

**SATISFACCIÓN USUARIA  
RESPECTO A LA COMPETENCIA  
DE COMUNICACIÓN DEL  
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**Autoras**

**María Jesús Cruz Osorio**

**Elizabeth Soledad García García**

**Paulina Denis Pérez Meza**

**Paula Andrea Sandoval Barrera**

**Karla Constanza Serey Burgos**

**Camila Fernanda Valdés Medina**

**Docente guía**

**Cecilia Landman Navarro**

**Valparaíso, Mayo 2012**

## *Índice*

---

Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	7

### ***Capítulo 1: Introducción***

1.1 Introducción	9
1.2 Delimitación del problema	10
1.2.1 Pregunta investigativa	10
1.3 Definición de términos	10
1.4 Limitación del estudio	13

### ***Capítulo 2: Marco Conceptual***

2.1 Marco conceptual	15
2.1.1 Reforma en Salud en Chile	15
2.1.2 Aspectos generales de la comunicación	18
2.1.3 Comunicación en Enfermería	26
2.1.4 Relación terapéutica	31
2.1.5 Teoristas que iluminan el estudio	32
2.2 Marco contextual	36
2.3 Objetivos	37
2.3.1 Objetivo general	37
2.3.2 Objetivos específicos	37
2.4 Variables	37
2.4.1 Definición de variables	37
2.4.2 Operacionalización de variables	38

### ***Capítulo 3: Marco metodológico***

3.1 Diseño de la investigación	45
3.1.1 Constitución y organización del grupo de tesis	45
3.1.2 Tipo de estudio	45
3.1.3 Consideraciones éticas	45
3.2 Definición universo	45
3.3 Diseño muestral	46
3.4 Metodología de recolección de datos	47
3.4.1 Descripción instrumentos	47
3.4.2 Estudio de confiabilidad y validez	48
3.4.3 Criterio de análisis de la información	50
3.4.4 Vaciamiento de datos	52

### ***Capítulo 4: Presentación y análisis de datos***

4.1 Caracterización de la muestra	54
4.1.1 Distribución de datos según edad	54
4.1.2 Distribución de datos según sexo	55
4.1.3 Distribución de datos según escolaridad	55
4.1.4 Distribución de datos según hospital	56
4.1.5 Distribución de datos según servicio	56
4.1.6 Distribución de datos según estadía	57
4.2 Análisis descriptivo y explicativo	57
4.2.1 Nivel de satisfacción en relación al recinto hospitalario	57
4.2.2 Nivel de satisfacción en relación a la estadía	60
4.2.3 Nivel de satisfacción en relación al sexo	63
4.2.4 Nivel de satisfacción en relación a la escolaridad	64

4.2.5 Nivel de satisfacción en relación a la edad	66
4.2.6 Nivel de satisfacción en relación a la comunicación no verbal	67
4.2.7 Nivel de satisfacción en relación a la comunicación verbal	69
4.2.8 Nivel de satisfacción en relación a la actitud profesional	71
4.2.9 Nivel de satisfacción en relación al apoyo emocional	72
4.2.10 Nivel de satisfacción en relación a la proactividad del profesional	73
4.2.12 Nivel de Satisfacción Usuaría General respecto a la competencia de Comunicación del profesional de enfermería	75

### ***Capítulo 5: Discusión y recomendaciones***

5.1 Conclusiones	79
5.2 Sugerencias	82

### ***Referencias Bibliográficas***

Referencias	84
-------------	----

### ***Anexos***

Cartas de permiso para la realización de la investigación	88
Consentimiento informado	95
Instrumento de investigación	97
Tablas de frecuencia	102

## *Agradecimientos*

---

Se agradece a cada una de las integrantes del equipo de tesis por su constante esfuerzo, labor y dedicación para llevar a cabo tan anhelada investigación que no tan solo nos ayudará con nuestros últimos pasos como estudiantes, sino también como futuros profesionales.

Agradecemos a nuestra docente guía la Sra. Cecilia Landman Navarro por otorgarnos su sabiduría y conocimientos, además por proporcionarnos toda la ayuda necesaria para finalizar el estudio presente.

Se agradece al docente Don Alberto Caro Martín por apoyarnos en la realización de la última etapa de la investigación, por su paciencia y simpatía con la que fuimos capaces de comprender aspectos estadísticos desconocidos por nosotras.

Se extiende agradecimientos a todas aquellas personas que participaron directa o indirectamente en la investigación con lecturas, aportes, comentarios y proporcionando información para que esta investigación lograra sus objetivos. Por su entrega, confianza y apoyo, gracias.

Por último y muy importante agradecer de todo corazón a nuestras familias por su cariño, paciencia y apoyo incondicional en todo este periodo, que sin su presencia hubiese sido difícil lograr la meta.

A todos, muchas gracias.

“Este es el último camino que debemos recorrer y así llegar al lugar donde siempre hemos querido estar”

## *Resumen*

---

Existe una búsqueda por humanizar los cuidados que se otorgan a los pacientes por parte de los enfermeros (as), para contribuir a la Reforma en Salud que intenta elevar la calidad de la atención, por ello es necesario la creación de herramientas que midan la satisfacción usuaria. El eje principal del estudio es la competencia de comunicación, que cuantificaremos mediante un instrumento que nos ayudará a conocer la percepción del paciente en relación a la comunicación establecida entre las personas, como sujeto de cuidados y el profesional de enfermería.

Diseño: Estudio descriptivo, corte transversal. Se espera resultados que permitan determinar los nuevos desafíos en la competencia de comunicación de la enfermera, para poder establecer relaciones con el paciente que ayuden a su pronta mejoría, dentro de un enfoque humanitario en los cuidados.

Marco Conceptual: Marco conceptual: Basado principalmente en el modelo que plantea Joyce Travelbee, cuyo foco central el entender, identificar la experiencia, determinar la adaptación, conocer la percepción e identificar el sentir de la persona a través de las herramientas comunicativas. Se expone a la comunicación en un contexto de relación interpersonal entre enfermera y usuario, definido por H. Peplau, pero no siendo esto objeto de estudio en esta investigación. Para personalizar los cuidados, la Reforma de Salud en Chile orienta hacia la prestación de servicios de calidad, siendo la comunicación interpersonal uno de sus indicadores.

Universo: Hombre o mujer mayor de 18 años, con una estadía mayor a 7 días en Servicio de Mediana Complejidad

Muestra: 151 personas.

Materiales y Métodos: Cuestionario autoaplicado 20 preguntas con escala de Lickert 1 a 4, de autoría propia basado en otros cuestionarios de satisfacción usuaria.

Resultados: Las muestras obtenidas indican que a nivel general existe un alto grado de satisfacción global por parte de los usuarios encuestados. Sin embargo, se destaca que hay algunos factores que inciden en la satisfacción como el sexo, la educación y la estadía. Además, al analizar las distintas áreas comunicativas, se encuentra una baja significativa en la comunicación no verbal en comparación a resultados generales.

Palabras claves: comunicación- relaciones enfermero-paciente-relaciones interpersonales-relaciones interprofesionales- relaciones médico-enfermera-relaciones profesionales y paciente-sistemas de comunicación en hospital.(BIREME-DeCS)

## *Abstract*

---

Nurses are in a constant pursuit to humanize the cares provided to patients in order to contribute to the Health Reform that's trying to elevate the aid quality. It is for this reason that creating an efficient tool, so that it measures the users content with the service, is so necessary. This study's main axis is the communication effectiveness, which will be measured by a device so it helps us know the patient's perceptions when being taking cared of by the professional nurses.

Work Frame: Descriptive study with a cross-sectional point of view. We hope for results that will allow us to establish new challenges presented in Nursing so that humane relationships are established between the soon-to-be better patient and the caretaker.

Theorist Frame: Joyce Travelbee's book, "Human-to-Human Relationship Model", which focuses on: understanding, experience, adaptation, perception and feeling. This formula becomes necessary to identify the patient as an individual. Health Reform, making the mutual communication an indicator of quality.

Universe: Male or female older than 18, staying more than seven days in the Medium Complexity Service.

Sample: 151 people.

Materials and Method: Self-applied survey of 20 questions with a Lickert scale 1 to 4 scale. This is a survey of our responsibility and it's based on other user's satisfaction surveys.

Results: The acquired samples show that generally there is a high level of global satisfaction from the ones polled. Nevertheless, there are certain factors that have an influence on the satisfaction level such as sex, education and time of stay. Furthermore, analyzing the different communication areas, there is a significant decrease in the non-verbal communication comparing it to the general results.

Key words: communication; nurse patient relationships; relationships doctor, nurse & patient; profesional relations & patient; communication Systems in hospital.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

## 1.1. Introducción

---

Es un hecho que el ser humano es un ente social y dentro del proceso de socialización una de las principales tareas es establecer relaciones interpersonales mediante la comunicación; lo cual no solamente implica transmitir información, sino que también, generar un efecto en el receptor a través del mensaje, lo que se logra mediante la comunicación verbal y no verbal.

Durante la experiencia práctica se observa y se vive la relación persona y enfermera (o), en lo relacionado con la comunicación, como un elemento deficitario en cuanto a la efectividad de esta, por factores que pueden afectarla ya sea, por parte del profesional enfermera (o) como de su interlocutor.

Las investigaciones llevadas a cabo en los centros de salud se concentran en un mayor número en aspectos de tipo cuantitativo, lo que a su vez desencadena que las políticas públicas se orienten fundamentalmente en éstos elementos, dejando de lado componentes tan relevantes como lo son las relaciones interpersonales establecidas a través de la comunicación entre profesionales y usuarios.

La efectividad de la información entregada a las personas referente al autocuidado, la comodidad y seguridad de éste durante su proceso de hospitalización, orientan al profesional de enfermería a establecer una comunicación interpersonal que cumpla con las necesidades de apoyo de pacientes y familia,

Lo anterior es fundamental puesto que producto de la Reforma en Salud en Chile, el profesional juega un papel relevante para cumplir con la entrega de indicaciones para el cuidado durante toda la hospitalización, considerando que el alta del usuario es cada vez más precoz, promoviéndose los cuidados domiciliarios y el apoyo en el cuidado, tanto emocional como físico por parte de los familiares.

Otro aspecto a considerar para el desarrollo de la comunicación enfermera (o)-paciente y familia, se ha dado con la ampliación horaria a través del Programa “*Hospital Amigo*”, instancia muy apropiada para el establecimiento de las confianzas necesarias para la comunicación interpersonal.

Dentro del marco del plan Garantías Explícitas en Salud (GES) se establece un proceso de acreditación de las instituciones de salud, el cual contempla determinar la calidad del servicio prestado, a través de la percepción de las personas, determinando así, a la comunicación, como un indicador de calidad, entre otros.

Luego de reflexionar acerca del tema, se ha establecido que la comunicación forma parte medular de la percepción de calidad de los usuarios, considerando que dentro de las prestaciones hospitalarias se ha reportado una creciente deshumanización de la atención, lo cual se ha dado a conocer en medios de comunicación masivos, que reportan experiencias que reflejan la calidad del servicio percibido por una población cada vez más informada, que conoce y defiende sus derechos.

Por esto, hoy en día se hace esencial que los profesionales de la salud desarrollen competencias que permitan entregar a las personas un mayor grado de calidad de servicio, cuidados humanizados y seguros, utilizando para ello los recursos disponibles; además de las habilidades administrativas, durante el proceso de recuperación y alta; se torna de vital importancia que el usuario entregue información necesaria para permitirles a los profesionales de enfermería realizar el proceso de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas a través de una comunicación en un clima de confianza, disponiendo del tiempo requerido y utilizando un lenguaje adecuado.

## *1.2. Delimitación del problema*

---

Estudio del grado de satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería puesta en ejercicio con personas mayores de 18 años de ambos sexos, hospitalizados en servicios de cirugía y medicina de los hospitales Dr. Eduardo Pereira, Carlos Van Buren y de Quilpué.

El fundamento de la elección de esta problemática se considera como una necesidad de las estudiantes de enfermería de poder evidenciar el grado de satisfacción de las personas que acuden a los servicios de salud públicos; dentro de ese análisis nace la idea de observar en qué grado las enfermeras (os) que son las encargadas (os) de la gestión del cuidado, en los distintos servicios clínicos, son capaces de establecer mecanismos efectivos de comunicación, como hipótesis de trabajo se plantea la existencia de una posible disonancia entre las necesidades reales de las personas y las necesidades priorizadas por el gestor de cuidados.

### *1.2.1. Pregunta investigativa*

¿Cuál es el grado de satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería, en servicios de mediana complejidad?

## *1.3. Definición de términos*

---

- **Satisfacción usuaria:** Grado de concordancia entre las expectativas de calidad y la atención recibida por parte del proveedor de cuidados de salud, conforme a la percepción del usuario.
- **Comunicación:** Proceso mediante el cual se genera una relación interpersonal que se establece entre dos o más seres, en este caso enfermera (o) y usuario durante el proceso de atención, abarcando las áreas de actitud del profesional, proactividad, apoyo emocional, comunicación verbal y no verbal, cuyo objetivo es ayudar a la satisfacción de las necesidades del receptor de los cuidados, siendo su resultado la generación de una relación terapéutica.

- **Comunicación verbal:** Proceso de transmisión, recepción o expresión de ideas, pensamientos o sentimientos mediante palabras, ejerciendo una influencia recíproca, con el fin de suministrar cuidados adecuados al usuario y a las personas con él relacionadas.
- **Escucha activa:** Es la escucha atenta, respondiendo relevantemente, creando una situación de máximo involucramiento, permitiendo expresarse de manera completa y libre, procurando siempre respetar los silencios del usuario.
- **Preguntar directo:** Habilidad comunicativa utilizada de manera clara y simple para obtener información que puedan detectar las necesidades y/o problemas que dificulten el bienestar del usuario.
- **Informar adecuadamente:** Entrega de conocimientos basado en las evidencias disponibles y atingentes, mediante el uso de un lenguaje claro, tomando en consideración el nivel de comprensión del usuario.
- **Comunicación no verbal:** Es la manera en que una persona influye en el otro sin palabras, es decir, la manera en que ellos expresan su interior a través del lenguaje silencioso generando una impresión en el otro.
- **Lenguaje corporal:** Forma en que se interpretan las emociones por medio de movimientos conscientes e inconscientes.
- **Contacto físico:** Algunas personas tocan a otras mientras gesticulan, es difícil discriminar claramente el lenguaje corporal del lenguaje táctil.
- **Proactividad:** Acciones evidentes guiadas por pensamientos y sentimientos disciplinados que pretenden satisfacer las necesidades del usuario, denotando atención anticipada, mediante la aplicación de conocimientos, criterios o juicio enfermero y habilidades procedimentales.
- **Educación:** Actividades concernientes a la entrega de conocimiento e indicaciones por parte del personal acerca de dudas respectivas a la salud y al propio cuidado.
- **Actitud del profesional:** Entendiéndola como la aplicación del conocimiento y las técnicas comunicativas aprendidas para reflejar la capacidad de expresión de los pensamientos y sentimientos de la enfermera (o) con vistas a suministrar cuidados a las personas y a la familia y/o personas con él relacionadas.
- **Interés:** Se refiere a buscar el bienestar integral del usuario mediante actos intencionales con el fin de satisfacer sus necesidades.

- **Empatía:** Capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de la otra persona.
- **Respeto:** Actuar o dejar de actuar, valorando los derechos, condición y circunstancias, tratando de no dañar a los demás.
- **Disposición:** Que el profesional de enfermería posea la actitud, habilidad y facilidad para prestar la ayuda o servicios necesarios con el fin de alcanzar el bienestar del usuario.
- **Capacidad de resonancia:** Es vibrar junto con el usuario, aprobarlo y acogerlo de una manera legítima y demostrar que se lo ha comprendido.
- **Apoyo emocional:** Conjunto de técnicas comunicativas que sirven para crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas tengan la libertad de expresarse y en donde el profesional se coloca en contacto con las emociones humanas. Tiene como objetivo ayudar a las personas a que resuelvan sus conflictos, a partir del descubrimiento de habilidades internas de resolución de problemas.
- **Compañía:** Facilitador del apoyo emocional; es una cercanía y unión entre dos personas con el fin de crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo donde exista una libre expresión; es una instancia de acompañar y guiar a la persona a encontrar herramientas necesarias para superar las dificultades que padezca para asumir su propio cuidado.
- **Confianza:** Seguridad que posee el profesional de enfermería para ser capaz de actuar de manera adecuada en una determinada situación, relacionada con sus propios pensamientos puestos en acción. La confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que éste depende de la acción de un otro. Es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no-control del otro y del tiempo. Comu, Laurence,( 2007) <sup>1</sup>
- **Relación terapéutica:** Relación en que la enfermera (o) ayuda o insta a la persona bajo su cuidado a comunicar sus percepciones, temores, ansiedades, frustraciones, expectativas y necesidades. Se requiere tres competencias relacionales para lograr una relación terapéutica, Aceptación, Empatía y Autenticidad. (Rogers, C. 1951). La relación se entiende como el encuentro terapéutico entre enfermera-persona guiado hacia un objetivo común que es la vivencia de experiencias de salud.  
De acuerdo a Peplau, las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda.
- **Satisfacción global:** Corresponde a la suma de los porcentajes de la categoría satisfecho y muy satisfecho.

- **Insatisfacción global:** Corresponde a la suma de los porcentajes de la categoría muy insatisfecho e insatisfecho.

#### *1.4. Limitaciones del estudio*

---

- *Limitaciones del diseño:*

- Dificultad para ubicar estudios realizados a nivel nacional, acerca de la satisfacción usuaria en relación al área de comunicación, enmarcado dentro de las competencias derivadas del rol profesional de enfermería.

- *Limitaciones de ejecución:*

- Los criterios de exclusión preestablecidos, complicaron la obtención de la muestra, lo que significó ampliar la temporalidad del estudio.

- Demora en citación y aprobación de comités de ética de los distintos servicios hospitalarios, para aplicación del instrumento.

-Reducción de los períodos de tiempo para la realización de la investigación, secundario a movilizaciones estudiantiles.

- Presencia de un alto número de personas internadas con enfermedades neurológicas y de adultos mayores con problemas visuales y auditivos, imposibilitados de responder cuestionario.

- Dificultad para aplicar el instrumento y para realizar el trabajo de grupo, por escasa disponibilidad horaria de las investigadoras.

- Confusión por parte de los usuarios en relación al rol, función e identificación de los profesionales de enfermería.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO CONCEPTUAL**

## *2.1. Marco conceptual*

---

### *2.1.1. La Reforma de Salud en Chile y la medición del grado de satisfacción de las personas*

En el año 2004, El Ministerio de Salud de Chile, inicia una Reforma de Salud la cual se orienta a optimizar la calidad de la atención en salud, mediante la implementación del modelo de atención integral y humanizada en salud, basada en cuatro pilares fundamentales: accesibilidad, equidad, competencia profesional y satisfacción usuaria, siendo estos dos últimos indicadores que miden la calidad de la atención brindada por los profesionales de la red asistencial, permitiendo una evaluación continua de ella, principalmente a través de la ponderación de los usuarios, contribuyendo a una valoración para la mejora continua, identificando las fortalezas y debilidades de la atención y permitir cuidados personalizados.

Dentro de los desafíos sanitarios se establece que el Sistema de Salud debe ser capaz de responder a las necesidades y expectativas legítimas de la población, con respecto al sistema de salud, reconociendo el valor al grado de satisfacción a través de expresión de las personas.

Es así, que el cumplimiento de las expectativas de las personas en relación a los servicios de salud, se constituye en uno de los elementos que genera mayor insatisfacción por parte de quienes acuden a los servicios de la red asistencial (Bastías y Valdivia, 2007)<sup>2</sup>. Ahora bien, si se analizan las causas que conllevan a un nivel de insatisfacción, se podría plantear la hipótesis que cuando se establece una comunicación inadecuada entre el equipo de salud y las personas, se generaría una atención que dista de las expectativas de la población, generando una disonancia entre ambas.

Algunos estudios señalan la existencia de factores que podrían influir en la satisfacción usuaria, como es la edad, Hall y Dorman (1990)<sup>3</sup>, en un metaanálisis realizado, afirmaron que la población de adultos mayores tendía a una mayor satisfacción del cuidado recibido. Siendo respaldado por otro estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marco, Perú (2000)<sup>4</sup>, explicando que a mayor edad, existiría una mayor satisfacción usuaria; asociada a que estas personas estarían conscientes de su vulnerabilidad a enfermar y ven que el proceso de atención, es una responsabilidad compartida, donde es necesario que ellos participen para la resolución de sus problemas. Sin embargo, se agrega al análisis que la población más joven tendría diferentes creencias sobre el proceso de salud-enfermedad, cuestionando las medidas que se adoptan, exigiendo rápidas resoluciones y de alta calidad, debido a que no se perciben a sí mismos como portadores de alguna enfermedad.

Por otra parte, la Organización de la Salud señala que a nivel mundial la epidemiología de la población tiende a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, conforme a que la edad avanza, por lo que éstas demandan de mayores cuidados integrales y recurrentes a los servicios de salud, explicando que se establece, con el tiempo una relación de confianza y seguridad entre el usuario y el servicio, lo que podría evidenciarse en un mayor grado de satisfacción.

Por otro lado, la calidad de la atención se ve reflejada en los indicadores hospitalarios de resultados y el promedio de estadía, considerando a su vez las características del usuario y del periodo comprendido en el proceso de hospitalización. Tomando en consideración la estadía como indicador de eficiencia. Para detectar ineficiencias en los servicios hospitalarios (y en otros contextos para medir el desempeño hospitalario), se propone un indicador de eficiencia basado en la diferencia entre la estadía que se observa y la que se espera.

Según un estudio realizado por Tamargo, Jiménez, Gutiérrez, & Mora (2009)<sup>5</sup>, en el Hospital “Hermanos Ameijeiras” de Cuba, los usuarios que percibieron una atención adecuada, fueron aquellos en los cuales su estadía observada fue de dos días menos, en relación a la esperada. Zas Ros (2002)<sup>6</sup> en un estudio realizado en el “Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas” realizadas en el mismo país, plantea, en contraste con el estudio anterior, que la disminución de la estadía puede significar una atención inadecuada, al no brindar los cuidados reales que necesita el usuario, que se reflejarían en una atención inadecuada e insatisfacción usuaria.

Por otro lado es necesario diferenciar las necesidades de salud con las expectativas que tiene el usuario, ya que a pesar de ser el cumplimiento de los requerimientos de las personas, un aspecto fundamental, muchas veces se excluye la evaluación de otros ámbitos que pueden ser trascendentales para brindar una atención de calidad. Es por ello que el equipo de salud debiera conocer el grado de satisfacción usuaria, incorporando a las personas en el proceso de toma de decisiones, para así complementar y mejorar las expectativas, tanto del usuario, como del equipo de salud.

En una investigación realizada en el año 2009, por el “Departamento de Participación Social y Trato al Usuario” consideró la “Medición Nacional de Satisfacción usuaria en la Red Pública de Salud en Chile”<sup>7</sup>, la cual menciona el grado de bienestar de los usuarios respecto a los hospitales, en atención ambulatoria, de urgencias y hospitalización de centros de salud a nivel nacional; siendo los siguientes los grados de satisfacción detectados, calificación positiva, correspondiendo a porcentaje mayor a 83.3%; con un porcentaje menor a 83.3% y mayor a 66.7%: calificándose como moderadamente positiva; con un porcentaje menor a 66.7% y mayor a 50%: la calificación se determinó como moderadamente baja y finalmente un porcentaje menor a 50%: obtuvo la denominación de calificación baja, encontrándose la percepción usuaria en un alto nivel de satisfacción. En este mismo estudio se señala que el “Índice de Satisfacción Usuaria Global” para la Red de Salud Pública es de 78.1%; de las áreas de atención que mide este estudio, la hospitalaria es la que posee el más alto grado de satisfacción con un 83.9%.

Al ir profundizando en el estudio, se obtuvo información a nivel regional en la atención hospitalaria donde se evidencia que en el Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio, la satisfacción es de 83.1% y en Viña del Mar – Quillota, es de 81.4%. En ambos servicios se obtiene una calificación global moderadamente positiva.

También se obtienen datos de “Índice de Satisfacción Usuaria Global” en dos hospitales de la V Región abarcando atención ambulatoria, urgencias y hospitalaria. En el Hospital Carlos Van

Buren se llegó a un 67,0% de satisfacción y en el Hospital de Quilpué, a un 76,7%. En ambos hospitales se obtiene una calificación global moderadamente positiva.

Además de los desafíos sanitarios, en Chile se ha creado el “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales en Atención Abierta y Cerrada”. Este documento se guiará por el de “Atención cerrada”, el cual se puede vincular de manera directa con la satisfacción usuaria y la calidad de la atención, ya que se está velando por el mejoramiento del sistema de salud chileno, para que los únicos beneficiarios sean los usuarios.

La política sanitaria actual busca instalar un nuevo sistema de evaluación de la calidad, el cual exige a todos los establecimientos de salud tanto públicos como privados que funcionen de manera correcta. Las dimensiones a evaluar en el proceso de acreditación son el respeto a la dignidad del paciente; la gestión de la calidad; la gestión clínica; el acceso; la oportunidad y la continuidad de la atención; las competencias del recurso humano; los registros; la seguridad del equipamiento y de las instalaciones y los servicios de apoyo.

En relación al respeto a la dignidad del paciente, el Departamento de Gestión de Clientes de la Superintendencia de Salud, tiene como principal objetivo informar a los usuarios sobre sus derechos y deberes, tal y como lo realizó el Hospital Base de Osorno en el año 2008, lugar en que se suscribió la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios.

Los ámbitos anteriormente mencionados tienen un marco normativo en el cual se sustentan. Estos son: Ley AUGE 19.966, DFL N° 1, MINSAL 2005, Oficio Circular N° 1, Intendencia de Prestadores, Reglamento de Acreditación, Guía para la Acreditación y Manual de atención abierta y cerrada.

Todos estos puntos en mayor o menor escala forman parte del grado de satisfacción del usuario y su cumplimiento de manera óptima se impone como una continua tarea de los profesionales de salud. Para ello se torna vital el desarrollo de las competencias profesionales que sean consistentes con los indicadores de calidad evaluados.

Cuando se habla de competencia profesional, como uno de los pilares de calidad de atención resulta difícil de definir, ya que esto va a depender de la interpretación que le dé cada individuo en el ámbito en el que se encuentre. Una de las definiciones más acertadas y que iluminan este estudio para Competencia Profesional es la que refiere Kane y que fue citada por Falcó Pegueroles (2004)<sup>8</sup>: *“un profesional es competente en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica”*.

