

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO.

FACULTAD DE ENFERMERÍA.

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.



**INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN
TERAPEUTICA EN EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.- PUNO, 2014.**

TESIS

PRESENTADA POR:

FIGORELA LILIANA ASCENCIO SILLO.

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

PUNO – PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN
TERAPEUTICA EN EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE
MEDICINA DEL H.R.M.N.B. -PUNO, 2014.

TESIS

Presentada a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Enfermería
de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, como requisito para optar
el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO DICTAMINADOR

PRESIDENTA

Mstro. NELVA ENRIQUETA CHIRINGOS GALLEGOS

PRIMER MIEMBRO

Mstro. JUAN MOISÉS SUCAPUGA ARAUJO

SEGUNDO MIEMBRO

Lic. JULIA BELIZARIO GUTIERREZ

DIRECTORA Y ASESORA :

Mstro. SILVIA DEA CURACA ARROYO

PUNO-PERÚ

2014

AREA : ADULTO

TEMA : RELACIÓN TERAPEÚTICA

DEDICATORIA:

A mi padre celestial, por su grande y bendita misericordia, quien guía mi camino durante toda mi vida permitiéndome gozar de su grande e infinito amor, a través de nuestro señor Jesús.

Con todo mi cariño y gratitud a mis padres Luis y Alejandra, por su paciencia y apoyo, pues gracias a ellos hoy tengo una profesión.

A mi hermano, que desde el cielo siempre ilumina mis pensamientos; además de servirme como una fuente de inspiración, orgullo y superación.

A mis compañeras, por los consejos que me dieron durante la elaboración y ejecución de la actual investigación.

Fiorela

AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos:

- ✓ *A la Universidad Nacional del Altiplano, por ser la casa superior de estudios, donde me impartieron todos los conocimientos de categoría profesional, que tengo hasta ahora.*
- ✓ *A la Facultad de Enfermería y a los docentes, por brindarme sus conocimientos durante mi formación profesional.*
- ✓ *Con profunda gratitud a mi Asesora y Directora Mstro. Silvia Dea Curaca Arroyo, por su valiosa orientación y apoyo durante la realización de la presente investigación.*
- ✓ *Con la merecida gratitud y reconocimiento a la Presidenta del jurado Mstro. Nelva Enriqueta Chirinos Gallegos y Miembros del jurado Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo y Lic. Julia Belizario Gutierrez, por su guía y orientación durante la elaboración de la presente investigación.*
- ✓ *Con profunda gratitud al personal administrativo que labora en la biblioteca especializada, por facilitarme el material que requería, en el momento oportuno.*
- ✓ *A la Jefatura de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, por haberme brindado las facilidades en la recolección de datos.*
- ✓ *A las enfermeras de los servicios de medicina “A” y “B” del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, por su colaboración en la ejecución de la presente tesis.*

Fiorela

INDICE

	Pág.
RESUMEN	vi
SUMMARY	ii
I. INTRODUCCIÓN:	1
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:	1
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:	5
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:	9
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO:	9
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL:	10
III. HIPOTESIS:	37
IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:	37
V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:	43
VI. DISEÑO METODOLOGICO:	44
6.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	44
6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:	44
6.3. POBLACION Y MUESTRA:	45
6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	46
6.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	47
6.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:	50
VII. RESULTADOS Y DISCUSION	53
VIII. CONCLUSIONES:	70
IX. RECOMENDACIONES:	72
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	74

RESUMEN

La investigación, se realizó con el objetivo de: Determinar la influencia de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado de enfermería; la población y muestra la constituyeron 10 enfermeras que laboran en los servicios de medicina “A” y “B” del H.R.M.N.B.-Puno. El estudio fue de tipo descriptivo- analítico con diseño correlacional. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: el cuestionario y la guía de observación. Los resultados fueron: en cuanto a modo de comunicación verbal y no verbal, el mayor porcentaje correspondió al nivel regular, con las siguientes características: modo verbal (70%) y modo no verbal (50%); respecto a características de la comunicación, las dimensiones tono y velocidad son de un nivel regular en mayor proporción (80%), mientras que para el volumen, el mayor porcentaje correspondió al nivel deficiente (60%). Respecto a técnicas humanas de relación terapéutica, el mayor porcentaje correspondió al nivel regular, con las siguientes características: “empatía” (80%), “aceptación positiva” (60%), “autenticidad” (70%), “personalización” (70%) y “asertividad” (60%). Referente al “trato”, el 80% de enfermeras lo brinda en un nivel regular, seguido por el nivel deficiente (20%); mientras que en “accesibilidad”, el 80% de enfermeras lo es en un nivel regular, seguido por deficiente (20%); en la “competencia”, el 90% de enfermeras lo es en un nivel regular, seguido por deficiente (10%). Los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis de que “Existe influencia de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado del paciente”, considerando la contratación de hipótesis a través de la Ji- cuadrada (X^2), donde: $X^2=10 > X^2_7=5.9915$.

PALABRAS CLAVE:

Comunicación, relación terapéutica, cuidado de enfermería.

SUMMARY

The research, was carried out in order to: determine the influence of communication and therapeutic relationship in nursing care; the population and sample was constituted by 10 nurses that working in the medicine services "A" and "B" of the H.R.M.N.B.-Puno. The study was descriptive - analytical with correlational design. Two instruments were used to collect data: the questionnaire and observation guide. The results were: in terms of verbal and non-verbal communication mode, the highest percentage corresponded to the regular level, with the following characteristics: verbal mode (70%) and non-verbal mode (50%); for communication characteristics, the dimensions tone and speed are a regular in more proportion (80%), while for the volume, the maximum percentage corresponded to the deficient level (60%). Regarding human techniques of therapeutic relationship, the maximum percentage corresponded to the regular level, with the following characteristics: "empathy" (80%), "positive acceptance" (60%), "authenticity" (70%), "personalization" (70%) and "assertiveness" (60%). Regarding the "deal", 80% of nurses provides it in a regular level, followed by deficient level (20%); in "accessibility", 80% of nurses is on one regular level, followed by deficient level (20%); in the "competition", 90% of nurses is in a regular, followed by deficient level (10%). The results confirmed the hypothesis that "There is influence of communication and therapeutic relationship in the care of the patient," considering the hiring of hypotheses through Chi - square (X^2), where: $X^2_{\text{c}}=10 > X^2_{\text{f}}=5.9915$.

KEYWORDS:

Communication, therapeutic relationship, care nursing.

I. INTRODUCCIÓN:

1.1.CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

Aun cuando la realización de procedimientos establecidos para la curación y recuperación de la salud de los pacientes pone en contacto directo a la enfermera con sus pacientes, ésta no siempre observa ni interpreta los gestos, movimientos y posiciones con los cuales este último comunica sus sentimientos, emociones y percepciones; además las dificultades para escuchar generan informaciones difusas, incompletas o falsas que pueden conducir a decisiones o conclusiones erróneas.¹

Estudios anteriores demuestran que el encuentro entre enfermera- paciente no tiene objetivos preestablecidos, en cuanto a relaciones terapéuticas, tampoco de tipo comunicativa, ni referidos a observar estados en el paciente que se podrían conocer mediante un diálogo distendido y ameno. Mas por el contrario el diálogo o la conversación entre esta díada se sucede en función a temas de la ocasión careciendo de una indagación acerca de las emociones y sentimientos que embargan al paciente en esta situación crítica de su vida y de este modo difícilmente se puedan detectar necesidades no satisfechas; en síntesis no se puede afirmar que la enfermera tiene como objetivo establecer una relación con el paciente con fines terapéuticos. Este tipo de relación priva a la persona de poder pedir la ayuda que considera necesaria dado que carece de un marco óptimo para poder expresarlas y a la enfermera de nutrir su experiencia y conocimiento en materia de interacción humana. En consecuencia se deja a la persona en una condición netamente pasiva y depositaria de una serie de procedimientos técnicos en donde solo interesa el cuerpo del sujeto.²

A menudo, el hecho de tener los conocimientos necesarios y dominar la técnica, lleva al profesional a actitudes de prepotencia donde no se tienen en cuenta las necesidades del paciente sino que se dan por supuestas, no coincidiendo en muchas ocasiones.³

Por su parte Salyer J. (citado por Bengoechea) observó pocas enfermeras facilitadoras de las relaciones, aunque esta situación se atenuó cuando las enfermeras eran expertas, mientras que las novatas se centraron en la tecnología buscando la seguridad del paciente, las enfermeras refirieron además estrés ante las necesidades emocionales del enfermo, miedo ante las situaciones críticas, así como carencia en habilidades para la comunicación, situación que las centraba en la aplicación de cuidados técnico profesionales, también se identificaron obstáculos como: carga excesiva de trabajo y falta de habilidad en el manejo de las relaciones terapéuticas.⁴

Algunos resultados relacionados con la satisfacción del usuario muestran deficiencias no superadas. Bond y Tomas, señalan un incremento anual del 5% en el número de quejas de los pacientes respecto a la atención que se les proporciona en los servicios de salud, lo cual constituye un indicador de reducción en la satisfacción. De acuerdo a lo reportado en la segunda encuesta nacional de satisfacción del usuario con los servicios de salud, el 62% de los usuarios que reciben atención, refieren que esta es deficiente y de mala calidad. El 28% refiere como motivo principal de insatisfacción la mala calidad técnica y el 22% deficiente comunicación y relación terapéutica.⁵

En el ámbito de los servicios sanitarios, muchos problemas se originan cuando la comunicación es mala. Uno de ellos es la falta de comunicación con los profesionales sanitarios, que es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados. Entre un 30 y un 50 % de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal. La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de

tratamiento y un agravamiento de dichos procesos. Además, la deficiente comunicación profesional-usuario suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, perjudicando a su recuperación.⁶ Otro de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es la enorme insatisfacción que existe, en las relaciones personales con los profesionales sanitarios. De hecho, una de las quejas más frecuentes que presentan los pacientes y sus familiares es que no reciben respuestas satisfactorias a sus inquietudes y que no participan en las decisiones de tratamiento. Otras veces, no entienden las explicaciones que se les han dado sobre su enfermedad y las pautas terapéuticas a seguir. De hecho, algunos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes comprenden menos del 50% de lo que el profesional sanitario le dice.⁷

Los principales motivos de queja respecto a la insatisfacción del usuario con el cuidado de enfermería en instituciones hospitalarias de la ciudad de Puno, se atribuyen a deficiencias en el trato que proporciona la enfermera, tal como lo muestra un estudio realizado en el año 2005 sobre “Nivel de satisfacción del usuario sobre calidad de atención del HMNB” revelando que si el personal del servicio de hospitalización de cirugía y medicina diera un trato amable y cortés, se resolvería el problema de insatisfacción en un 40.6%.⁸

El estudio anteriormente mencionado es uno de los pocos que se realizó en los servicios de: medicina general y especialidades, razón por la que son estos los ámbitos de estudio para la presente investigación, además dichos servicios enriquecerán la información recaudada sobre las variables señaladas, pues durante las prácticas de pregrado se pudo identificar que estos servicios en conjunto brindan atención a pacientes con diversas patologías, pudiendo ser: enfermedades transmisibles(TBC, VIH), en las que la comunicación se da de manera restringida y cuya relación terapéutica es casi inexistente; enfermedades no transmisibles(diabetes mellitus) en las que la estancia

hospitalaria es probablemente de muy larga duración; enfermedades psiquiátricas(intento de suicidio, etc.) en las que se hace necesario el uso de un tipo de comunicación no verbal más que verbal y la observación minuciosa de todas las características del paciente. Por otro lado en los servicios de medicina así como en muchos otros, la atención sanitaria está cada vez más tecnificada y menos humanizada, por lo que las necesidades de los pacientes no son satisfechos plenamente⁹; esto lo demuestran la mayoría de los servicios en los cuales la enfermera se desenvuelve, en los que ciertos miembros del equipo de enfermería no dudan en interrumpir o finalizar prematuramente una conversación de ayuda con un paciente para darle de comer, recibir el turno, ser partícipe de la visita médica, administrarle tratamiento o cualquier otro pretexto.¹⁰



1.2.ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

A NIVEL INTERNACIONAL:

- En 1998, en el estudio titulado “asertividad en los profesionales de enfermería del Hospital de Mollet de Barcelona”, los resultados demostraron que un alto porcentaje de profesionales enfermeros obtuvo grados de asertividad bajos. Los investigadores en sus conclusiones finales ponen énfasis en la necesidad de aumentar la formación específica en dicha habilidad de relación interpersonal, con el fin de aumentar la calidad asistencial que los profesionales de enfermería brindan a los pacientes y a los familiares.¹¹
- En otro estudio del 2003 titulado “percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, encontraron que el 60% de la satisfacción de los pacientes se relaciona directamente con la interacción que tienen con el personal de enfermería; y son casi lógicos estos hallazgos ya que el personal de enfermería es quien está al pendiente del paciente las 24 horas del día, es a quien le expresa sus necesidades, miedos, síntomas y demás expresiones que orientan la evolución de su proceso; de ahí que si la interacción de la enfermera con el sujeto de cuidado es la adecuada puede beneficiar favorablemente el proceso de atención, anticipándose a complicaciones, y se establecerá el cuidado oportuno que finalmente conlleve a la satisfacción del mismo.¹²
- Un estudio realizado en el hospital de Contry de Colombia 2007 titulado “Percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería”, el objetivo de dicho estudio fue describir la percepción de los comportamientos de cuidado de enfermería brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares. Los hallazgos mostraron que el

cuidado humanizado fue percibido con los comportamientos, en donde se priorizó a la persona(89.5%), se reflejaron las cualidades de la enfermera(9.4%), se destacaron las características de la enfermera(89.8%) y se atendieron a los sentimientos del paciente(87.6%). Los comportamientos de cuidado que fueron percibidos en menor medida por el usuario fueron la empatía (77.7%), el apoyo emocional(79.6%), la pro actividad(80.5%)y la disponibilidad para la atención (85.4%).¹³

- En un estudio realizado en el año 2002, titulado “La comunicación no verbal, un reto en los cuidados enfermeros de calidad”, cuyo objetivo fue el de analizar el nivel de conocimientos de las expresiones de comunicación no verbal en las enfermeras que trabajan en las unidades quirúrgicas y estimar el impacto de la comunicación no verbal en la calidad de los cuidados y en recuperación posquirúrgica del paciente. Los resultados revelaron que la mirada es la forma de comunicación no verbal más empleada por la enfermeras (44%), seguido del tacto (29%), y la sonrisa (27%), además dicho estudio halló que el tono de voz empleado por la enfermera es en general suave (69%), tranquilizador (15%) y en ocasiones indiferente (16%), consiguiendo que el paciente esté tranquilo o que manifieste dolor.¹⁴
- En la Escuela de Enfermería de Lérida, entre los años 2002 y 2003 se realizó un estudio sobre la necesidad de analizar la relación de ayuda en los cuidados de personas. El objetivo del mismo era dar a conocer la importancia de esta relación terapéutica en los cuidados de enfermería utilizando para ello diferentes perspectivas. La conclusión obtenida resalta la importancia y la complejidad de esta relación terapéutica y la poca preparación del personal de enfermería en este campo. También se resalta la necesidad de preparación a través de programas de

formación que deberían iniciarse en los estudios de enfermería dentro de las escuelas universitarias.

