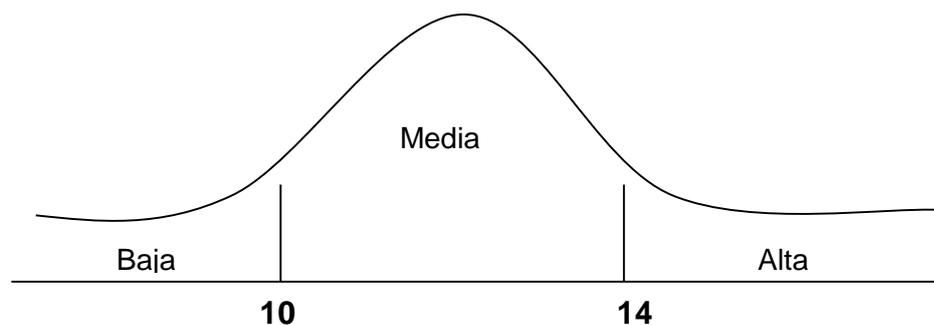
$$b = 11.9 + (0.75 \times 2.9)$$

$$a = 11.9 - 2.2$$

$$b = 11.9 + 2.2$$

$$a = 10$$

$$b = 14$$



Categorías:

Alta

Media

Baja

Intervalo

> 14 puntos

De 10 a 14 puntos

< 10 puntos

Dimensión Confort:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$a = 10.3 - (0.75 \times 2.2)$$

$$a = 10.3 - 1.7$$

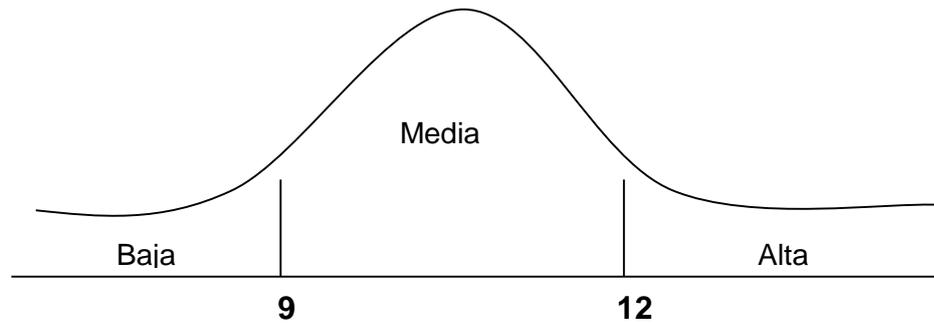
$$a = 9$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$b = 10.3 + (0.75 \times 2.2)$$

$$b = 10.3 + 1.7$$

$$b = 12$$

**Categorías:**

Alta

Media

Baja

Intervalo

> 12 puntos

De 9 a 12 puntos

< 9 puntos

Satisfacción Global:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$a = 29.3 - (0.75 \times 6.8)$$

$$a = 29.3 - 5.1$$

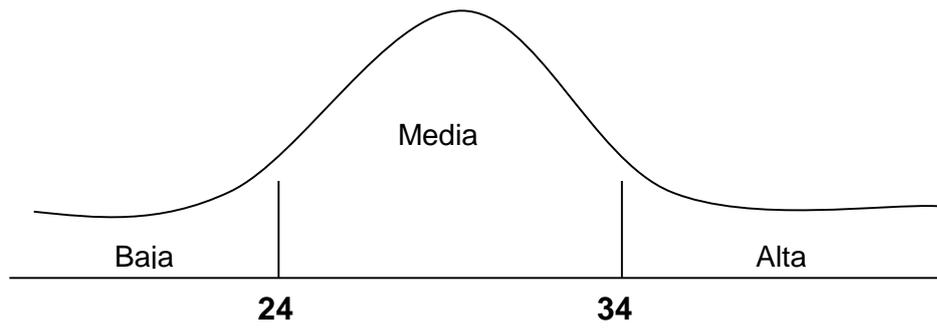
$$a = 24$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$b = 29.3 + (0.75 \times 6.8)$$

$$b = 29.3 + 5.1$$

$$b = 34$$



Categorías:

Alta
Media
Baja

Intervalo

> 34 puntos
De 24 a 34 puntos
< 24 puntos

ANEXO Nº 7

TABLA MATRÍZ DE DATOS GENERALES Y PRIMERA VARIABLE

Nº	DATOS GENERALES					COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE														TOTAL
						COMUNICACIÓN VERBAL							COMUNICACIÓN NO VERBAL							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	ST.	8	9	10	11	S.T		
1	1	2	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	11	2	2	1	1	6	17	
2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	11	2	1	1	1	5	16	
3	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	9	1	2	1	1	5	14	
4	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	13	2	2	1	1	6	19	
5	3	1	2	1	1	3	2	2	3	3	2	2	17	3	2	2	3	10	27	
6	4	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	15	2	2	2	2	8	23	
7	3	1	3	1	1	2	2	2	3	3	1	2	15	2	2	1	2	7	22	
8	2	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	10	1	1	1	1	4	14	
9	4	2	3	1	3	1	1	2	2	2	1	2	11	1	1	1	1	4	15	
10	4	1	3	1	3	1	1	2	1	2	1	2	10	1	1	1	1	4	14	
11	4	2	3	1	3	1	1	1	1	2	1	1	8	2	1	1	1	5	13	
12	3	1	2	2	3	4	4	4	4	2	1	2	21	2	1	1	1	5	26	
13	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	2	10	2	2	1	1	6	16	
14	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	11	2	1	1	1	5	16	
15	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	1	2	13	1	2	1	2	6	19	
16	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	4	11	
17	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	8	2	1	1	1	5	13	
18	4	2	3	1	1	1	2	2	1	2	1	2	11	1	1	1	2	5	16	

19	4	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	8	1	1	1	1	4	12
20	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	10	2	2	1	1	6	16
21	2	1	2	1	1	2	1	2	1	3	1	2	12	2	2	1	2	7	19
22	2	1	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	21	3	3	3	3	12	33
23	4	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	21	3	3	3	3	12	33
24	4	2	3	1	2	1	1	2	3	2	1	1	11	2	2	1	1	6	17
25	4	1	3	1	1	3	1	2	3	3	1	2	15	3	3	1	3	10	25
26	4	2	3	2	1	3	1	3	3	3	1	3	17	1	3	1	3	8	25
27	2	2	3	1	1	3	1	3	3	3	1	3	17	3	3	3	3	12	29
28	3	1	2	1	1	2	2	3	3	2	2	2	16	3	2	1	2	8	24
29	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	8	2	1	1	1	5	13
30	4	1	3	1	1	1	1	2	2	2	1	2	11	2	2	1	2	7	18
31	4	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	20	3	2	2	2	9	29

TABLA MATRÍZ DE LA SEGUNDA VARIABLE

Nº	SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA																			
	ACCESIBILIDAD					TRATO							CONFORT							TOTAL
	1	2	3	4	S.T.	5	6	7	8	9	10	S.T.	11	12	13	14	15	S.T.		
1	1	1	2	2	6	2	2	2	1	2	3	12	2	2	2	2	2	10	28	
2	1	1	2	2	6	2	2	2	1	1	3	11	2	2	2	2	2	10	27	
3	1	2	1	3	7	2	2	2	2	1	3	12	2	2	2	2	2	10	29	
4	1	2	1	2	6	2	2	2	2	2	2	12	2	1	2	2	2	9	27	
5	2	2	2	3	9	2	3	3	3	2	3	16	3	2	2	3	2	12	37	
6	2	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	12	3	2	2	3	3	13	33	
7	1	2	2	3	8	3	2	3	1	2	1	12	2	2	1	2	1	8	28	
8	1	1	1	2	5	2	2	2	2	2	3	13	2	2	2	2	2	10	28	
9	1	1	2	2	6	1	1	2	2	1	2	9	2	2	2	2	1	9	24	
10	1	1	1	2	5	1	1	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	25	
11	1	1	1	2	5	1	1	1	1	1	2	7	2	2	2	2	1	9	21	
12	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	2	12	2	2	2	2	2	10	29	
13	1	2	2	2	7	2	1	2	1	2	2	10	2	2	2	2	1	9	26	
14	1	1	1	2	5	1	2	2	1	2	2	10	2	2	2	2	2	10	25	
15	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	3	13	2	2	2	2	2	10	30	
16	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	2	12	2	2	2	2	2	10	29	
17	1	1	1	2	5	1	1	1	1	1	2	7	2	2	1	1	1	7	19	
18	1	1	1	2	5	1	1	2	1	2	2	9	2	2	1	1	2	8	22	
19	1	1	1	2	5	1	1	1	1	2	2	8	3	2	2	1	2	10	23	
20	1	2	1	2	6	1	1	2	2	2	2	10	3	2	2	2	2	11	27	