Como se planteó en un inicio, la satisfacción usuaria sumada a la competencia profesional miden la calidad de atención, la cual A. Donabedian (1998)<sup>9</sup> estableció como: *“El grado por el cual, los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”*. Además agrega que: *“la calidad es una propiedad, que la atención médica puede poseer en grado variable”*.

Desde la parte técnica se puede definir como “*la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios*”<sup>10</sup>.

Un usuario insatisfecho actualmente es más demandante y se encuentra consciente de hacer uso de sus derechos, manifestando sus inquietudes a través de los canales disponibles. Por otro lado, existe un grupo de personas que no expresan sus molestias, interiorizando sus emociones y luego canalizándolas de formas inefectivas. De esto surgen algunas interrogantes: ¿Por qué existen usuarios que no han logrado la satisfacción? y ¿Por qué no siempre son capaces de manifestarlo? Para responder a estos cuestionamientos es necesario realizar un análisis desde el enfoque del usuario y del equipo de salud.

La escolaridad es considerada por algunos estudios<sup>11</sup> como un área determinante en lo que se refiere a satisfacción usuaria, ya que sus resultados reflejan que a mayor años de estudio, menor sería el grado de cumplimiento de las expectativas del usuario, lo que podría corresponder a que tienen la posibilidad de comparar el servicio actual donde se encuentran, con otros en los cuales estuvieron en el pasado, lo que les entrega las herramientas y conocimientos para poder discernir posteriormente en relación a la atención brindada.

Desde la perspectiva del usuario puede existir en la mayoría de los casos, una comunicación insuficiente, como también una limitación en el acceso a lograr una interacción y participación con el equipo de salud, lo cual puede verse influenciado por una falta de cultura para manifestar reclamos y sugerencias por parte de las personas, así como también el equipo de salud puede no considerar al usuario como parte activa del sistema.

Lo anterior nos hace cuestionar la eficacia de los mecanismos de información disponibles y cómo se está utilizando la comunicación en este proceso de interacción entre el usuario y el equipo de salud, especialmente enfocado en el profesional de enfermería.

## ***2.1.2. Aspectos generales de la comunicación***

Dado que el estudio está referido a la comunicación como un indicador de calidad que se establece entre el profesional de enfermería y las personas que requieren de su cuidado, es importante señalar algunos aspectos relevantes de la comunicación entre las personas, como una forma de comprender mejor el problema de estudio dentro de un marco de complejidades.

### ***2.1.2.1 Estructura de la comunicación.***

El acto de comunicar tiene como objetivo el entregar a otro u otros una idea, significado, pensamiento o sentimiento generando una reacción o cambio en aquel que recibió el contenido

comunicado. Para ello debemos partir desde la base que el ser humano es poseedor de las características de un sistema abierto, esto implica que la persona está en constante interacción con el medio ambiente siendo reactivos a los cambios que se producen en el mismo y afectándose por estos.

Lo anterior nos plantea que como seres sociales somos siempre afectados por otros y afectamos a otros continuamente, es decir, comunicamos todo el tiempo mediante este proceso dinámico que cuenta con una serie de elementos que lo componen y se relacionan entre sí.

Para comprender mejor la estructura comunicativa citaremos el modelo de comunicación de Berlo que basándose en los trabajos Shannon y Weaver, propuso la siguiente organización:

1.- *Fuente/ emisor*: Corresponde a una persona o grupo de personas que presentan un contenido, un objetivo y una razón para comunicar.

2.- *Codificador/ encodificador*: Mecanismo encargado de tomar el contenido de la fuente y acomodarlas en un código con el fin de traducir el propósito de la comunicación. (Ejemplo generación de fonemas para mensajes orales).

3.- *Mensaje*: Se refiere al conjunto de símbolos (código) codificado que representa ideas, propósitos y sentimientos de la fuente.

4.- *Canal*: Medio por el cual se transmite el mensaje.

5.- *Descifrador/ decodificador*: Corresponde al mecanismo que traduce el mensaje de manera que el receptor sea capaz de utilizar la información contenida en él.

6.- *Receptor*: Corresponde a la persona o grupo de personas que se encuentran en el otro extremo del canal y que es/son el objetivo o recipiente del mensaje. Si no existe un receptor del mensaje la comunicación no ha ocurrido.

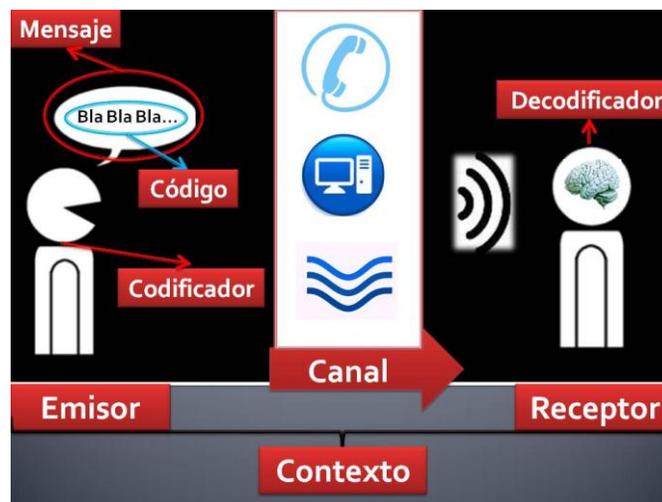


Fig. 1 Estructura de la comunicación. P. Sandoval B.

Entonces tenemos que la comunicación se da de la siguiente manera: una persona tiene un propósito o intención (fuente), este se traduce a una forma que pueda ser expresada mediante los mecanismos que posee la fuente (codificador); el mensaje viaja a través del canal llegando al otro extremo, siendo traducido (decodificado) por la otra persona (receptor).

Cabe recalcar que los roles de fuente y receptor no se mantienen constantes, ya que, cuando el receptor responde emitiendo un mensaje se transforma en la fuente, he ahí la justificación de que la comunicación es un proceso dinámico.

Ahora bien, es importante mencionar: *el auténtico significado de cualquier comunicación no es tanto lo que el emisor pretende decir sino el efecto que esta comunicación provoca en el receptor*, Shapiro (2004).

### ***2.1.2.2. Principios de la comunicación como acto humano***

Es relevante entender que la comunicación es un acto humano fundamental a lo largo de nuestras vidas, puesto que mediante éste ejercemos la socialización, la cual es contribuyente esencial de la formación de la identidad personal. Lograr una comunicación efectiva por parte de las enfermeras (os), permite brindar mejores cuidados al paciente, al comprender sus requerimientos de manera directa

Es por esta razón que los profesionales de la salud deben considerar algunos principios acerca de la comunicación, se denominan principios o axiomas, puesto que son hechos que nunca están ausentes en los procesos comunicativos.

Según la Teoría de la comunicación humana<sup>12</sup>, que se yergue como uno de los planteamientos más difundidos y aceptados se proponen cinco axiomas principales:

*1.- Imposibilidad de no comunicar:* Los mensajes son cualquier unidad comunicacional, ya que se formula que no se puede no comunicar, afirmando que todo comportamiento es una forma de comunicación. Según los autores describen que la propiedad básica de la conducta es que no existe la no conducta.

Cabe mencionar que además se sugiere que los tipos existentes de comunicación plantean un compromiso por parte del emisor del mensaje que define la manera en que este concibe su relación con el receptor.

*2.- Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una meta-comunicación:* El nivel del contenido implica la transmisión de datos en la comunicación, es decir, el contenido del mensaje y el nivel de relación se refiere a cómo el emisor del mensaje desea ser entendido, cómo el receptor entiende este mensaje y cómo se observa la relación entre los comunicantes.

3.- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes:* El comportamiento de cada participante del proceso de comunicación se ve influenciado por la interpretación del mensaje recibido. Esta reacción se debe a que ambos estructuran de manera distinta el flujo de la comunicación.

4.- *Los seres humanos se comunican tanto analógicamente como digitalmente:* Entendiendo analógica como toda comunicación no verbal, es decir, gestos, tono de voz, el ritmo, secuencia de las palabras, etc. Por otro lado el conjunto de signos que conforman el lenguaje corresponde a la comunicación digital.

5.- *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios:* De acuerdo a la relación que se establezca entre los comunicantes los intercambios pueden ser de dos formas:

- Simétricos: Existe una condición igualitaria entre los participantes del acto comunicativo.
- Complementarios: Aquí uno de los participantes del acto comunicativo presenta una posición de poder, mientras que el segundo participante se encuentra en un estado inferior.

Al considerar estos principios en la relación terapéutica establecida entre enfermera (o)- usuario a través de la comunicación, es importante señalar que durante la hospitalización se genera un cambio del entorno habitual de la persona, lo que requiere un período de adaptación que exige un mayor esfuerzo por parte de la persona ingresada al centro hospitalario, ya que no sólo desea su recuperación, sino que además debe adaptarse a este entorno cambiante (a veces amenazante), a nuevas rutinas y normativas en que la individualidad se ve afectada, generando en la persona un estado de ansiedad y percepción de gran vulnerabilidad<sup>13</sup>. Lo anteriormente señalado es fundamental para que la enfermera (o) genere espacios de confianza mutua que le permitan adentrarse en los sentimientos de la persona para así, poder acceder a su ser particular.

### **2.1.2.3. Funciones de la comunicación**

Cuando establecemos un diálogo hablado el mensaje que se emite por parte de los comunicantes, lleva implícito una intención o propósito por el cual hemos establecido la relación y es este el que predomina durante el transcurso de la exposición del contenido. Román Jacobson definió seis funciones de la comunicación lingüística, de referencia o informativa; emotiva; apelativa, meta lingüística y fática. En este estudio se hará mayor referencia a algunas de ellas, ya que se relacionan más directamente con la comunicación entre enfermera (o), persona y familia, siendo la función emotiva que proyecta en palabras el mundo interno o estado de ánimo del hablante, por esta razón se encuentra entrelazada con las tonalidades de voz, la utilización de interjecciones y de palabras o frases determinadas que en su conjunto denotan la emocionalidad; para que esta función se establezca entre enfermera (o) y persona se requiere de confianza entre los participantes. La función apelativa tiene por objeto influenciar al receptor del mensaje, en pensamiento, actitud y conducta, siendo este el que genera reacción en la persona; señalar que la función fática se basa en el uso de muletillas y frases hechas, que sin un sentido pudieran complicar la comunicación, alejando al receptor para captar el mensaje.

#### 2.1.2.4. *Funciones de la comunicación no verbal*

La comunicación no verbal en su conjunto de formas corresponde al elemento que realiza mayor aporte a la hora de transmitir un mensaje y es por ello que se han definido variadas funciones en torno a esta.

En primer lugar podemos decir que el lenguaje no verbal es capaz de agregar, otorgar sentido o matizar la información que se ha entregado mediante el habla. A partir de la interpretación de este tipo de comunicación somos capaces de vislumbrar si el contenido del mensaje hablado y del mensaje no verbal son coincidentes, lo que nos permite confirmar o reforzar los datos entregados. Por otro lado si ambos mensajes no concuerdan se debilita la acción comunicativa, manifestando en algunos casos contradicción entre lo verbal y no verbal o también se puede apreciar el encubrimiento del verdadero sentido de lo que se desea expresar.

Cabe recalcar asimismo que el lenguaje no verbal es capaz de sustituir al habla, mediante actos no verbales como los gestos, miradas, la sonrisa, la postura corporal, movimientos corporales, el tacto, el espacio personal, la escucha activa y el silencio. Esto implica una gran cualidad, ya que por ejemplo para el habla no es posible existir por sí sola.

Otra función esencial del lenguaje no verbal es su capacidad reguladora de la interacción, puesto que la postura, la dirección de la mirada, los gestos, etc. permiten que se realicen pausas comunicativas, que prosiga la conversación, que varíe el emisor y otra serie de elementos que articulan la manera en la cual se estructura el enunciado emitido, en cierto modo es el cómo influimos a otros por medio de la comunicación no verbal. Conjuntamente debemos recordar que la manera en la cual lucimos aporta una serie de componentes que ayudan al receptor a crear una impresión de nuestra persona.

Además la comunicación no verbal nos permite enmendar algún déficit lingüístico que presente el emisor rellenando los vacíos discursivos que se producen por desconocimiento u olvido de los elementos verbales.

No siempre se encontrarán personas que sean capaces de captar el mensaje hablado en su totalidad del interlocutor, la (el) enfermera (o) por ejemplo; por lo cual resulta primordial conocer y practicar estas técnicas de comunicación no verbal mencionadas.

Existe información donde se habla de la comunicación no verbal, reafirmando la importancia de esta en el proceso comunicativo, específicamente hace referencia a que *ya no sólo son importantes las cosas que hacemos y decimos, sino cómo las hacemos y decimos*. De tal manera la enfermera debe ser capaz de otorgarle la relevancia correspondiente a este tipo de comunicar, el cual brindará el sentido del mensaje que queremos otorgar; *auténticos sentidos de la interacción comunicativa van a estar siempre en la unión de formas verbales y no verbales*<sup>14</sup>.

Visualizar aquello que no se expresa con palabras, será clave para determinar mensajes de nuestros usuarios que por distintos motivos no se manifiestan verbalmente. Se otorga importancia a la expresión corporal la cual puede ser mayormente significativa de lo que la persona atendida diga con sus palabras.

En el estudio citado anteriormente se menciona a Albert Mehrabian quien encontró que el impacto total del mensaje es verbal en un 7% (es decir palabras únicamente), 38% es vocal (el tono de voz, los matices y otros sonidos) y el mensaje no verbal un 55%. Además hace referencia a que el componente verbal de una conversación cara a cara es menor al 35% y más del 65% corresponde al tipo no verbal. Esto nos confirma las premisas anteriormente expuestas, destacando a la comunicación verbal como esencial en el acto de comunicar, y por ende del ejercicio de cuidados humanizados que permitirán comprender mutuamente los mensajes entre la enfermera y persona atendida.

De acuerdo a un cuestionario auto aplicado dirigido al profesional enfermero (a) además de observación directa en unidades de reanimación post quirúrgica los resultados arrojan que la enfermera (o) es quien toma la iniciativa mayormente en relación al usuario; la barrera principal corresponde al hecho que existen usuarios sedados o que no hablan; a pesar de poseer años de experiencia en la unidad, la mitad de las enfermeras estudiadas consideran que la comunicación no verbal no es una de sus actividades prioritarias por falta de tiempo y conocimientos. Dentro de las percepciones individuales se destaca la importancia del tacto, el gesto, la sonrisa, la mirada, el ruido y la lectura de labios en los usuarios gravemente enfermos o de cuidados críticos; este tipo de comunicación es imprescindible en la relación terapéutica, a pesar de ser uno de los aspectos más difíciles en el quehacer de la enfermería.

#### *2.1.2.5. Barreras de la comunicación*

En la comunicación pueden ocurrir sucesos que interfieran o afecten el proceso de interacción de manera total o parcial a causa de los problemas o deficiencias emanadas de algunos componentes del proceso de comunicación, como que el mensaje no llegue a su destino o se interprete de manera ineficaz. Según origen e incidencia se describen cinco tipos de barreras:

- **Barreras semánticas:** Se generan por una nula coincidencia entre el emisor y receptor en relación al significado y sentido que poseen o toman palabras, símbolos u oraciones que se utilizan para formar un mensaje. Estas divergencias pueden ser ocasionadas por problemas por parte del emisor como el receptor. En relación al emisor puede haber, por ejemplo, un empleo de polisemias (palabras con múltiples significados), las cuales contribuyen a generar una dificultad en la estructura del mensaje, debido a que no se acompañan del contexto semántico que se necesita para que adquieran el significado preciso. Las anfibologías también crean un inconveniente en relación al emisor, las cuales por una incorrecta construcción gramatical, originan un significado ambiguo del enunciado.

Las diferencias dialectales, igualmente, constituyen un problema semántico, debido a que según el lugar donde se utilicen ciertas expresiones o palabras, toman un significado y sentido distinto.

Finalmente un déficit de conocimiento también conllevaría a una falta de coincidencia en el sentido y significado de palabras entre emisor y receptor. Por ejemplo, el emisor puede

utilizar una palabra pensando en un significado distinto al que posee. Por otro lado, el receptor puede desconocer el significado de la palabra y le otorga otro que él cree correcto.

- **Barreras Físicas:** Estas barreras afectan a los medios usados para la transmisión y recepción del mensaje. En relación a la transmisión de éste, pueden influir tanto fallas acústicas como mecánicas u ópticas en el funcionamiento de artefactos usados para la transmisión. Los inconvenientes ambientales, como el exceso de ruido en el sitio donde se entabla un acto comunicativo, o bien, el exceso de luz cuando se reproducen imágenes, son considerados como barreras físicas que interfieren en la recepción del mensaje.
- **Barreras Fisiológicas:** Pueden manifestarse tanto en el emisor como en el receptor del mensaje, las que pueden variar desde una disfunción parcial a una disfunción total en los órganos que intervienen en el proceso fisiológico de la comunicación. En lo concerniente a la comunicación oral, se deben considerar tanto los órganos de la fonación (boca y estructuras que participan en la respiración), como los órganos de la audición.
- **Barreras Psicológicas:** Surgen de la forma particular en que el ser humano interpreta el mundo que lo rodea. El modo individual de percibir los fenómenos que suceden se denomina marco referencial o filtro individual. Es por éste filtro que atraviesa la interpretación y percepción de los mensajes que son recepcionados o generados. A raíz de esto es que, en oportunidades, la comunicación se ve perjudicada cuando hay divergencias importantes entre el emisor y receptor.

La necesidad del ser humano de satisfacer sus requerimientos emotivos, lo determina a tomar una conducta establecida, dependiendo del nexo que exista entre lo que el mundo le brinda y lo que él necesita. En este sentido, la falta de concordancia entre la fuente y el destinatario, en relación con sus propios intereses, también es un factor generador de barreras psicológicas.

- **Barreras Ideológicas:** Se presentan cuando existe una diferencia entre el emisor y receptor en la acepción o interpretación que le confiere el grupo social al que pertenecen. Es decir, se vincula directamente con las circunstancias socioculturales de quienes forman parte del proceso comunicativo. Cada participante de este proceso utiliza el dialecto del grupo social o comunidad a la cual pertenece, donde las palabras obtienen un significado y sentido según el entorno social o lugar donde se producen.

### ***2.1.2.6. Tipos de Comunicación.***

En el ámbito de la psicología Hebb en el libro de Davidoff (1989)<sup>15</sup> identifica dos formas de comunicarse: por un lado está la *comunicación espontánea* donde los participantes del proceso comunicativo no solo se expresan a través del lenguaje hablado (comunicación verbal), sino que también mediante gestos, miradas, sonidos, movimientos corporales, señales de emociones y el silencio (comunicación verbal). Particularmente se advierte que este tipo de comunicación no siempre tiene la intención de comunicar algo, pero a través de las expresiones descritas de igual forma transmite a un receptor el mensaje. La otra forma de comunicarse Hebb la define como *comunicación intencional* donde se busca afectar al receptor del mensaje con la información que se trasmite, y al mismo tiempo esperar una respuesta.

#### **Comunicación verbal**

Hace referencia a la comunicación que se desarrolla por medio de la palabra, siendo esta oral o escrita; la primera está relacionada con el habla y para hacer efectivo el proceso de producir y recibir el lenguaje hablado utiliza mecanismos fisiológicos y cognitivos. Está constituida por un sistema completo de símbolos para expresar conceptos u objetos reales. Por lo tanto, es un proceso de transmisión, recepción o expresión de ideas, pensamientos o sentimientos mediante palabras, ejerciendo una influencia recíproca. Por otro lado la comunicación verbal escrita se desarrolla mediante la representación gráfica de signos.

#### **Comunicación no verbal**

La definición para este concepto corresponde a todo tipo de comunicación que no utiliza el lenguaje en su forma hablada o escrita, implica entonces un amplio abanico de posibilidades pues en él se expresan todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican.

Los aspectos no verbales del mensaje pueden asumir diferentes formas, dentro de ellas destacan como las más relevantes: el aspecto exterior, el movimiento corporal o kinesia, el contacto visual u oclusia, el paralenguaje, la cronémica, el contacto físico o háptica y el uso del espacio personal o proxemia.

Si se habla de aspecto exterior la manera en la cual lucimos es juzgada por el receptor y de ella este es capaz de desprender ciertos juicios acerca del emisor del mensaje. A partir de la imagen exterior se extrae información sobre nuestra edad, sexo, raza o cultura, profesión, incluso de la posición económica relativa.

Se citan dos aspectos que conforman la imagen exterior, por un lado los complementos que hacen referencia a todo aquello que aporta al cariz pero que se encuentra sujeto a control y por otro lado los rasgos físicos corresponden a características que difícilmente pueden modificarse.

En la comunicación aplicada en enfermería se detallara el resto de los aspectos no verbales del mensaje.

### 2.1.3. Comunicación en Enfermería

Dentro del ámbito de salud, la comunicación es una herramienta fundamental para llevar a cabo las relaciones entre profesionales y personas, ya que si ambos partícipes del acto comunicativo logran un entendimiento mutuo, es posible que se alcance una mayor y más rápida recuperación de la salud del usuario. Sin ir más lejos en un estudio realizado en México <sup>16</sup>, advierte que el 50% de las personas encuestadas se sienten insatisfechas con la atención de la enfermera (o), recalcando que dentro de su instrumento de medición se ven implicados ámbitos del actuar comunicativo de la enfermera (o), además de la atención en general. Por lo tanto, respecto a esto y lo que se ha mencionado anteriormente, para un profesional de la salud, saber comunicarse es una de las principales habilidades que debe potenciar.

La comunicación es facilitada por actitudes, así como también por habilidades básicas y orientación teórica. Cada participante puede brindar a una relación ciertas actitudes facilitadoras que son nada más que expresiones del trato humano. Una actitud es mental o emocional, cuya perspectiva es transmitida a través de expresiones verbales y no verbales. Dichas actitudes como ser auténtico, no tener prejuicios, ser empático, demostrar simpatía, tener sentido del humor e interés genuino por el otro, parece catalizar la comunicación e influyen positivamente en el resultado de cada fase de la relación.

Por ejemplo, si hablamos de autenticidad se hace referencia a ser lo que realmente se es sin ningún tipo de artificialidad o afectación dentro de los límites del rol profesional, lo que permite explorar las oportunidades y desafíos en cada situación, seleccionando una respuesta que exprese apropiada y responsablemente verdaderos valores, necesidades, sentimientos y compromisos. Una persona auténtica está consciente, conoce y acepta sus propios pensamientos y sentimientos, esto lleva al profesional a reconocer al usuario como un ser individual. En ausencia de estas actitudes, se crea una barrera comunicativa que requiere tiempo valioso para su corrección y la recuperación de la confianza en la relación enfermera (o) y persona requirente de cuidado.

Es esencial que el trabajador de la salud desarrolle habilidades no tan sólo verbales de comunicación, sino que debe reconocer de su usuario, gestos, miradas, tono de voz, etc. que van a significar muchas veces el estado en el que se encuentra, e identificarlas resultará primordial para planificar un cuidado atinente a lo que le acontece. La enfermera (o) como parte de un cuidado humanizado juega un rol principal, al pasar gran parte de su jornada laboral junto al usuario, lo que implica que esta competencia comunicativa debe ser internalizada por el profesional enfermera (o) en gran magnitud, para llevar a cabo un cuidado personalizado y a la vez óptimo y efectivo, siendo por tanto, la comunicación parte de este cuidado humanizado e individualizado

En enfermería, la comunicación verbal se relaciona fundamentalmente con las palabras habladas. Si bien las palabras no ejercen la mayor influencia en la comunicación (sino el mensaje no verbal), las palabras son instrumento esencial de la comunicación personal y cultural. La falta de congruencia en el lenguaje entre enfermera (o) y usuario suele interferir con el establecimiento de una relación y crea un obstáculo para ratificar los significados, principal característica de un mensaje eficaz. El Consejo Internacional de Enfermeras señala que *“La comunicación ineficaz –por*

*dificultades idiomáticas o por interpretaciones o comprensiones diferentes– puede conducir a una deficiente experiencia del paciente y reducir la capacidad de la persona para participar eficazmente en la adopción de decisiones acerca de los cuidados y del tratamiento, en la medida en que no puede darse un consentimiento significativo”.*

Según lo que afirma el estudio de Otero (2008)<sup>17</sup>, la comunicación efectiva en salud tiene dos requisitos básicos: la capacidad de empatía y la capacidad de resonancia.

La empatía está definida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente. La enfermera (o) debe tener la habilidad entonces de conectarse con el usuario para poder llevar a cabo una acción humanizada, como brindar apoyo emocional; además debe poseer destrezas comunicativas para reconocer ciertas expresiones verbales y no verbales que pueda emitir el usuario tratando de comunicarse. El profesional trata de sintonizar con el cliente sin deformar el mensaje con la creación de estereotipos o juicios de valor, pero es difícil alcanzar una armonía cuando existen diferencias de sexo, edad, situación socioeconómica, raza y cultura. La mejor forma de alcanzar empatía es poner los sentimientos del cliente en palabras y comparar con lo que se observa, existiendo congruencia entre ambos.

Antes de realizar algún comentario empático es necesario conocer bien al usuario. Si los sentimientos reflejados son inexactos, éste se sentirá ansioso y mal entendido. Por el contrario, si los sentimientos son acertados y altamente detallados pero inaceptables para el usuario, éste se vuelve cauteloso y puede crear mecanismos de defensa.

Por último es importante mencionar que saber escuchar al otro comprende una dimensión esencial de la empatía.

Es transcendental que el profesional de enfermería desarrolle la escucha activa como parte del proceso de comunicación verbal eficaz, entendida como la escucha atenta, respondiendo relevantemente, creando una situación de máximo involucramiento, permitiendo expresarse de manera más completa y libremente respetando los silencios. Es necesario incluir durante el proceso de enfermería la forma de realizar las preguntas al usuario. Preguntar de forma directa es una habilidad comunicativa utilizada para obtener información que pueda detectar las necesidades y/o problemas que dificulten el bienestar de la persona en forma concreta.

Escuchar activamente tampoco debe significar un monólogo de uno de los actores de la comunicación, sino que en un entrecruzado equitativo de conductas y palabras entre los dos activos del proceso, asimismo esto irá señalando que ambos están entrando en un entendimiento al existir una retroalimentación entre las partes. Hay que mencionar también que en la comunicación efectiva el profesional debe tener una clara concepción, estructuración y uso del tiempo durante la acción comunicativa (cronémica), para así centrarse en los puntos importantes pero a la vez ir mezclando con las actitudes empáticas. En resumen el profesional empático debe reconocer y comprender los sentimientos que emite el interlocutor y a su vez expresar y generar una comunicación efectiva con la persona permitiendo pausas y respuestas, ya que ante todo la comunicación es un proceso de intercambio dinámico.