Como consecuencia, se introdujo una asignatura, en el curso 93-94, basada exclusivamente en relación de ayuda dentro del Currículum de la escuela a nivel teórico y práctico.¹⁵

- Alfaro Lucia, realizó en el año 2005, un estudio titulado comunicación verbal entre la enfermera y el usuario hospitalizado, cuya finalidad fue la de conocer la comunicación que existe entre la enfermera y el usuario hospitalizado, así como identificar algunos obstáculos de la comunicación, el diseño fue descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 100 personas adultas hospitalizadas en una institución de segundo nivel. Los resultados obtenidos mostraron que existe una buena comunicación verbal entre la enfermera y el usuario hospitalizado; aunque destaca que un mínimo porcentaje de éste personal no llama por su nombre ni saluda a los pacientes.¹⁶
- En un estudio realizado en el año 2009, titulado “Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica del Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz de Los Teques, Caracas”, tuvo entre sus objetivos analizar los niveles de empatía en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica, utilizaron el método descriptivo- transversal. La población estuvo constituida por 12 profesionales de enfermería, de las cuales participaron 10. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos aplicados fueron: Escala de Empatía Médica de Jefferson (modificada) e Inventario de Síndrome de Desgaste Profesional de Maslach (MBI). Los resultados señalaron que las enfermeras presentaron niveles de empatía total por encima del percentil 50, ubicándose en el percentil 62 el ponerse en el lugar del otro.¹⁷

A NIVEL NACIONAL:

- Gilbert Arista hizo un estudio de investigación en el año 2003 sobre: “interacción enfermera- paciente en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión” Lima; cuyo objetivo fue conocer y analizar las características del proceso de interacción enfermera paciente, la metodología a usar fue la observación, la población estuvo conformada por 5 enfermeras y 15 pacientes, los que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. En dicha investigación se llegó a la conclusión de que a los profesionales de enfermería del hospital en mención, aun les falta desarrollar habilidades básicas de comunicación para lograr una interacción adecuada.¹⁸
- López y Vargas en el año 2006 realizaron un estudio, con el objetivo de establecer el nivel comunicación de las enfermeras. Los resultados indicaron que los elementos verbales, vocales y visuales más significativos entre el personal de enfermería y usuarios; cuyos resultados proyectaron que el 7% lo constituye el elemento verbal, el 30% el vocal y el 55% el visual.¹⁹

A NIVEL LOCAL:

- En un estudio realizado en el año 1992 se llega a la siguiente conclusión “la enfermera de los servicios de cirugía nunca establece relaciones interpersonales en la atención del paciente hospitalizado”.²⁰
- En el año 2010, se realizó un estudio de investigación sobre calidad de interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Hildegard Peplau, en los servicios de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, cuyo objetivo general fue el de determinar la calidad de interrelación enfermera- paciente, la metodología usada fue la descriptiva –prospectiva, y cuyo resultado fue que del

100% de enfermeras, 50% establecían una interrelación mediana, 40% interrelación deficiente y 10% interrelación óptima.²¹

- Otro autor realizó un estudio titulado “comunicación terapéutica de la enfermera frente al paciente candidato a cirugía y su relación con el nivel de ansiedad del HRMNB-Puno 2004”, con el objetivo de determinar el grado de relación de comunicación terapéutica enfermera paciente candidato a cirugía, cuya muestra estuvo constituida por 34 pacientes candidatos a cirugía mayor abdominal. Se llegó a la siguiente conclusión: En cuanto a aceptación percibida por el paciente, se observa que el 44.12% considera que es regular; 32,35% consideran que es bueno y 23.53% consideran que es deficiente.²²

1.3.ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿De qué manera influyen la comunicación y relación terapéutica en el cuidado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B. –Puno, 2014?

1.4.IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO:

La investigación se constituye en uno de los primeros en estudiar la relación terapéutica a través de técnicas humanas. Así mismo, es una de las pocas, en considerar como ámbitos de estudio a los servicios de medicina, pues albergan a pacientes con diversas patologías.

Los resultados del estudio se constituyen beneficiosos para: el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, pues le permitirán aplicar estrategias pertinentes para elevar el nivel de calidad de atención que debe brindar; para el departamento de enfermería, porque a partir de este conocimiento se podrá fortalecer la relación y comunicación enfermera- paciente, fomentando cambios en la actitud de la enfermera durante la atención al paciente; y para la profesión misma porque le

permite adquirir elementos científicamente fundados que le permitan ser reconocida como tal.

Por otro lado, el estudio servirá como fuente de conocimientos a los docentes de la Facultad de Enfermería, para ser aplicadas en la enseñanza del cuidado, basados en evidencias; y a las bachilleres de enfermería que deseen abordar temas similares al actual, a través de la investigación.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL:

2.1. COMUNICACIÓN:

2.1.1. CONCEPTOS DE COMUNICACIÓN:

- Virginia Satir dice que “Es el factor más simple, más importante que determina el tipo de relaciones que genera con los demás para poder sobrevivir. La comunicación es el sentido que la gente da a su propia información”.
- Miller define comunicación como: “Un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar a su conducta posterior”, entendemos que la forma en que a las personas les llega la información influye en su posterior manera de actuar, o también que una persona bien informada se siente considerada, valorada y respetada y por tanto, es posible que su conducta sea de colaboración y de integración al equipo. Apoya esta idea el concepto definido por Shanon y Weaver (1949) ya que postulan que comunicación es “todo aquello que sucede entre dos o más mentes. Dado que la conducta es aquello que perciben los demás, toda conducta es comunicación y toda comunicación produce conductas”.
- Davis y Newston, definen comunicación como “la transferencia de información y el entendimiento entre dos personas”.

- Según Cibanal y Arce, “La comunicación es la capacidad que posee un individuo o un grupo para transmitir sus ideas y sus sentimientos a otros individuos o grupos, sin olvidar recibir las ideas y sentimientos de otros individuos o grupos”.²³
- Para Baggio la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de "cuidar". Se revela como una pieza esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro. Llega a explicar que solo cuando se establece una correcta comunicación entre enfermera- paciente, es cuando se descubren sus necesidades y se da la posibilidad de brindar cuidados de calidad, que las cubran en su totalidad.

2.1.2. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN:

Como en todo proceso, el de la comunicación involucra una secuencia e integración de los elementos que interactúan en la misma, es decir cada uno de ellos influye sobre los demás; nunca operan en forma independiente. Dichos elementos son:

- **Fuente o emisor del mensaje:** Tiene la capacidad motora en su sistema muscular para expresarse por medio de la palabra hablada, escrita, gestos y posturas del cuerpo; además capacidad analítica, pues es la fuente quien elige y decide lo que desea comunicar, por lo tanto es el responsable de la entrega del mensaje.

En la fuente están depositados los mensajes, basados en su experiencia y conocimientos recibidos de su medio ambiente.

- **Mensaje:** Es la señal o discurso que emite la fuente. Está en la mente de la fuente. Para que el mensaje sea efectivo debe estar gramaticalmente estructurado, seleccionado el material y con un estilo propio.
- **Transmisor:** Da forma al mensaje para que sea utilizado por el receptor. Escoge los signos que sean adecuados y transforma el mensaje al darle sentido.

Aquí se ponen de manifiesto la capacidad y destreza de la fuente para transmitir de manera eficaz y obtener una respuesta. Por ejemplo en una reunión de personal el directivo escribe el mensaje: “Las profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias están motivadas para.....” El transmisor es la palabra escrita.

- **Canal:** Es un medio, un portador de mensajes, un conducto por el cual se reciben los estímulos. Los órganos de los sentidos constituyen el canal, sin los cuales no llegaría el mensaje. Continuando con el ejemplo anterior el canal sería la vista, pues con este sentido se percibe el mensaje escrito.
- **Receptor.** Es quien descifra, decodifica e interpreta el mensaje y da una respuesta en términos de comportamiento, de acuerdo a su capacidad de recibirlo, experiencia y preparación. Si la comunicación tiene lugar el receptor responde al estímulo, si no responde, la comunicación no ha ocurrido. Completando el ejemplo dado, el receptor (Profesional de Enfermería) es quien descifra lo escrito y da una respuesta según su interpretación.²⁴

2.1.3. MODOS DE COMUNICACIÓN:

A. COMUNICACIÓN VERBAL:

Es la relación que establece la enfermera con el usuario mediante la expresión hablada y sirve para conocer sus necesidades.²⁵ Hablar siempre implica pensar, por eso el emisor debe tener conocimientos sobre el tema, conciencia de lo que dice, utilizar el lenguaje adecuado y demostrar una personalidad congruente con lo que se dice.²⁶

A.1. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN VERBAL:

-Simplicidad: El mensaje ha de estar construido con palabras de fácil comprensión, realizando estructuras que se adapten al campo estructural del receptor y que no den pie a interpretaciones erróneas. Marriner señala que la comunicación es complicada cuando el emisor utiliza palabras que al receptor no le son familiares, no se comunica con la mentalidad del receptor o hace el mensaje largo o complicado.¹⁶

-Claridad: Se ha de transmitir lo que se pretende transmitir, sin dar lugar a interpretaciones erróneas. Para conseguir una comunicación congruente debe haber concordancia entre el mensaje hablado y el mensaje no verbal transmitido. La finalidad es que el receptor sepa el qué, como, por qué, cuando, quién y dónde, pues tal como Potter y Perry lo mencionan, la comunicación determina la buena práctica de los cuidados de enfermería, además esta debe ser clara y sencilla para todos los clientes.²⁷

-Momento y pertinencia: Para conseguir una correcta transmisión y recepción del mensaje es importante que el tiempo en el que se realiza sea apropiado, con la finalidad de asegurar que se escucha.

-Adaptabilidad: Se ha de modificar o modular el lenguaje hablado en función de las señales (gestos, no verbal) procedentes del receptor. En este aspecto se intenta conseguir variar los estímulos del momento a medida que se produce la comunicación mediante el feed-back (conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor respecto a la actuación del emisor, lo que es tenido en cuenta por este para cambiar o modificar su mensaje), recibido del receptor; por tanto hay que evitar los mensajes rutinarios o automáticos.

-Credibilidad: La validez de una creencia, la confianza que inspira el emisor puede ser el aspecto más importante de la comunicación. Para conseguir credibilidad se ha de conocer el tema objeto de la comunicación, de esta manera se sustenta la solidez del mensaje; además ha de existir una actitud de confianza y seguridad con lo que transmitimos, sino no se creara clima de seguridad y credibilidad.²⁸

B. COMUNICACIÓN NO VERBAL:

Este modo de comunicación hace referencia a que ya no sólo son importantes las cosas que hacemos y decimos sino cómo las hacemos y las decimos. El envoltorio en que vayan arropados los contenidos de los mensajes y las conductas interactivas es lo que les dará forma, lo primero que percibirán los destinatarios. Cuando hablamos, las palabras no son todo, son solo el comienzo, porque detrás de ellas está el cimiento sobre el cual se construyen las relaciones humanas, esto es lo que se conoce por comunicación no verbal. Las palabras son hermosas, fascinantes e importantes, pero las hemos sobreestimado en exceso, ya que no representan la totalidad, ni siquiera la mitad del mensaje. Más aún como sugirió cierto científico: “Las palabras pueden muy bien ser lo que emplea el hombre cuando le falla todo lo demás”. Este tipo de comunicación, que,

además, es fundamental en la vida humana, solo es posible porque el cuerpo es expresión e inclusive símbolo.

La expresión corporal en ocasiones pesa mucho más que la cadena verbal y en el rostro de un ser humano es posible visibilizar con mucha claridad todos sus sentimientos mucho antes de que nos lo diga de forma verbal. En el ejercicio de cuidar, es fundamental desarrollar el sentido que tiene la corporeidad en el plano de la práctica, pues el rostro de una persona enferma puede ser mucho más significativo que lo que diga con sus palabras.

B.1. CLASIFICACIÓN DE LOS ACTOS NO VERBALES

- **La mirada:** El contacto ocular con la otra persona expresa deseo de comunicarse e interés. Por el contrario, la falta de contacto ocular implica renunciar a la comunicación y por último, la mirada de soslayo se asocia a desconfianza. En nuestro ambiente hospitalario, si miramos brevemente los ojos del enfermo y le dirigimos una levísima sonrisa con un movimiento de cabeza como asintiendo, el enfermo decodificará el mensaje siguiente: “Vamos, ánimo, que todo va bien y usted está ayudando de forma favorable”, y no habremos invertido más de unos segundos. Dentro de la mirada encontramos otros aspectos como los movimientos de los ojos (parpadeo o fruncir las cejas) que pueden indicar excitación, dolor o relajación; el humedecimiento ocular tanto para demostrar tristeza como alegría y la dilatación pupilar que puede indicar alarma.
- **Movimientos corporales:** Se incluyen los gestos, utilizados de forma habitual por aquellos pacientes que tienen defectos graves de audición y que tienen que comunicarse mediante movimientos corporales o códigos de imágenes. También se incluyen en el grupo los movimientos de cruzar y descruzar las piernas o los

brazos, en la mayoría de las veces indicando ansiedad, malestar o nerviosismo. Basta con observar un poco a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica o a una exploración dolorosa cómo se frotan las manos de forma inquieta y empiezan a tener sudoración aunque haga frío.

-La sonrisa: Tradicionalmente se asocia a situaciones de bienestar y sentimientos positivos hacia la otra persona, sobre todo si se acompaña de la mirada. La sonrisa puede ser defensiva (ejemplo: la que se emplea para justificar una situación o unas palabras), o de placer que indica gratitud, bienestar y humor. La contracción de los músculos faciales o la depresión de la comisura bucal pueden indicar que la persona está triste, preocupada o enfadada.

- **La postura corporal:** La postura del cuerpo inclinada hacia adelante se asocia a apertura a la comunicación y atención al tema. La postura hacia atrás, por el contrario, expresa desconfianza o desagrado. También el profesional de enfermería puede adoptar posturas que comprometen sus actos, como la postura de poder que se suele emplear de forma desagradable para hacer sentirse inferiores a los demás. Estas posturas pueden variar de la indiferencia al grito y lejos de tranquilizar al paciente, perjudican su salud y minimizan la comunicación.
- **El tacto:** Es la dimensión de la conducta no verbal que presenta mayores diferencias culturales. En entornos sanitarios el tacto es usado con dos funciones:

a) Instrumental: Produce gran ansiedad en los pacientes. Se relaciona con actividades o técnicas que pueden provocar dolor o malestar y requiere un gran respeto por parte del profesional de enfermería. En estas

ocasiones unas palmaditas en la espalda antes y después de una inyección o una cura pueden significar mucho para el paciente. Este método tiene especial significación en pacientes que son invidentes y que confían en el sentido del tacto para captar los mensajes que les dirigen.

b) Expresivo: Cuya única función es comunicativa. Sirve para expresar confianza, empatía y apertura hacia la comunicación. El tacto es un tipo de comunicación a la que no se le ha prestado toda la atención necesaria desde el punto de vista de los cuidados. Gestos simples como alisar el pelo o un apretón de manos, pueden calmar y tranquilizar a un paciente ansioso. Con ello se expresa preocupación sincera en un ambiente que puede resultar aterrador. Incluso contactos mínimos pueden ser beneficiosos.

- **El espacio personal:** Ayuda a regular la interacción. Sin embargo, debemos considerar que también puede generar conflictos. El paciente agradece que los profesionales se acerquen próximos a la cama para permanecer cerca e interesarse por él, sin embargo, cuando el acercamiento tiene que ver con la realización de exploraciones o curas, la percepción de territorialidad es diferente. Se producen reacciones fisiológicas y el paciente inicia un cuadro de ansiedad aumentando su frecuencia cardíaca y sus movimientos.
- **El silencio:** Tanto el silencio como la quietud forman parte de la comunicación. Ni el silencio está vacío ni las llamadas pautas vacías, ambos siempre están llenos de para lenguaje, de Kinesia o por ambos. Los silencios tienen funciones muy positivas ya que pueden dar tranquilidad al paciente en momentos muy necesarios. Mediante el silencio podemos escuchar sonidos insignificantes, como una respiración fatigosa, un suspiro un sollozo...etc. El silencio

profesional que debe ofrecerse ha de ayudar al paciente apoyando sus propios silencios y no terminándolos prematuramente sobre todo cuando se trata de una confesión difícil. Los mensajes no verbales pueden darnos la clave de lo que realmente el paciente está diciendo u omitiendo, es decir, de lo que realmente necesita de nosotros, aun cuando él ni siquiera lo sepa de forma consciente.

- **El atractivo personal y los artefactos:** Se refiere a la apariencia física. Aspectos como la altura, el color de pelo, el tono de piel, influyen en las relaciones personales. Es un campo en el que existen muchos estereotipos y prejuicios como por ejemplo que los bajitos son rencorosos o los gordos son bonachones y optimistas. Nadie pone en duda que son estímulos no verbales aquellos que determinan la primera impresión y la valoración que hacemos en un primer contacto con otra persona. Haciendo una reflexión al respecto, parece interesante incluir una serie de preguntas que permitan acercar la influencia de ésta actitud en la relación con el enfermo, como por ejemplo: ¿Le importa al usuario la edad del profesional que le atiende?, ¿Con quién tendrá una información más fluida, con un profesional joven o de más edad?, ¿Se relacionará mejor con un hombre o con una mujer? y su forma de relación, ¿Siempre será con la misma persona, o con cualquiera del equipo?²⁹

2.1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN:

- **Componentes paraverbales:** Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado. Araujo menciona que el volumen, la velocidad, y la resonancia de la voz del que habla son factores que influyen en la facilidad de los demás para entender el mensaje.