21	1	2	2	3	8	2	2	2	2	2	3	13	2	2	2	2	2	10	31
22	3	3	3	3	12	3	3	3	2	3	3	17	3	3	2	3	3	14	43
23	3	3	2	3	11	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	2	3	14	43
24	2	2	1	1	6	3	1	2	1	2	2	11	3	1	1	1	1	7	24
25	2	2	1	2	7	2	2	2	2	2	2	12	3	3	2	2	3	13	32
26	1	3	3	3	10	3	3	3	3	3	3	18	3	3	1	1	3	11	39
27	1	3	3	3	10	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	3	15	43
28	2	2	1	2	7	2	1	2	1	2	3	11	1	2	3	1	2	9	27
29	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	2	9	2	1	1	1	1	6	19
30	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	2	12	2	2	2	2	3	11	30
31	3	3	3	3	12	3	1	1	3	3	3	14	3	3	3	3	3	15	41

ANEXO Nº 8

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE

TABLA 2

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE
SEGÚN COMUNICACIÓN VERBAL EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Comunicación verbal	Fr.	%
Asertiva (>16)	7	22,50
Poco asertiva (10 a 16)	18	58,10
No asertiva (< 10)	6	19,40
Total general	31	100,00

TABLA 3

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE
SEGÚN COMUNICACIÓN NO VERBAL EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Comunicación no verbal	Fr.	%
Asertiva (> 8)	6	19,40
Poco asertiva (5 a 8)	20	64,50
No asertiva (< 5)	5	16,10
Total general	31	100,00

TABLA 4

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Comunicación enfermera paciente	Fr.	%
Asertiva (> 26)	5	16,10
Poco asertiva (13 a 26)	24	77,40
No asertiva (< 13)	2	6,50
Total general	31	100,00

TABLA 5

**SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN
DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Accesibilidad	Fr.	%
Alta (>9)	5	16,10
Media (6 a 9)	18	58,10
Baja (< 6)	8	25,80
Total general	31	100,00

TABLA 6

**SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
SEGÚN DIMENSIÓN TRATO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Trato	Fr.	%
Alta (> 14)	5	16,10
Media (10 a 14)	20	64,50
Baja (< 10)	6	19,40
Total general	31	100,00

TABLA 7

**SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
SEGÚN DIMENSIÓN CONFORT EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Confort	Fr.	%
Alta (> 12)	6	19,40
Media (9 a 12)	20	64,50
Baja (< 9)	5	16,10
Total general	31	100,00

TABLA 8

**SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
HOSPITAL REGIONAL ICA
FEBRERO 2017**

Satisfacción con el cuidado de enfermería	Fr.	%
Alta (>34)	6	19,40
Media (24 a 34)	20	64,50
Baja (< 24)	5	16,10
Total general	31	100,00

ANEXO N°9
CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....con
DNI he sido invitado a participar en el proyecto de
investigación

titulado **CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA
PACIENTE Y SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
RECIBIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, FEBRERO-2017.**

Este proyecto de investigación tiene por objetivo determinar las características de la comunicación enfermera paciente de acuerdo a la comunicación verbal y la no verbal y también identificar satisfacción con el cuidado de enfermería de acuerdo al trato, la accesibilidad y el confort recibido en el Hospital Regional Ica febrero 2017.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder a dos cuestionarios, lo cual llevará aproximadamente entre 15 y 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado por el bachiller de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica, DIANA CAROLINA PALACIOS BENDEZÚ, que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que ese acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que pueda pedir información sobre los resultados de estos estudios cuando ya este se haya concluido.

Firma