El segundo requisito que se mencionó anteriormente, es la capacidad de resonancia; la cual se interpreta como aquella competencia que permite al profesional no sólo identificar las emociones y sentimientos del otro como la empatía, sino que además de eso, resonar, vibrar junto a él, aprobarlo, y acogerlo<sup>17</sup>. Al poseer esta habilidad se ampara al usuario, se es capaz de mezclar la empatía al reconocer lo que siente y ponerse en su lugar y además, ir al unísono resonando con él, lo que demostrará a este interlocutor que se ha captado su mensaje.

La comunicación dentro de los procesos de atención se ha tornado entonces en un elemento importante para llevar a cabo relaciones terapéuticas entre enfermera (o) y usuario. Se debe tener en cuenta que esta relación trae consigo beneficios, como el establecimiento de vínculos de confianza que irán generando un mutuo conocimiento de actitudes entre emisor y receptor, y que a su vez permitirá por parte del profesional ser proactivo, definiendo esto como la capacidad de anticiparse a los cuidados. Además hay que recalcar que cada profesional de salud debe tener una actitud de respeto con el otro, con esto recibirá desde su interlocutor la misma señal, y a partir de ello se llevará a cabo una serie de acciones que irán en beneficio de la persona y su salud.

Finalmente se debe desarrollar el informar de una manera óptima, entregando conocimientos acordes y atingentes, mediante el uso de un lenguaje adecuado (sin utilizar tecnicismos), tomando en cuenta el nivel de entendimiento del cliente. Todo usuario tiene derecho a acceder a la información en un formato apropiado y según el nivel de comprensión que le permita hacer elecciones y adoptar decisiones informadas sobre su salud.

El CIE sugiere que toda persona tiene derecho a una información actualizada sobre la promoción, prevención, mantenimiento de la salud y tratamiento de la enfermedad. Además menciona que la información debe ser fácilmente accesible, oportuna, precisa, comprensible, pertinente, fiable y basada en las pruebas o en las mejores prácticas. La información dada al usuario debe responder a sus necesidades y circunstancias, inclusive sus necesidades biopsicosociales tales como las espirituales, religiosas, étnicas y culturales. En síntesis, la comunicación verbal se encuentra influenciada por la edad de desarrollo y la herencia cultural. El primero, está referido a la capacidad fisiológica que tiene la persona para transformar los sonidos en palabras y simbolizar; la segunda, influye en las variaciones para definir palabras.

Lo no verbal es otro componente fundamental, ya que ejerce la mayor influencia en la comunicación. Es necesario involucrar todos los sentidos de la persona, ya que a través de éstos podemos percibir gestos, movimientos corporales, objetos (presentación intencionada o no de objetos materiales) y uso del espacio.

Se puede distinguir que la forma no verbal de comunicarse en el profesional de enfermería se percibe como un arte, una técnica y un proceso. Como un arte, ya que involucra la virtud, disposición y habilidad del profesional de enfermería para entablar una comunicación efectiva; también como técnica, debido a que se aplican las competencias comunicativas ya adquiridas; y por último como un proceso, puesto que se busca que la interacción entre los participantes de la comunicación evolucione en el transcurso del tiempo de manera progresiva.

Para llevar a cabo la habilidad comunicativa, se deben presentar ciertos elementos relacionados con los sentidos, tales como el tacto o el contacto físico; en la relación con el paciente esta habilidad es necesaria desarrollar; las personas requieren demostración de apoyo.

*“Aunque el tacto no es una emoción, los elementos sensitivos inducen cambios neurales, glandulares, musculares y mentales cuya combinación denominamos “emoción”. Por tanto, el tacto no se experimenta como una simple modalidad física, como sensación, sino también como modalidad afectiva o emoción”<sup>18</sup>.*

Lo anterior deja de manifiesto los alcances del contacto físico, un mínimo gesto como tomar la mano de una persona en el momento adecuado puede incitar a la calma, esa calma que nos rememora las experiencias más remotas de contacto con nuestra madre.

Es por ello que el profesional de enfermería debe estar consciente del significado del contacto físico dependiendo de la cultura y debe ser bien utilizado como herramienta para una relación y comunicación exitosa.

El contacto visual u oclusia, permite que se establezca un acercamiento más directo y consciente, lo que conducirá a una intensificación de la intimidad y a la vez se proporcionará información emocional de los participantes del proceso comunicativo. La interpretación gestual de los ojos nos entrega información para interpretar la comunicación enfermera (o) paciente y familia, evidenciando interés y comprensión del mensaje. Puede evidenciarse movimientos asociados a respuestas emocionales del comunicador, Ekman y Friesen describieron la oclusia del disgusto, irritación, felicidad y tristeza basados en la posición de las cejas, pestañas, tensión de la piel en torno al ojo y cantidad de esclerótica del ojo, esto nos permitiría saber cómo han sido recibidos los mensajes y su grado de involucramiento emocional en el tema.

Es importante recalcar que la mirada ha de ser analizada desde tres aspectos, la dirección, intensidad y duración de la mirada. Con respecto a la dirección ya señalamos su interpretación en algunas ocasiones; en cuanto a la intensidad y duración podemos decir que si existe aumento de ellas, corresponden a actitudes de reprobación, en cambio si decrece la intensidad se asocia a transmisión de afectividad e intimidad, cuestiones que el profesional de enfermería debe tener en cuenta al minuto de comunicar.

La audición no sólo se emplea en lo verbal para captar el mensaje. En lo no verbal es fundamental para interpretar las cualidades de la voz (paralenguaje). Hunsaker y Alessandra (1980) determinan algunas cualidades de la voz que conllevan a una comunicación eficaz: la resonancia, ritmo, velocidad, tono, inflexión y claridad.

Los movimientos corporales o kinesiología están influenciados por la sociabilización, la cual se desarrolla en el entorno psicosocial y cultural, variando según edad, sexo, clase social y etnia. Se puede hablar de lenguaje corporal como la forma en que se interpretan emociones por medio de movimientos conscientes e inconscientes. El profesional de enfermería debe evaluar los movimientos corporales y determinar congruencias con la comunicación verbal durante su atención.

Ekman y Friesen (1969)<sup>19</sup> describe los tipos de conductas no verbales que va realizando la persona de acuerdo a su genética, experiencia y entorno donde se encuentre inserto. Estos comportamientos por lo general se utilizan para dar un grado de énfasis a lo que se comunica verbalmente o para expresar lo que se siente en una determinada situación (ejemplo: entrelazar los brazos en señal de enojo).

Para lograr un mayor éxito en el proceso de comunicación se debe considerar la forma en que se mueven las partes del cuerpo, como la orientación, posición y distancia de éstos en el espacio, tanto de usuario como de enfermera (o) lo que indica el grado de afiliación entre ellos. Conociendo estos aspectos, el profesional puede utilizar la manipulación del espacio en beneficio del usuario en el ámbito del proceso de enfermería.

El uso del espacio y las distancias de acercamiento se denomina proxémica, la que define la eficacia durante la comunicación. Se diferencian cuatro zonas de aproximación <sup>20</sup>:

- Distancia Pública: Es la que se utiliza para dirigirse a personas que no son conocidas o a grupos. Es mayor a 3.5 metros.
- Distancia Social: Permite tener conversaciones públicas, y fluctúa entre 1.5 - 3.5 metros de distancia.
- Distancia Personal: Consiste en el tramo que se establece con determinadas personas pero inquieta cuando desconocidos o extraños entran en este círculo. Este espacio varía entre 0.5 - 1.5 metros.
- Distancia Íntima: Es la distancia donde solo se permite el ingreso de personas muy cercanas, tales como: familia, amigos íntimos, pareja, etc. Se encuentra menor a los 0.5 metros. En este trecho, se incluye la zona íntima privada que es menor a 15 cm y solo se puede tener acceso por medio del contacto físico.

En lo verbal y no verbal se da la meta-comunicación entendida como un nivel de integración del “qué”, “quién” y su relación en el proceso de comunicación. La enfermera(o) debe evaluar estos aspectos que ejercen influencia en la eficacia de las relaciones, a través de la búsqueda de contenido, el tema del modo (emoción comunicada y forma en que se transmite el mensaje) y la interacción entre los participantes.

Cuando existe una incongruencia entre lo verbal y no verbal, suele ser esta última la más decisiva. Es importante saber que lo no verbal está sujeto a lo subjetivo, por lo que es necesario comprobarlo verbalmente. La validación es de vital importancia para emplear eficazmente la meta-comunicación en el proceso de atención.

### *2.1.4 Relación terapéutica*

Según Rigol<sup>21</sup> en su libro *Enfermería de salud mental y psiquiatría*, afirma que la enfermera (o) cuando establece una relación con el enfermo o familia, siempre lleva a cabo una relación terapéutica, de lo contrario solo se queda en entredichos, y sus acciones pudiesen ser reemplazadas por otro profesional, incluso alguien que no fuese del área.

La relación terapéutica, no es como cualquier relación que se pudiese originar en otro contexto, o con otras personas, este tipo de relación tiene una estructura concreta, con objetivos claros y características específicas dentro de un marco profesional. Esta relación es diferente de otras porque se basa en la problemática de un enfermo, como también en la salud de una persona, dentro de un ambiente estable y con pautas marcadas en cuanto al proceso de relación.

Para establecer este tipo de relación, es necesario que el profesional de enfermería utilice la comunicación como herramienta básica para la identificación de los problemas en salud y la satisfacción de necesidades de los usuarios, con el objetivo de crear instancias de aprendizaje y confianza en las personas, lo que a su vez permita una mejor planificación en el proceso de atención.

Debido al tiempo que pasa la enfermera (o) con el usuario, debe tener presente que esta relación tiene que servir de modelo a la persona para que aumente su autonomía y capacidad adaptativa. Si bien se ha mencionado que esta relación mantiene una estructura, muchas veces se da una interacción espontánea, ya que intervienen situaciones puntuales y elementos del ambiente, lo que hace imprescindible el autoconocimiento de la enfermera (o) en relación a aspectos comunicacionales y de interacción, para poder responder de manera adecuada a las situaciones que se presenten. Este autoconocimiento ayudará al profesional a evitar el subjetivismo que sucede en el establecimiento de vínculos, ya que si bien se necesita de objetividad para las relaciones terapéuticas, es innegable que aparezcan elementos subjetivos en función a las propias características de la persona, como juicios de valor o estado de ánimo, desvirtuando la valoración del usuario y comunicando información errónea.

Formar una relación terapéutica con el usuario nos brinda la oportunidad de dilucidar aspectos problemáticos para este a nivel relacional y por lo tanto influir en cambios de comportamientos inadecuados o potenciar rasgos o conductas positivas que no pudieron realizarse en otros tipos de relaciones colectivas.

El Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica, también advierte aspectos de esta relación terapéutica, mencionando que las relaciones interpersonales se producen dentro de todas las fases de interacción enfermera (o) y usuario, y que pueden estar en las situaciones cotidianas y sencillas como más complejas. Además destaca que el profesional de enfermería debe desarrollar habilidades dentro del marco de las relaciones interpersonales, que le permitan trabajar e intervenir, haciendo observaciones como espectadora y participante. Estas observaciones otorgarán al profesional elementos que posteriormente utilizará para su intervención terapéutica.

### 2.1.5. Teoristas que iluminan el estudio

Para iniciar este estudio se tuvo como base las teorías de Joyce Travelbee y Hildergard Peplau. Por un lado Joyce Travelbee presenta a la comunicación como raíz fundamental de su modelo persona a persona, otorgando importancia a este concepto dentro de la relación enfermera (o) - usuario. Desde la perspectiva de Peplau se obtiene que para ejercer el cuidado a personas que lo requieren, se debe establecer una relación interpersonal, la cual se genera tras proceder ciertas etapas que se describirán más adelante.

En lo que compete al estudio, Joyce Travelbee y su concepto de comunicación, será el cimiento fundamental para la investigación, que busca describir aspectos de esta competencia perteneciente a la enfermería y que además forma parte de los cuidados humanizados que se pretenden otorgar. Así mismo la comunicación se adjunta a las medidas de cambio de la reforma de salud, la cual tiene como indicador de calidad este aspecto. Del mismo modo los objetivos que se han planteado en un inicio apuntan a la obtención de este concepto definido y relacionado por Travelbee (ver figura 2).

Sin embargo la comunicación no es una acción aislada, esta se genera dentro de un contexto o ambiente de relación entre la enfermera (o) y el usuario, el cual está definido por Peplau. Se debe mencionar que en esta investigación no se estudiará el contexto relacional de la comunicación, sino el concepto propiamente tal y sus componentes.

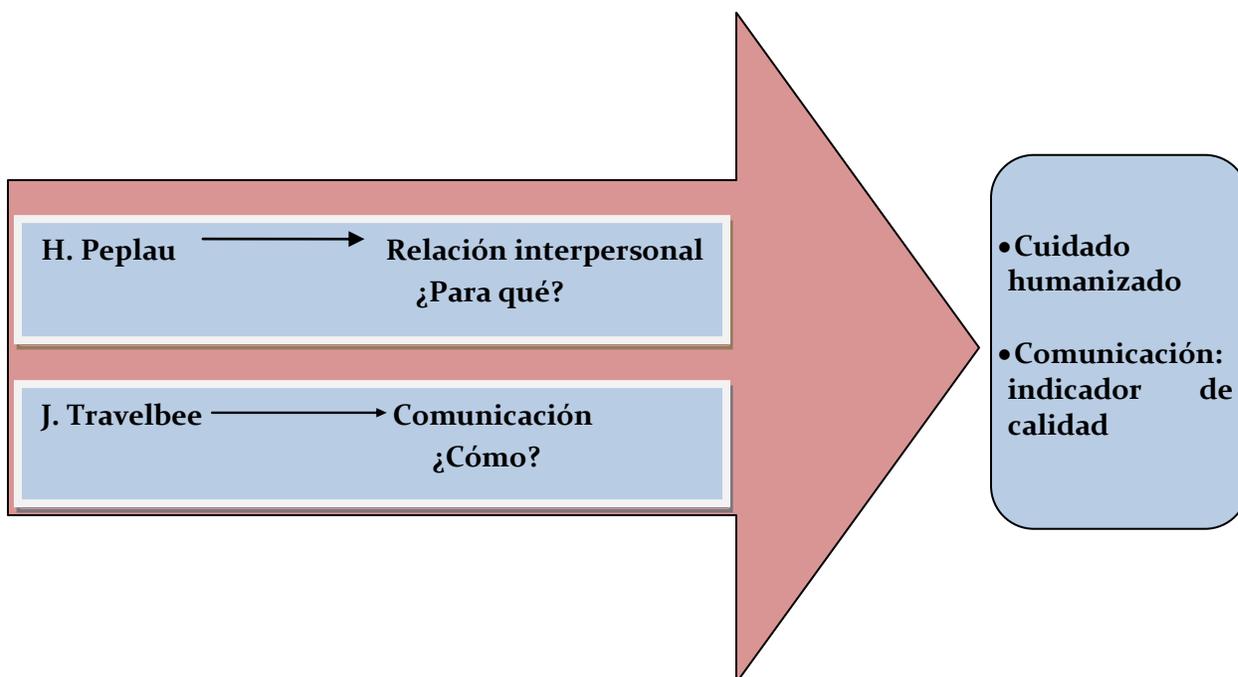


Fig. 2 La comunicación y contexto relacional. C. Valdés M.

#### 2.1.5.1. Teoría Psicodinámica

Hildegard Peplau, considerada la madre de la enfermería psiquiátrica, contribuyó enormemente en la práctica de la enfermería, destacándose en el desarrollo de la teoría de las relaciones interpersonales centrada en la relación enfermera (o) y usuario.

Es importante para el estudio señalar a Peplau, ya que define la enfermería psicodinámica como: *un modelo que intenta entender la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades e intenta aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas que emergen de todos los niveles de experiencia*. Dentro de esta definición, se refleja intrínsecamente la importancia de la comunicación, ya que el hecho de formar esta identificación propia y de la persona que necesita cuidados, requiere un elevado conocimiento de las conductas que se entrelazan y para ello percibir mediante una comunicación eficaz, dará como resultado el cumplimiento del modelo de relaciones interpersonales.

Por otro lado Peplau se refiere a la persona como un hombre que a la vez es un organismo que vive en equilibrio inestable, en donde su salud implica un movimiento de la personalidad y otros procesos humanos en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario. Cuando ésta falla, aparece la enfermería como un proceso importante, terapéutico e interpersonal, en donde se trabaja con otros procesos humanos que hacen posible la salud para las personas en las comunidades. A partir de este punto de vista resaltamos además la humanización de los cuidados que en conjunto con la comunicación se quiere lograr, aquello que también menciona Travelbee en su apartado, de esta manera se genera la integralidad de los cuidados que se quieren otorgar mediante este intercambio dinámico e eficaz de expresiones verbales y no verbales entre la enfermera (o) y usuario.

Peplau, define cuatro fases para lograr la relación interpersonal: una fase de orientación, en la cual la enfermera (o) ayuda a la persona a reconocer el problema y a determinar su necesidad de cuidado; una fase de identificación, en donde la enfermera (o) permite la exploración y reorientación de los sentimientos para ayudarlo a superar la enfermedad, intensificando las fuerzas positivas en su personalidad y ofreciendo la satisfacción necesaria; una fase de explotación, en la que la persona intenta derivar un valor completo de lo que se le ofrece como relación; y una fase de resolución, donde la persona olvida gradualmente sus antiguas metas y adopta nuevas. Para llevar a cabo éstas cuatro fases se debe internalizar todo lo que se ha mencionado de forma óptima, es decir, se debe ejercer una comunicación eficaz para identificar los problemas de la persona a quien otorgaremos los cuidados, también hay que practicar un reconocimiento elevado de la comunicación no verbal, lo cual nos indicará aquellas conductas o información que las palabras no expresan y por último la ejecución de la proactividad que se anticipa a las conductas y determina de mejor forma lo que se quiere lograr con la relación interpersonal.

Por otra parte Peplau describe seis roles de la enfermería que se presentan en la relación enfermera (o) y usuario. La enfermera (o) como extraña, debe tratar al usuario lo más cortés posible, aceptándolo como la persona que es, sin juzgarlo y tratándolo como alguien emocionalmente capaz, a menos que se indique lo contrario; suministradora de recursos, respondiendo a las preguntas de los usuarios, explicando el tratamiento o plan médico de cuidado; educadora, ofreciendo información y utilizando la experiencia del aprendiz como base; líder, ayudando al usuarios a asumir tareas que tiene a su alcance a través de una relación de cooperación

y participación activa; de sustituta, en donde se definen áreas de dependencia, independencia e interdependencia; y finalmente consejera, siendo el de mayor importancia ya que el objetivo de las técnicas interpersonales es ayudar al usuario a que recuerde y entienda completamente lo que le sucede en la actualidad, por lo tanto, la vivencia se puede integrar a otras experiencias de vida.

En conclusión, Peplau construyó un modelo de cuidado para la enfermería que plantea cómo en la relación enfermera (o) y usuario, ésta puede acercarse a los significados que ellos asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos para incorporarlos al cuidado y ayudarlos a dirigir sus potencialidades hacia formas útiles para sobrellevar sus dolencias. Es por esto que es tan importante la comunicación, ya que sólo a través de esta herramienta la enfermera (o) podrá alcanzar la interpretación de la condición del usuario y ayudarlo a satisfacer sus necesidades básicas de bienestar.

### ***2.1.5.2. Modelo relación persona-persona***

Joyce Travelbee era una enfermera psiquiátrica, que dictaba clases en universidades y escribía acerca de la enfermería. Su teoría es inductiva, es decir, a partir de experiencias y situaciones particulares vividas en la práctica psiquiátrica, creó ideas generales. Ella opinaba que la enfermería necesitaba una revolución humanística, debía existir un retorno a centrarse en la función de “cuidado” de la enfermera (o). Esto presenta una importante premisa para el estudio, que ha sido levantado con la idea de generar interés por parte de los profesionales en atender las necesidades psicoemocionales a través de la comunicación.

Travelbee define como objetivo de la enfermería “*ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias que le supone la enfermedad y el sufrimiento y si es necesario encontrar un sentido a este*”<sup>22</sup>. Ella generó en su teoría una serie de conceptos que avalan y ayudan a definir el estudio. Cuando se refiere al usuario no lo nombra como tal, sino como un ser humano que requiere cuidados de otros, donde menciona a la enfermera (o), como aquel ser provisto de conocimientos especializados que ayuda a esta persona requirente de cuidados a prevenir la enfermedad, recobrar la salud, encontrar un significado a la enfermedad y mantener un máximo grado de salud.

Un concepto importante que la teorista definió, que se identifica como centro del quehacer enfermero y al mismo tiempo generador de los cuidados a través de él es la comunicación, a la que resalta como un proceso en el cual se establece una relación persona a persona cumpliendo con el objetivo de la enfermería planteado en ayuda de las familias y personas en su salud, enfermedad y sufrimiento. Por lo tanto, es necesario mencionar que existe una interacción entre la enfermera y la persona requirente de cuidados que se logra a través de la comunicación verbal y no verbal. Posterior a esto llega a una definición mayor, un concepto que engloba los anteriores, que la llama relación persona- persona, donde está la enfermera (o) y quien recibe su cuidado dentro de una experiencia en la que se cubren las necesidades de la persona o familia. Importante destacar que esta relación se llevará a cabo tras haber progresado por las etapas que forma la relación: un primer encuentro, identificación de roles (profesional, persona que necesita cuidados), empatía y simpatía.

Por otro lado se debe mencionar que no tan solo Travelbee ha resaltado a la comunicación como parte importante del quehacer enfermero. Sin ir más lejos, varios estudios advierten también que la comunicación además de ser primordial al momento de atender al usuario, es la herramienta básica y un recurso trascendental, que se utiliza para ir en servicio de las personas. Esta ayudará y será de utilidad para orientar, informar, apoyar, confortar y atender las necesidades básicas del usuario<sup>23</sup>.

Travelbee no deja de lado la salud y su estado de bienestar, el cual lo señala como una situación de autoaprensión física, emocional y espiritual. Aquí vuelve a mencionar el conjunto de cuidados humanizados que son necesarios para mantener la salud tanto física como espiritual y lo importante de reconocer el “ser” persona de ambos actores de la relación enfermera (o) y usuario, donde a través de la comunicación se podrá otorgar el privilegio al profesional de reconocer aquellas identidades y formar la relación empática. Por lo tanto, el objetivo que Travelbee menciona para la enfermería se consigue mediante la relación persona-persona que se forma a partir de la comunicación verbal y no verbal. El resultado final de la relación, la teorista lo denominó *relación terapéutica*. No obstante la teoría afirma que la percepción que logre la enfermera (o) del usuario influye de sobremanera en la calidad y cantidad de cuidado enfermero que se ofrece a un ser humano enfermo. Travelbee cuando concluye en la relación terapéutica entre el profesional y la persona que necesita cuidados, habla que la enfermera (o) es capaz de llevar a cabo estas acciones de acuerdo a sus conocimientos y habilidades necesarias para ayudar a personas enfermas, pero un punto importante que toca es la capacidad del profesional de enfermería de reconocer, responder y apreciar la unicidad del ser humano que tiene enfrente y que necesita de su atención.

Otros aspectos relevantes que ya se han mencionado, pero que reitera la teorista, es que una necesidad emocional alterada es tan importante como una alteración física, pero aún hoy en día se trabaja con las necesidades físicas alteradas como prioridad y no haciendo un paralelo. Por lo que se deduce que no ha existido tal revolución humanística que pretendía Joyce Travelbee.

Comparando esta teoría, con la actualidad referida a la formación de las enfermeras (os) esta ha ido mesurablemente cambiando a un sentido más holístico en los cuidados, pero no se ha identificado una potenciación de cubrir completamente las necesidades espirituales y emocionales, o más bien no se les ha otorgado la cobertura de atención a aquellas. Por lo tanto, como también lo identificó Travelbee, se requiere de una preparación profunda en las técnicas de comunicación para lograr potenciar cuidados humanizados y holísticos.

Es de suma importancia reconocer y poder comprobar que la inversión de tiempo de las enfermeras (os) en cubrir las necesidades emocionales y espirituales es muy valiosa. Este estudio desea cuantificarlo de acuerdo a la percepción que posean los usuarios de la competencia comunicativa que ejerce la enfermera (o) en vista de satisfacer sus necesidades psicoemocionales. Por último, Travelbee insta a los profesionales de enfermería a apreciar no sólo la humanidad del usuario, sino también la humanidad de ellos mismos.

## *2.2. Marco contextual*

---

Esta investigación se realizó a las personas internadas en los servicios de cirugía y medicina en los Hospitales Carlos Van Buren, Dr. Eduardo Pereira y de Quilpué, durante el período de octubre a diciembre de 2011.

A partir del inicio de la cátedra de metodología de la investigación, fueron surgiendo ideas sobre qué cosas eran necesarias e importantes para la enfermería investigar. Paralelo a aquella cátedra se estuvo cursando y aprendiendo sobre la ética, dentro de ésta existieron documentos que fueron revisados y despertaron interés en el grupo de estudiantes. Sin ir más lejos se analizó el texto llamado “El Ser de Enfermería”, el cual reflejaba un vacío dentro de la labor que desempeña el profesional enfermero día a día. Este vacío se asigna a la falta de identificación de la enfermera (o) lo que a su vez conlleva a una confusión por quien desempeña la labor de enfermería por parte de los usuarios.

Todo esto deja a entrever una necesidad en los profesionales enfermeros por identificarse frente a los usuarios, por lo que recae la importancia en la competencia comunicativa del profesional enfermero.

Esta denominación se realiza a partir de los estudios a nivel internacional primordialmente, que plantean una cierta insatisfacción por parte de los usuarios frente a los cuidados otorgados por la enfermera (o), que a su vez incluye aspectos de la comunicación que involucran el quehacer de enfermería. Por esto se deduce que los profesionales no se están comunicando satisfactoriamente, lo que en consecuencia trae un déficit de identificación del profesional enfermera (o).