- a) El volumen de la voz: la función primordial del volumen es hacer que nuestros mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que nos dirigimos. Es importante, que en aquellos elementos de nuestro mensaje que queramos enfatizar y captar la atención del paciente utilicemos un volumen de voz más alto. Por otra parte, cuanto más alto habla una persona más nerviosa se considera que está. Así, debemos esforzarnos por encontrar un volumen de voz adecuado (ni muy alto, ni muy bajo) y dar un mayor énfasis a lo que consideremos más importante.
- b) El tono: El tono refleja la calidad de la voz y es muy útil para expresar emociones u opiniones. Las palabras cortantes y ásperas pueden demostrar enojo. Los tonos suaves y susurrantes pueden expresar placer o tranquilidad. Un tono más alto al final de una oración indica una pregunta, mientras que un tono nasal y cortante expresa irritación.³⁰
- c) La velocidad: Sabemos que el tiempo siempre apremia en el ámbito sanitario, pero ello no debe suponer aumentar la velocidad del habla, ya que se corre el riesgo de que si es muy elevada el mensaje no se entienda.³¹

2.2. RELACION TERAPEUTICA:

Es el encuentro terapéutico entre enfermera- paciente, guiado hacia un objetivo común, que es la vivencia de experiencias de salud. En esta relación hay elementos que pueden modificarla, cambiarla, afectarla o potenciarla.³²

El objetivo de la relación terapéutica es producir el efecto contrario al que otras relaciones han causado”, es decir ‘ayudar’, no ‘enseñar’, al individuo a aceptarse a sí mismo, pues el agente del cambio personal es el propio usuario, quien tiene, como todo ser humano, una tendencia básica a actualizarse, mantenerse y desarrollarse.

Según McDonald, menciona que si la relación entre profesional sanitario y paciente no es efectiva, hay más problemas y menos resultados. Una efectiva relación terapéutica es buena tanto para el paciente como para la enfermera, ya que el cuidado que se establece es recíproco. Al establecer esta relación es obvio que el profesional ayuda al paciente, pero el sanitario también recibe algo a cambio tanto en el ámbito profesional como personal (facilita el crecimiento personal y laboral).

Cabe mencionar que en éste tipo de relación existen dos elementos importantes, por un lado estaría la disposición del ayudante, que puede estar centrado en la persona o en la enfermedad, y por el otro, el uso del poder que este haga de sus conocimientos y de su posición ante la persona que necesita ayuda.³³

2.2.1. TECNICAS HUMANAS EN LA RELACION TERAPEUTICA:

Para llevar a cabo una relación terapéutica eficaz que alcance la excelencia de los cuidados en enfermería para con los pacientes y los familiares que se encuentran en una situación de crisis causada por la enfermedad que sufren, ésta debe estar basada en una relación atenta al despliegue de todas las técnicas humanas que conforman el marco de su competencia relacional en los cuidados de enfermería: empatía, aceptación positiva, autenticidad, personalización y asertividad.

A. LA EMPATÍA

La empatía, en su nivel más alto, implica no sólo comprender los pensamientos y sentimientos expresados por el cliente, sino también captar las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales que aquellos tienen en su vida. Es lo que se ha definido como comprender el significado más allá de lo que el paciente expresa.

Ahora bien esta actitud interior es la posibilidad de sentir con el otro, pero no de sentir lo mismo que el otro, en este caso, estaríamos hablando de *simpatía*. El paso de empatía a simpatía es en ocasiones demasiado fácil, y un profesional debe estar siempre atento a prevenir sus posibles tendencias a deslizarse desde la comprensión del otro hacia su identificación con él, por ejemplo: si el cliente le habla de su miedo a morir cuando ella siente el mismo temor a la muerte será más difícil permanecer atenta al cliente y comprender este miedo únicamente desde su punto de vista.

La empatía implica en primer lugar entrar en el marco de referencia del cliente y comprender sus sentimientos, percepciones y acciones; es decir, ver las cosas no como son “objetivamente” o como las vería uno mismo de estar en el lugar del cliente, sino tal como el cliente las experimenta. En segundo lugar, es preciso comunicar al paciente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa de modo manifiesto o latente. Pues esto cumple varias funciones:

1. Comunica el deseo del terapeuta de comprender al cliente
2. Permite a este corregir las percepciones erróneas del terapeuta.
3. Facilita que el cliente sea más consciente de sus propios sentimientos.³⁴

La comunicación al paciente sobre la actitud empática se realiza a través de:

a. La Escucha Activa:

Ocurre que se entiende al acto de escuchar como una espera obligada, en el momento en que la otra persona nos está hablando, para tomar entonces nuestro turno de palabra. Tal como lo indica adecuadamente Alemany, escuchar es un proceso psicológico que se apoya en la audición, y que necesita de otras variables como interés, atención, motivación, etc. es decir, escuchar no es simplemente el acto de dejar hablar, sino que implica la dinámica de una actitud, de una disposición interna por parte del receptor que se centra en la totalidad de la otra persona, o lo que es lo mismo, un modo de disponerse que estriba en el deseo de adentrarse en la realidad propia o ajena, con la intención de leerla, comprenderla, interpretarla, aprehenderla y en algunos casos intentar transformarla. Según Lapierre, entrar en la habitación de un paciente con la intención de dedicar un poco de tiempo para escucharle puede ser un acto terapéutico cien veces más eficaz, que inyectarle una perfusión.

a.1. Tipos de escucha activa

Al respecto Carkhuff, distingue tres tipos de escucha que se exponen a continuación:

- La atención física: es decir la postura física del ayudante (relajado, atento a la mirada, brazos y manos sueltas, etc.), que indican al emisor que nos interesa lo que nos está transmitiendo y que queremos seguir escuchándole.
- La observación: que indica la capacidad que el ayudante tiene de captar el comportamiento no verbal del emisor, atento en como este se presenta en la interacción mediante la postura de su cuerpo, las expresiones de su rostro, sus movimientos. La observación es fundamental en todo acto de escucha porque transmite a la persona que desea ayudar a dar una información muy valiosa sobre el mundo interno y externo de la persona necesitada de ayuda.

- Escucha propiamente activa: que lleva consigo el poner máxima concentración en la persona necesitada de ayuda y en el mensaje contenido en las palabras y en el para lenguaje, es decir, el conjunto de signos acústicos que acompañan a la palabra más allá del significado literal de las mismas (fluidez verbal, nivel de energía en la pronunciación, tartamudeo, insistencia en repetir ciertas palabras, los silencios, la respiración, etc.) con el propósito de comprender mejor su experiencia personal, el significado que da a la situación que vive, sus valores, sus creencias, los recursos con los que cuenta para afrontar la situación, etc.

a.2. Obstáculos de la escucha activa:

Seguendo a Bermejo, los obstáculos concretos que pueden interferir en el proceso de una escucha eficaz dentro de las áreas cognitivas y emocional son:

- **Obstáculo de la ansiedad:** Que tiene lugar siempre que el ayudante está preocupado por sí mismo, por cómo es recibido y por cómo tiene que responder, y quizá también por el miedo a que el otro despierte en él alguno de sus zonas capaces de “sangrar” porque están heridas. Un profesional que haya sufrido la pérdida de un ser querido puede tener más dificultad para interaccionar en una relación de ayuda con personas que están cercanas a la muerte, porque el sufrimiento de estas, puede hacer que el profesional se enfrente con el suyo propio, lo que dificulta la escucha activa y la empatía y por ende que la relación de ayuda sea eficaz.
- **Obstáculo de la superficialidad:** manifestado sobre todo en la dificultad para reparar en los sentimientos de los demás. Se tiende a generalizar o a huir de los temas más comprometidos a nivel emotivo, a través de frases como: no pasa nada, la vida es así, hay que ser fuerte, etc.

- **La tendencia a juzgar:** Es imponer inmediatamente las propias ideas y decir lo que es justo y lo que no lo es. Frases como las siguientes dirigen la relación: no digas eso, tú lo que tienes que hacer es., “como se te ocurre pensar eso”, “no tienes que estar así”, etc.

Escuchar requiere desaprender tendencias a dar consejos inmediatos, soluciones fáciles desde afuera, consuelos baratos, tendencias que nos llevan a preguntar más de la cuenta, etc. y aprender a dejar a un lado las posturas autoritarias y directivas en la relación, desarrollando aquellas posturas que despliegan en acompañar al que sufre para que este busque dentro de sí sus propios recursos para afrontar la situación en la que se encuentra.

b. La Reformulación:

Se caracteriza por ser una técnica de reflejo, esto es, devolver al cliente como si de un espejo se tratase, a través del lenguaje verbal y corporal, lo que se ha comprendido de todo lo que le preocupa y le causa una situación de necesidad y sufrimiento interno.

De este modo el paciente se siente escuchado y comprendido y se hace partícipe de su experiencia, explorando cada vez más su mundo interior al tomar conciencia de que es comprendido tal como se comunica. El profesional de enfermería puede reformular a partir de varias técnicas tales como: expresiones verbales de apoyo (ciertamente, aja, claro..), conductas expresivas de aceptación (postura, mirada, expresión del rostro..), la reiteración (claro y breve resumen de lo explicado por el cliente), la dilucidación (recoger el contenido emocional del cliente de un modo más o menos explícito y transmitirlo de manera clara y ordenada) o el reflejo del sentimiento (dar nombre al fondo

emotivo percibido, poner nombre a los sentimientos), entre otras, a continuación se describirán las 3 últimas:

- **La reiteración:** consiste en un claro y breve resumen de lo explicado por el paciente durante la conversación de ayuda, dando respuesta a los contenidos que este transmite, de modo que experimente que está siendo escuchado y que el profesional se centra en él.
- **La dilucidación:** a través de este tipo de reformulación el profesional intenta poner en orden lo que expone al paciente y devolverlo con más claridad. Se buscan sentimientos que no han sido reflejados de un modo explícito por el paciente o el familiar, pero que tienen influencia en el proceso de relación de ayuda, con la intención de clarificarlos y de dar respuesta a los contenidos y al sentimiento. Pero intentar esto puede llevar consigo mayor riesgo o directivismo del ayudante, ahora bien la prudencia y el abandono por parte del profesional ante la posible reacción negativa del paciente, pueden hacer de esta habilidad una oportunidad para el acompañamiento en la toma de soluciones para afrontar del modo más sano posible la dificultad en la que se encuentra la persona necesitada de ayuda.
- **El reflejo del sentimiento:** este tipo de respuesta resulta muy útil para que el paciente se sienta comprendido. Se trata de recoger el contenido emocional del paciente de un modo más o menos explícito y transmitirlo, de intentar poner nombre a los sentimientos que el paciente está experimentando en ese momento y que podemos intuir a través de su lenguaje verbal y no verbal en todo lo que está comunicando.³⁴

B. ACEPTACIÓN POSITIVA:

Significa aceptar sin condiciones todo el presente, el pasado y el futuro de la persona, de su modo de expresarse, de su modo de vivir, sin reservas y sin juicios de valor. Es una consideración positiva de la persona. No se trata de aceptar como deseable un comportamiento que puede ser incluso destructivo, sino de aceptarlo como natural, normal y esperable dadas las circunstancias y las percepciones que esa persona tiene.

b.1. componentes en la aceptación incondicional:

Se han distinguido varios componentes en la aceptación incondicional:

- **Compromiso hacia el cliente.** El profesional demuestra su interés y disposición a ayudar al cliente. El profesional dedica un tiempo y sus habilidades y esfuerzos para comprender y ayudar al cliente; también se compromete en una relación en la cual dominan las necesidades e intereses del cliente, mientras que las exigencias personales del terapeuta quedan minimizadas. La preocupación por el cliente debe ser genuina (y no simulada; si este fuera el caso, habría que cambiar de profesional) y no rutinaria, y el cliente no debe sentirse agobiado ni culpable por la gran dedicación del otro.
- **Esfuerzo por comprender.** Se demuestra de varias maneras: escuchando atentamente, haciendo preguntas para obtener la visión del cliente sobre sí mismo, sus problemas y el mundo, verificando con el cliente las impresiones que ha obtenido de sus puntos de vista e indicando verbal y no verbalmente interés en comprender estos puntos de vista.
- **Actitud no valorativa.** Es importante que el paciente perciba que se le acepta incondicionalmente como persona, sin emitir juicios de valor sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas. Por otra parte, aunque ciertas acciones

y pensamientos pueden parecer reprobables, hay que mantener una actitud no crítica hacia el hecho de que hayan ocurrido. Esto no quiere decir que no se pueda hacer reflexionar al paciente sobre los pros y contras y consecuencias personales y sociales de los mismos; pero esto debe ser visto como una muestra de interés hacia él y las metas del tratamiento en vez de como críticas o descalificaciones.

C. AUTENTICIDAD:

La autenticidad quiere decir que hay una correlación entre lo que yo pienso, lo que yo siento y lo que yo expreso; y cuando esto no se da, falta autenticidad. Si no nos mostramos tal y como somos es imposible la comunicación, entendida como el encuentro de dos personas, tal vez sea posible la información, pero no la comunicación.

La autenticidad implica ser uno mismo, comunicar los propios sentimientos y experiencias internas. El profesional poco auténtico enmascara sus sentimientos y opiniones, muestra sonrisas forzadas y utiliza frases poco espontáneas o con doble sentido, ejemplo de ello resulta cuando la enfermera niega estar cansada, cuando en realidad lo está. La autenticidad requiere saber qué decir o expresar, cómo y en qué momento. Se considera positivo para el tratamiento que el profesional en enfermería exprese adecuadamente sentimientos de interés, aprecio, ánimo y aprobación, aunque sin caer en el exceso.

c.1. Componentes de la autenticidad:

Se han distinguido varios componentes de la autenticidad, uno de los más importantes es la autorevelación:

a) Autorrevelación: Esto es, su ofrecimiento controlado de información sobre sí mismo y sobre sus reacciones a la situación terapéutica las que aumentan la

confianza del paciente en el terapeuta, facilitan que este sea visto de modo más favorable y pueden mejorar los resultados del tratamiento. Informaciones que los terapeutas suelen revelar, según los casos, son experiencia profesional, edad, estado civil, número de hijos, cómo han manejado ciertos problemas, opiniones y sentimientos positivos respecto al cliente y lo que sucede en la terapia. Mucho menos frecuente es la autorrevelación de sentimientos negativos y la información personal sobre temas religiosos y sexuales.

Hay varios puntos importantes a destacar respecto a la autorrevelación:

- Las autorrevelaciones deben ser una respuesta directa a preocupaciones expresadas por el cliente. El profesional en enfermería debe hacer autorrevelaciones cuando considere que va a ser beneficioso para el cliente.
- La mayor o menor intimidad del contenido autorrevelado debe depender de la fase de la relación terapéutica (menos intimidad al principio, ya que esto podría favorecer una relación de amistad o ser visto negativamente por el paciente), del nivel de intimidad empleado por el cliente y del grado de relación terapéutica.
- Se aconseja que las autorrevelaciones sean poco frecuentes y concisas, para no robar tiempo de relación terapéutica ni protagonismo al cliente. De hecho, oscilan solamente entre el 1% y el 5% de las intervenciones del terapeuta, en principio más cerca del valor inferior. Un terapeuta que revela en exceso puede ser visto como poco merecedor de confianza, egocéntrico, preocupado por sí mismo o necesitado de ayuda. En el polo opuesto, un grado muy bajo de autorrevelación puede crear distancia.

Puede ser beneficioso, si es el caso, que el terapeuta comunique la existencia de problemas pasados de algún modo similares a los del cliente y el modo en que logró superarlos.³⁵

Respecto a autenticidad, se tienen dos estudios, el primero realizado por Barret y Berman, hicieron un estudio respecto a autenticidad, encontrando que los pacientes en la condición de mayor autorrevelación del terapeuta mejoraron más, al menos a corto plazo, e informaron de un mayor agrado hacia el terapeuta que los clientes en la condición de autorrevelación limitada, mientras que en el segundo, realizado por Beutler, Machado y Neufelt hallaron que no existe una relación positiva entre la auto revelación del profesional de salud y el beneficio derivado del tratamiento.