Por lo tanto, se delimita la importancia y necesidad de conocer cómo perciben los usuarios la competencia comunicativa del profesional enfermero, dentro de los hospitales en los cuales se realizan principalmente las prácticas de enfermería, los cuales son; Hospital Dr. Carlos Van Buren, Hospital de Quilpué y Hospital Dr. Eduardo Pereira. Esto además otorgará conocimientos de cómo perciben el grado de satisfacción de los usuarios dentro del país frente al tema mencionado.

Por otro lado el interés por estudiar este tema se ve sustentado específicamente, por uno de los desafíos sanitarios planteados en la Reforma de Salud, donde se busca satisfacer adecuadamente las expectativas del usuario, en base a la atención de salud que se brinda. Es por esto que se produce la necesidad de conocer la satisfacción del usuario, según las expectativas de atención que otorga el profesional enfermero, considerando de manera específica la competencia de comunicación.

Del mismo modo y teniendo en consideración los resultados positivos de la Medición del nivel de Satisfacción usuaria en la red pública de Chile, se establece como necesario conocer si esos resultados se reflejaran de igual manera en los centros de salud considerados en el estudio, en base a la medición de satisfacción considerando la competencia de comunicación de la enfermera (o).

## 2.3. Objetivos

---

### 2.3.1. Objetivo General

Conocer el grado satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería.

### 2.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar apreciación del usuario con respecto al proceso de comunicación brindado por el profesional de enfermería abarcando dimensiones de proactividad, actitud profesional, apoyo emocional, comunicación verbal, comunicación no verbal.
- Medir grado satisfacción usuaria en el área de comunicación verbal; cuantificando resultados con el fin de obtener aspectos negativos y positivos en proceso de atención.
- Medir grado satisfacción usuaria en el área de actitud profesional; cuantificando resultados con el fin de obtener aspectos negativos y positivos en proceso de atención.
- Medir grado satisfacción usuaria en el área de apoyo emocional; cuantificando resultados con el fin de obtener aspectos negativos y positivos en proceso de atención.
- Medir grado satisfacción usuaria en el área de proactividad; cuantificando resultados con el fin de obtener aspectos negativos y positivos en proceso de atención.
- Medir grado satisfacción usuaria en el área de comunicación no verbal; cuantificando resultados con el fin de obtener aspectos negativos y positivos en proceso de atención.

## 2.4. Variables

---

### 2.4.1. Definición de variables

**Variable 1:** Comunicación, que contempla las siguientes áreas:

- Proactividad
- Apoyo emocional
- Actitud profesional
- Comunicación verbal
- Comunicación no verbal

**Variable 2:** Satisfacción usuaria.

### 2.4.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems
<b>DE CLASIFICACIÓN</b>			<b>-Edad</b> <b>-Sexo</b> <b>-Tiempo de hospitalización</b> <b>-Servicio</b>	Al inicio del instrumento. Valores por clasificación. -Sexo femenino (1) -Sexo masculino (2) -Viña del Mar-Quillota (1) -Valparaíso-San Antonio (2)
Variable 1 <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Satisfacción usuaria</b></li> </ul>	Grado de concordancia entre las expectativas de calidad y la atención recibida por parte del servicio de salud, conforme a la percepción del usuario.			
Variable 2 <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Comunicación</b></li> </ul>	Proceso mediante el cual se genera una relación interpersonal que se establece entre dos o más seres, en este caso enfermera (o) y usuario durante el proceso de atención, abarcando las áreas de actitud del	<b>- Proactividad:</b> Acciones evidentes guiadas por pensamientos y sentimientos disciplinados que pretenden satisfacer las necesidades del usuario, denotando atención anticipada, mediante la aplicación de	<b>- Identificación del personal.</b>  <b>- Tiempo de respuesta.</b>	¿Se presentan a Ud. antes de realizarle algún procedimiento?  ¿Cuándo usted solicitó la atención de las Enfermeras (os), acudieron a su

	<p>profesional, proactividad, apoyo emocional, comunicación verbal y no verbal, cuyo objetivo es ayudar a la satisfacción de las necesidades del receptor de los cuidados, siendo su resultado la generación de una relación terapéutica.</p>	<p>conocimientos, criterios y técnicas.</p> <p><b>- Actitud del profesional:</b></p> <p>Entendiéndola como la aplicación del conocimiento y las técnicas comunicativas aprendidas para reflejar la capacidad de expresión de los pensamientos y sentimientos de la enfermera con vistas a suministrar cuidados al usuario y a las personas con</p>	<p><b>- Educación.</b> Actividades concernientes a la entrega de conocimiento e indicaciones por parte del personal acerca de dudas respectivas a la salud.</p> <p><b>-Interés</b> Se refiere a buscar el bienestar integral del usuario mediante actos intencionales y voluntarios con el fin de satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>-Empatía</b> Capacidad de experimentar y comprender las percepciones y</p>	<p>llamado?</p> <p>¿Responden a sus preguntas cuando tiene dudas?</p> <p>¿Le da indicaciones sobre su propio cuidado?</p> <p>¿Le entrega información necesaria para que tome decisiones en relación a su salud?</p> <p>¿Se muestran comprometidas (os) con sus cuidados?</p> <p>¿Comprenden lo que le pasa o se pone en su lugar?</p>
--	---	--	--	---

		<p>él relacionadas.</p> <p><b>-Apoyo emocional:</b> Conjunto de técnicas comunicativas que sirven</p>	<p>sentimientos de la otra persona.</p> <p><b>-Respeto</b> Actuar o dejar de actuar, valorando los derechos, condición y circunstancias, tratando de no dañar a los demás.</p> <p><b>- Disposición</b> Que el profesional de enfermería posea la aptitud, habilidad y facilidad para prestar la ayuda o servicios necesarios con el fin de alcanzar el bienestar del usuario.</p> <p><b>-Capacidad de resonancia</b> Es vibrar junto con el usuario, aprobarlo y acogerlo de una manera legítima y demostrar que lo hemos captado.</p> <p><b>- Compañía</b> Facilitador del apoyo</p>	<p>¿Respetan sus decisiones y opiniones?</p> <p>¿Tienen la disposición necesaria al momento de atender sus necesidades?</p> <p>¿Comprenden lo que le pasa o se pone en su lugar?</p> <p>¿Lo acompañan durante los</p>
--	--	---	---	---

		<p>para crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas tengan la libertad de expresarse y en donde el profesional se coloca en contacto con las emociones humanas. Tiene como objetivo ayudar a las personas a que resuelvan sus conflictos a partir del descubrimiento de habilidades internas de resolución de problemas.</p> <p><b>-Comunicación no verbal:</b> Es la manera en que un ser humano influye en el otro sin palabras, es decir, la manera en que ellos expresan su interior a través del lenguaje silencioso</p>	<p>emocional; es una cercanía y unión entre dos personas con un fin que es crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo donde exista una libre expresión, es una instancia de acompañar y guiar a la persona a encontrar herramientas necesarias para superar las dificultades que padezca.</p> <p><b>- Confianza</b> Seguridad que posee el profesional de enfermería para ser capaz de actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos.</p> <p><b>-Lenguaje corporal</b> Forma en que se interpretan las emociones por medio de movimientos conscientes e inconscientes.</p>	<p>procedimientos que se le realizan?</p> <p>¿Le inspira confianza la atención que le brindan las Enfermeras (os)?</p> <p>¿Son capaces de transmitirle tranquilidad y confianza mediante su expresión facial (gestos) y tono de voz?</p>
--	--	---	--	--

		<p>generando una impresión en el otro.</p>	<p><b>-Contacto físico</b>          Algunas personas tocan a otras mientras gesticulan, es difícil discriminar claramente el lenguaje corporal del lenguaje táctil</p> <p><b>- Contacto visual</b></p> <p><b>- Tono de voz</b></p> <p><b>-Escucha activa</b>          Es la escucha atenta, respondiendo relevantemente, creando una situación de máximo involucramiento, permitiendo expresarse de manera completa y libre, procurando siempre respetar los silencios del usuario.</p>	<p>¿Son capaces de calmarlo mediante el contacto físico (darle la mano, tocar el hombro)?</p> <p>¿Lo miran a los ojos mientras le habla?</p> <p>¿Son capaces de transmitirle tranquilidad y confianza mediante su expresión facial (gestos) y tono de voz?</p> <p>¿Lo escuchan atentamente cuando usted le habla?</p>
--	--	--	---	---

		<p><b>-Comunicación verbal:</b> Proceso de transmisión, recepción o expresión de ideas, pensamientos o sentimientos mediante palabras, ejerciendo una influencia recíproca, con el fin de suministrar cuidados adecuados al usuario y a las personas con él relacionadas.</p>	<p><b>-Preguntar directo</b> Habilidad comunicativa utilizada de manera clara y simple para obtener información que puedan detectar las necesidades y/o problemas que dificulten el bienestar del usuario.</p> <p><b>- Informar adecuadamente</b> Entrega de conocimientos basado en las evidencias disponibles y atingentes, mediante el uso de un lenguaje claro, tomando en consideración el nivel de entendimiento del usuario.</p>	<p>¿Considera que las preguntas que le realizan las Enfermeras (os) son claras y precisas?</p> <p>¿Son claras las indicaciones o instrucciones que le han entregado las Enfermeras (os)?</p>
--	--	---	---	--

# **CAPÍTULO III**

## **MARCO METODOLÓGICO**

### *3.1. Diseño de la investigación*

---

#### *3.1.1 Constitución y organización del grupo de tesis*

El grupo de alumnas investigadoras se compone por seis estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, estas son: María Jesús Cruz, Elizabeth García, Paulina Pérez, Paula Sandoval, Karla Serey y Camila Valdés. Las cuales se dividieron en parejas entre los tres recintos hospitalarios existentes para el estudio de la siguiente forma:

- Elizabeth García – Paula Sandoval: Hospital Carlos Van Buren.
- María Jesús Cruz – Paulina Pérez: Hospital Dr. Eduardo Pereira.
- Camila Valdés – Karla Serey: Hospital de Quilpué.

El período de aplicación del instrumento de medición comprendió entre las fechas 27 de Octubre y 15 de diciembre del año 2011. Los días de asistencia a los servicios de cirugía y mediana complejidad médica fueron entre los días jueves y viernes. Mayoritariamente los horarios de aplicación se concentraron en los horarios de la mañana, desde las 9 hasta las 14 horas. En menor grado se asistió en horarios en la tarde entre las 15- 18 horas.

#### *3.1.2. Tipo de estudio*

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, con un corte transversal en el tiempo.

#### *3.1.3. Consideraciones éticas*

De todos los hospitales incluidos en el estudio, se expuso el diseño al Comité de Ética del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, como requisito para aplicar el instrumento de la investigación. El cual fue aceptado y sirvió como respaldo oficial para realizar estudio en los servicios de mediana complejidad de este hospital en los hospitales restantes no fue necesario la presentación exposición del diseño para aprobar la aplicación del instrumento en los servicios de mediana complejidad, sólo bastó el envío del diseño de manera escrita.

Por otro lado, el Consentimiento informado debía estar escrito y firmado, dando la posibilidad que los usuarios puedan retirarse en cualquier momento, por decisión propia. El estudio no considera manipulación o experimentación con personas.

### *3.2. Definición del universo*

---

Para la realización de esta investigación se determina como universo aquel compuesto por la totalidad de usuarios internados durante el período de 27 de octubre hasta 15 de diciembre, que cumplieran con los criterios de inclusión al momento de su realización.

### 3.3. Diseño muestral

---

La muestra intencionada, constituida por las personas que presentaban las características requeridas para el estudio

#### 3.3.1 Criterios de inclusión

- Estadía  $\geq 5$  días
- Mayores de edad
- Glasgow 15.
- Aceptación de responder al cuestionario
- Firma de consentimiento informado

#### 3.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio las personas que presentaran las siguientes condiciones:

- Analfabetos
- Glasgow  $< 15$ ,
- Menores de 18 años y
- Rechazo a responder al cuestionario.

A continuación se presenta un recuadro con el diseño muestral de cada hospital donde se realizó la investigación, especificando los servicios y número de personas encuestadas.

Hospital	Servicios	Nº personas encuestadas
Carlos Van Buren	Medicina	18
	Cirugía	8
Dr. Eduardo Pereira	Medicina	39
	Cirugía	29
Quilpué	Medicina	26
	Cirugía	31
<b>Total</b>		<b>151</b>

### *3.3.3 Unidad de Análisis*

Corresponde a la persona hospitalizada en unidades de mediana complejidad médica, de los hospitales Carlos Van Buren, Dr. Eduardo Pereira y de Quilpué que cumplen con los criterios de inclusión.

## *3.4. Metodología de recolección de datos*

---

### *3.4.1. Descripción de instrumento.*

El instrumento de medición utilizado para esta investigación fue realizado por las tesis basados en otros cuestionarios de medición de satisfacción como Care Q, PCHE y GATHA a partir de ellos y tomando como base la teoría y evidencia existente se elaboró un cuestionario.

En primer lugar el cuestionario GATHA-RES, cuenta con tres ejes de evaluación los cuales son: actitud y características del entrevistador, tareas comunicacionales (basada en el modelo de comunicación centrada en el paciente desde la perspectiva de Pendleton y del Grupo Canadiense para los Estudios de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario) y por último las habilidades técnicas comunicacionales.

Por otro lado, el cuestionario CARE-Q se ha utilizado en diversos estudios para medir la satisfacción usuaria acerca del cuidado de enfermería y está integrado por 50 preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la (el) enfermera (o): si es accesible; si explica y facilita; conforta; se anticipa; mantiene relación de confianza; monitorea y hace seguimiento.

Por último, el PCHE se dirige a pacientes hospitalizados y/o a su cuidador permanente, para que describan la percepción que acerca del cuidado brindado por el personal de enfermería. El instrumento surge de los resultados de un estudio que investigó el fenómeno de la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización.

En la primera hoja se adjunta el consentimiento informado, y a continuación se recolectan datos de las variables de clasificación, como lo son la edad, sexo, escolaridad, estadía, servicio y hospital.

Luego se describe un instructivo para el llenado de datos por parte de las personas encuestadas y a continuación se adjuntan las preguntas del instrumento propiamente tal.

Este instrumento cuenta con 17 preguntas, planteadas en afirmación positiva con escala de Likert de 1 a 4 puntos, que se dividen según la frecuencia en la cual se presentan las conductas a medir, de la siguiente manera:

Puntaje	1	2	3	4
Presentación de la conducta a medir	nunca	algunas veces	casi siempre	Siempre.

Además el cuestionario cuenta con 5 dimensiones y cada una cuenta con un número determinado de preguntas, las cuales se describen a continuación:

Tipo de conducta o actitud	Nº de ítems
Proactividad	5 preguntas
Actitud profesional	4 preguntas
Comunicación verbal	3 preguntas
Comunicación no verbal	3 preguntas
Apoyo emocional	2 preguntas

### ***3.4.2. Estudio de confiabilidad y validez del instrumento.***

#### **3.4.2.1. Validez de Constructo**

Se somete el instrumento a análisis de un profesor experto en estadística<sup>1</sup> y se realizan ajustes sugeridos.

#### **3.4.2.2. Validez semántica y prueba temporal**

Se somete a prueba el instrumento con 10 personas, tomando en consideración abarcar una variabilidad etárea, de escolaridad y de sexo, con el objeto de:

- Identificar preguntas que presentaron dificultad de interpretación y/o comprensión, con el fin de corregirlas o eliminarlas del instrumento.
- Determinar el tiempo promedio para la aplicación del instrumento.

Los resultados de la prueba nos permiten:

- Modificar la redacción de 5 preguntas que presentaron problemas de interpretación.

<sup>1</sup> Profesor Alberto Caro Martin, docente Instituto de Estadística Universidad de Valparaíso, MG en Evaluación © Dr Evaluación.

- Eliminar del instrumento 3 preguntas que presentaron problemas de comprensión.
- Determinar el tiempo necesario para la aplicación adecuada del instrumento.

### 3.4.2.3. Confiabilidad

#### Medida con el estadígrafo Coeficiente Alfa de Cronbach

El coeficiente Alfa de Cronbach, es un índice de consistencia interna cuyos valores oscilan de 0 a 1, permitiendo comprobar si un instrumento es fiable con mediciones estables y consistentes o si se trata de un instrumento que recopila información defectuosa que llevará a conclusiones erróneas. Mide el grado de homogeneidad de las preguntas a través del promedio de las correlaciones entre los ítems para comprobar si se parecen. Por lo tanto, su interpretación será la siguiente: El índice cuanto más se acerque al 1, será más fiable. Una fiabilidad respetable se considera a partir de 0.80.

Su fórmula se expresa de la siguiente manera:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde K es el número de ítems de la prueba,  $S_i^2$  es la sumatoria de la varianza de los ítems,  $S_T^2$  es la varianza de la prueba total y  $\alpha$  es el Coeficiente de Alfa de Cronbach. Por lo tanto, el coeficiente a través de dos términos mide la fiabilidad del test: el número de ítems y la proporción de la varianza total debida a la covarianza de sus ítems.

Alfa de Cronbach	Consistencia interna
<u><math>\geq 0.9</math></u>	Excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Bueno
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Límite
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Pobre
<u>0.5</u>	Inaceptable

N° de Ítem	Alfa de Cronbach
1	0,943
2	0,938
3	0,939
4	0,942
5	0,938
6	0,938
7	0,939
8	0,940
9	0,939

10	0,940
11	0,939
12	0,938
13	0,937
14	0,938
15	0,940
16	0,940
17	0,939

Como se observa en la tabla, los valores de, todos los ítems son superiores a 0,8 lo que se considera un alfa de Cronbach con un valor excelente, evidenciando el valor de fiabilidad y manifestando la consistencia interna del instrumento en relación al número de preguntas.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,943	17

### *VALOR GLOBAL DEL INSTRUMENTO*

A nivel general se obtiene un alfa de Cronbach de 0.943, lo que indica que el instrumento de medición presenta un alto grado de confiabilidad. Es decir mide lo que pretende medir (Consistencia interna).

#### *3.4.3. Criterios de análisis de la información*

El instrumento consta de 17 preguntas con 4 opciones de respuesta cada una, lo que da la opción de puntaje por cada pregunta de uno a cuatro, se obtiene un rango de puntaje global que va desde los 17 a 68 puntos, el cual se ha dividido en una escala que refleje el grado de satisfacción en relación a la competencia comunicativa del profesional de enfermería.

Grado de satisfacción	Puntaje
Muy Insatisfecho	17 - 29
Insatisfecho	30 - 42
Satisfecho	43 - 55

Muy Satisfecho	56 - 68
----------------	---------

A cada una de estas dimensiones se les otorga un promedio con el fin de medir el nivel de satisfacción en las distintas áreas.

### **Proactividad**

<b>Grado de satisfacción</b>	<b>Promedio</b>
Muy Insatisfecho	1.0 a 1.6
Insatisfecho	1.7 a 2.4
Satisfecho	2.5 a 3.2
Muy Satisfecho	3.3 a 4.0

### **Actitud profesional**

<b>Grado de satisfacción</b>	<b>Promedio</b>
Muy Insatisfecho	1.0 a 1.5
Insatisfecho	1.6 a 2.2
Satisfecho	2.3 a 3.0
Muy Satisfecho	3.1 a 4.0

### **Comunicación verbal**

<b>Grado de satisfacción</b>	<b>Promedio</b>
Muy Insatisfecho	1.0 a 1.7
Insatisfecho	1.8 a 2.7
Satisfecho	2.8 a 3.3
Muy Satisfecho	3.4 a 4.0

### Comunicación no verbal

Grado de satisfacción	Promedio
Muy Insatisfecho	1.0 a 1.7
Insatisfecho	1.8 a 2.7
Satisfecho	2.8 a 3.3
Muy Satisfecho	3.4 a 4.0

### Apoyo emocional

Grado de satisfacción	Promedio
Muy Insatisfecho	1.0 a 1.4
Insatisfecho	1.5 a 2.0
Satisfecho	2.1 a 3.0
Muy Satisfecho	3.1 a 4.0

#### *3.4.4. Vaciamiento de datos.*

Los programas utilizados en esta investigación, son principalmente:

- Base de dato y elaboración de gráficos: Microsoft Office Excel 2007: -
- Análisis de datos: SPSS versión 15

# **CAPÍTULO IV**

## **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

## 4.1. Caracterización de la muestra

---

### 4.1.1 Distribución de datos según edad.

En este gráfico se observa que el rango de edad que lidera, es el de los adultos (45 a 64 años) y adulto mayor (65 o más) siendo su porcentaje entre 42 – 43%. Seguido por los adultos jóvenes (30 a 44 años) con un 9,27% y por último el grupo de jóvenes (21 a 29 años) 5,30%, correspondiendo a la literatura que señala una similar distribución etaria de personas hospitalizadas, dado el grado de vulnerabilidad de los adultos mayores.

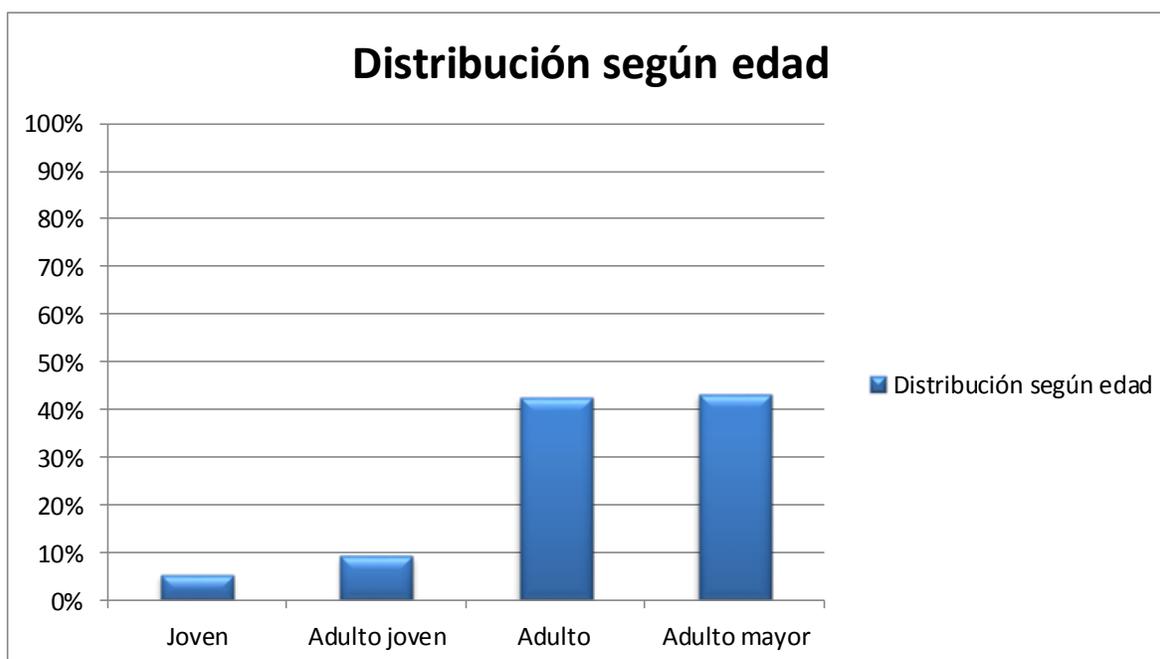


Gráfico N°1: Distribución de datos según edad.

### 4.1.2 Distribución de datos según sexo

En el gráfico se observa que la distribución por sexo es similar.

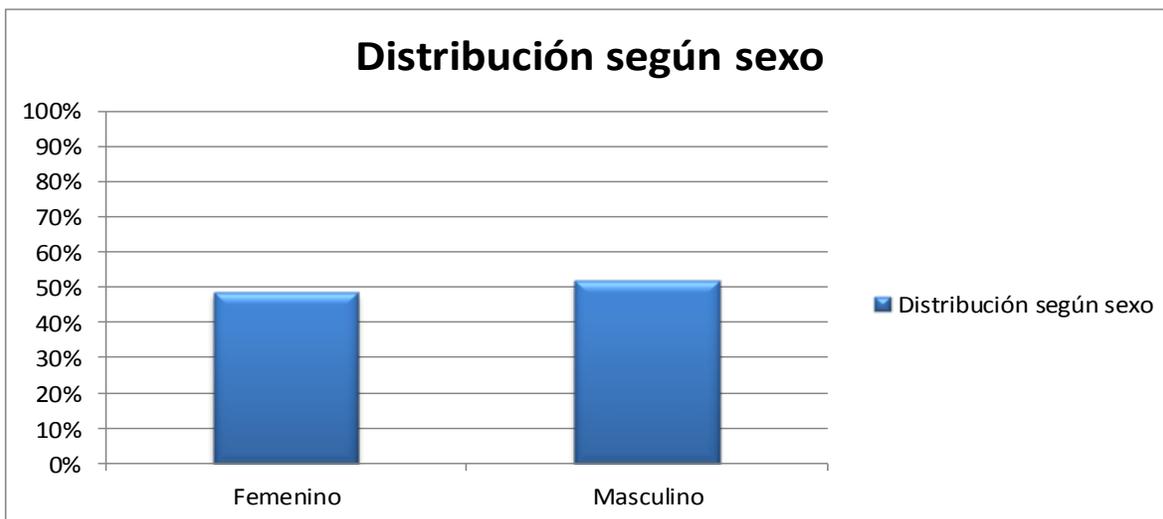


Gráfico N°2: Distribución de datos según sexo.

### 4.1.3. Distribución de datos según escolaridad

Como se observa en el gráfico la educación predominante entre las personas encuestadas es la Media Completa 30,46%, después básica incompleta con un 24,5 %. Seguido por educación básica completa y media incompleta, ya que sus porcentajes se encuentran entre el 15 - 20 %. Las personas con educación superior completa son 5,96% de los encuestados y en último lugar se encuentran las personas que cursaron la educación superior incompleta con un 3,31%.

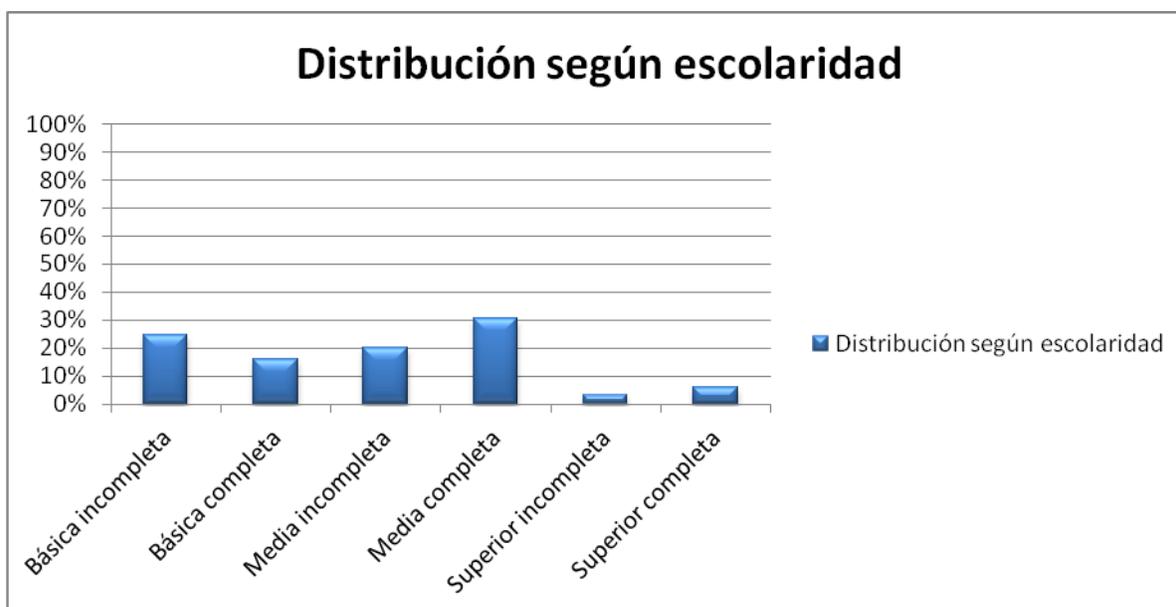


Gráfico N°3: Distribución de datos según escolaridad.

#### 4.1.4. Distribución de datos según hospital

En este gráfico se observa que el mayor porcentaje de personas encuestadas se obtuvo en el Hospital Dr. Eduardo Pereira (45,03%), seguido por el Hospital de Quilpué (37,75 %) y el menor porcentaje de personas encuestadas están en el Hospital Carlos Van Buren (17,22%).

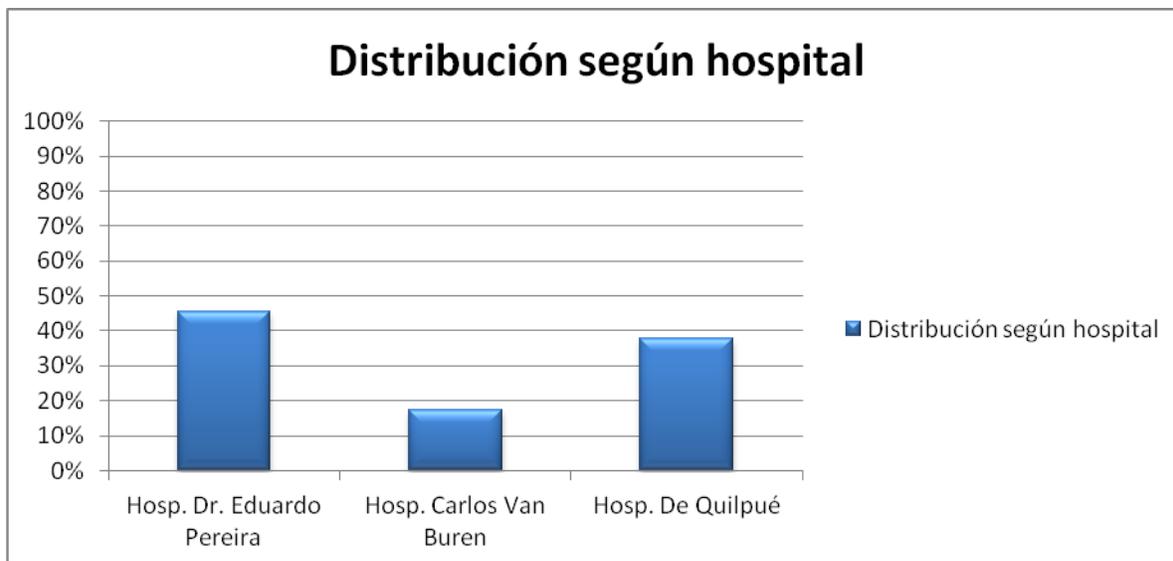


Gráfico N°4: Distribución de datos según hospital.

#### 4.1.5. Distribución de datos según servicio

En este gráfico se observa que en el servicio de medicina (54,97%) se obtuvo un mayor porcentaje respecto al servicio de cirugía (45,03%).

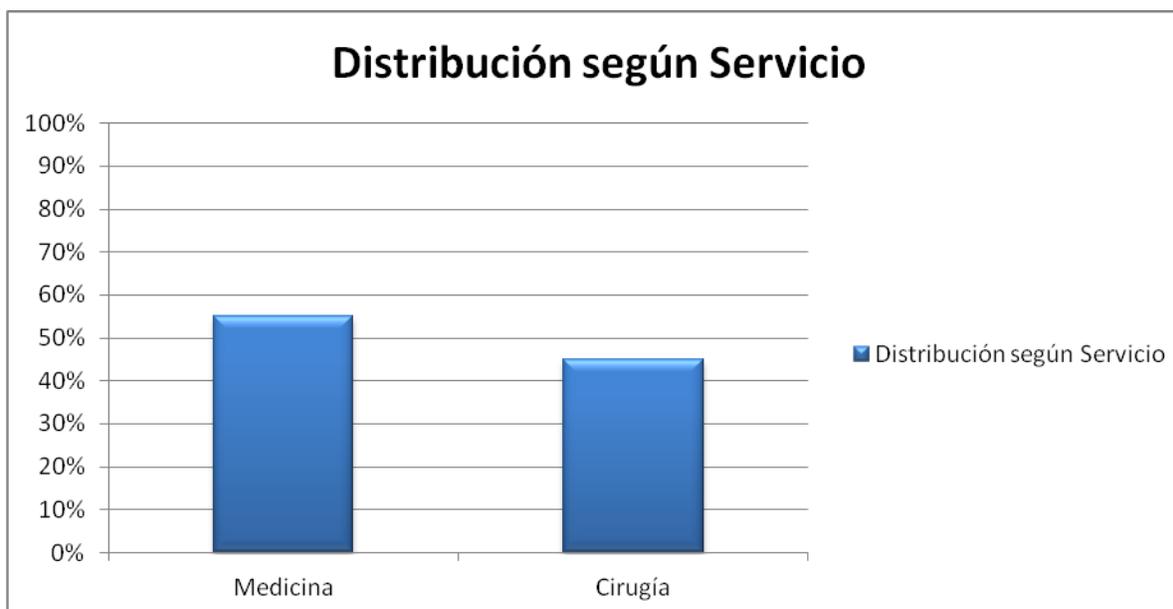


Gráfico N°5: Distribución de datos según servicio.

#### 4.1.6. Distribución de datos según estadía

Como se observa en el gráfico, las personas con estadía de 5 a 14 días (74,17%) tienen el mayor porcentaje con respecto a las otras dos categorías. En segundo lugar está la estadía de 15 a 30 días con un 19,21% y por último la estadía de 31 o más días con un 6,62%.

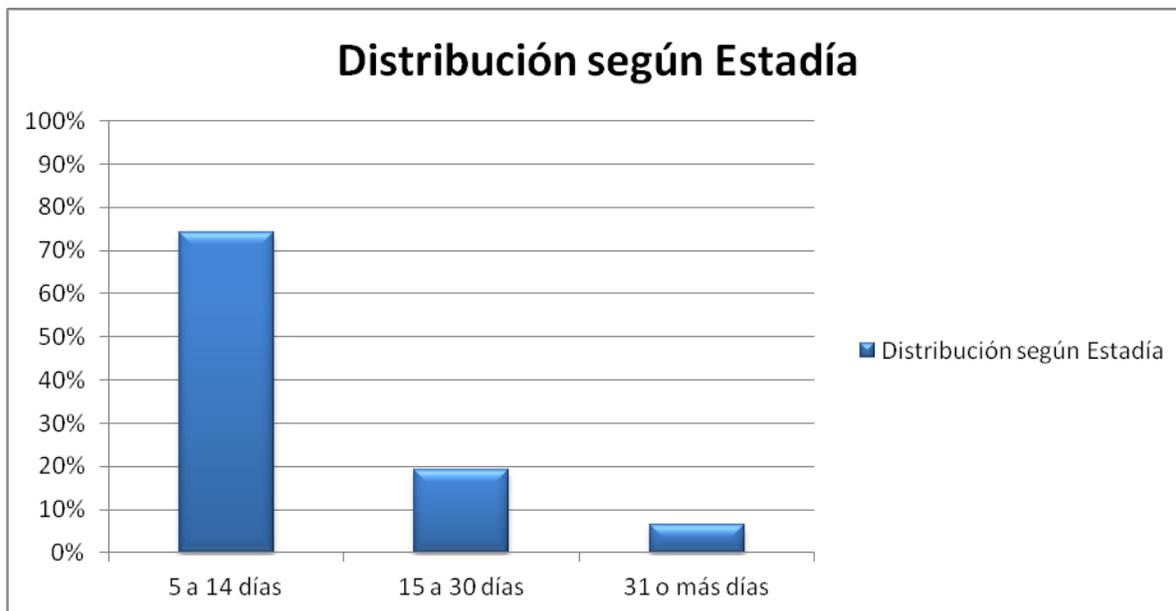


Gráfico N°6: Distribución de datos según estadía.

En resumen, los resultados de la muestra obtenida indican que las personas estudiadas se agrupan en mayor proporción entre los 45 años y más con escolaridad media completa. En relación a los recintos hospitalarios, mayoritariamente se agrupan en el Hospital Doctor Eduardo Pereira y en los servicios de medicina de los distintos hospitales con una estadía de 5 a 14 días.

## 4.2. Análisis descriptivo y explicativo

### 4.2.1. Nivel de satisfacción en relación al recinto hospitalario

Al cruzar los datos se obtiene que el puntaje global en la categoría de muy insatisfecho lo encabeza el Hospital de Quilpué, particularmente el servicio de medicina, seguido por el Hospital Dr. Eduardo Pereira con el mismo servicio, ambos con niveles de muy insatisfechos menores al 4%. En el caso del Hospital Carlos Van Buren, este presenta un 0% de insatisfechos.

No se registraron personas en el nivel de muy insatisfechos en los servicios de cirugía, esto puede corresponder al hecho de que las estadías en estos han de ser más cortas, como lo sustenta un estudio realizado en Cuba<sup>28</sup> que menciona la proporción inversa entre la prolongación de la estadía y la satisfacción usuaria.

La categoría de insatisfechos es liderada por el Hospital de Quilpué, especialmente en el servicio de medicina, seguido por los servicios de cirugía del Hospital Carlos Van Buren y Hospital Dr. Eduardo Pereira, ambos presentan cifras globales menores al 8%.

Si se combinan las categorías anteriores, el nivel de insatisfacción global (porcentaje de muy insatisfechos sumado los insatisfechos) expone que el más alto grado de insatisfacción se encuentra en el Hospital de Quilpué con un 17.5%, seguido por Hospital Dr. Eduardo Pereira con un 9.9% y Hospital Carlos Van Buren con un 7.7%.

En la categoría de satisfecho en los tres hospitales estudiados, no se encuentran diferencias estadísticas significativas en relación a los resultados. En el nivel de muy satisfecho lidera el Hospital Carlos Van Buren, seguido por el Hospital Dr. Eduardo Pereira y finalmente el Hospital de Quilpué; entre el primero y el segundo no se encuentran mayores diferencias en los resultados estadísticos y entre el primero y el último existe una diferencia cercana al 10%.

Si se suman los porcentajes de satisfechos y muy satisfechos (satisfacción global) se encuentra que el Hospital Carlos Van Buren lidera con un 92.3% de las personas encuestadas, seguido por Dr. Eduardo Pereira con un 91.2% y por último Hospital de Quilpué con un 82.5%.

Si se observan los datos anteriores, todos los centros hospitalarios se encuentran con un nivel de satisfacción similar. Al revisar los resultados de “Índice de Satisfacción Usuaría Global”, el Hospital Carlos Van Buren obtuvo un 67,0% de satisfacción, calificándolo como satisfacción moderadamente positiva según los estándares aplicados en el estudio. Lo anteriormente expuesto comparado con los datos obtenidos en este estudio de satisfacción global en relación a la competencia comunicativa de enfermería, se puede decir que las personas presentan un alto grado de satisfacción con la labor de la enfermera (o), puesto que existe más de un 90% de personas satisfechas. Cabe recalcar que los resultados obtenidos en el Hospital Carlos Van Buren se basan en un tamaño muestral de 26 personas encuestadas. El estudio citado no contempló al Hospital Dr. Eduardo Pereira, por lo que no se realizó las comparaciones correspondientes.

Ahora bien en el Hospital de Quilpué, según el mismo índice este centro, lo calificó con un 76,7% situándolo en la misma categoría que Hospital Carlos Van Buren y al igual que los resultados obtenidos en este estudio se presenta un alto grado de satisfacción.

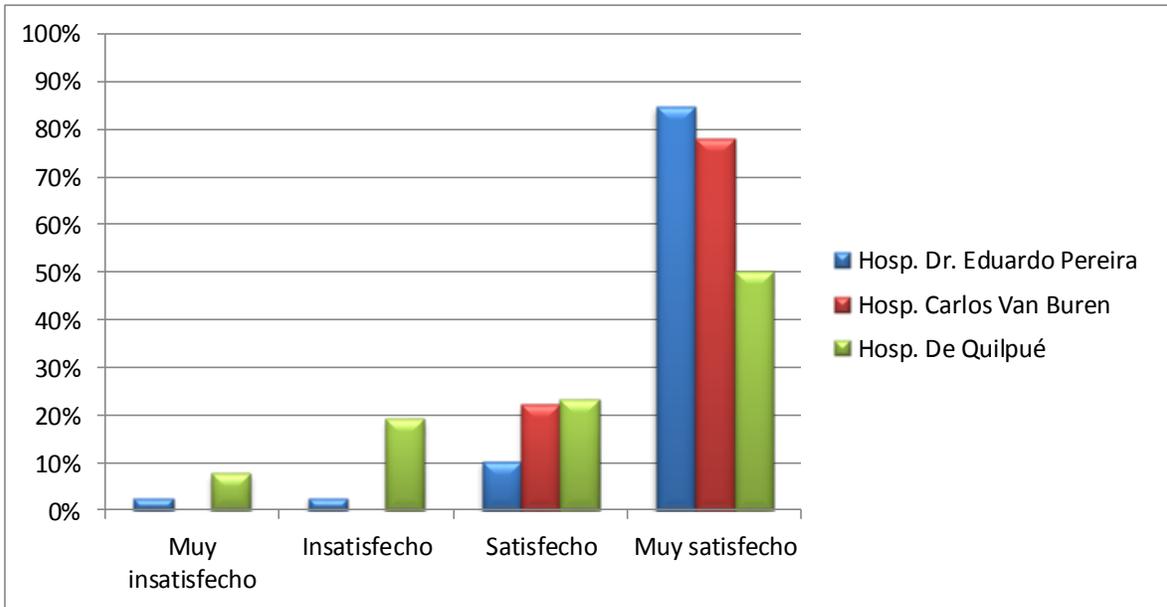


Gráfico N°7: Nivel de satisfacción general según hospital y servicio de medicina.

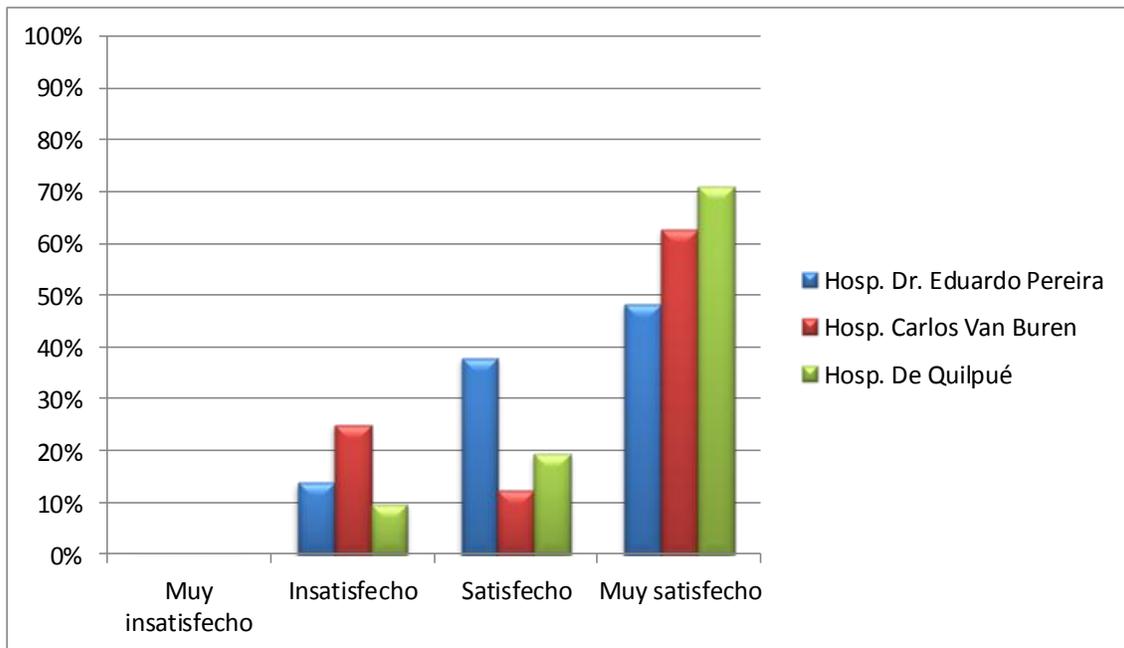


Gráfico N°2: Nivel de satisfacción general según hospital y servicio de cirugía.

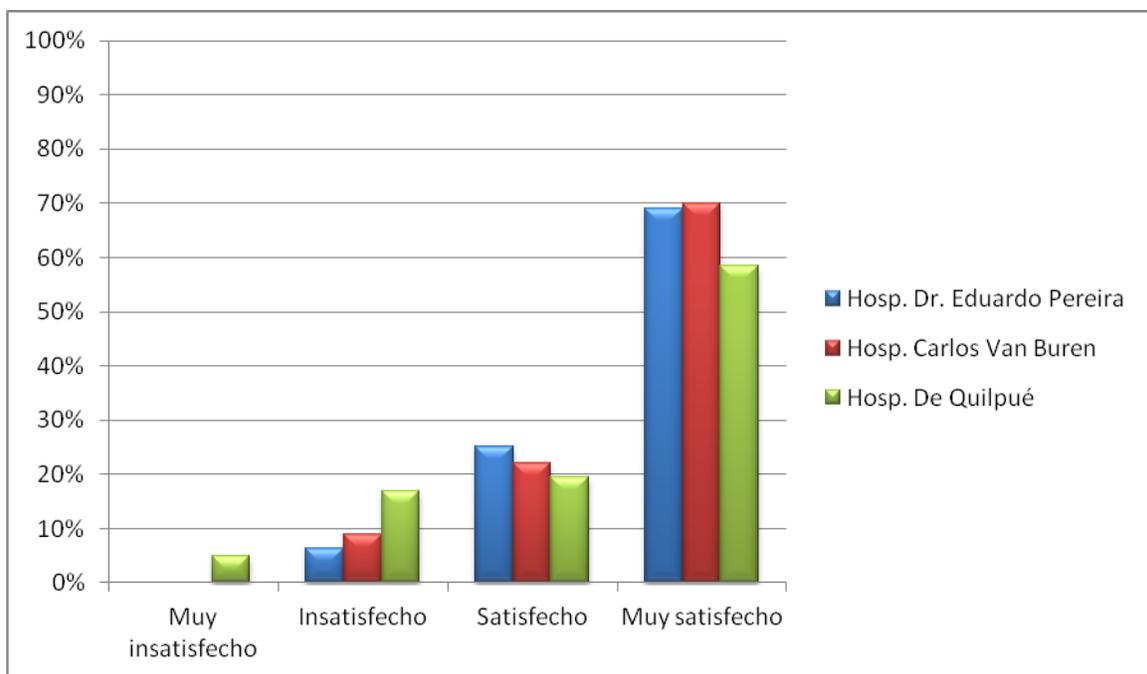


Gráfico N°8: Nivel de satisfacción general según hospital y servicio total.

#### 4.2.2. Nivel de satisfacción general en relación a la estadía.

Al entrelazar los datos obtenidos en relación a las personas hospitalizadas entre 5 a 14 días, la categoría muy insatisfecho es liderada por el Hospital de Quilpué, mientras que los otros dos obtienen un porcentaje igual a cero. En el rango de insatisfecho se observa que en estos mismos días el Hospital que predomina es Quilpué, seguido por el Hospital Carlos Van Buren y finalmente el Hospital Dr. Eduardo Pereira; existe una diferencia importante entre el primero y el segundo que corresponde a casi el 10%.

En la categoría satisfecho y muy satisfecho correspondiente a estos mismos días, no se obtienen diferencias significativas entre los hospitales en estudios.

Entre los 15 a 30 días en la categoría de muy insatisfecho, sólo el Hospital Dr. Eduardo Pereira presentó un grado elevado de insatisfacción, ya que los otros hospitales presentaron un 0%. En el rango insatisfecho el Hospital que lidera es nuevamente Dr. Eduardo Pereira, seguido por el Hospital de Quilpué y por último Hospital Carlos Van Buren, el cual no presenta insatisfacción.

En el nivel de satisfecho el Hospital que tiene el mayor porcentaje es el de Quilpué, seguido por el Hospital Dr. Eduardo Pereira, existiendo una diferencia entre ellos del 10%; en tercer lugar se encuentra el Hospital Carlos Van Buren presentando un porcentaje de 0%. En rango de muy satisfecho lidera el Hospital Carlos Van Buren, en seguida se observa el Hospital Dr. Eduardo Pereira y por último el Hospital de Quilpué, existiendo una diferencia entre el primero y el último cercano al 40%.

En la estadía de 31 o más días, los tres hospitales presentan 100% de satisfacción. Un estudio realizado en Cuba<sup>5</sup> señala que existe una atención adecuada en personas que presentan una patología grave y como consecuencia de ello una estadía mayor, lo que se asemeja a los resultados encontrados. Según la experiencia hospitalaria, en este rango de estadía se encuentran principalmente adultos mayores quienes tienden a presentar mayores niveles de satisfacción.

A nivel global, la mayor insatisfacción en la estadía de 5 a 14 días recae en el Hospital de Quilpué presentando un 16% de diferencia con el de menor porcentaje de insatisfacción global correspondiente al Hospital Dr. Eduardo Pereira. En la estadía de 15 a 30 días se concluye que el Hospital Dr. Eduardo Pereira lidera con un 20% de insatisfacción global, un 8.3% el Hospital de Quilpué y un 0% el Hospital Carlos Van Buren. Por último, en 31 días o más la suma de insatisfecho y muy insatisfecho es de un 0%. Si se observa el nivel de insatisfacción global, el Hospital de Quilpué continúa liderando con un porcentaje mayor al 17% mientras los otros hospitales fluctúan con porcentajes entre 7-9%.

En cambio, en el nivel global de satisfacción en la estadía de 5 a 14 días lidera el Hospital Dr. Eduardo Pereira con un 93.8%, seguido por el Hospital Carlos Van Buren con un 91.3% y finalmente el Hospital de Quilpué con un 78%. En la estadía de 15 a 30 días en el Hospital Carlos Van Buren existe un 100% de satisfacción global, seguido por el Hospital de Quilpué con un 91.6% y finalmente el Hospital Dr. Eduardo Pereira con un 80%. En la estadía de 31 días o más en los tres hospitales se presenta el 100% de satisfacción. Al contrario de lo que presentan estudios realizados, a mayor cantidad de días hospitalizados, los usuarios presentan mayor nivel de satisfacción global en todos los Hospitales estudiados.

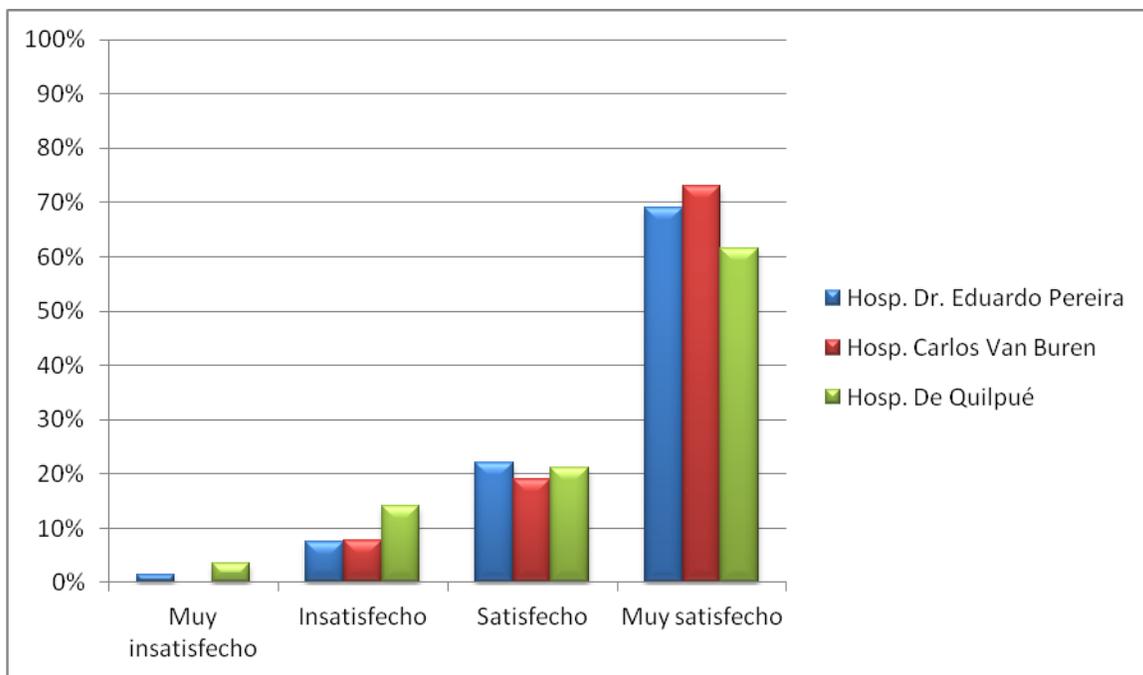


Gráfico N°9: Nivel de satisfacción general según estadía (5-14 días).