D. PERSONALIZACION:

El profesional de enfermería que despliega en el proceso de relación de ayuda una actitud basada en la personalización del problema de su paciente conseguirá que éste entienda que aunque las cosas del problema que viven estén fuera de él, el protagonista es él, así como quien debe buscar los recursos para afrontar la situación del mejor modo posible a través de la ayuda profesional. Se trata de promover al máximo el protagonismo del paciente o familiar para afrontar las dificultades generadas por la enfermedad o el entorno que le rodea.

No obstante personalizar no es fácil dada la tendencia del profesional de enfermería para utilizar frases hechas como: “esto que te pasa a ti le ocurre a muchos” “no te preocupes, la vida es así”, etc. Intervenciones estas que al utilizarlas el profesional más que centrarse en la persona ayudada y personalizar lo que está viviendo en ese momento, lo que hace es generalizar.

E. LA ASERTIVIDAD :

Ser asertivo significa saber definir y defender los derechos y opiniones propios y respetar el de los demás. Es comprendido también como aquel mediante al cual se realiza una expresión directa de los propios sentimientos, necesidades,

derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás, sin agredir ni ser agredidos, la persona que es asertiva no adopta un comportamiento agresivo, atacando el comportamiento o las ideas del otro, ni por el contrario manifiesta una actitud remisiva adaptándose a las exigencias y a los puntos de vista del otro, evitando la confrontación, sino que su comportamiento es asertivo, en el momento que hace respetar sus derechos al tiempo que no se violan los derechos del otro, manifestando de forma honesta y abierta su posición y haciendo ver al otro que se respeta la suya. Existen factores que determinan la asertividad en enfermeras como: la falta de tiempo, pero también, es debido a la ansiedad que el profesional sufre si el paciente o la familia le preguntan y no van a saber que decir, o bien a ciertos problemas de no saber cómo relacionarse. Por decirlo de este modo, es el miedo que se tiene a meter “el dedo en la llaga” cuando se encuentran con el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de la persona que cuidan o la familia.³⁶

2.3. CUIDADO DE ENFERMERIA:

El cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto–sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. En el cuidado humano, la relación entre curar y cuidar está invertida: su énfasis está, más bien, en la idea de que el cuidado potencializa los resultados de la auto curación y por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar.³⁷

2.3.1. CALIDAD DEL CUIDADO:

Elemento que permite brindar al usuario el bienestar que necesita a través de la interrelación que se establece con él y su familia, y cuyo resultado es medido por el grado de satisfacción que los usuarios refieren. La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería debe ser un proceso continuo y flexible, basado en datos enfocados en el resultado del cuidado, y en la percepción de satisfacción del usuario.

Los cuidados de enfermería con calidad se deben caracterizar por tener una dimensión holística (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual), sustentado por el conocimiento científico y definido mediante los procesos de interacción (relación interpersonal terapéutica, mediante la educación a la persona, familia o grupo, y el consejo) y la transición (apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad, o cualquier otra situación que genere un cambio por el proceso de interacción con el entorno). Desde este contexto la calidad de los cuidados es el grado de adecuación de un determinado bien o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas. Garantizar la calidad exige de los profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orientan el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y comprender sus dimensiones: ética, técnica, interpersonal y de percepción.³⁸

De este modo para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería brindados al paciente, se deben tomar en cuenta tres aspectos: trato, accesibilidad y competencia, los mismos que se describirán a continuación:

A. **TRATO:** El trato en el área de enfermería, está sustentado en el respeto a los derechos humanos y a las características individuales; a la información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida; y la amabilidad por parte del área que oferta el servicio. Incluye 3 aspectos: comprensión, amabilidad y respeto (respeto a la intimidad).³⁹

- **Comprensión:** La comprensión es la tolerancia o paciencia frente a determinada situación. Las personas comprensivas, de este modo, logran justificar o entender como naturales las acciones o las emociones de otras.

Cuando se comprende a una persona, ésta última obtiene un estado de alivio, de tranquilidad y de paz interior.

Ejemplo de lo anterior es cuando una persona exaltada, triste o francamente molesta está sujeta a la emoción momentánea, lo cual reduce su capacidad de reflexión, con la posibilidad latente de hacer o decir cosas que realmente no piensa ni siente.⁴⁰

- **Amabilidad:** Es la tendencia a ser agradable con los demás, cooperar con ellos y mantener la armonía social.

Las personas con altas puntuaciones en la dimensión amabilidad suelen tener una mejor opinión de los demás. Esto no significa que sean más influenciables o se dejen llevar más por los demás, sino que son más sensibles a las necesidades de los otros. Por este motivo, suelen gustar más y resultar más agradables a los demás. Estas personas son también más capaces de controlar emociones negativas como la ira en situaciones

conflictivas y, cuando surgen conflictos con los demás, están más dispuestas a ceder o a usar tácticas más cooperadoras y constructivas y utilizar menos la fuerza o coerción, como hacen las personas con bajas puntuaciones en esta escala.

- *Franqueza*: Presente en personas honestas en su trato con los demás, mientras que los que puntúan bajo en Franqueza son menos directos, y tienen una mayor tendencia a manipular o engañar a los demás.⁴¹
- **Respeto**: El respeto es reconocer en sí y en los demás sus derechos y virtudes con dignidad, dándoles a cada quién su valor. Esta igualdad exige un trato atento y respetuoso hacia todos.
 - *Respeto a la intimidad*: Cuando se habla de respeto a la intimidad en el contexto sanitario se entienden aspectos tales como la confidencialidad de los registros médicos, seguridad e individualidad (según sea el caso) al realizar algún procedimiento al paciente.⁴²

B. ACCESIBILIDAD: Hace alusión a la ejecución de cuidados de forma oportuna, etc. Incluye 2 aspectos, reconocimiento de la enfermera responsable del cuidado en cada turno y la rapidez de respuesta.

- *Reconocimiento de la enfermera*: la enfermera ha de ser conocida por múltiples modos como la indumentaria, el modo de actuar, por ser la que más tiempo pase con el paciente, etc.
- *Rapidez de respuesta*: donde se evalúan los cuidados que las y los enfermeros planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del usuario con el fin de prevenir complicaciones. Además de incluir la presencia de la enfermera, en el momento en el

que el paciente solicita su atención, a fin de satisfacer alguna necesidad.

C. **COMPETENCIA:** tal como lo define Donabedian, es la capacidad del profesional de enfermería para cubrir las necesidades del paciente, en este sentido la competencia de la enfermera depende de: adquirir conocimientos, actitudes y habilidades que hacen saber estar en el ejercicio profesional.

- **Conocimiento:** Es aquel que da capacidad a una persona para desempeñarse en diferentes roles y afrontar situaciones accidentales con habilidad oportuna.

Enfermería no se escapa de esta situación, ya que para poder cuidar es necesario poseer un conocimiento, ya sea implícito o explícito, directo o indirecto, general o específico; un conocimiento adquirido a través de la práctica, el cual es apoyado por experiencias previas, y un conocimiento del yo. Estos conocimientos se consideran habilidades iniciales que la enfermera debe tener para hacer posible la conexión de cuidado entre ella y el paciente. El conocimiento específico que recibe la enfermera durante su preparación es un conocimiento integrado basado, entre otros, en las ciencias biológicas, sociales, psicológicas y antropológicas, que proporcionan algunas herramientas para desarrollar su capacidad de comunicación, interacción y socialización.

Cabe destacar que la adquisición de estos conocimientos, su integración, y las habilidades que va adquiriendo la enfermera, progresivamente le proveen un dominio para actuar en la complejidad de la práctica, con las diversas personalidades y métodos para comprender las necesidades de cada paciente.

En este sentido, estos conocimientos le permiten a la enfermera ser reconocida como una profesional experta en el cuidado de la salud, por lo que se espera que

el más alto resultado se evidencie a través del contacto cálido y afectivo, y en situaciones prácticas a través de la interacción enfermera-paciente. De igual manera, se espera que sea consejera experta que identifique con competencia el momento oportuno, la frecuencia y duración a fin de proporcionar este cuidado de interacción que requiere el paciente para mantener su bienestar.

Basados en esta perspectiva, se comprende que para ayudar a otro de manera eficaz es necesario desarrollar una sólida formación teórico-práctica.

- **Habilidad práctica:** cuando la enfermera adquiere, gradualmente, habilidad y destreza que le permiten percibir de una manera oportuna las necesidades de interacción del paciente y sus familias, y de tal forma proporcionar un cuidado de relación en forma relajada, ya que al estar familiarizada con el contexto de la enfermería, disminuye su preocupación por los problemas asociados con seguridad y tecnología, y aumenta su interés por comprender al paciente y por disponer del tiempo necesario para interactuar con ellos.

De aquí, conforme la enfermera adquiere experiencia, se genera sabiduría clínica, la cual da pautas para que sea lo suficientemente madura, involucre sentimientos, actitudes y conductas, que le permiten comprender la situación del paciente, y desempeñarse dentro de las relaciones interpersonales con calidez humana.

En este sentido, uno de los principales factores que influyen en la capacidad de cuidado de la enfermera podría radicar en la experiencia, pues garantiza que ésta tenga confianza en sí misma, habilidad en la relación y habilidad en la comunicación, que son dominios que la enfermera debe tener para brindar cuidados en un contexto holístico.

Una enfermera con experiencia demuestra un lenguaje y medios manejados diestramente, lo que le permite conectarse en el campo de los significados del paciente, de tal manera que hace que éste exteriorice sus sentimientos y pensamientos. Por consiguiente, la comunicación a través del diálogo constructivo y sin reserva, ya sea hablado o silencioso, demanda una habilidad para estar abierto y exigir a la otra persona.

Reafirmando lo anterior, los hallazgos de Gjengedal y Hansen han demostrado que las acciones de una enfermera con poca experiencia están enfocadas en el equipo técnico, en lugar de intentar desarrollar una relación de comunicación con el paciente. Por consiguiente, resulta imprescindible resaltar que la práctica de una enfermera con experiencia redonda en una alta sensibilidad interpersonal y una recíproca intimidad enfermera paciente, que le ayudan a interpretar los significados conscientes e inconscientes que se dan durante la comunicación con cada paciente.

Así, combinando estos dos elementos de habilidad y conocimiento dentro de una relación se obtiene una manera distinta de visualizar la relación enfermera-paciente, se adquiere un grado de madurez para dar respuesta a las necesidades individuales, habilidad en la comunicación, y conexión con el cuidado, lo que trae como resultado una expresión de satisfacción por parte del paciente de sentirse escuchado y comprendido, además de la satisfacción personal de la enfermera.⁴³

III. HIPOTESIS:

3.1.HIPOTESIS GENERAL:

- La comunicación y relación terapéutica influyen directamente en el cuidado de enfermería proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.-Puno.

3.2.HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

- Ñ Si el modo y características de la comunicación son buenas, la calidad del cuidado de enfermería será buena, de lo contrario será deficiente.
- Ñ Si la empatía, aceptación positiva, autenticidad, personalización y asertividad son buenas, la calidad del cuidado de enfermería será buena, de lo contrario será deficiente.
- Ñ Si la comunicación y relación terapéutica son buenas, la calidad del cuidado de enfermería será buena, de lo contrario será deficiente.

IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Comunicación
- Relación terapéutica

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Cuidado de enfermería.

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	INDICE
COMUNICACIÓN	MODO	VERBAL		
		1. Al hablar; la enfermera usa palabras que el paciente comprende.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		2. La enfermera es clara en sus explicaciones.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		3. La enfermera espera para estar a solas con el paciente y hablar con él.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		4. La enfermera modifica el tono de voz de acuerdo a la reacción que muestre el paciente.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		5. El paciente se muestra seguro con la presencia de la enfermera.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		NO VERBAL		
		6. La enfermera mira al paciente a los ojos cuando habla con él.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		7. La enfermera se acerca al paciente con gestos amables (sonrisa) cada vez que lo atiende.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		8. La enfermera suele sentarse cerca del paciente e inclinarse hacia delante.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1

		9. La enfermera alienta al paciente dándole palmadas en la espalda.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		10. La enfermera se acerca a la cama del paciente y muestra interés por él.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		11. La enfermera guarda silencio y no interrumpe, cuando el paciente le cuenta alguna experiencia suya en el hospital.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		12. La enfermera suele mostrar mayor calidez cuando cuida a una paciente mujer.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
		EL VOLUMEN DE LA VOZ		
		13. La enfermera habla con el paciente, usando un volumen de voz alto.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
		EL TONO		
	CARACTERÍSTICAS	14. La enfermera habla con el paciente, en un tono de voz suave.	Siempre Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
		VELOCIDAD:		
		15. La enfermera usa una velocidad media al hablar con el paciente.	Siempre Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
RELACION TERAPEUTICA	EMPATIA	1. Suelo sintetizar lo que el paciente me dice, y repetírselo al final para asegurarme de haber entendido.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1

	2. Cuando observo que un paciente está pasando por un mal momento, suelo decirle frases como: “realmente se lo que siente”, “entiendo por lo que está pasando”, etc.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
	3. Me fijo en la forma (tono) en la que se dicen las palabras más que en el significado literal en sí.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
	4. Evito hablar de temas delicados con los pacientes, pues estos hacen que me sienta apenada.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
	5. Cuando el paciente me comenta que está pasando por un mal momento y lo observo ansioso y desesperado, termino la conversación diciendo frases como: “no pasa nada”, “la vida es así”, “se fuerte”.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
	6. Cuando el paciente está deprimido y expresa deseos de morir, brindo consejos de manera inmediata.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
	7. Usualmente durante el dialogo con el paciente, utilizo expresiones verbales de apoyo como: “ciertamente”, “por supuesto”, “comprendo”, etc.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
	8. Comunico al paciente, de un modo no verbal o verbal, lo que se ha	Siempre A menudo A veces Rara vez	5 4 3 2

		comprendido de lo que me expresó.	Nunca	1
		9. Deduzco lo que el paciente está sintiendo, mediante las frases que me dice y el tono que utiliza para decirlas.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
	ACEPTACION POSITIVA	10. Brindo los cuidados de enfermería que considero necesarios para el paciente.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
		11. Realizo preguntas frecuentemente al paciente, para comprender lo que me está comunicando.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		12. Critico algunas creencias y actitudes del paciente, pues considero que son perjudiciales para su salud.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
	AUTENTICIDAD	13. Expreso mis experiencias personales, solo en el caso de que éstas sean similares a las del paciente.(Ejem: fallecimiento de un ser querido, haber sido operado(a))	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
	PERZONALIZACION	14. Motivo a que el paciente participe en el cuidado de su salud.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		15. Comunico a los pacientes y a sus familiares lo que tienen que hacer para afrontar el problema de salud.	Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre	5 4 3 2 1
	ASERTIVIDAD	16. Cuando el paciente manifiesta equivocadamente	Nunca Rara vez A veces	5 4 3

		una idea acerca de su enfermedad, evito hacer un comentario al respecto, debido a que se encuentra enfermo y podría alterar su situación de salud.	A menudo Siempre	2 1
CUIDADO DE ENFERMERIA	TRATO	1. El paciente se muestra aliviado y tranquilo luego de hablar con la enfermera.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		2. La enfermera es amistosa y agradable, aun cuando él paciente se muestra exaltado, triste o molesto.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		3. La enfermera expresa la verdad al paciente, respecto a la gravedad de su enfermedad y a los procedimientos que se le realizaran.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		4. Cuando la enfermera le realiza algún procedimiento al paciente, lo hace de modo que nadie más lo vea.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
	ACCESIBILIDAD	5. La enfermera se identifica y se presenta ante el paciente.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		6. El uniforme y carné que porta la enfermera la caracteriza como tal.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
	COMPETENCIA	7. La enfermera muestra seguridad al brindar los cuidados de enfermería.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1

		8. La enfermera le brinda al paciente información clara, a lo largo de su permanencia en el hospital.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		9. La enfermera, durante la administración de medicamentos, le explica al paciente para que sirven cada uno de estos.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1
		10. La enfermera proporciona al paciente, cuidados de acuerdo a sus necesidades.	Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca	5 4 3 2 1

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B. –Puno, 2014.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la comunicación que establece la enfermera con el paciente en términos de modo y características.
- Caracterizar la relación terapéutica que la enfermera establece con el paciente en términos de: empatía, aceptación positiva, autenticidad, personalización y asertividad.
- Identificar el cuidado que brinda la enfermera, en términos de: trato, accesibilidad y competencia.
- Establecer la influencia de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado al paciente.