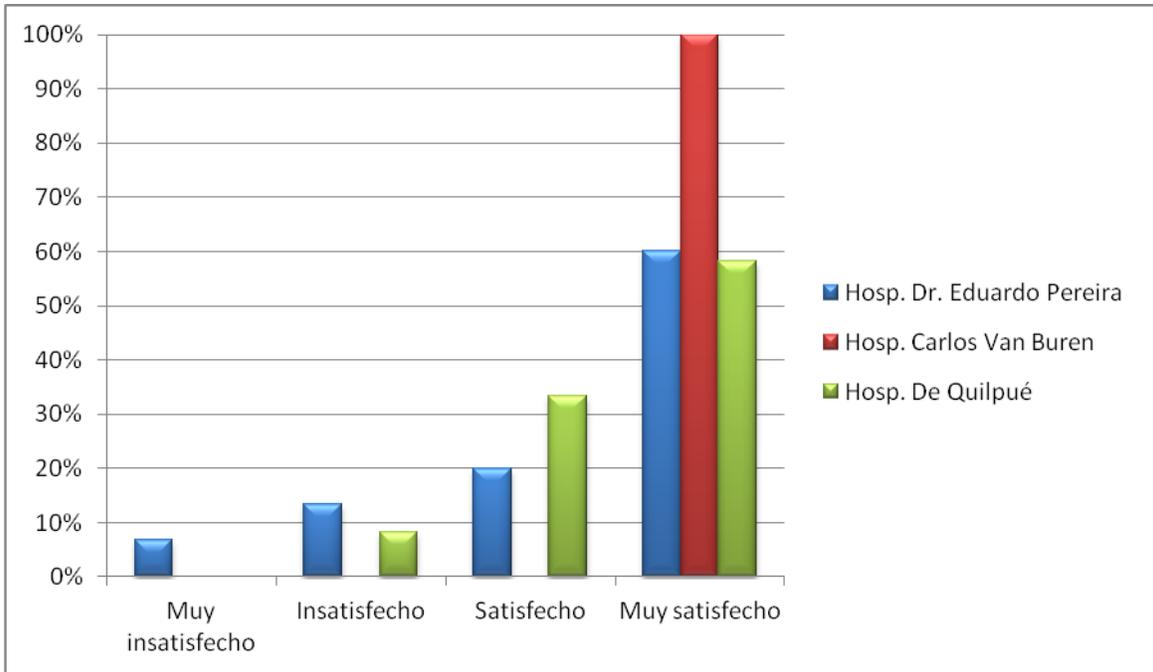


Gráfico N°10: Nivel de satisfacción general según estadía (15-30 días).

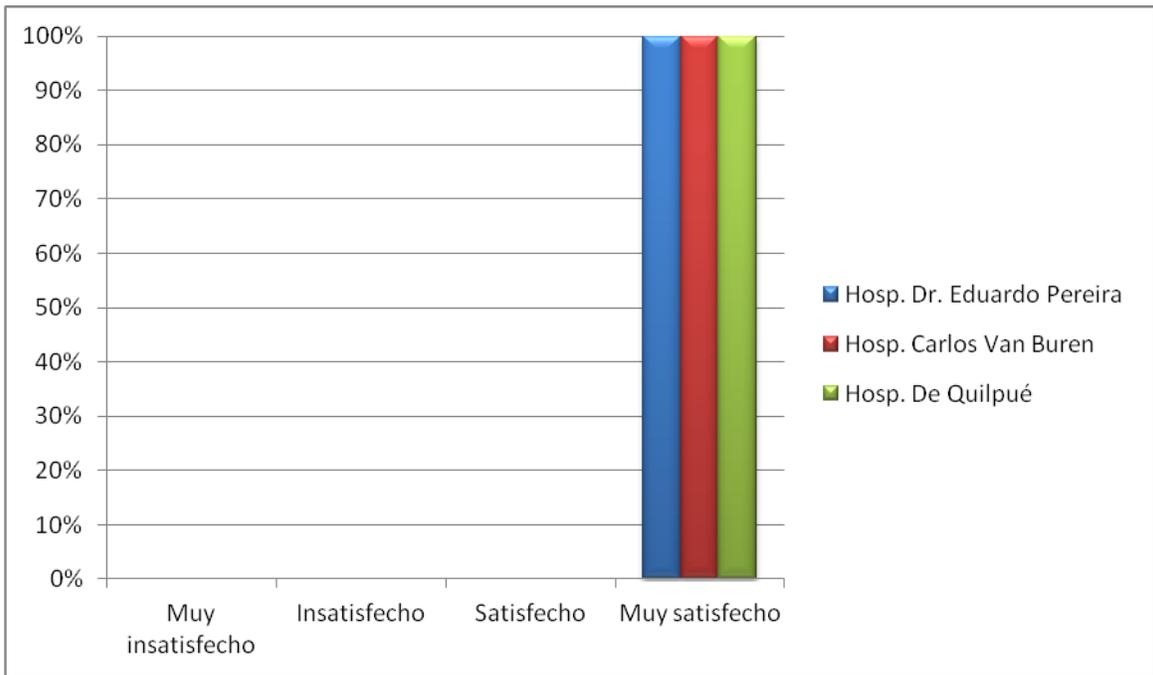


Gráfico N°11: Nivel de satisfacción general según estadía (30 o más días).

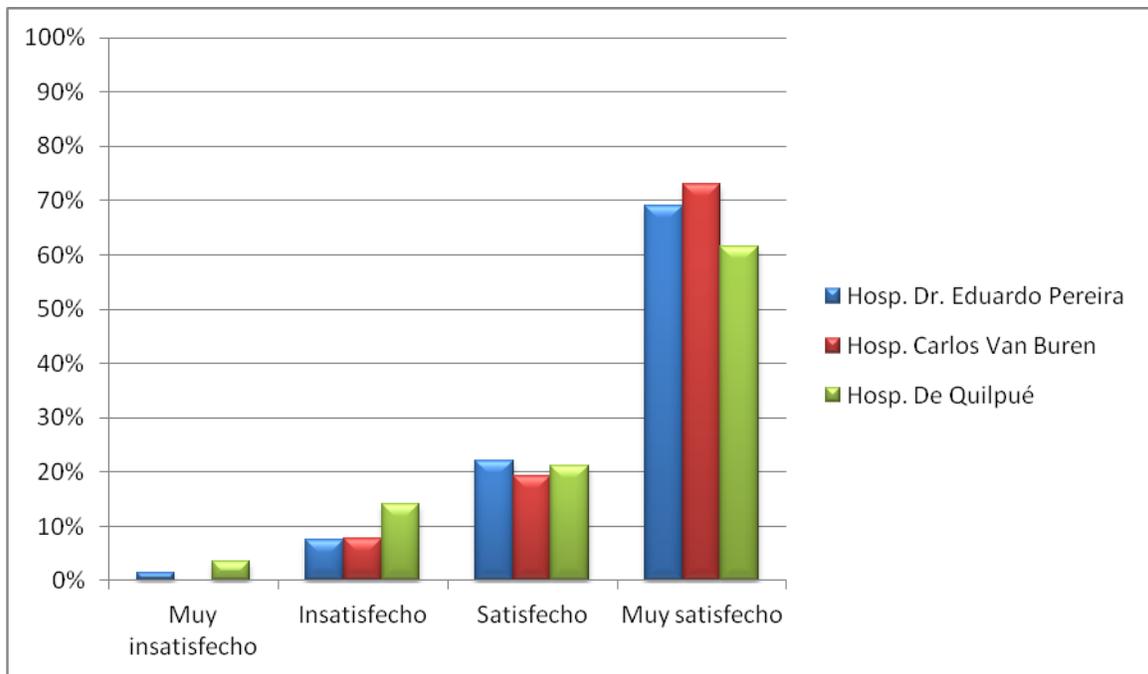


Gráfico N°12: Nivel de satisfacción general según estadía (total).

#### 4.2.3. Nivel de satisfacción en relación al sexo.

En la categoría de muy insatisfecho, se encontró que las personas que calificaron la atención dentro de este rango son sólo mujeres. Al considerar la insatisfacción global, se observa que los hombres presentan un 7,7% versus el 16,4% en las mujeres tal y como lo refleja el estudio “Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes”<sup>27</sup>, donde menciona que las mujeres tienen actitudes más favorables al ejercicio del derecho de autonomía, presentan mayor conocimiento de los derechos de las personas y además perciben de mejor manera la entrega de información insuficiente en su proceso de atención. Como consecuencia de lo anterior, existe un mayor grado de insatisfacción por parte de las mujeres, lo que se comprueba en el estudio realizado.

En la categoría de satisfecho y muy satisfecho, los hombres presentan un mayor porcentaje de satisfacción con un 92,3% y las mujeres un 83,5%. A pesar que en este caso las diferencias no son significativas, de cierta forma se observa una leve tendencia a que el género femenino presenta un menor grado de satisfacción en relación a la atención brindada por las enfermeras.

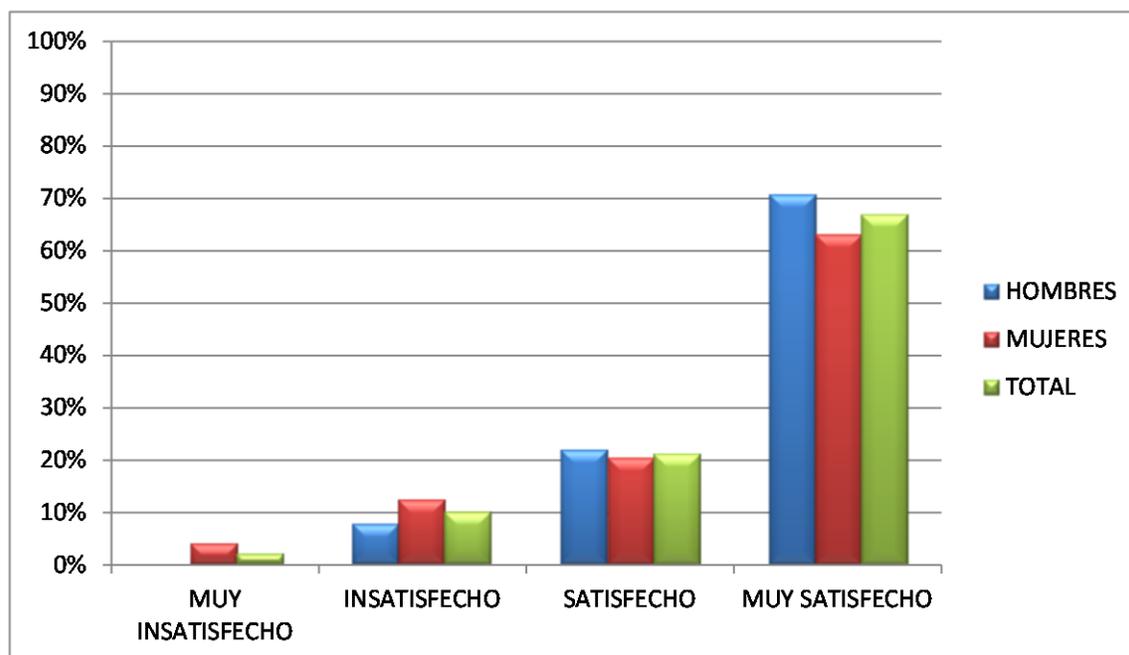


Gráfico N°13: Nivel de satisfacción general según sexo.

#### 4.2.4. Nivel de satisfacción general en relación a la escolaridad.

En la categoría de muy insatisfecho observamos que existe un rango de 2-3% entre las personas que poseen educación media incompleta, básica incompleta y media completa.

Dentro de las personas que declararon poseer educación básica completa, superior incompleta y superior completa ninguno cae dentro de la categoría muy insatisfecho.

En cuanto al rango de insatisfechos lidera la educación media completa y superior incompleta, seguido por educación superior completa, mientras que los resultados de educación media y básica incompleta están bajo un 9%; por último, en la educación básica completa no se detectó insatisfacción.

Si se toma el nivel de insatisfacción global, en cuanto al porcentaje de muy insatisfechos e insatisfechos, se obtienen que la categoría de educación media completa y superior incompleta presentan los mayores grados de insatisfacción con porcentajes que bordean el 20%, en cuanto a las personas que declararon poseer educación básica incompleta, media incompleta y superior completa se obtuvieron porcentajes que bordean el 10%. En el caso de los encuestados que señalaron educación básica completa se obtuvo un 0% de insatisfechos a nivel global.

En este sentido, se podría inferir que los niveles de insatisfacción se encuentran en las personas que tienen un nivel de escolaridad mayor, lo que tiene relación con los estudios revisados que señalan que a mayor escolaridad existe menor satisfacción, siendo la única excepción quienes

presentaban educación superior completa. Este resultado se atribuye a la escasa muestra obtenida en comparación a las otras categorías de escolaridad, además de que el desprestigio del sistema público de salud pudiese generar que estas personas presenten expectativas muy bajas de la atención que recibirán.

En el nivel de satisfecho se obtiene que los mayores porcentajes se ubican en educación superior completa. En los rangos de educación media y superior incompleta están entre el 20% y 24% de satisfacción por la atención que entregan las enfermeras (os). En los niveles de educación restante no se observan evidencias estadísticamente significativas.

En la categoría de muy satisfecho, los mayores porcentajes se encuentran en educación básica completa e incompleta, promediando entre ambos un 76,8%, mientras que en los rangos de educación media incompleta, completa y superior incompleta presentan valores mayores al 60%. Por último en las personas que poseen educación superior completa el porcentaje disminuye en forma importante.

En la satisfacción global de los encuestados se observa que un 100% de las personas con educación básica completa se encuentran satisfechos, los restantes fluctúan entre un 80% y 90% de satisfacción. Esto último indica que los niveles de satisfacción en las distintas realidades educativas se encuentran en niveles altos; sin embargo, se podría inferir que las expectativas son mayores a mayor escolaridad.

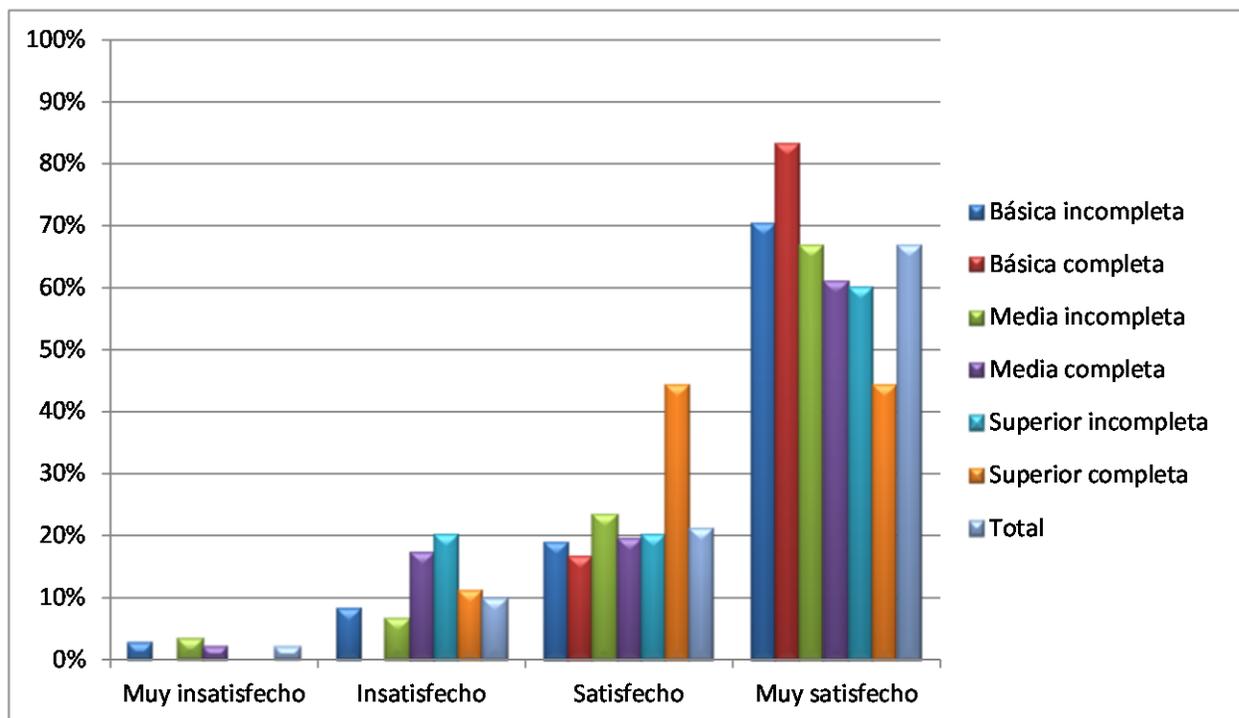


Gráfico N°14: Nivel de satisfacción general según escolaridad.

#### *4.2.5. Nivel de satisfacción en relación a la edad.*

Los resultados demuestran la existencia de un alto porcentaje de satisfacción a medida que avanza la edad. Particularmente en los adultos mayores es donde se encuentran los más altos porcentajes de muy satisfecho, lo que concuerda con la teoría presentada que indica que la edad influye en el nivel de satisfacción usuaria y que específicamente revela que a mayor edad existe mayor satisfacción. Luego del alto nivel de satisfacción de los adultos mayores se ubican los jóvenes, lo que discrepa con la teoría donde no se mencionan a estos con altos niveles de satisfacción usuaria.

Los niveles más altos de insatisfechos se encuentran en los adultos jóvenes, seguido por los adultos. Aquello refleja que los adultos desde los 30 años y más, se encuentran más insatisfechos de la atención de la enfermera (o) a través de la comunicación que los jóvenes, a diferencia de lo que señalaba la teoría mencionada anteriormente. Cabe recalcar que no se encuentran significativamente jóvenes insatisfechos, lo que se podría atribuir a la escasa muestra obtenida de este grupo etáreo.

Los adultos mayores presentan el nivel más bajo de insatisfacción, pero poseen el más alto de la categoría de muy insatisfecho, dato no menor dada la información que advierte que los adultos mayores a causa de su vulnerabilidad biopsicosocial, aparecen con los niveles más bajos de insatisfacción usuaria.

De esta manera, se percibe que la satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional enfermero en todas las edades es elevada, presentando un nivel de satisfacción superior al 80%.

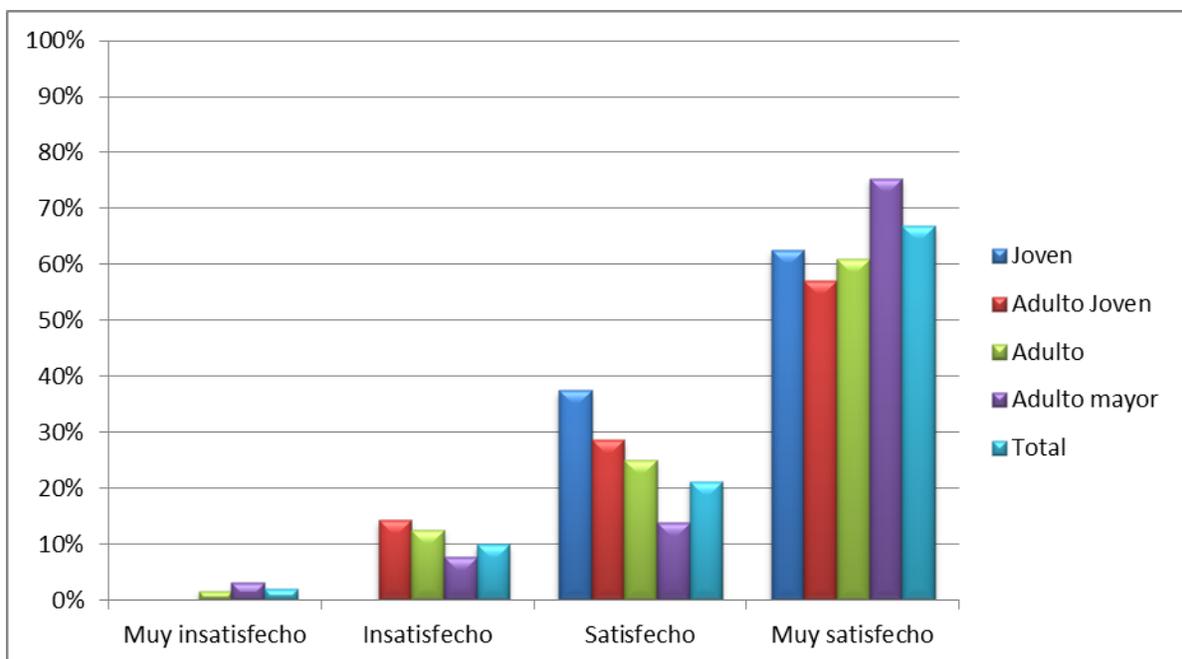


Gráfico N°15: Nivel de satisfacción general según edad.

#### 4.2.6. Nivel de satisfacción general en relación a la comunicación no verbal

En el gráfico se puede observar que en la categoría de muy insatisfecho el Hospital de Quilpué lidera en este nivel, mientras que en los Hospitales Carlos Van Buren y Dr. Eduardo Pereira el porcentaje bordea entre el 7 - 8%.

En cuanto al nivel de insatisfacción el porcentaje con mayor número de personas encuestadas aparece en el Hospital Dr. Eduardo Pereira y de Quilpué con porcentajes mayores al 20%, en último lugar con un diferencia de 10% con respecto a los otros dos, se encuentra el Hospital Carlos Van Buren. Ahora bien, si consideramos la insatisfacción global se observa que el Hospital de Quilpué suma un 42.1%, seguido por Hospital Dr. Eduardo Pereira con un 35.3% y finaliza con Hospital Carlos Van Buren con un 19.2%. Lo anterior refleja que existe una falencia de los profesionales enfermeros en la comunicación no verbal, pues al realizar una comparación con las otras áreas del estudio se observa que esta dimensión sobresale, indicando que no se presentan con frecuencia actitudes como mirar a las personas a los ojos mientras se hablan, establecer contacto físico y mantener un tono de voz que lleve a tranquilizar a las personas. Todos estos componentes han de transmitir a los usuarios una sensación de calma y seguridad, muy relevante cuando se ven enfrentados a un proceso hospitalario que genera estrés y una sensación de vulnerabilidad, es más se tornan relevantes cuando se necesita establecer lo que Joyce Travelbee indica como relación persona-persona, en la cual se debe crear una comunicación fluida que nos permita evaluar las necesidades no cubiertas de las personas a quienes se les otorga el cuidado, destacando que una necesidad emocional alterada es igual de trascendental que una necesidad física

alterada, por lo que el reconocimiento del lenguaje no verbal de ese otro a quien se cuida se torna vital.

En el gráfico se observa que en la categoría de satisfechos entre el Hospital de Quilpué y Dr. Eduardo Pereira tienen cifras similares, al sumar ambos se obtiene un promedio de 18.45%, en cambio el Hospital Carlos Van Buren presenta un porcentaje considerablemente menor en relación a los anteriores. Si se observa el rango de muy satisfecho, el Hospital Carlos Van Buren es quien posee mayor porcentaje en el área de comunicación no verbal, teniendo una diferencia con el Hospital Dr. Eduardo Pereira de un 20% aproximadamente y de 30% con el Hospital de Quilpué.

Al ver los niveles de satisfacción global encontramos que el servicio que destaca es el Hospital Carlos Van Buren con un 80.7%, seguido por Dr. Eduardo Pereira 64.7% y de Quilpué con un 57.9%.

Si se parte de la base que la comunicación no verbal consiste en el mensaje más significativo cuando se establece relación con otro ser, los hallazgos indican que una de las áreas más deficitarias del profesional enfermero constituye el establecimiento de relaciones interpersonales. Frente a esta situación no se podrá comprender, ayudar e identificar las necesidades psicológicas. Cabe recalcar que el comportamiento, la conducta y los sentimientos de cada uno de los participantes en esta relación, intervienen en el desarrollo de la misma y como indica Peplau, se debe ser capaz de reconocerlos con el fin de brindar la ayuda necesaria en todos los niveles de experiencia, siendo esencial para ello la comunicación no verbal.

A pesar de que las cifras de todos los hospitales han de ser superiores al 50% de satisfacción, el único hospital que destaca es aquel que presenta un menor tamaño muestral, por lo que sería interesante visualizar esta área de la competencia comunicativa con muestreos más representativos con el fin de observar si existe una tendencia a la insatisfacción en la comunicación no verbal, recalcando además que la teoría indica que el mayor porcentaje de comunicación se da mediante la no utilización de las palabras habladas o escritas.

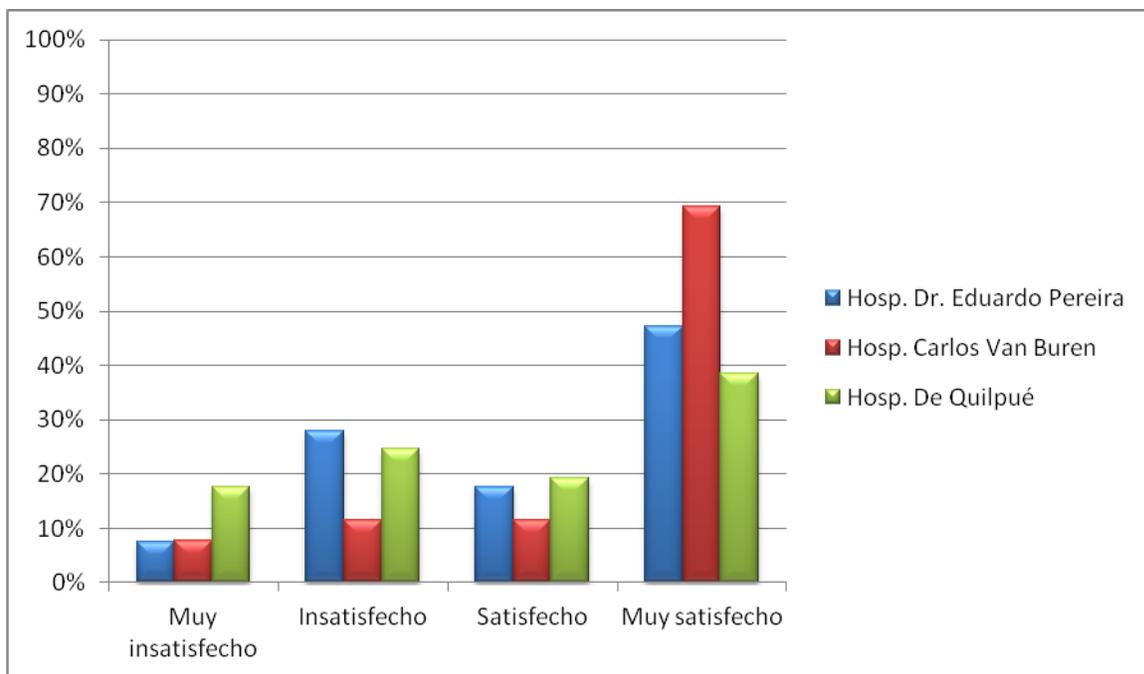


Gráfico N°16: Nivel de satisfacción general según comunicación no verbal.

#### 4.2.7. Nivel de satisfacción general en relación a la comunicación verbal

Al examinar los datos se observa lo siguiente: de acuerdo al puntaje de satisfacción en cuanto a comunicación verbal en relación con los establecimientos de salud, se obtiene que el nivel de muy insatisfechos lo lidera el Hospital de Quilpué, seguido por el Hospital Dr. Eduardo Pereira con porcentajes que circunden entre un 4 – 8%; sin embargo, el Hospital Carlos Van Buren no presentó insatisfacción en esta dimensión.

En el nivel de insatisfecho, los tres hospitales no presentan mayor divergencia en cuanto a los porcentajes. Entre el hospital que obtuvo la mayor insatisfacción y el menor, sólo hay una diferencia de 4%. Si combinamos ambas categorías de insatisfacción (insatisfacción global), se obtiene como resultado que el nivel más alto se encuentra en el Hospital de Quilpué, continuado por el Hospital Dr. Eduardo Pereira y finalmente por el Hospital Carlos Van Buren.

En el nivel de satisfecho, los hospitales con mayor grado de bienestar en esta área son Hospital Dr. Eduardo Pereira y de Quilpué, en cambio el Hospital Carlos Van Buren presenta una diferencia de alrededor de un 5% con respecto a los otros dos. En la categoría de muy satisfecho, se observa que el Hospital Carlos Van Buren tiene el porcentaje más alto superando al Hospital Dr. Eduardo Pereira en un 8,4% y al Hospital de Quilpué en un 13,8%.

El resultado de los niveles de satisfacción global, se encuentran liderados por el Hospital Carlos Van Buren y Dr. Eduardo Pereira con porcentajes mayor al 85% y el Hospital de Quilpué con un 78,9%.

Al realizar una comparación de los niveles de satisfacción en comunicación verbal, se deduce que el resultado en general de este análisis arroja datos positivos, ya que el 83,2% manifiesta satisfacción y el 16,5% insatisfacción respecto a la comunicación verbal entregada por el personal de enfermería. Por lo tanto, se podría comprobar que al haber una comunicación verbal adecuada el nivel de satisfacción también mejora.

La palabra hablada se vuelve relevante en la enfermería debido a que es una herramienta que permite a las personas expresar sus necesidades, permitiendo que esta se establezca en un contexto de la relación persona-persona (Travelbee) o relación terapéutica (Peplau). El buen desarrollo de lo anterior incide de manera directa en la calidad de la atención brindada.

Por otro lado, algunas de las funciones de la comunicación se relacionan directamente con el nivel de satisfacción usuaria, como lo es la función emotiva en la recepción del estado emocional del usuario que a la vez implica un alto grado de confianza entre este y el profesional enfermero. El expresar lo que realmente se quiere decir o simplemente darle sentido a lo que se habla, favorece aún más la comunicación y con ello la satisfacción usuaria.

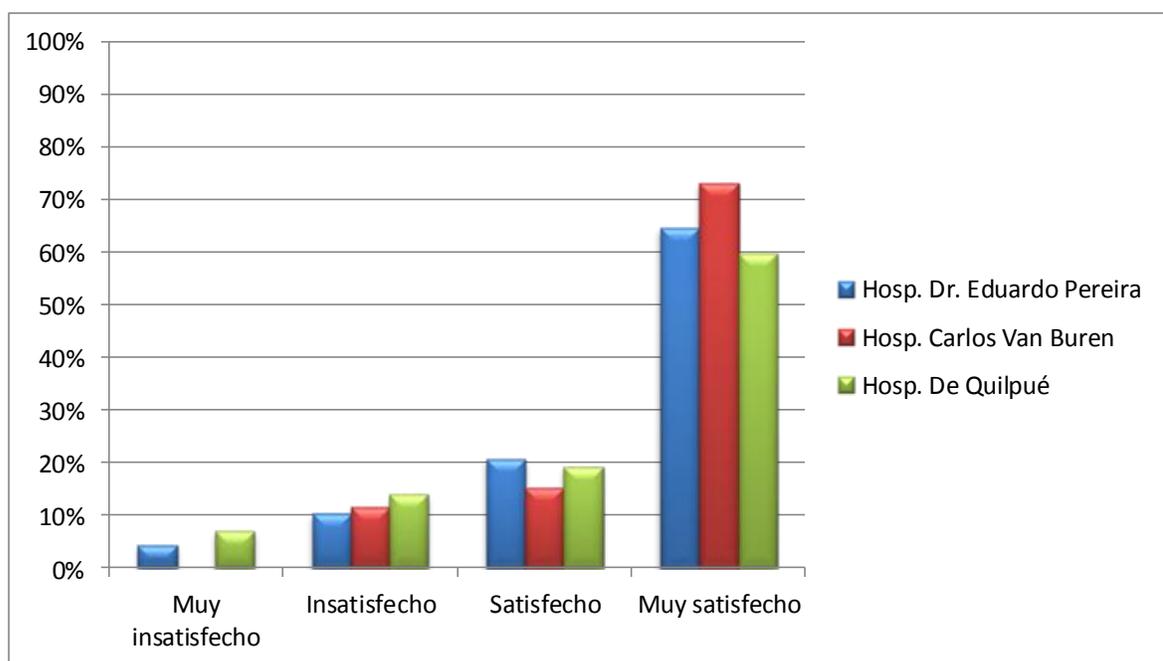


Gráfico N°17: Nivel de satisfacción general según comunicación verbal.

#### ***4.2.8. Nivel de satisfacción general en relación a la actitud profesional***

Se observa en el siguiente gráfico el alto porcentaje que presenta la categoría muy satisfecho en lo que se relaciona con la actitud profesional, destacándose en los Hospitales Dr. Eduardo Pereira y Carlos Van Buren, alcanzando un porcentaje mayor al 70% de satisfacción usuaria. Por otro lado, el hospital que presentó el mayor porcentaje de insatisfacción usuaria fue el Hospital de Quilpué, siendo alrededor de un 20% al sumar la categoría de muy insatisfecho e insatisfecho. A pesar de lo anterior, esta área perteneciente a la comunicación en enfermería, estaría cumpliendo con las expectativas que presentan los usuarios, ya que alcanza un porcentaje de satisfacción superior al 85%, mostrando una alta adherencia a la categoría de muy satisfecho con 66.9% por parte de los usuarios.

Esto podría corresponder a un cambio de paradigma por parte del profesional de enfermería, optando por una mayor actitud profesional, debido al énfasis que se le ha dado en la academia a la enfermería como profesión<sup>24</sup>.

Se considera que la categoría de actitud profesional comprende la mantención de una actitud de respeto, empática, que demuestre interés, compromiso y disposición con la persona a quien se le brindan los cuidados. Este tipo de comportamiento se percibe por los usuarios mediante la comunicación verbal y no verbal de la enfermera (o).

Parece ser, según los resultados obtenidos, que las (os) enfermeras (os) han comprendido que la actitud profesional no se basa tan sólo en una relación complementaria, sino que también es necesario colocarse en el lugar de la persona, entenderlo y acogerlo en la experiencia estresante que es la hospitalización, siendo consciente de que en todo momento ha de comunicar (primer principio comunicativo), por lo que es necesario que se escuche, que escuche al otro, la forma en la que se comunica y cómo este lo entiende (metacomunicación), además de observar su postura, su aspecto exterior, el manejo de su tiempo y todo lo que implica la comunicación no verbal.

Los profesionales deben entender que en sus manos se encuentra la capacidad de regular esta interacción, mediando cuando se presenten barreras comunicativas tan comunes como la semántica, defendiendo siempre las decisiones de las personas requirentes de cuidado y por sobre todo analizando los elementos comunicativos que entrega el emisor.

Lo anterior revela ciertos aspectos a considerar en la relación terapéutica, Travelbee señala que *“Una enfermera es capaz de establecer la relación porque posee el conocimiento y las habilidades necesarias que se requieren para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de percibir, responder y apreciar la unicidad del ser humano enfermo”*, lo anterior demuestra que las competencias del profesional en cuanto a actitudes comunicativas son fundamentales para el establecimiento de la relación persona-persona efectiva, que contribuye a la satisfacción usuaria.

Por otro lado Peplau en su definición de roles en las fases de la relación interpersonal describe al profesional en cuanto a las características necesarias para la formación del vínculo

enfermera (o) -usuario, siendo estas las bases consideradas para definir el concepto de actitud profesional.

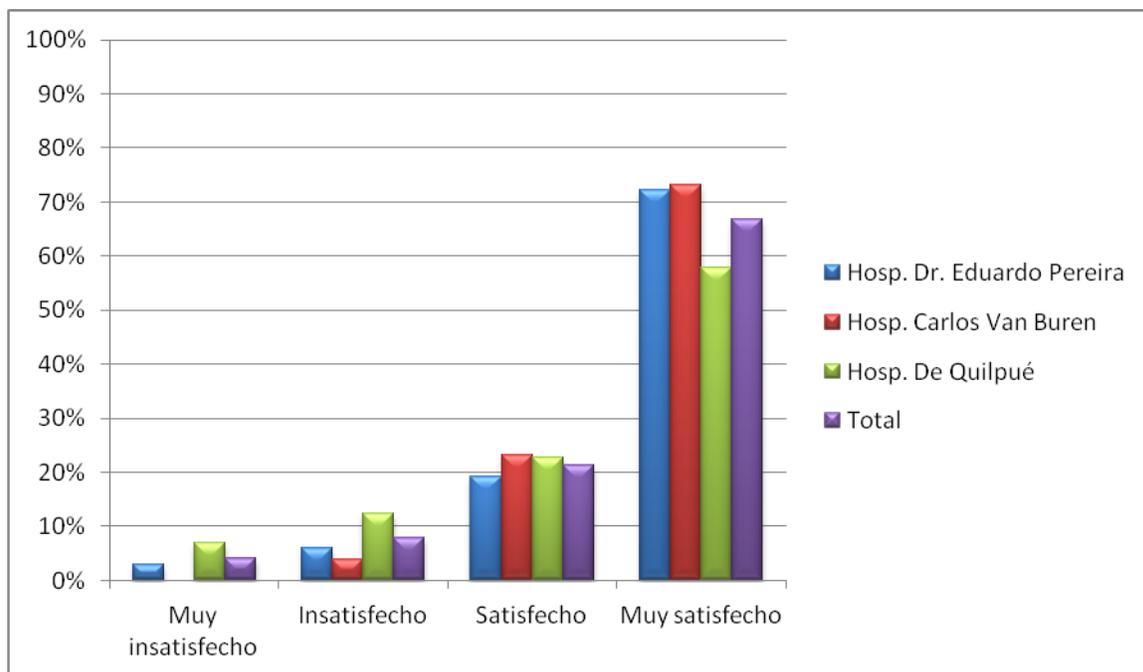


Gráfico N°18: Nivel de satisfacción general según actitud profesional.

#### 4.2.9. Nivel de satisfacción general en relación al apoyo emocional

Al análisis de datos se observa lo siguiente: el Hospital de Quilpué y Hospital Dr. Eduardo Pereira presentan a nivel global el mayor grado de insatisfacción con resultados de un 10,6% y un 3% respectivamente. No así el Hospital Carlos Van Buren, el cual presenta un 0% en el nivel de insatisfacción relacionado con el apoyo emocional entregado por el profesional de enfermería.

En cuanto a resultados generales en niveles de satisfacción, se obtiene que el Hospital Carlos Van Buren presenta el mayor grado de satisfacción con un 100%, quien lo sigue es el Hospital Dr. Eduardo Pereira con un 97% y luego el Hospital de Quilpué con un 89,7% de las muestras.

Si se comparan los niveles de satisfacción en cuanto a apoyo emocional, se concluye que el análisis representa resultados positivos, debido a que el 94,7% siente satisfacción en el apoyo emocional brindado y sólo el 5,3% demuestra insatisfacción. Por lo tanto, la entrega de apoyo emocional por el profesional de enfermería ayuda a que exista una mayor satisfacción por parte de los usuarios en la atención de salud.

Como se mencionó anteriormente, la hospitalización es un evento estresante en cualquier etapa de vida, por lo que entregar y demostrar apoyo a quienes viven la experiencia mediante las palabras, el contacto, visual o el tacto resulta uno de los aspectos fundamentales dentro de la relación terapéutica. Por otro lado, debe ser capaz de entender la función emotiva que brinda el

lenguaje del emisor, el cual proyecta el mundo interno de este, siendo para ello fundamental establecer una relación de confianza en la cual el lenguaje no verbal cobra relevancia, ya que es la mirada (oculesia), el tacto (háptica), el paralenguaje y la proxémica los elementos que intervienen de mayor forma en el estrechamiento de los lazos y por ende el aumento de la confianza, por lo tanto su buen manejo contribuye a obtener resultados como los encontrados.

Dentro de los conceptos que Joyce Travelbee definió menciona que salud es un estado de bienestar en cuanto a lo físico, emocional y espiritual. De esta manera, se puede resaltar que el apoyo emocional constituye una de las aristas principales e importantes que la persona debe satisfacer para recobrar su bienestar, es de decir, su salud. Para la satisfacción de este ámbito, se impone como desafío generar cuidados de calidad en cuanto a satisfacer el apoyo emocional así como también los otros conceptos que engloban la recuperación de la salud, de esta forma se reflejarán en resultados positivos, así como se han podido obtener en este estudio.

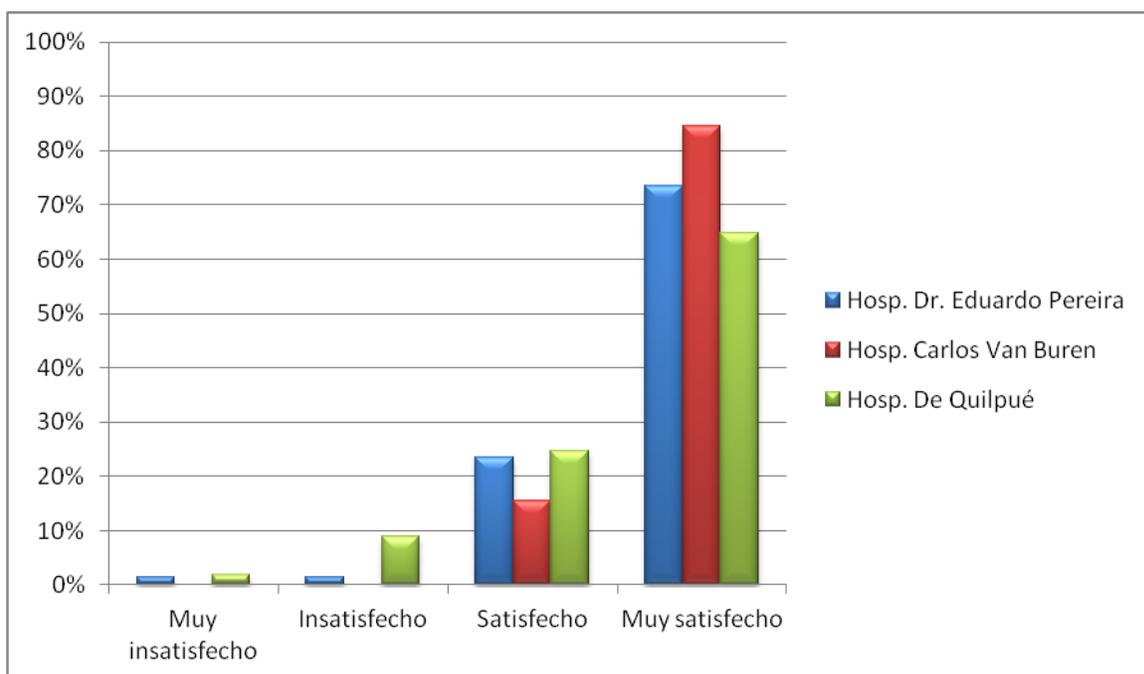


Gráfico N°19: Nivel de satisfacción general según apoyo emocional.

#### *4.2.10. Nivel de satisfacción general en relación a la Proactividad del profesional*

Al analizar sobre el nivel de satisfacción en el ámbito de proactividad del profesional enfermero según cada hospital, podemos observar que en la categoría de muy satisfecho, los tres hospitales poseen porcentajes similares, siendo todos superior al 60%. Estos porcentajes no son menores, ya que reflejan un alto nivel de satisfacción en este ámbito de la comunicación, que involucra características de la enfermera (o) en cuanto a la habilidad de conocer al usuario al cual presta los servicios, a un cierto nivel que le permite anticiparse a los cuidados. Por tanto los resultados indican que el profesional cumple en gran medida esta habilidad.

Los porcentajes de satisfecho siguen siendo altos en comparación con los porcentajes de insatisfacción. Los resultados demuestran que en la categoría satisfecho lleva la delantera el Hospital Dr. Eduardo Pereira, a diferencia de los muy satisfechos donde lidera el Hospital Carlos Van Buren. En cuanto al nivel de satisfacción global, el Hospital Dr. Eduardo Pereira lidera con un 95,5% seguido de un 92,3% por el Hospital Carlos Van Buren. En último lugar se ubica el Hospital de Quilpué presentando una satisfacción global del 77.2%.

La categoría de insatisfechos lo encabeza el Hospital de Quilpué sobre un 70%, posteriormente se ubica el Hospital Carlos Van Buren y Hospital de Quilpué bajo un 4%.

En último lugar se encuentra la categoría de los muy insatisfechos, en la cual todos los hospitales presentan bajo un 4%.

A partir de estos resultados se presenta que el nivel de insatisfacción global respecto al área de proactividad, lo encabeza el Hospital de Quilpué con un 22,9%, seguido con porcentajes bajos en y en orden descendiente por los Hospitales Carlos Van Buren (7.6%) y de Quilpué (4.4%).

Por lo tanto estos resultados reflejan que los niveles de más alta satisfacción se encuentran en el Hospital Dr. Eduardo Pereira y los más bajos, en Hospital de Quilpué. Este último es quien lidera además los niveles de insatisfacción. Esto demuestra que los profesionales están cumpliendo en gran medida esta habilidad de la comunicación, la cual otorga una mejor y mayor amplitud de la atención y que además genera un aumento de la humanización de los cuidados, esto debido a los porcentajes de satisfacción globales que superan el 90% en su mayoría. No obstante, existen insatisfacción especialmente en el Hospital de Quilpué, esto deja a entrever que lo profesionales aún no son proactivos y que los usuarios, aunque en menor magnitud, lo perciben.

El ámbito de proactividad (entendido como la capacidad de anticiparse a los cuidados) es quizás uno de los elementos que más puede influenciar el autocuidado de quienes acuden a los centros hospitalarios, es por ello que los resultados obtenidos preocupan. Si los profesionales no se identifican y no responden a tiempo los requerimientos, difícilmente las personas sabrán a quién acudir al minuto que presenten dudas, generando además una sensación de desinterés en el usuario. Es por esto bien, los profesionales han de saber que dichas actitudes entorpecen el acto comunicativo pudiendo crear una barrera psicológica, ya que se visualiza una imagen de lejanía de la (el) enfermera (o), mermando el vínculo que debiese establecerse; por lo tanto, el profesional es incapaz de adelantarse a los cuidados, ya que desconoce a la persona que está requirente de ellos.

Ahora bien, si se establece una relación de confianza los usuarios procederán a manifestar sus dudas, siendo para ello fundamental utilizar un lenguaje conforme al receptor evitando así barreras semánticas. En ocasiones las personas por vergüenza no externalizan el hecho de no haber entendido, por lo que es necesario observar la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal.

Cuando se entrega información e indicaciones a los usuarios esta debe ser fácilmente accesible, oportuna, precisa, comprensible, pertinente, fiable y basada en la evidencia disponible, para esto último es vital que la función apelativa del lenguaje sea exitosa, puesto que en ocasiones las personas se niegan a los cuidados producto de la emocionalidad que provoca la hospitalización sin un sustento teórico de fondo. Lo anterior, en vista de los resultados obtenidos en Hospital de Quilpué inquieta, ya que el cuidado humanizado que aporta calidad en atención de salud no se refleja en este centro asistencial al que acude un número importante de personas.

Por otro lado, Travelbee hace referencia en la habilidad del profesional de enfermería de reconocer y responder a las necesidades de los usuarios, con el objetivo de llevar a cabo las acciones fundamentales de manera oportuna para su atención, siendo imperioso para esto el establecer una relación terapéutica basada en la confianza, para esto el profesional siempre debe dar el primer paso, es este el llamado a cambiar la calidad de la atención en salud.

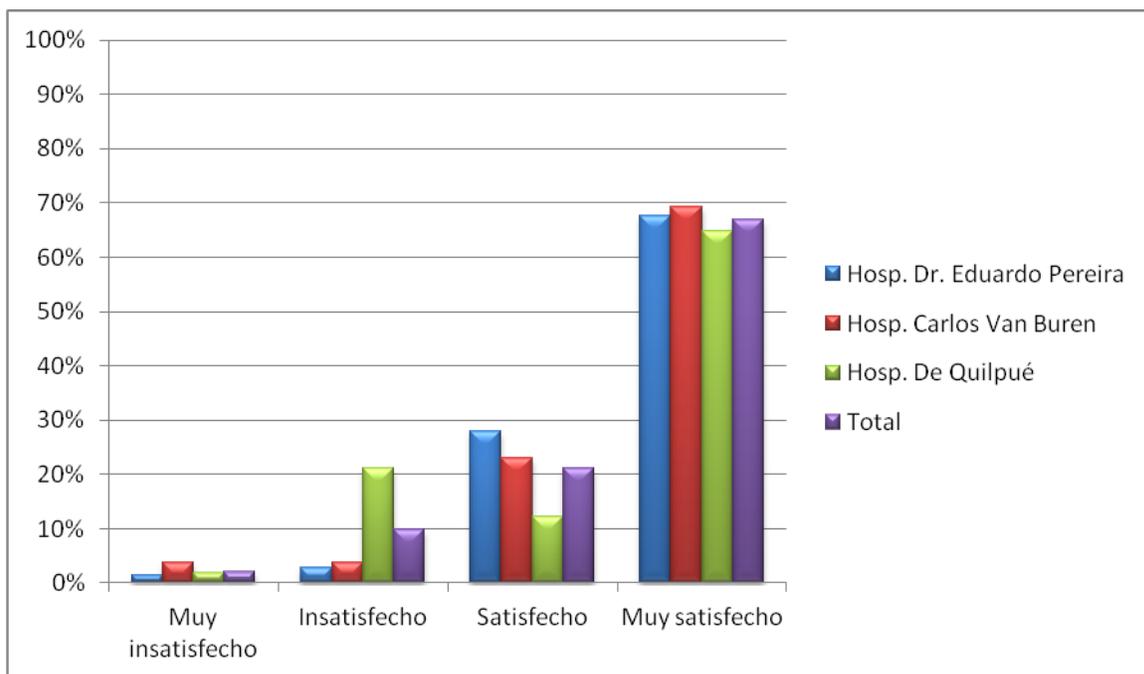


Gráfico N°20: Nivel de satisfacción general según proactividad.

#### *4.2.11. Nivel de Satisfacción Usuaría General respecto a la competencia de Comunicación del profesional de enfermería*

Esta tabla muestra resultados positivos, en cuanto a la determinación del grado de satisfacción del usuario respecto a la competencia de comunicación del profesional enfermero.

Se destaca el alto porcentaje obtenido en la categoría de muy satisfechos, el cual supera el 66% del universo encuestado. Por otro lado se encuentran los satisfechos quienes representan un 21.2% del total. Ambos porcentajes representan una satisfacción global del 88.1%. Esto supera las expectativas que se tenían, ya que se toma como base un estudio en México<sup>18</sup>, el cual señalaba que alrededor de un 50% de los usuarios presentaba insatisfacción, lo cual contrasta con el elevado nivel de satisfacción encontrado en este estudio, siendo un importante hallazgo para la profesión en Chile.

Se tienen en cuenta también los porcentajes de satisfacción usuaria en Chile, los cuales revelan resultados con calificación positiva, respecto al bienestar de los usuarios frente a los hospitales y centros de salud a nivel nacional. Estos niveles en comparación a los resultados

obtenidos en la investigación, están levemente por debajo; no obstante, los resultados logrados en el presente estudio, involucran aspectos de la competencia de comunicación del profesional enfermero principalmente. Sin embargo, no dejan de ser un referente las calificaciones que otorgan la medición nacional de satisfacción usuaria en la red de pública de salud en Chile, ya que se puede deducir que la satisfacción usuaria en el ámbito de la competencia de comunicación de la enfermera (o), es similar a los niveles de satisfacción usuaria nacional y ambos porcentajes reflejan un amplio cumplimiento de las expectativas del usuario frente a las distintas áreas de la atención en salud.

Por otro lado el nivel de insatisfacción global en este estudio representa un 11,9%. Si esto se relaciona con los porcentajes de la medición de satisfacción usuaria nacional, estos son elevados en comparación a los resultados obtenidos en esta investigación.

De todas formas este bajo resultado de insatisfacción obtenido en el estudio, no deja de presentarse como indicador, con el cual se puede trabajar y mejorar en el tiempo.