VI. DISEÑO METODOLOGICO:

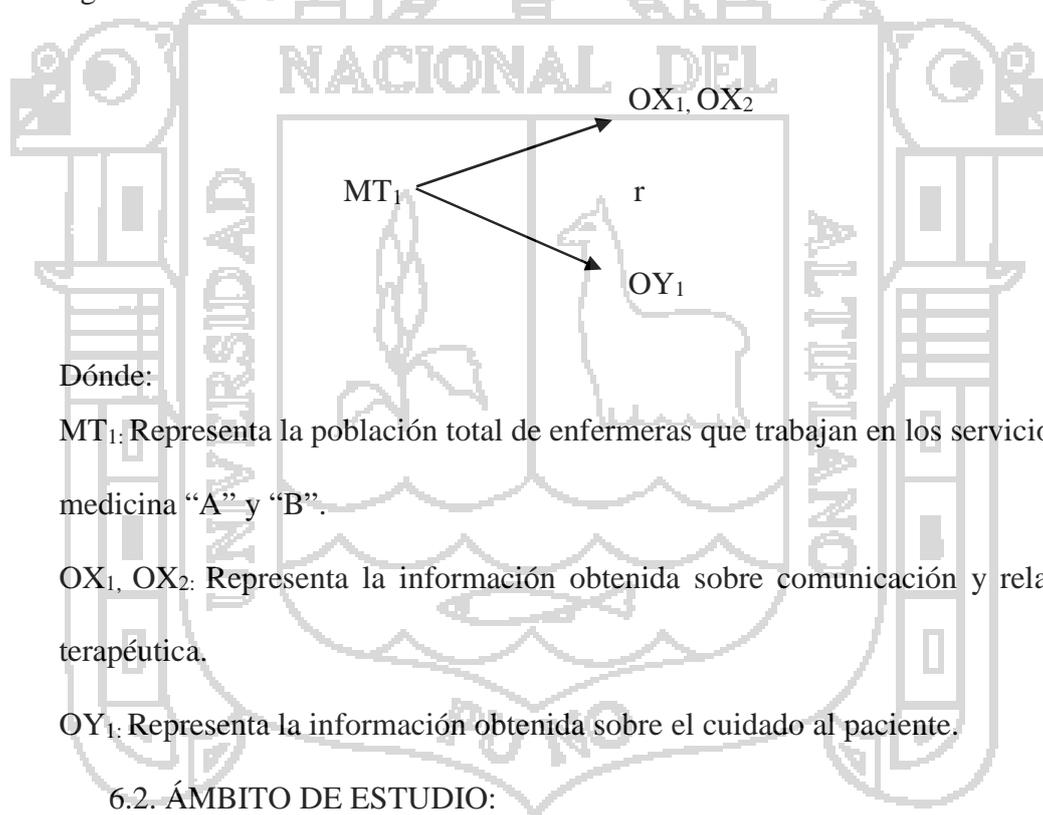
6.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

6.1.1. TIPO DE INVESTIGACION:

El estudio realizado fue de tipo descriptivo- analítico; descriptivo porque muestra los fenómenos tal como se presentan en la realidad y analítico porque permitió establecer el análisis de la relación entre las variables del estudio.

6.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Corresponde al diseño correlacional, porque permite establecer la relación entre la comunicación y relación terapéutica con el cuidado, cuyo diagrama es el siguiente:



Dónde:

MT_1 : Representa la población total de enfermeras que trabajan en los servicios de medicina “A” y “B”.

OX_1, OX_2 : Representa la información obtenida sobre comunicación y relación terapéutica.

OY_1 : Representa la información obtenida sobre el cuidado al paciente.

6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en los servicios de medicina “A” y “B” del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

Dicho hospital pertenece al MINSA, corresponde al nivel II-2 de atención y se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad de Puno (en la avenida El Sol),

limita por el norte con la calle Ricardo Palma, por el oeste con la calle Tacna, por el sur con la calle José Antonio Encinas y por el este con la Avenida El Sol.

Los servicios de medicina, se encuentran ubicados en el segundo piso del ya mencionado nosocomio, por el ala izquierda se encuentra el servicio de medicina “A” y por el ala derecha el servicio de medicina “B”, cada servicio cuenta con 34 camas disponibles distribuidas en ambientes de hospitalización.

El servicio de medicina “A”, brinda atención en las especialidades de: psiquiatría, nefrología, dermatología, neurología, gastroenterología, cardiología y neumología. En tanto que en el servicio de medicina “B”, las patologías más frecuentes de atención son hepatitis, TBC, diabetes mellitus, etc.

La labor de enfermería en ambos servicios se realiza en tres turnos: mañana, tarde y noche.

6.3. POBLACION Y MUESTRA:

La población y muestra la constituyeron, el 100% de enfermeras que laboran en los servicios de medicina “A” y “B” del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

MEDICINA “A”	MEDICINA “B”	TOTAL
5	5	10

6.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

-CRITERIOS DE INCLUSION:

- Profesionales de enfermería, contratadas y nombradas, que laboran en los servicios de medicina “A” y “B”.

6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

A. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Para la recolección de datos en la investigación, se utilizaron las técnicas: encuesta, con la finalidad de recabar información sobre relación terapéutica; y observación, que permitió obtener información sobre las variables: comunicación y cuidado.

B. INSTRUMENTOS:

Para la recolección u obtención de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

✓ **Cuestionario:** Estuvo constituido por las siguientes partes:

1. Encabezado.
2. Introducción o presentación del cuestionario.
3. Datos generales: servicio y fecha de obtención de datos.
4. Sección referida al contenido propiamente dicho: constituido por 16 ítems referidos a la relación terapéutica, de los cuales, los ítems: 1, 3, 7, 8, 9, 11, 13, y 14 fueron positivos, mientras que los ítems: 2, 4, 5, 6, 10, 12,15 y 16 fueron negativos. Teniendo en cuenta que: los ítems positivos, cuando la alternativa “siempre” equivale al máximo puntaje propuesto y negativos, cuando la alternativa “siempre” equivale al mínimo puntaje propuesto.

✓ **Guía de observación:** Fue estructurada de la siguiente forma:

1. Encabezamiento.
2. Introducción.
3. Datos generales.

4. Contenido: conformado por 25 enunciados, de los cuales los 15 primeros fueron respecto a la comunicación y los 10 siguientes respecto al cuidado de enfermería. De los 25 ítems, los ítems: 12 y 13 fueron negativos, en tanto que los demás fueron positivos.

Validez y confiabilidad de los instrumentos:

El cuestionario y guía de observación fueron validados por 03 expertos (3 enfermeras), quienes evaluaron la claridad y cohesión del contenido. Para asegurar la confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto al 10% de la muestra.

6.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

A. COORDINACIÓN:

- Se realizó las coordinaciones con el Decano de la Facultad de Enfermería para dar inicio a los trámites correspondientes para la ejecución del estudio de investigación.
- Se presentó por escrito una solicitud y carta de presentación dirigida al Director del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, con la finalidad de obtener la autorización para la ejecución de la investigación, en los servicios de medicina “A” y “B”.
- Se coordinó con la enfermera jefa del departamento de enfermería con la finalidad de dar a conocer los objetivos de la investigación y solicitar su apoyo durante la ejecución.
- Se coordinó con las enfermeras jefas de enfermería de los servicios de medicina “A” y “B”, con la finalidad de lograr su autorización y apoyo para la ejecución del trabajo de investigación.

B. EJECUCIÓN:

- Una vez realizados los trámites administrativos y coordinaciones pertinentes, la investigadora se constituyó en los servicios de medicina “A” y “B” del HRMNB-Puno, como miembro integrante del equipo de salud de enfermería en diferentes turnos, para recabar la información.
- Los profesionales de enfermería no fueron informados respecto al trabajo de investigación, por lo que la investigadora realizó actividades que no involucraron los aspectos de investigación sobre comunicación y cuidado al paciente.
- Para obtener los datos de las variables comunicación y cuidado, se aplicó la guía de observación a las profesionales de enfermería, a quienes se les hizo un seguimiento tipo sombra durante 2 turnos (1 guardia diurna y una mañana), observándolas en 3 oportunidades.
- Para la recolección de datos sobre relación terapéutica se asistió a los servicios de medicina “A” y “B” en el horario de 3-4pm.
- La investigadora se presentó ante la enfermera de turno para posteriormente entregarle el cuestionario, explicándole los objetivos de la investigación.
- Se permaneció junto a la enfermera, para absolver las preguntas que puedan presentarse en ese momento, sin sugerir respuestas.
- Posteriormente se agradeció a la enfermera por participar en la investigación.

C. CALIFICACION DE LOS INSTRUMENTO:

c.1. De la guía de observación:

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios y puntajes:

- Siempre (5) : Cuando los ítems propuestos sobre comunicación y cuidado, fueron realizados por la enfermera constantemente en las 3 observaciones.

- A menudo (4): Cuando los ítems propuestos sobre comunicación y cuidado fueron realizados por la enfermera en las 3 observaciones, pero no de manera constante.
- A veces (3) : Cuando los ítems propuestos sobre comunicación y cuidado fueron realizados por la enfermera en 2 de las 3 observaciones.
- Rara vez (2) : Cuando los ítems propuestos sobre comunicación y cuidado fueron realizados por la enfermera en 1 de las 3 observaciones.
- Nunca (1) : Cuando los ítems propuestos sobre comunicación y cuidado no fueron realizados por la enfermera en ninguna de las tres observaciones.

c.2. Del cuestionario:

- Siempre (5) : cuando la enfermera realiza la actividad todo el tiempo.
- A menudo (4) : cuando la enfermera realiza la actividad en la mayoría de veces.
- A veces (3) : cuando en ciertas oportunidades la enfermera realiza la actividad.
- Rara vez (2) : cuando en muy pocas veces la enfermera realiza la actividad.
- Nunca (1) : cuando la enfermera en ninguna oportunidad realiza la actividad.

Luego, estos resultados fueron clasificados en 3 niveles para evaluar la comunicación, relación terapéutica y cuidado. Cabe mencionar que los criterios y puntajes anteriores fueron para ítems positivos, en tanto que para los negativos los puntajes se invirtieron.

- Los resultados de **forma general**, fueron clasificados de la siguiente manera:

- *En cuanto a comunicación:*

- Comunicación Buena : 55-75
- Comunicación Regular : 35-54
- Comunicación deficiente : 34

- *En cuanto al cuidado:* Se calificó de acuerdo al nivel de calidad del cuidado, pudiendo ser esta:

- Buena : 40- 50
- Regular : 20-39
- Deficiente : 19

➤ *En cuanto a la relación terapéutica:*

- Relación Terapéutica Buena : 60-80
- Relación Terapéutica Regular : 40-59
- Relación Terapéutica Deficiente : 39

➤ Los resultados de **forma específica**, fueron clasificados de la siguiente manera:

Variable Categoría	COMUNICACION		RELACION TERAPEUTICA		CUIDADO DE ENFERMERIA	
	Dimensión	Puntaje	Dimensión	Puntaje	Dimensión	Puntaje
Bueno	Modo	45-60	Empatía	35-45	Trato	15-20
	Verbal	25-19	Aceptación positiva	12-15	Accesibilidad	8-10
	No verbal	35-26		5	Competencia	15-20
	Características	12-15	Personalización	8-10		
	Volumen	5	Asertividad	5		
	Tono	5				
Velocidad	5					
Regular	Modo	29-49	Empatía	24-34	Trato	9-14
	Verbal	18-12	Aceptación positiva	8-11	Accesibilidad	5-7
	No verbal	25-16		3-4	Competencia	9-14
	Características	8-11	Personalización	5-7		
	Volumen	4-3	Asertividad	3-4		
	Tono	4-3				
Velocidad	4-3					
Deficiente	Modo	28	Empatía	23	Trato	8
	Verbal	11	Aceptación positiva	7	Accesibilidad	4
	No verbal	15		2	Competencia	8
	Características	7	Personalización	4		
	Volumen	2	Asertividad	2		
	Tono	2				
Velocidad	2					

6.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

6.6.1. TABULACION:

Al término de la ejecución y obtención de datos, se procedió a realizar las siguientes acciones:

- Codificación de encuestas.
- Tabulación y organización.

- Finalmente se elaboraron cuadros estadísticos teniendo en cuenta los objetivos y las variables del presente proyecto de investigación.

6.6.2. PRUEBA ESTADISTICA:

Para el presente estudio se utilizó lo siguiente:

a. Estadística descriptiva:

Porcentaje: $P = \frac{X \times 1}{N}$

Dónde: P: Porcentaje

X: Número de casos.

N: Tamaño de muestra.

b. Estadística inferencial:

Se utilizó la prueba estadística Ji- cuadrada, siguiendo los siguientes pasos:

✓ Prueba de Hipótesis:

H_0 = La comunicación y relación terapéutica no influyen en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B. – Puno.

H_a = La comunicación y relación terapéutica influyen en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B. – Puno.

✓ Nivel de significancia:

Alfa= = 0.05

✓ Prueba Estadística:

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^{i=1} \sum_{j=1}^{j=1} = \frac{(o - e)^2}{e}$$

Dónde:

Oij: Frecuencia observada.

Eij: Frecuencia esperada.

X_c^2 = ji- cuadrada calculada

$X^2_{\text{c}} =$ ji- cuadrada tabulada (de tablas estadísticas)

$i =$ Numero de filas

$j =$ Numero de columnas

✓ **Regla de decisión:**

Si $X^2_{\text{c}} > X^2_{\text{c}}$ = Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.





CUADRO 1:

COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA, EN TÉRMINOS DE MODO Y CARACTERÍSTICAS, CON EL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B. -PUNO, 2014

NIVEL DE COMUNICACIÓN		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MODO	VERBAL	2	20%	7	70%	1	10%	10	100%
	NO VERBAL	2	20%	5	50%	3	30%	10	100%
CARACTERÍSTICAS	VOLUMEN	0	0%	4	40%	6	60%	10	100%
	TONO	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%
	VELOCIDAD	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%

FUENTE: Guía de observación aplicada en la investigación.

El cuadro refleja respecto a modo de comunicación verbal, que el 70% de enfermeras lo establece en un nivel regular, 20% lo hace en un nivel bueno, mientras que el 10% restante lo establece en un nivel deficiente; en cuanto al modo no verbal de comunicación, el 50% de enfermeras lo establece en un nivel regular, 30% lo hace en un nivel deficiente, mientras que el 20% restante lo establece en un nivel bueno. Así mismo se aprecia, en cuanto a: volumen de la comunicación, que el 40% de enfermeras la utiliza en un nivel medianamente adecuado, seguido por el 60% que lo usa en un nivel deficiente; respecto a tono, el 80% de enfermeras la usa en un nivel regular, seguido por el 20% que lo hace en un nivel deficiente; en cuanto a velocidad, el 80% la utiliza en un nivel medianamente adecuado, en tanto que el 20% restante lo hace en un nivel deficiente.

Al respecto de **modo de comunicación** ALFARO LUCIA, realizó un estudio de investigación con el objetivo de conocer la comunicación que existe entre la enfermera y el usuario hospitalizado, cuyo resultado mostró que existía una buena comunicación verbal entre ambos, aunque destaca que un mínimo porcentaje de este personal no llama

por su nombre ni saluda a los pacientes, además menciona como obstáculo para la comunicación el tiempo y el poco uso de gestos.

Por su parte JORCANO PILAR, hizo un estudio de investigación cuyo objetivo fue el de analizar el nivel de conocimientos de las expresiones de comunicación no verbal en enfermeras que trabajan en las unidades quirúrgicas y estimar el impacto de la misma en la calidad de los cuidados, obteniéndose los siguientes resultados: La mirada es la forma de comunicación no verbal más empleada por la enfermeras (44%), seguido del tacto (29%), y la sonrisa (27%). Del mismo modo LOPEZ y VARGAS, estudiaron los elementos verbales, vocales y visuales más significativos entre el personal de enfermería y usuarios; cuyos resultados proyectaron que el 7% lo constituye el elemento verbal, el 30% el vocal y el 55% el visual.

Al respecto MARRINER, señala que la comunicación es complicada cuando el emisor utiliza palabras que al receptor no le son familiares, no se comunica con la mentalidad del receptor o hace el mensaje largo o complicado. Del mismo modo JORCANO PILAR menciona “las palabras son hermosas, fascinantes e importantes, pero las hemos sobreestimado en exceso, ya que no representan la totalidad, ni siquiera la mitad del mensaje. Más aun como sugirió cierto científico: “las palabras son los elementos que emplea el hombre cuando todo lo demás falla”

Referente a **características comunicativas**, JORCANO PILAR, realizó un estudio de investigación con el objetivo de analizar el nivel de conocimientos de las expresiones de comunicación no verbal en las enfermeras de unidades quirúrgicas y estimar su impacto en la calidad de los cuidados, cuyos resultados fueron: El tono de voz empleado por la enfermera es en general suave (69%), tranquilizador (15%) y en ocasiones indiferente (16%), consiguiendo que el paciente esté tranquilo o que manifieste dolor.

La misma autora antes mencionada hace mención a que ya no son importantes las cosas que hacemos y decimos sino como las hacemos y como las decimos.

Por su parte ARAUJO, menciona que, el volumen, la altura, la velocidad, la enunciación, y la resonancia de la voz del que habla son factores que influyen en la facilidad de los demás para entender el mensaje.

Los resultados de la investigación muestran que el modo verbal de comunicación es predominantemente regular, lo cual difiere con lo hallado por Alfaro, quien encontró niveles óptimos de este modo de comunicación. Por otro lado en el presente estudio se encontró niveles de comunicación no verbal entre regular y deficiente, situación que es semejante a lo encontrado por Jorcano, quien da a conocer en su estudio que la forma de comunicación menos conocida y por ende usada es la no verbal; en el estudio de López se encontró que la comunicación no verbal es la más significativa para la enfermera y paciente. De lo anterior se deduce que el modo de comunicación más significativo entre enfermera- paciente es la no verbal, y es precisamente ésta en el que la enfermera tiene poco dominio y experiencia de uso, tal como lo demuestran los resultados actuales, razón por la que la enfermera no puede lograr niveles óptimos de comunicación. La actual investigación muestra también que las enfermeras utilizan el tono y velocidad de la voz en un nivel predominantemente regular, en tanto que el volumen que ellas usan es de un nivel deficiente en mayor proporción, resultado que difiere con lo hallado por Jorcano, quien concluyó que el tono de voz usado por la enfermera es óptimo. De lo anterior se deduce que el volumen de voz es el que está siendo mal utilizado por las enfermeras; así mismo que la enfermera está confundiendo volumen con tono, poniendo a ambas pocas o ninguna vez en práctica, arriesgándose a que sus mensajes no sean comprendidos completamente por los pacientes y ocasionando un retraso en su recuperación.

CUADRO 2:

**RELACIÓN TERAPÉUTICA QUE ESTABLECE LA ENFERMERA, EN
TÉRMINOS DE EMPATÍA, ACEPTACIÓN POSITIVA, AUTENTICIDAD,
PERSONALIZACIÓN Y ASERTIVIDAD, CON EL PACIENTE DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B. -PUNO, 2014**

NIVEL DE R. TERAPEUTICA	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>EMPATÍA</i>	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%
<i>ACEPTACIÓN POSITIVA</i>	0	0%	6	60%	4	40%	10	100%
<i>AUTENTICIDAD</i>	1	10%	7	70%	2	20%	10	100%
<i>PERSONALIZACIÓN</i>	1	10%	7	70%	2	20%	10	100%
<i>ASERTIVIDAD</i>	2	20%	6	60%	2	20%	10	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en la investigación.

En el cuadro se aprecia respecto a la “dimensión empatía”, que el 80% de enfermeras es empática con el paciente en un nivel regular, y 20% no lo es; respecto a “la aceptación positiva”, el 60% de enfermeras acepta positivamente al paciente en un nivel regular, mientras que el 40% no lo hace; en cuanto a “la autenticidad”, el 70% de enfermeras es auténtica con el paciente en un nivel regular, 10% lo es en un nivel bueno, mientras que 20% no lo es; en cuanto a “la personalización”, el 70% de enfermeras personaliza al paciente en un nivel regular, 10% lo hace en un nivel bueno, en tanto que 20% no lo hace; respecto a “la asertividad”, 60% de enfermeras es asertiva en un nivel regular, 20% lo es en un nivel bueno, mientras que el 20% restante de enfermeras no lo es.

Al respecto SANCHEZ DELGADO, en su estudio titulado empatía y desgaste profesional en enfermería, obtuvo como resultado que las enfermeras presentaron

niveles de empatía total por encima del percentil 50, ubicándose en el percentil 62 el ponerse en el lugar del otro.

Por su parte RIVERA LUZ en su estudio titulado “Percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería”, obtiene que uno de los comportamientos de enfermería que fueron percibidos en menor medida por el usuario fue la empatía (77.7%).

Al respecto QUISPE HELEN, realizó un estudio de investigación con el objetivo de conocer la relación entre la comunicación terapéutica de la enfermera frente al paciente candidato a cirugía y su relación con el nivel de ansiedad, cuyo resultado fue: En la aceptación, se observa que el 44.12% de pacientes consideran que es regular; 32,35% consideran que es bueno y 23.53% consideran que es deficiente.

Según BADOZ LOPEZ menciona que existen múltiples técnicas humanas que facilitan la relación terapéutica entre enfermera-paciente, tales técnicas son: “la empatía”, a la cual describe como la posibilidad de sentir con el otro pero no lo mismo que el otro, ya que si fuera este el caso, estaríamos hablando de simpatía, término que pone mayor énfasis en los sentimientos de uno mismo y menos atención en lo que siente el paciente, una persona empática es alguien que cuenta con una buena capacidad de escucha, diestra en leer “pistas” no verbales; sabe cuándo hablar y cuando no, todo lo cual le facilita el camino para regular de manera constructiva las emociones de los demás, beneficiando así sus relaciones interpersonales; “la aceptación positiva” que implica reconocer al individuo como una persona valiosa, ello supone respetar y aceptar al paciente como persona total, tal y como es, sin entrar en valoraciones críticas o éticas acerca de su forma de ser o sentir; “la personalización”, término que pretende hacer que el paciente acepte el problema de salud como suyo, pues es el paciente quien tiene el problema de salud y es él quien tiene que superarlo; “la asertividad”, comprendida como

un estilo de comunicación mediante la cual se realiza una expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos y opiniones sin agredir ni ser agredido y cuyo uso está determinado por muchos factores .

Respecto a este último aspecto CANOVAS TOMAS menciona que uno de los factores que determina la asertividad en enfermeras es la falta de tiempo, pero también, es debido a la ansiedad que el profesional sufre si el paciente o la familia le preguntan y no van a saber que decir, o bien a ciertos problemas de no saber cómo relacionarse. Por decirlo de este modo, es el miedo que se tiene a meter “el dedo en la llaga” cuando se encuentran con el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de la persona que cuidan o la familia. Además menciona que “la autenticidad” es mostrarse tal y como uno es, a través de las autorevelaciones, que ayudan a que la enfermera sea vista por el paciente de modo más favorable y puedan mejorar los resultados del tratamiento.

Los resultados obtenidos demuestran que la empatía en enfermeras es predominantemente regular, resultado semejante al obtenido por Sánchez y diferente al de Rivera, quien halló que la empatía en enfermeras es de un nivel deficiente. Los resultados de la actual investigación, reflejan en cuanto a la empatía, que la enfermera tiene poca capacidad de escucha, es poco diestra en leer los actos no verbales y sabe intervenir en muy pocas ocasiones con acciones y opiniones oportunas; perjudicando así la relación terapéutica con sus pacientes. Así mismo referente a la aceptación positiva, los resultados demuestran un nivel de aceptación positiva predominantemente regular, resultado similar a lo hallado por Quispe Helen y diferente en el sentido de que en el actual estudio no existe lo óptimo, lo que indica que son cada vez más las enfermeras que rechazan las actitudes del paciente y no atienden a sus necesidades sino que las dan por evidentes, haciéndose ver con ellos como insensibles y poco merecedores de su confianza. Los resultados respecto a autenticidad sugieren que las enfermeras son poco

transparentes y con poca capacidad para usar oportunamente auto revelaciones; razones por las que inspiran al paciente poca confianza y hacen que éste no manifieste abiertamente todas sus necesidades. En cuanto a personalización se da a conocer que la enfermera comunica al paciente que es éste el protagonista de su propia salud y que de él depende su recuperación, mas no propicia con hechos su participación activa, razón por la que solo está logrando un nivel de personalización regular incluso deficiente más no óptimo. Los resultados en cuanto a asertividad dan credibilidad al marco teórico propuesto por Cinaval, al indicar que la mayoría de enfermeras tienen cierto problema de no saber relacionarse y por ende suprimen frecuentemente sus propias ideas con tal de no empeorar la situación de salud del paciente, ocasionando que se promuevan con menor continuidad los cambios de conducta de éste.

Finalmente, se concluye que la enfermera no usa correctamente las técnicas humanas, y por el contrario está mostrando una mayor cercanía al profesionalismo, es decir distancia, frialdad, directivismo, autoritarismo, etc., que lo único que hacen es entorpecer la relación enfermera- paciente y generar un distanciamiento entre ambos, contribuyendo poco a la obtención del bienestar de éste último.

CUADRO 3:

**CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA, EN TÉRMINOS DE TRATO,
ACCESIBILIDAD Y COMPETENCIA, AL PACIENTE DEL SERVICIO DE
MEDICINA DEL H.R.M.N.B. -PUNO, 2014**

NIVEL DE CUIDADO DIMENSIONES DEL CUIDADO	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>TRATO</i>	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%
<i>ACCESIBILIDAD</i>	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%
<i>COMPETENCIA</i>	0	0%	9	90%	1	10%	10	100%

FUENTE: Guía de observación aplicada en la investigación.

En el cuadro se aprecia en relación a “trato”, que el 80% de enfermeras brinda un trato en un nivel regular, mientras que el 20% lo hace en un nivel deficiente; respecto a “accesibilidad”, el 80% de enfermeras es accesible en un nivel regular y 20% no lo es; en cuanto a “competencia”, el 90% de enfermeras es competente en un nivel regular y 10% no lo es.

Al respecto JAEN BALDARRAGO, realizó un estudio en donde se reveló que si el personal del servicio de hospitalización de cirugía y medicina diera un trato amable y cortés, se resolvería el problema de insatisfacción en un 40.6%.

Por otro lado DONABEDIAN manifiesta que la competencia de la enfermera es: adquirir conocimientos y habilidades que hacen saber estar en el ejercicio profesional. Así, combinando estos dos elementos de habilidad y conocimiento dentro de una relación se obtiene una manera distinta de visualizar la relación enfermera-paciente, se adquiere un grado de madurez para dar respuesta a las necesidades individuales, habilidad en la comunicación, y conexión con el cuidado, lo que trae como resultado

una expresión de satisfacción por parte del paciente de sentirse escuchado y comprendido, además de la satisfacción personal de la enfermera.

Los resultados revelan respecto a “trato”, que la totalidad de enfermeras la brinda en un nivel regular a deficiente, resultado que difiere con lo hallado por Baldarrago, quien encontró aunque sea un porcentaje mínimo de profesionales de enfermería que brindan un trato amable y cortés, por lo que se deduce que la enfermera está siendo cada vez más insensible (incomprensiva, dura e irrespetuosa) ante el usuario, ocasionándole insatisfacción; en cuanto a “accesibilidad”, demuestran que la totalidad de enfermeras son accesibles ante el paciente en un nivel regular a deficiente, siendo la primera de ellas la de mayor proporción, esto sugiere que la enfermera pocas veces se presenta e identifica ante el paciente y aunque sí usa el uniforme correctamente esto no es suficiente para lograr que éste la reconozca y la llame por su nombre cuando la necesite; respecto a “competencia”, los resultados difieren con el marco conceptual propuesto por Donabedian, quien menciona que mientras más experiencia laboral tenga la enfermera mejor nivel de comunicación y relación terapéutica alcanzará, pues el tener mayor seguridad y relajamiento en los procedimientos le da a la enfermera mayor posibilidad de ser oportuna con sus cuidados; aspectos que no se cumplen en los resultados obtenidos en el actual estudio, pues a pesar de ser la población estudiada en su mayoría enfermeras con muchos años de experiencia hospitalaria, no existen mejoras en los cuidados que ella brinda, lo que ocasiona la insatisfacción del usuario y al mismo tiempo el de la enfermera (al no aportar eficientemente en la recuperación del paciente).

CUADRO 4:

**INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO AL PACIENTE
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B. -PUNO, 2014**

NIVEL DE CUIDADO NIVEL DE COMUNICACION	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENA	0	0%	2	20%	0	0%	2	20%
REGULAR	0	0%	6	60%	0	0%	6	60%
DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%
TOTAL	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en la investigación.

En el cuadro se aprecia que, del 80% de enfermeras que brindan un cuidado regular, el 60% establece con el paciente una comunicación del mismo nivel, en tanto que el 20% lo hace en un nivel bueno. Además el 20% restante de enfermeras que brindan al paciente un cuidado deficiente establecen con él una deficiente comunicación.

Al respecto BOND y TOMAS, encontraron que entre un 30 y un 50 % de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal. La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos. Además, la deficiente comunicación profesional-usuario suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, perjudicando a su recuperación.

Para BAGGIO la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de "cuidar". Se revela como una pieza esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro. Llega a explicar que solo cuando se establece una correcta comunicación entre enfermera- paciente, es cuando se descubren sus necesidades y se da la posibilidad de brindar cuidados de calidad, que las cubran en su totalidad. Así mismo POTTER y PERRY, concluyen que la comunicación es un factor que determina la buena práctica de

los cuidados de enfermería. Además esta debe ser clara y sencilla para todos los clientes, es decir con las mismas palabras que ellos entiendan, ya que cada persona siente, interpreta y comprende los hechos de forma diferente.

Los resultados concuerdan con los Bond y Tomas, al señalar que la enfermera tiene problemas en la efectividad de sus cuidados a consecuencia de un nivel de comunicación regular a deficiente con el paciente, caso que difiere con lo señalado por Baggio y Potter, que son lo ideal en toda comunicación; porque al existir mayor proporción de enfermeras que establecen con el paciente una comunicación regular que no llega a lo óptimo y que por el contrario tienen cierta tendencia a lo deficiente, se privan de enriquecer sus conocimientos con las experiencias vividas y necesidades no expresadas del paciente, brindando cuidados poco eficaces y de poca calidad, que a su vez perjudican la recuperación del paciente, retrasando su tratamiento y ocasionándole insatisfacción.

Al realizar la prueba estadística Ji cuadrada ($X^2_{calculada} = 10$ es mayor que $X^2_{tabulada} = 5.991$), con un nivel de significancia de 0.05 y 2 grados de libertad, la prueba aplicada indica que existe diferencia estadística entre la comunicación y cuidado brindado al paciente, por lo que se decide rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, que indica que la comunicación influye en el cuidado brindado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B. -Puno.

Por otro lado, los resultados ilustrados en el *Anexo N° 1*, demuestran que existe un mayor porcentaje de enfermeras que brindan un cuidado regular utilizando un modo de comunicación entre regular y bueno, para demostrar la existencia de relación entre modo de comunicación y cuidado se utilizó la prueba estadística antes mencionada (ji cuadrada), concluyéndose que el modo de comunicación influye en el cuidado, dado que: $X^2_c = 10 > X^2_t = 5.9915$, siendo específicamente el modo de comunicación no verbal

el que si influye en el cuidado de enfermería brindado al paciente, lo que llama la atención, pues la enfermera tan solo está logrando un nivel de comunicación no verbal regular mas no óptimo(*Anexo N° 2*), probablemente porque está prestando más atención al uso de la comunicación verbal(palabras) más que la no verbal(mirada, gestos, etc.), por lo que en ocasiones olvida interpretar los gestos, movimientos y posturas con los que el paciente expresa sus necesidades, llevándola a brindar cuidados que no cubran las expectativas del paciente y que aporten poco a la recuperación de éste. Finalmente se desprende estadísticamente que, las características de la comunicación no influyen en el cuidado (siendo $\chi^2=1.406 < \chi^2=3.841$), así como tampoco lo hacen el volumen, tono y velocidad de la voz. (*Anexo N° 3*)



CUADRO 5:

**INFLUENCIA DE LA RELACIÓN TERAPEÚTICA EN EL CUIDADO AL
PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B. -PUNO, 2014**

NIVEL DE CUIDADO NIVEL R. TERAPEUTICA	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENA	0	0%	1	10%	0	0%	1	10%
REGULAR	0	0%	7	70%	0	0%	7	70%
DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%
TOTAL	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%

FUENTE: Cuestionario y Guía de observación aplicadas en la investigación.

Del cuadro se desprende que del 80% de enfermeras que brindan un cuidado regular, el 70% establece con el paciente una relación terapéutica del mismo nivel, en tanto que el 10% lo hace en un nivel bueno. Además el 20% restante de enfermeras que brindan al paciente un cuidado deficiente establecen con él una deficiente relación terapéutica.

Al respecto MOLINA CARDONA encontró que el 60% de la satisfacción de los pacientes se relaciona directamente con la interacción que tienen con el personal de enfermería. Y son casi lógicos estos hallazgos ya que el personal de enfermería es quien está a cargo del paciente las 24 horas del día, es a quien le expresa sus necesidades, miedos, síntomas y demás expresiones que orientan la evolución de su proceso; de ahí que si la interacción de la enfermera con el sujeto de cuidado es la adecuada, puede beneficiar favorablemente el proceso de atención, anticipándose a complicaciones, y estableciéndose el cuidado oportuno que finalmente conlleve a la satisfacción del mismo.

Referente a esto HINOJOSA MARIA y GALINDO HILARIA, encontraron como resultado que “la enfermera de los servicios de cirugía nunca establece relaciones interpersonales en la atención del paciente hospitalizado”.

Frente a éste tema CABELLO KORRODI Y VIDAL BLAN, entienden a la relación terapéutica como el encuentro entre enfermera- paciente, guiado hacia un objetivo común, que es la vivencia de experiencias de salud. Por otro lado señalan también que el objetivo de esta relación es de ayuda más no enseñanza, ya que el agente del cambio personal es el propio usuario.

Por su parte La escuela de Enfermería de Lérida resalta la importancia y la complejidad de esta relación terapéutica y la poca preparación del personal de enfermería en este campo.

Según MCDONALD P, si la relación entre profesional sanitario y paciente no es efectiva, hay más problemas y menos resultados. Una efectiva relación terapéutica es buena tanto para el paciente como para la enfermera, ya que el cuidado que se establece es recíproco. Al establecer esta relación es obvio que el profesional ayuda al paciente, pero el sanitario también recibe algo a cambio tanto en el ámbito profesional como personal (facilita el crecimiento personal y laboral).

Los resultados obtenidos, se asemejan a los estudios de Ganz y Howard al señalar a la relación terapéutica como determinante de la calidad del cuidado y al mismo tiempo coinciden con los hallados por Hinojosa et al. y Korrodi et al. al demostrar que la relación terapéutica entre enfermera- paciente es de un nivel regular a deficiente, lo que sugiere que aún existen más problemas (complicaciones, estados de ansiedad, entre otros) y menos resultados (menor tiempo de recuperación, mayor adherencia al tratamiento, autocuidado y satisfacción) en el cuidado de este último, siendo probablemente las principales causas de esta relación terapéutica poco adecuada, el poco conocimiento y preparación de la enfermera en este aspecto (tal como lo sugiere la escuela de Lérida).

Al realizar la prueba estadística Ji cuadrada ($X^2_{calculada}= 10$ es mayor que $X^2_{tabulada}= 5.991$), con un nivel de significancia de 0.05 y 2 grados de libertad, la prueba aplicada indica que existe diferencia estadística entre la relación terapéutica y el cuidado brindado al paciente, por lo tanto la relación terapéutica influye directamente en el cuidado brindado al paciente del servicio de medicina. Además mediante la misma prueba estadística (ji cuadrada) se demuestra que la empatía, autenticidad, personalización y asertividad influyen en el cuidado al paciente, en tanto que la aceptación positiva no, dado que: $X^2_c=3.75 < X^2_f=3.841$. (Anexo N° 4 y N° 5)

Según BADOZ LOPEZ las técnicas humanas que conforman el marco de la relación en enfermería son: empatía, aceptación positiva, autenticidad, personalización y asertividad. La misma autora señala que la enfermera debe estar atenta para no simpatizar demasiado con la vivencia del cliente hasta el punto de confundir su experiencia con la del otro y dejar de tratarlo desde su significado individual, del mismo modo propone que aceptación positiva es aceptar los comportamientos del paciente como naturales. BARRET Y BERMAN, hicieron un estudio respecto a autenticidad, encontrando que los pacientes en la condición de mayor autorrevelación del terapeuta mejoraron más, al menos a corto plazo, e informaron de un mayor agrado hacia el terapeuta que los clientes en la condición de autorrevelación limitada, mientras que BEUTLER, MACHADO Y NEUFELT hallaron que no existe una relación positiva entre la auto revelación del profesional de salud y el beneficio derivado del tratamiento. Al respecto de personalización, la Agencia Valenciana de Salud, en su estudio de investigación concluyó que uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es la enorme insatisfacción de los enfermos frente a las relaciones personales y a los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios, siendo una de las quejas más frecuentes el que no participan en las decisiones de tratamiento.

En cuanto a asertividad, el estudio realizado por CABRERA EL AL. para analizar el grado de asertividad, indicó grados de asertividad bajos.

Por lo tanto se puede afirmar que los cuidados de enfermería son de un nivel regular porque la relación terapéutica expresada a través de técnicas humanas son de un nivel regular también, en este sentido se habla de la posibilidad de que la enfermera este confundiendo empatía con simpatía, dejando de tratar al paciente desde su significado individual; se puede dilucidar también que está aceptando al paciente de manera poco efectiva, puesto que aun la enfermera no comprende por completo la naturaleza del paciente; en cuanto a autenticidad, existen enfermeras medianamente auténticas; la personalización es de un nivel regular, evidenciándose por las quejas de los pacientes de no participar en las decisiones del tratamiento, tal como lo menciona la Agencia Valenciana de Salud; finalmente lo mismo ocurre con la asertividad, puesto que no está siendo utilizada adecuadamente por la enfermera. Todo lo anterior lleva a afirmar que la relación enfermera- paciente no está basada en la confianza absoluta, por lo que el paciente no expresa todas sus inquietudes y preocupaciones a la enfermera, haciendo que esta última dé los cuidados que crea necesarios pero que en ocasiones no son los requeridos por el paciente, además el poco entendimiento de la enfermera sobre aceptación positiva hace que el paciente la vea como insensible y poco confiable, al mismo tiempo se desprende que las enfermeras no están autorevelando sus experiencias de modo adecuado, y que la participación y colaboración del paciente para el restablecimiento de su salud es reducida, lo que provoca un retraso en su recuperación y poco éxito en los cuidados; como se puede ver el uso de técnicas humanas en la relación terapéutica mejora la confianza entre enfermera- paciente y a la vez facilita a la enfermera la obtención de información sobre las necesidades físicas y psicológicas del paciente, potenciando los cuidados que brinda.

VIII. CONCLUSIONES:

PRIMERA:

-El modo de comunicación verbal es predominantemente regular; en tanto que el modo no verbal es regular con tendencia a lo deficiente, dado que la enfermera tiene poco dominio y experiencia en el uso de actos no verbales como: mirada, gestos, posturas, etc.

-La velocidad y el tono de voz empleados por la enfermera son de un nivel regular en mayor proporción, en tanto que el volumen tiene cierto predominio hacia lo deficiente, lo que supone que la enfermera está usando un volumen de voz inadecuado, arriesgándose a que sus mensajes no sean totalmente entendidos por el paciente.

SEGUNDA:

La relación terapéutica que la enfermera entabla con el paciente, según los aspectos de: “empatía”, “aceptación positiva”, “autenticidad”, “personalización” y “asertividad”, es regular en mayor proporción, indicando que la enfermera no está usando correctamente las técnicas humanas y por el contrario están mostrando una mayor cercanía hacia el profesionalismo, que implica la distancia, frialdad y directivismo, que lo único que hacen es entorpecer la relación enfermera- paciente y generar un distanciamiento entre ambos, contribuyendo poco a la obtención del bienestar del paciente.

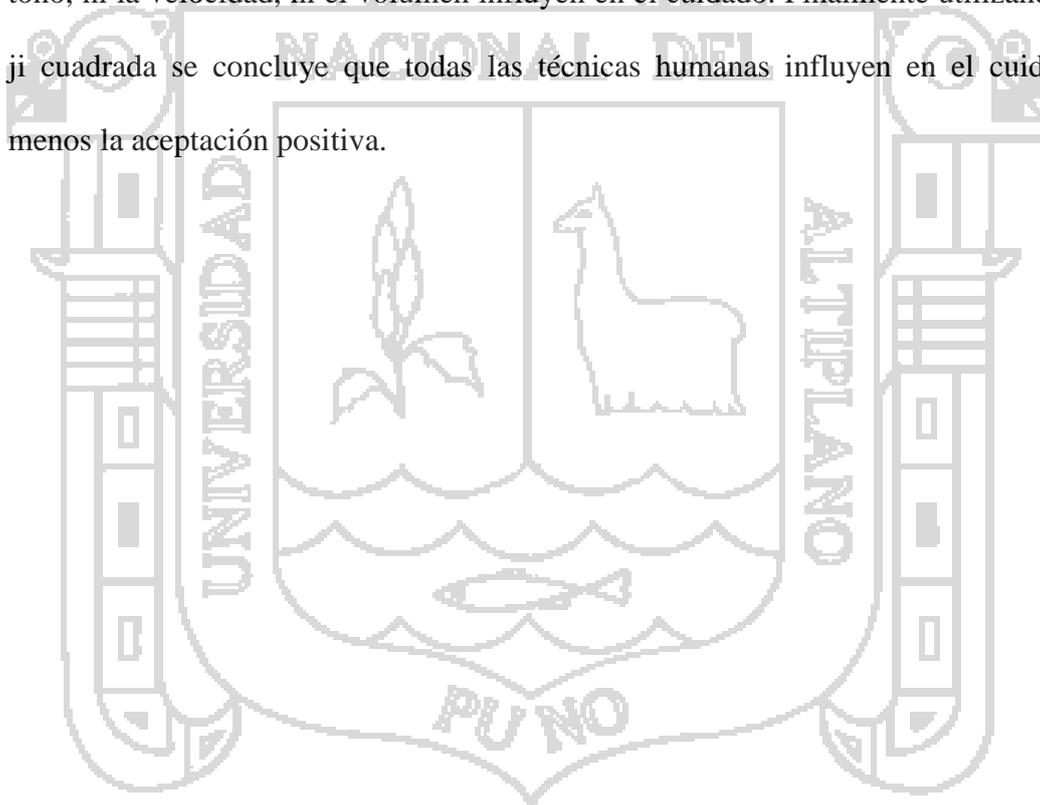
TERCERA:

El cuidado que brinda la enfermera al paciente, en términos de “trato”, “accesibilidad” y “competencia”, es de un nivel predominantemente regular, seguido por lo deficiente en un mínimo porcentaje. Por lo que se deduce que la enfermera es poco amable, comprensiva y respetuosa de la intimidad del paciente;

ocasionalmente se presenta por su nombre; e informa rara vez al paciente sobre los procedimientos que se le realizará.

CUARTA:

Estadísticamente, mediante la prueba Chi cuadrada se confirma la influencia de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado de enfermería brindado al paciente. Utilizando el mismo diseño estadístico se encontró que el modo de la comunicación influye en el cuidado, siendo el modo no verbal el más significativo en el cuidado, en tanto que el modo verbal no; además no se halló diferencia estadística entre las características de la comunicación y el cuidado, por lo que ni el tono, ni la velocidad, ni el volumen influyen en el cuidado. Finalmente utilizando la ji cuadrada se concluye que todas las técnicas humanas influyen en el cuidado, menos la aceptación positiva.



IX. RECOMENDACIONES:**AL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO:****Jefatura del departamento de enfermería:**

Organizar talleres de fortalecimiento para el profesional de enfermería sobre la calidad del cuidado, con énfasis en la comunicación y la relación terapéutica.

AL PROFESIONAL DE ENFERMERA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA:

-Fortalecer constantemente su desarrollo profesional y personal, actualizando y ampliando sus conocimientos en temas de comunicación, relación terapéutica y cuidados de enfermería humanizados.

-Establecer una comunicación y relación terapéutica con el paciente, basada en el uso de técnicas humanas (empatía, aceptación positiva, personalización y asertividad) y actos no verbales (mirada, gestos, movimientos), a fin de contribuir en la mejora de la calidad de cuidados de enfermería.

A LA FACULTAD DE ENFERMERIA:

A través de la dirección de la escuela profesional, implementar como etapa previa al examen de conocimientos, un examen de aptitud vocacional para postulantes, que permita evaluar la inclinación hacia la profesión de enfermería y garantizar su formación profesional.

A LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA:

Continuar inculcando en los estudiantes, la práctica de valores éticos, humanísticos y holísticos, que deben tener los cuidados de enfermería que brinda al paciente, durante su formación pre profesional.

A LOS BACHILLERES Y ESTUDIANTES:

- Proponer estudios de investigación respecto a comunicación, relación terapéutica y cuidado de enfermería, con la totalidad de enfermeras del área asistencial del H.R.M.N.B.-PUNO, que permita garantizar la generalización de resultados.
- Realizar trabajos de investigación sobre comunicación y relación terapéutica, desde la perspectiva del paciente.
- Realizar estudios comparativos, entre hospitales privados y públicos, a fin de hallar otros factores de tipo socio laborales que intervienen en la calidad de cuidados.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rodríguez M.C. / Nurse-patient interaction and its repercussion to hospital care. Part 1. ENEO-UNAM [en línea] Diciembre 2011 [Fecha de acceso 19 de enero del 2014]. URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005
2. Universidad Nacional de Córdoba. Relación enfermera paciente en las unidades de terapia intensiva. [en línea]/ [Fecha de acceso 18 de enero del 2014]. URL disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf
3. Escuela Universitaria de Enfermería/ Sanz J., García M.C. y Fernández M.M. / La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial-hacia el plan de acogida y acompañamiento. [en línea][Fecha de acceso 15 de enero del 2014]. URL disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21526/1/2009_2.pdf
4. Müggenburg M. y Riveros A. / Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. ENEO-UNAM [en línea] Enero-Marzo 2012 / [Fecha de acceso 19 de enero del 2014]; Vol. 9. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2012/eu121e.pdf>
5. Sierra M. C. /Factores que influyen en la satisfacción del paciente oncológico con el cuidado de enfermería. [en línea]/ [Fecha de acceso 18 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116254.pdf>
6. Vidal R., Adamus J. y Feliu B. / Therapeutic relationship: the pillar of the nursing profession. [en línea]/ [Fecha de acceso 15 de enero del 2014]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext
7. Agencia Valenciana de Salud/ Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. [en línea] / [Fecha de acceso 22 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://comsalud.umh.es/files/2011/12/Tecnicas-comunicacion-enfermeria.pdf>
8. Jaén Y. / Nivel de satisfacción del usuario sobre calidad de atención en los servicios de cirugía y medicina del HRMNB. [Tesis] UNA Puno 2005
9. Silva Y. / Calidad de los servicios privados de salud. [en línea] / [Fecha de acceso 14 de abril del 2014].URL disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182005000100011
10. Cibanal J., Arce M.C., Siles J. y Galao R. / Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda en enfermería. [en línea] [Fecha de acceso 15 de enero del 2014]. URL disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2011/cuestion.htm>
11. Cabrera J. et al. / Asertividad en enfermería, una característica de la profesión en enfermería clínica/ pg. 98-103

12. Molina E. M. / Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un Servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá. [en línea] [Fecha de acceso 15 de enero del 2014]. URL <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>
13. Rivera L.N. y Triana A. / Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la clínica Contry/ [Tesis] Universidad nacional de Colombia 2007
14. Jorcano P. / La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. [En línea]/ [Fecha de acceso 12 de enero del 2014]. URL disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.pdf>
15. Escuela universitaria de ciencias de la salud/ guía informativa/ universidad de Zaragoza (2002-2003).
16. Alfaro L. / Comunicación verbal entre la enfermera y el usuario hospitalizado. [en línea]/ [Fecha de acceso 21 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/992/1/tesis-0298.pdf>
17. Sánchez J. y Mora H. / Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica del hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz de Los Teques, Caracas 2009. [en línea]/ [Fecha de acceso el 15 de julio del 2014]. URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1771/5/Empatia-y-desgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-de-salud-mental-y-psiquiatrica>
18. Arista G. / “Interacción Enfermera Paciente en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”/ [Tesis] Lima 2003
19. López y Vargas/ Lenguaje corporal. [en línea]/ [Fecha de acceso 15 de julio del 2014]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/kenogens/lenguaje-no-verbal-25124933>
20. Hinojosa M. y Galindo H. / Relaciones Interpersonales que el Enfermero, establece en la Atención Del Paciente Hospitalizado De Los Servicios de Cirugía Y Medicina del HRMNB/ [Tesis] UNA Puno 1991.
21. Pilco M. / “Calidad de interrelación enfermera paciente, según la teoría de Hildegard Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano”/ [Tesis] UNA Puno 2010.
22. Quispe H.C. / Comunicación terapéutica de la enfermera frente al paciente candidato a cirugía y su relación con el nivel de ansiedad del HRMNB-Puno/ [Tesis] UNA- Puno 2004
23. Aguilar R. / La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional, estudio comparativo entre dos hospitales. [en línea] [Fecha de acceso 14 de abril del 2014]. URL disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf
24. Prieto I. / Comunicación asertiva en enfermería.[en línea] [Fecha de acceso 21 de marzo del 2012].URL disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37

25. La comunicación en enfermería. [en línea] [Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://alejandraidarraga.blogspot.com/2007/09/comunicacin-terapeutica.html>
26. Alfaro L. / Comunicación verbal entre la enfermera y el usuario hospitalizado/ Universidad Veracruzana 2005. [en línea] [Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/992/1/tesis-0298.pdf>
27. Potter y Perry/ “Fundamentos de enfermería”/ Tomo I/ 5ta edición- 2003
28. Aguilar R. / La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales. [en línea][Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf
29. Jorcano P. / La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad- Universidad de Zaragoza. [en línea] [Fecha de acceso 15 de julio del 2014]. URL disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.pdf>
30. Tono y volumen de voz. [en línea] [Fecha de acceso 03 de agosto del 2014]. URL disponible en: http://www.ehowenespanol.com/tono-voz-sobre_41871/
31. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. [en línea] [Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1037-2006.pdf>
32. García M.I., López M.N. y Vicente M.J. / Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿falta de tiempo? [en línea] [Fecha de acceso 15 de julio del 2014]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300010&script=sci_arttext
33. Vidal R. / Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. [en línea] [Fecha de acceso 21 de enero del 2014]. URL disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17f02.pdf>
34. Badoz A. y García E. / Habilidades terapéuticas. [en línea] [Fecha de acceso 19 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
35. Humanizar la relación con las personas enfermas. [en línea][Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en: http://www.adsis.org/pdf/humanizar_la_relacion_con_las_personas_enfermas.pdf
36. Canovas M.A. / Universidad de Murcia/ La relación de ayuda en enfermería-una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [en línea][Fecha de acceso 18 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf;jsessionid=AD6E99A691437067C508C9F569FF6FB3.tdx2?sequence=1>
37. Duque S. / Dimensiones del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción del conocimiento.[en línea][Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf

38. Sepúlveda G.J., Rojas L.A., Cárdenas O.L. y Guevara E. / Estudio piloto de validación del cuestionario Care- Q, en versión al español en población colombiana. [en línea][Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf
39. Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud Morelo. [en línea][Fecha de acceso 05 de febrero del 2014]. URL disponible en:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=186:trato-digno-otorgado-por-enfermeras-en-centros-de-salud-en-morelos-mexico&catid=126:año-2011-volumen-19
40. Comprensión. [en línea][Fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://www.aplicaciones.info/valores/vahu36a.htm>
41. Personalidad en enfermería. [en línea][Fecha de acceso 18 de enero del 2014]. URL disponible en: <http://motivacion.about.com/od/Personalidad/a/Los-5-Rasgos-De-Personalidad-Amabilidad.htm>
42. Borrallo M.T. / caso de intimidad y hospitalización. [en línea][fecha de acceso 26 de enero del 2014]. URL disponible en:
<http://www.uhu.es/diabloscojuelos/Docs/TBORRALLO.pdf>
43. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. [en línea][Fecha de acceso 17 de enero del 2014]. URL disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107205>



ANEXO 1:

INFLUENCIA DEL MODO Y CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-PUNO, 2014

NIVEL DE CUIDADO		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MODO	BUENO	0	0%	2	20%	0	0%	2	20%
	REGULAR	0	0%	6	60%	0	0%	6	60%
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%
CARACTERÍSTICAS	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	REGULAR	0	0%	7	70%	1	10%	8	80%
	DEFICIENTE	0	0%	1	10%	1	10%	2	20%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%

FUENTE: Guía de observación aplicado en la investigación

➤ **Prueba de Hipótesis:**

H₀= El modo de comunicación no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a= El modo de comunicación influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H₀= Las características de la comunicación no influyen en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a= Las características de la comunicación influyen en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

➤ **Nivel de significancia:**

Alfa= = 0.05

➤ **Prueba Estadística:**

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^i \sum_{j=1}^j \frac{(o - e)^2}{e}$$

➤ **Regla de decisión:**

- Puesto que: $X_c^2 = 10 < X_t^2 = 5.991$, **el modo de comunicación influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=2
- Puesto que: $X_c^2 = 1.406 < X_t^2 = 3.841$, **las características de la comunicación no influyen** en el cuidado proporcionado al paciente. GL=1

ANEXO 2:

INFLUENCIA DEL MODO DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL, EN EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-PUNO, 2014

MODO DE COMUNICACIÓN		CUIDADO		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
VERBAL	BUENO	0	0%	2	20%	0	0%	2	20%		
	REGULAR	0	0%	6	60%	1	10%	7	70%		
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	1	10%	1	10%		
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%		
NO VERBAL	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
	REGULAR	0	0%	8	80%	0	0%	8	80%		
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%		
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%		

FUENTE: Guía de observación aplicado en la investigación.

➤ **Prueba de Hipótesis:**

H₀= El modo de comunicación verbal no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a= El modo de comunicación verbal influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H₀= El modo de comunicación no verbal no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a= El modo de comunicación no verbal influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

➤ **Nivel de significancia:**

Alfa= = 0.05

➤ **Prueba Estadística:**

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(o - e)^2}{e}$$

➤ **Regla de decisión:**

- Puesto que: $X_c^2 = 4.643 < X_{\alpha}^2 = 5.991$, **el modo de comunicación verbal no influye en el cuidado** brindado al paciente. GL=2
- Puesto que: $X_c^2 = 10 > X_{\alpha}^2 = 3.841$, **el modo de comunicación no verbal influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=1

ANEXO 3:

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS (VOLUMEN, TONO, VELOCIDAD) DE
LA COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE
MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-PUNO, 2014**

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN		CUIDADO		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Volumen	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	REGULAR	0	0%	4	40%	0	0%	4	40%	4	40%
	DEFICIENTE	0	0%	4	40%	2	20%	6	60%	6	60%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%	10	100%
Tono	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	REGULAR	0	0%	5	50%	0	0%	5	50%	5	50%
	DEFICIENTE	0	0%	3	30%	2	20%	5	50%	5	50%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%	10	100%
Velocidad	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	REGULAR	0	0%	7	70%	2	20%	9	90%	9	90%
	DEFICIENTE	0	0%	1	10%	0	0%	1	10%	1	10%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%	10	100%

FUENTE: Guía de observación aplicado en la investigación.

➤ **Prueba de Hipótesis:**

H_0 = El volumen de voz no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a = El volumen de voz influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_0 = El tono de voz no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a = El tono de voz influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_0 = La velocidad de la voz no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a = La velocidad de la voz influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

➤ **Nivel de significancia:**

Alfa= = 0.05

➤ *Prueba Estadística:*

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^{t=1} \sum_{j=1}^{j=1} \frac{(o - e)^2}{e}$$

➤ *Regla de decisión:*

- Puesto que: $X_c^2 = 1.67 < X_c^2 = 3.841$, **el volumen de la voz no influye** en el cuidado brindado al paciente. GL=1
- Puesto que: $X_c^2 = 2.5 < X_c^2 = 3.841$, **el tono de voz no influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=1
- Puesto que: $X_c^2 = 0.28 < X_c^2 = 3.841$, **la velocidad de la voz no influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=1



ANEXO 4:

INFLUENCIA DE LA EMPATIA Y ACEPTACION POSITIVA EN EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-PUNO, 2014

RELACIONES HUMANAS		NIVEL CUIDADO		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empatía	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	REGULAR	0	0%	8	80%	0	0%	0	0%	8	80%
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	2	20%	10	100%
Aceptación Positiva	BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	REGULAR	0	0%	6	60%	0	0%	0	0%	6	60%
	DEFICIENTE	0	0%	2	20%	2	20%	2	20%	4	40%
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	2	20%	10	100%

FUENTE: Cuestionario y guía de observación aplicadas en la investigación.

➤ **Prueba de Hipótesis:**

H₀= La empatía no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a= La empatía influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H₀= La aceptación positiva no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a= La aceptación positiva influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

➤ **Nivel de significancia:**

Alfa= = 0.05

➤ **Prueba Estadística:**

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^t \sum_{j=1}^j = \frac{(o - e)^2}{e}$$

➤ **Regla de decisión:**

- Puesto que: $X_c^2 = 10 > X_{\alpha}^2 = 3.841$, **la empatía influye en el cuidado** brindado al paciente. GL=1
- Puesto que: $X_c^2 = 3.75 < X_{\alpha}^2 = 3.841$, **la aceptación positiva no influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=1

ANEXO 5:

**INFLUENCIA DE LA AUTENTICIDAD, PERSONALIZACION Y ASERTIVIDAD EN
EL CUIDADO AL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-
PUNO, 2014**

RELACIONES HUMANAS		NIVEL DE CUIDADO		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Autenticidad	BUENO	0	0%	1	10%	0	0%	1	10%		
	REGULAR	0	0%	7	70%	0	0%	7	70%		
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%		
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%		
Personalización	BUENO	0	0%	1	10%	0	0%	1	10%		
	REGULAR	0	0%	7	70%	0	0%	7	70%		
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%		
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%		
Asertividad	BUENO	0	0%	2	20%	0	0%	2	20%		
	REGULAR	0	0%	6	60%	0	0%	6	60%		
	DEFICIENTE	0	0%	0	0%	2	20%	2	20%		
TOTAL		0	0%	8	80%	2	20%	10	100%		

FUENTE: Cuestionario y guía de observación aplicadas en la investigación.

➤ **Prueba de Hipótesis:**

H_0 = La autenticidad no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a = La autenticidad influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_0 = La personalización no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a = La personalización influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_0 = La asertividad no influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

H_a = La asertividad influye en el cuidado proporcionado al paciente del servicio de medicina del H.R.M.N.B.- PUNO

➤ **Nivel de significancia:**

Alfa= = 0.05

➤ *Prueba Estadística:*

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^{t=1} \sum_{j=1}^{j=1} = \frac{(o - e)^2}{e}$$

➤ *Regla de decisión:*

- Puesto que: $X_c^2 = 10 > X_c^2 = 5.991$, **la autenticidad influye en el cuidado** brindado al paciente. GL=2
- Puesto que: $X_c^2 = 10 > X_c^2 = 5.991$, **la personalización influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=2
- Puesto que: $X_c^2 = 10 > X_c^2 = 5.991$, **la asertividad influye en el cuidado** proporcionado al paciente. GL=2



ANEXO 6:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE: ENFERMERIA**
**GUIA DE OBSERVACION SOBRE COMUNICACIÓN Y CUIDADO AL PACIENTE
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-PUNO 2014**

El presente instrumento es parte de un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la influencia de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado al paciente del servicio de medicina, el cual será aplicado a cada una de las enfermeras que laboran en los servicios de medicina “A” y “B” del H.R.M.N.B.-PUNO, cabe mencionar que los resultados obtenidos se mantendrán en reserva (en tal sentido se apela a su colaboración para la ejecución de dicho instrumento).

SERVICIO:.....FECHA:.....

TURNO:.....

RESPECTO A LA COMUNICACIÓN:

N°	ITEMS	UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO				
		SIEMPRE	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
01	Al hablar; la enfermera usa palabras que el paciente comprende.					
02	La enfermera es clara en sus explicaciones.					
03	La enfermera espera para estar a solas con el paciente y hablar con él.					
04	La enfermera modifica el tono de voz de acuerdo a la reacción que muestre el paciente.					
05	El paciente se muestra seguro con la presencia de la enfermera.					
06	La enfermera mira al paciente a los ojos, cuando habla con él.					
07	La enfermera se acerca al paciente con gestos amables (sonrisa) cada vez que lo atiende.					
08	La enfermera suele sentarse cerca e inclinarse hacia delante, cuando habla con el paciente.					
09	La enfermera alienta al paciente dándole palmadas en la espalda.					
10	La enfermera se acerca a la cama del paciente y muestra interés por él.					
11	La enfermera guarda silencio y no interrumpe, cuando el paciente le cuenta alguna experiencia suya en el hospital.					
12	La enfermera muestra mayor calidez cuando cuida a una paciente mujer.					

13	La enfermera habla con el paciente, usando un volumen de voz alto.					
14	La enfermera habla con el paciente, en un tono de voz suave.					
15	La enfermera usa una velocidad media al hablar con el paciente.					
RESPECTO AL CUIDADO:						
16	El paciente se muestra aliviado y tranquilo luego de hablar con la enfermera.					
17	La enfermera es amistosa y agradable, aun cuando el paciente se muestra exaltado, triste o molesto.					
18	La enfermera expresa la verdad al paciente, respecto a la gravedad de su enfermedad y a los procedimientos que se le realizaran.					
19	Cuando la enfermera le realiza algún procedimiento al paciente, lo hace de modo que nadie más lo vea.					
20	La enfermera se identifica y se presenta ante el paciente.					
21	El uniforme y carné que porta la enfermera la caracteriza como tal.					
22	La enfermera muestra seguridad al brindar los cuidados de enfermería.					
23	La enfermera le brinda al paciente información clara, a lo largo de su permanencia en el hospital.					
24	La enfermera, durante la administración de medicamentos, le explica al paciente para que sirven cada uno de estos.					
25	La enfermera proporciona al paciente, cuidados de acuerdo a sus necesidades.					

ANEXO 7:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE: ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO SOBRE RELACION TERAPEUTICA CON EL PACIENTE DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL H.R.M.N.B.-PUNO 2014**

Estimada profesional en enfermería, lea con atención las siguientes preguntas y responda con una X la frecuencia con la que realiza dicha acción, la información que Ud. facilite será secreta y servirá para efectos de una investigación, por lo que se ruega su mayor honestidad y colaboración posible.

SERVICIO:.....FECHA:.....

N°	ITEMS	SIEMPRE	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
01	Suelo sintetizar lo que el paciente me dice, y repetírselo al final para asegurarme de haber entendido.					
02	Cuando observo que un paciente está pasando por un mal momento, suelo decirle frases como: “realmente se lo que siente”, “entiendo por lo que está pasando”, etc.					
03	Me fijo en la forma (tono) en la que se dicen las palabras más que en el significado literal en sí.					
04	Evito hablar de temas delicados con los pacientes, pues estos hacen que me sienta apenada.					
05	Cuando el paciente me comenta que está pasando por un mal momento y lo observo ansioso y desesperado, termino la conversación diciendo frases como: “no pasa nada”, “la vida es así”, “se fuerte”.					
06	Cuando el paciente está deprimido y expresa deseos de morir, brindo consejos de manera inmediata.					
07	Usualmente durante el dialogo con el paciente, utilizo expresiones verbales de apoyo como: “ciertamente”, “por supuesto”, “comprendo”, etc.					
08	Comunico al paciente, de un modo no verbal o verbal, lo que se ha comprendido de lo que me expresó.					
09	Deduzco lo que el paciente está sintiendo, mediante las frases que me dice y el tono que utiliza para decirlas.					
10	Brindo los cuidados de enfermería que considero necesarios para el paciente.					
11	Realizo preguntas frecuentemente al paciente, para comprender lo que me está comunicando.					
12	Critico algunas creencias y actitudes del paciente, pues considero que son perjudiciales para su salud.					
13	Expreso mis experiencias personales, solo en el caso de que éstas sean similares a las del paciente.(Ejem:					

	fallecimiento de un ser querido, haber sido operado(a))					
14	Motivo a que el paciente participe en el cuidado de su salud.					
15	Comunico a los pacientes y a sus familiares lo que tienen que hacer para afrontar el problema de salud.					
16	Cuando el paciente manifiesta equivocadamente una idea acerca de su enfermedad, evito hacer un comentario al respecto, debido a que se encuentra enfermo y podría alterar su situación de salud.					