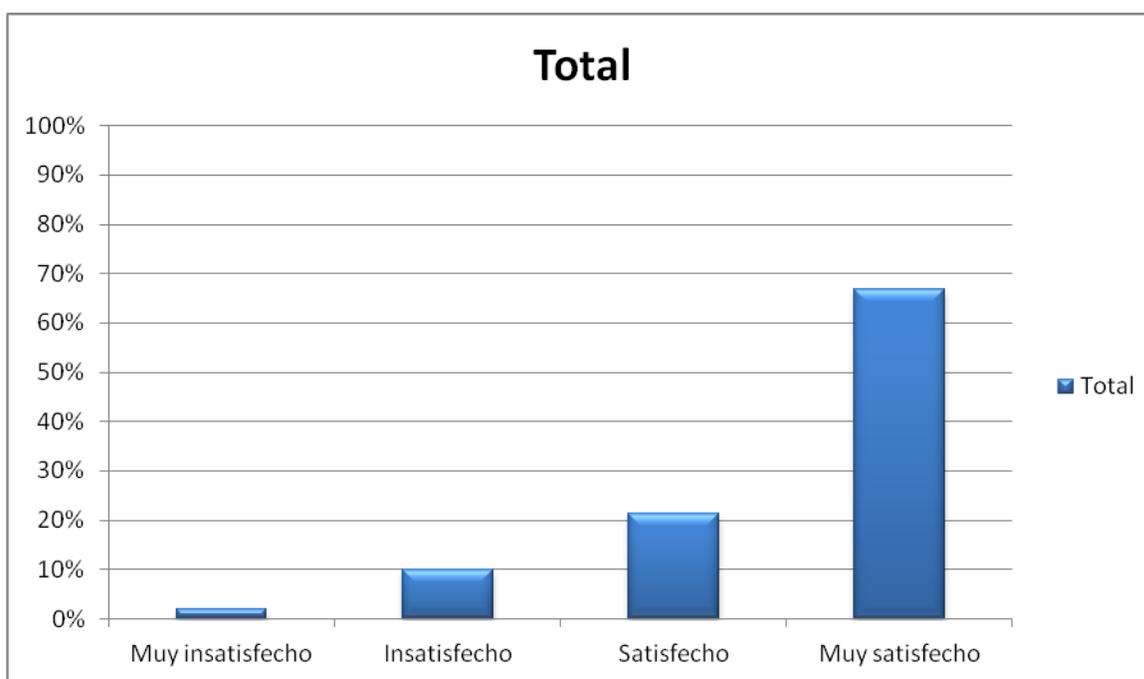


Gráfico N°21: Nivel de satisfacción general respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería

Finalmente se presenta un recuadro que muestra en qué escalafón se agrupan las preferencias en relación a la satisfacción usuaria global encontrada en los distintos hospitales.

<b>Hospital</b>  <b>Nivel de Satisfacción</b>	<b>Hospital Carlos Van Büren</b>	<b>Hospital Dr. Eduardo Pereira</b>	<b>Hospital de Quilpué</b>
Muy Insatisfecho			
Insatisfecho			
Satisfecho			
Muy Satisfecho	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>x</b>

# **CAPÍTULO V**

## **DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones

---

A lo largo de estos meses de estudio, el grupo de estudiantes pudo visualizar las diversas realidades de los distintos hospitales y sus servicios, en relación a la competencia de comunicación del profesional de enfermería hacia los usuarios y el nivel de satisfacción que estos manifiestan de ella.

Producto de la poca relevancia que se le ha dado al cuidado humanizado y al establecimiento de relaciones terapéuticas efectivas por parte de las políticas públicas, el tema de la comunicación no ha sido explorado, lo que presentó un desafío para el desarrollo del estudio, pues existen escasas investigaciones que aborden la importancia de establecer una comunicación eficaz en el área de relaciones humanas en salud.

El buen trato humano y la visualización del otro como un ser único, autónomo, que tiene derecho a ser informado y tomar decisiones respecto a su salud, son áreas que deben ser respetadas y desarrolladas como características inherentes a la profesión de enfermera (o); es esta (e) la (el) llamada a gestionar los cuidados y (como lo plantea la Reforma en Salud en Chile) la visión de esta gestión debe tener un enfoque biopsicosocial dejando de lado el biomédico, tan preponderante aún dentro del sistema de salud.

Durante la interacción con las personas en la aplicación del instrumento, se observó cierto grado de incapacidad por parte de ellos en el reconocimiento de la enfermera (o), su rol y función, llegando incluso a confundirla (o) con otros profesionales del servicio; esto podría ser explicado por falta de empoderamiento de la profesión, lo cual implica un desafío importante para quienes serán las futuras generaciones de profesionales enfermeras (os).

Se torna de vital importancia que la comunicación sea una competencia en el profesional enfermero, debido a que como indicador de calidad su buen desarrollo repercute en los niveles de satisfacción usuaria. Esta última ha de ser evaluada para detectar las fortalezas y debilidades del sistema, con el fin de establecer una mejora continua en los sistemas de salud.

El objetivo de esta investigación fue detectar las fortalezas y debilidades en relación a la competencia de comunicación del profesional enfermero, a través de la aplicación del instrumento que midió las diversas áreas planteadas con anterioridad. A partir de los resultados obtenidos, se concluye que existe un alto nivel de satisfacción general en los servicios y hospitales; cabe mencionar algunos aspectos en particular, tales como: los servicios de medicina presentan mayor grado de insatisfacción, quizás debido a la sobrecarga laboral que presentan los profesionales; el hospital que lidera en el menor nivel de satisfacción es el de Quilpué; aplicando los criterios de inclusión del estudio se redujo la muestra del Hospital Carlos Van Buren, lo cual no permite establecer conclusiones certeras acerca de la realidad del servicio; y se logra identificar congruencias entre los estudios gubernamentales de satisfacción usuaria y los resultados obtenidos en los Hospitales de Quilpué y Carlos Van Buren. Los estudios desarrollados en esta área no contemplan al Hospital Dr. Eduardo Pereira, no permitiendo realizar las comparaciones correspondientes.

En relación a la estadía se concluye: quién lidera a nivel de insatisfacción en corta estadía (5 a 14 días) es el Hospital de Quilpué; a nivel de satisfacción global no existen diferencias entre los hospitales en estudio, ya que todos obtienen altos porcentajes de satisfacción; finalmente, resulta paradójico que los usuarios que presentan una estadía de 31 días o más, presenten un nivel de 100% muy satisfechos, ya que las investigaciones encontradas indican lo contrario. Esta afirmación no es concluyente debido a que el tamaño de la muestra es menor.

Al analizar la satisfacción con respecto al sexo, los resultados avalan lo señalado en estudios anteriores que indican que las mujeres manifiestan mayor porcentaje de insatisfacción en relación a los hombres, esto puede deberse a que estas son más participes en el proceso de salud-enfermedad, contribuyendo a que presenten más conocimiento de los aspectos relacionados lo que genera una mirada más crítica de los profesionales y la atención percibida.

Los resultados obtenidos en la satisfacción relacionado con el nivel de escolaridad, permite concluir que a mayor escolaridad menor satisfacción, lo cual es congruente con los estudios encontrados.

El nivel de satisfacción presentado según grupo etario, indica que la edad (en el caso de los adultos mayores) es proporcional a la satisfacción percibida concordando con los estudios existentes; por otro lado, los jóvenes presentan altos niveles de satisfacción que no concuerda con los mismos estudios observados, los cuales señalan que a menor edad, menor es la satisfacción. Este fenómeno se puede deber a que existen diferentes necesidades según la etapa de vida, por lo que en las edades menores no sea primordial desarrollar un proceso comunicativo con los profesionales, valorando más las habilidades técnicas; en cambio los adultos mayores valoran la atención brindada en el área psicológica-emocional según lo observado durante el estudio, en relación a cómo el profesional distribuye el tiempo a satisfacer dichas necesidades.

Los resultados expuestos para las áreas de comunicación verbal, actitud profesional, apoyo emocional y proactividad, demuestran el alto grado de cumplimiento de las expectativas que presentan los usuarios en relación a las competencias comunicativas del profesional enfermero. A pesar de los logros obtenidos a nivel de la satisfacción global, se debe seguir desarrollando y potenciando las habilidades comunicativas desde la formación de los profesionales. Uno de los hallazgos más relevantes en el estudio fue identificar falencias en la dimensión no verbal de la comunicación; según la literatura, la importancia radica en que esta área es la más influyente en la transmisión del mensaje, puesto que el cómo se comunica es lo que repercute de mayor forma en la respuesta por parte del usuario.

La cultura laboral predominante dentro de los servicios de salud es mantener una relación distante con las personas atendidas, al otorgarle mayor importancia a las habilidades técnicas/teóricas que a lo relacionado con el proceso comunicativo, es decir, con un énfasis en lo curativo.

Los futuros profesionales sello de la profesión debe ser el trato humanizado y por consiguiente su base el aspecto comunicativo/ relacional recalando a la enfermería como ciencia humana en la cual el centro del ser enfermera (o) es el otro en toda su extensión y nuestro cuidado

ha de ser protectivo, es decir, en pro de respetar y proteger al otro como un ser libre de decidir, porque la enfermera acompaña y no impone, debiendo ser pacíficas luchadoras por la igualdad y calidad de la atención.

Todo lo anterior conforma la identidad e ideología básica de la enfermera, lo que mueve nuestras acciones y justifica nuestro propósito, es de esperar que se produzca una revolución del empoderamiento del rol, con el fin de que en el futuro se reconozca socialmente la importancia de la enfermera (o).

El estudio será un contribuyente para establecer las deficiencias comunicativas que presentan los profesionales enfermeros, permitiendo que dichas falencias sean estudiadas para construir estrategias de mejoramiento en las habilidades comunicativas.

## *5.2. Sugerencias*

---

- Efectuar estudios acerca de los factores que influyen en la atención percibida por los usuarios de parte de la enfermera, pero haciendo una comparación entre servicios de salud a nivel público y privado.
- Realizar investigaciones sobre los factores que influyen en el desarrollo de las habilidades comunicativas del profesional enfermera (o) que repercuten en la atención entregada a los usuarios.
- Otorgar mayor importancia en el pregrado de la carrera de enfermería acerca de incorporar en una mayor magnitud las competencias comunicativas.
- Incorporar en los futuros estudios sobre la atención que otorgan los profesionales enfermeros, respecto a la humanización del cuidado y cuidados comprensivos.
- Investigar sobre los factores que influyen en el desarrollo de las habilidades comunicativas de la enfermería, lo que se manifiesta en la atención entregada a los usuarios.
- Investigar sobre la identidad de la enfermería y si los usuarios son capaces de diferenciar entre los distintos profesionales de la salud.
- Investigar si la carga laboral impide realizar las funciones comunicativas de los profesionales enfermeros.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## Referencias

---

- (1)Comu, Laurence (2007). *La confianza en las relaciones pedagógicas*. En <http://www.educomunicacion.com/2007/08/la-confianza-en-las-relaciones.html>  
Recuperado: 26 marzo 2012
- (2)Bastías, G., & Valdivia, G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución*. BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C., PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, 32 (2), 51-58.
- (3)Hall, J., & Dornan, M. (1990). *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis*. *Social Science & Medicine*, 30(7); 811-818.
- (4)Santiñáa, M. A., Martíneza, G., Quintób, L., Trillaa, A., & Asenjo, M. Á. (2004). *Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial*. *Rev. Calidad Asistencial*, 19(4), 238-42.
- (5)Tamargo, T., Jiménez, R., Gutiérrez, Á., & Mora, I. (2009). *Estadía hospitalaria ajustada para evaluar la eficiencia en un servicio de medicina interna*. *Rev. Cubana de Medicina*, 48 (2) , 1-16.
- (6)Zas Ros, B. (2002). *La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud*.*Rev. Psicología Científica.com*, 4(3).
- (7)Donoso Valenzuela, N., Díaz Simpson, M. E., & Peralta, J. C. (2009). *Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile*. Aplicación 2009. Santiago: Departamento de Participación Social y Trato al Usuario.
- (8)Falcó Pegueroles, A. (2004). *La nueva formación de profesionales sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería*. *Rev. Educación Médica*, 7 (1), 42-45.
- (9)Marracino, C. (1998). *Tendencia en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad*. Buenos Aires: Fundación Avedis Donabedian.
- (10)Di Prete Brown, L., Miller Franco, L., Nadwa, R., & Hatzell, T. (s.f.). *Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo*. Wisconsin: Usaid.
- (11)Espinosa Ortiz, R., Muñoz Juárez, S., & Torres Carreño, E. (2004). “*SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE 15 HOSPITALES DE HIDALGO, MÉXICO*”. *Rev Esp Salud Pública*, 78 (4), 527-537.

- (12)Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & De Avila Jackson, D. (1971). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. España: Editorial Tiempo Contemporáneo.
- (13)García Marco, María Isabel; López Ibort, María Nieves; Vicente Edo, María José. *Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?* Index Enferm [online]. 2004, vol.13, n.47 [citado 2012-02-01], pp. 44-48.
- (14)Jorcano Lorén, Pilar. *La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad*. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>.
- (15)Davidoff, L. (1989). *Introducción a la psicología*. México: McGraw-Hill.
- (16)Ponce-Gómez, J, Reyes-Morales, H, Ponce-Gómez, G (2006). *Satisfacción laboral y calidad de atención de Enfermería de una unidad médica de alta especialidad*. Rev. Enf. IMSS, 14(2) ,65-73.
- (17)Otero Martínez, H. (2008). *HACIA UNA COMUNICACION EFECTIVA Y HUMANISTA EN AMBITOS DE SALUD*. Rev haban cienc méd La Habana, 7 (1).
- (18)Montagu, A. (2004). *El Tacto, La importancia de la piel en las comunicaciones humanas*. Barcelona: Ed. Paidós
- (19)Rodríguez Escanciano, I., & Hernández Herrante, M. (2010). *Lenguaje no verbal*. La Coruña: Gesbiblo.
- (20)S.L, P. V. (2008). *Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas dependientes en domicilio*. España: Ed. Vértice.
- (21)Rigol Cuadra, A., & Ugalde Apalategui, M. (2001). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- (22)Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (1998). *Modelos y teorías en enfermería*. España: McGraw-Hill.
- (23)Carvalho Pontes, a., Arruda Leitao, i., & Costa Ramos, I. (2008). *Comunicación Terapéutica en Enfermería: herramienta esencial de la atención*. Rev. Brasileira de Enfermagem, 61 (3): 312-318.
- (24)Torres, A., & Sanhueza, O. (2006). *Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería*. Investigación y Educación en Enfermería, 24 (2), 112-119.
- Borisoff, V., & Víctor, D. (1991). *Gestión de conflictos*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Cuadrado, I. (2008). *Psicología de la instrucción: fundamentos para la reflexión y práctica docente*. París: Editions Publibook.
- Cestero Mancera, A. (1998). *Estudios de comunicación no verbal*. Alcalá: Ed. Edinumen.
- Bautista, L. M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichán*, 8 (1), 74-84.
- León, A. B. (2002). *Estrategias para el desarrollo de la comunicación profesional*. México: Ed. Limusa.
- González Ortega, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan*, 7 (2); 130-138.
- Rivera Álvarez, L., & Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Rev. Avances en enfermería*, 25 (1), 56-68.
- Rulicki, S., & Cherny, M. (2007). *Comunicación no verbal: Como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Argentina: Ed. Granica S.A.
- Simón, P., Barrio, I., Sánchez, C., Tamayo, M., Molina, A., Suess, A., y otros. (2007). *Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización*. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30 (2), 191-198.
- Pons, X. (2006). *La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación*. *Enfermería Integral*, 27-34.
- Reyes Guajardo, J., & Ochoa García, J. (2008). *Satisfacción Usuaría: Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios Hospital Base Osorno*. Osorno.
- Salud, S. e. (2009). *Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales Atención Abierta*.
- Ledesma, R., Molina Ibañez, G., & Valero Mora, P. (2002). *Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos*. *Psico-USF*, 7 (2), 143-152.
- Leddy, S., & J M, P. (1985). *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. Filadelfia: J B Lippincott.

# ANEXOS

# ***ANEXO 1***

*Cartas de permiso para la realización  
de la investigación*

Valparaíso, 22 de septiembre 2011

**Señora**  
**Guillermina Walker Casanova.**  
**Subdirectora Gestión de Cuidado.**  
**Hospital de Quilpué**  
**Presente**

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración, con la finalidad de autorizar a las estudiantes del IV nivel de la Carrera de Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades programadas para la realización del **Seminario Tesis “Satisfacción usuaria respecto de la competencia de comunicación en el profesional de enfermería”**

Es importante señalar que durante el mes de mayo del presente, fue enviada una carta solicitando su colaboración para el mismo fin, pero con motivo de las movilizaciones estudiantiles, no se pudo realizar el estudio planificado, que consideraba, en su primera etapa, la recolección de datos en el hospital que Ud. dirige; por lo tanto solicito reprogramar un nuevo período para dicho fin.

- **Nombre del Seminario Tesis:**  
**“Satisfacción usuaria respecto de la competencia de comunicación en el profesional de enfermería”**
- **Tipo de estudio:** cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo.
- **Objetivo:**  
Identificar el grado de satisfacción usuaria, respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería.
- **Unidad a utilizar:**  
Servicio de Mediana Complejidad
- **Actividades a efectuar:**  
Realización de cuestionario a pacientes que cumplen con los requisitos establecidos.
- **Universo:** pacientes en servicios de mediana complejidad.

- **Muestra:** pacientes que acepten responder a cuestionario y que cumplan criterios de inclusión
- **Criterios de exclusión:** pacientes analfabetos, Glasgow < a 15 y menores de 18 años, que el paciente no acepte a responder al cuestionario.
- **Criterios de inclusión:** estadía  $\geq 5$  días, mayores de edad, Glasgow 15
- **Consideraciones éticas:** consentimiento informado y firmado, los pacientes pueden retirarse en cualquier momento por decisión propia. El estudio no considera manipulación o experimentación con pacientes.
- **Observación:** la utilidad del estudio podría transformarse en un aporte para la gestión del cuidado, ya que la comunicación es un indicador de calidad de los cuidados de enfermería.
- **Período:**  
Recolección de datos entre los meses de Octubre a Diciembre de 2011.
- **Nombre de las estudiantes:**
  - Cruz, Maria Jesús
  - García, Elizabeth
  - Pérez, Paulina
  - Sandoval, Paula
  - Serey, Karla
  - Valdés, Camila
- **Docente guía:**  
Prof. Cecilia Landman Navarro
- **Contactos:** Teléfonos: Paula Sandoval (032) 2491708 – 92569648 e-mail: nuestratesis.11@gmail.com

Agradeciendo de antemano su disposición para que las estudiantes puedan finalizar su cometido académico, le saluda atentamente.

**Liliana Pastén Ibáñez**  
**Directora**  
**Escuela Enfermería**

Valparaíso, 22 de septiembre 2011

**Señor  
Patricio Vera M.  
Director  
Hospital de Quilpué  
Presente**

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración, con la finalidad de autorizar a las estudiantes del IV nivel de la Carrera de Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades programadas para la realización del **Seminario Tesis “Satisfacción usuaria respecto de la competencia de comunicación en el profesional de enfermería”**

Es importante señalar que durante el mes de mayo del presente, fue enviada una carta solicitando su colaboración para el mismo fin, pero con motivo de las movilizaciones estudiantiles, no se pudo realizar el estudio planificado, que consideraba, en su primera etapa, la recolección de datos en el hospital que Ud. dirige; por lo tanto solicito reprogramar un nuevo período para dicho fin.

- **Nombre del Seminario Tesis:**  
**“Satisfacción usuaria respecto de la competencia de comunicación en el profesional de enfermería”**
- **Tipo de estudio:** cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo.
- **Objetivo:**  
Identificar el grado de satisfacción usuaria, respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería.
- **Unidad a utilizar:**  
Servicio de Mediana Complejidad
- **Actividades a efectuar:**  
Realización de cuestionario a pacientes que cumplen con los requisitos establecidos.

- **Universo:** pacientes en servicios de mediana complejidad.
- **Muestra:** pacientes que acepten responder a cuestionario y que cumplan criterios de inclusión
- **Criterios de exclusión:** pacientes analfabetos, Glasgow < a 15 y menores de 18 años, que el paciente no acepte a responder al cuestionario.
- **Criterios de inclusión:** estadía  $\geq 5$  días, mayores de edad, Glasgow 15
- **Consideraciones éticas:** consentimiento informado y firmado, los pacientes pueden retirarse en cualquier momento por decisión propia. El estudio no considera manipulación o experimentación con pacientes.
- **Observación:** la utilidad del estudio podría transformarse en un aporte para la gestión del cuidado, ya que la comunicación es un indicador de calidad de los cuidados de enfermería.
- **Período:**  
Recolección de datos entre los meses de Octubre a Diciembre de 2011.
- **Nombre de las estudiantes:**
  - Cruz, Maria Jesús
  - García, Elizabeth
  - Pérez, Paulina
  - Sandoval, Paula
  - Serey, Karla
  - Valdés, Camila
- **Docente guía:**  
Prof. Cecilia Landman Navarro
- **Contactos:** Teléfonos: Paula Sandoval (032) 2491708 – 92569648 e-mail: nuestratesis.11@gmail.com

Agradeciendo de antemano su disposición para que las estudiantes puedan finalizar su cometido académico, le saluda atentamente.

**Liliana Pastén Ibáñez**  
**Directora**  
**Escuela Enfermería**

Valparaíso, 22 de septiembre 2011

**Señor**  
**José Miguel Verscheure S.**  
**Director**  
**Hospital Dr. Eduardo Pereira**  
**Presente**

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración, con la finalidad de autorizar a las estudiantes del IV nivel de la Carrera de Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades programadas para la realización del **Seminario Tesis “Satisfacción usuaria respecto de la competencia de comunicación en el profesional de enfermería”**

Es importante señalar que durante el mes de mayo del presente, fue enviada una carta solicitando su colaboración para el mismo fin, pero con motivo de las movilizaciones estudiantiles, no se pudo realizar el estudio planificado, que consideraba, en su primera etapa, la recolección de datos en el hospital que Ud. dirige; por lo tanto solicito reprogramar un nuevo período para dicho fin.

- **Nombre del Seminario Tesis:**  
**“Satisfacción usuaria respecto de la competencia de comunicación en el profesional de enfermería”**
- **Tipo de estudio:** cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo.
- **Objetivo:**  
Identificar el grado de satisfacción usuaria, respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería.
- **Unidad a utilizar:**  
Servicio de Mediana Complejidad
- **Actividades a efectuar:**  
Realización de cuestionario a pacientes que cumplen con los requisitos establecidos.

- **Universo:** pacientes en servicios de mediana complejidad.
- **Muestra:** pacientes que acepten responder a cuestionario y que cumplan criterios de inclusión
- **Criterios de exclusión:** pacientes analfabetos, Glasgow < a 15 y menores de 18 años, que el paciente no acepte a responder al cuestionario.
- **Criterios de inclusión:** estadía  $\geq 5$  días, mayores de edad, Glasgow 15
- **Consideraciones éticas:** consentimiento informado y firmado, los pacientes pueden retirarse en cualquier momento por decisión propia. El estudio no considera manipulación o experimentación con pacientes.
- **Observación:** la utilidad del estudio podría transformarse en un aporte para la gestión del cuidado, ya que la comunicación es un indicador de calidad de los cuidados de enfermería.
- **Período:**  
Recolección de datos entre los meses de Octubre a Diciembre de 2011.
- **Nombre de las estudiantes:**
  - Cruz, Maria Jesús
  - García, Elizabeth
  - Pérez, Paulina
  - Sandoval, Paula
  - Serey, Karla
  - Valdés, Camila
- **Docente guía:**  
Prof. Cecilia Landman Navarro.
- **Contactos:** Teléfonos: Paula Sandoval (032) 2491708 – 92569648 e-mail: nuestratesis.11@gmail.com

Agradeciendo de antemano su disposición para que las estudiantes puedan finalizar su cometido académico, le saluda atentamente.

**Liliana Pastén Ibáñez**  
**Directora**  
**Escuela Enfermería**

# ***ANEXO 2***

## ***Consentimiento Informado***

## **Consentimiento informado**

El grupo de estudiantes de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, conformado por: María Jesús Cruz, Elizabeth García, Paulina Pérez, Paula Sandoval, Karla Serey y Camila Valdés a cargo de la docente Cecilia Landman le invita cordialmente a participar en el estudio de la satisfacción usuaria respecto al profesional de enfermería, abarcando los hospitales Carlos Van Buren, Dr. Eduardo Pereira y de Quilpué.

Objetivo: El objetivo de esta investigación es conocer la percepción de los pacientes sobre la forma de comunicarse de la enfermera.

Procedimiento: Ud. participara respondiendo una entrevista de 17 preguntas, las cuales esperamos que demore en responder 17 minutos aproximadamente.

Beneficios: El participar en este estudio no tiene beneficios económicos para usted, pero si contribuirá al desarrollo de la atención brindada por la enfermera hacia los usuarios que acudan a los centros de salud. No tendrá efecto sobre su atención actual.

La siguiente encuesta que será aplicada es de carácter anónimo y sólo tendrá acceso a la información obtenida el grupo de investigadores. Los resultados del estudio **NO** expondrán su nombre al momento de ser publicado.

Además tiene derecho a retirarse de esta investigación cuando lo desee, sin ningún perjuicio para usted.

Para cualquier información que requiera acerca de este estudio puede comunicarse con la docente encargada de esta investigación Cecilia Landman al número de teléfono 2507429 en horario de oficina de lunes a viernes o comunicarse con las integrantes del grupo vía mail: [nuestratesis.11@gmail.com](mailto:nuestratesis.11@gmail.com)

Yo (iniciales del nombre)\_\_\_\_\_ declaro que acepto participar en el estudio y que el investigador\_\_\_\_\_ me informó y explicó sobre la investigación aclarando mis dudas, permitiéndome realizar preguntas de cualquier tipo libremente. Además entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo la libertad de retirarme de este estudio libremente y sin perjuicios para mi persona.

Firma\_\_\_\_\_

**El grupo de tesis agradece sinceramente su colaboración.**

# ***ANEXO 3***

## ***Instrumento de Investigación***

## Instructivo.

A continuación se presenta una serie de preguntas que tienen relación con el grado de satisfacción que Ud. percibe respecto a la comunicación recibida por parte de la (del) enfermera (o)

Conteste a cada una de las preguntas de manera libre, de acuerdo a lo que Ud. realmente piensa. Considere que este cuestionario será anónimo y la información que se recolectará será de carácter confidencial y posteriormente utilizada por el grupo de estudiantes de enfermería, de la Universidad de Valparaíso, para identificar áreas importantes de la comunicación enfermera-paciente. Las respuestas serán de gran utilidad para el desarrollo del profesional de enfermería en el cuidado de las personas.

Este cuestionario consta de 17 preguntas y cada una de ellas presenta 4 opciones de respuesta, deberá leer la pregunta y luego contestar según lo que ha vivido durante su experiencia hospitalaria actual.

Marque con una **X** (cruz) **SOLO LA ALTERNATIVA** que le parezca más cercana a la realidad, es importante que conteste todas las preguntas.

Ejemplo:

1.- ¿Le gusta ir a la playa?

a) Siempre	b) Casi siempre <b>X</b>	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	--------------------------	------------------	----------

**Al responder este cuestionario no se verá afectada su atención actual.**

## Datos Generales

Edad	Escolaridad (nº de años):	
Sexo	Femenino	Masculino
Servicio	Medicina	Cirugía
Tiempo de hospitalización		

## Cuestionario

**Las Enfermeras (os): (Responda las preguntas de la 1 a la 13)**

**1.- ¿Se presentan a Ud. antes de realizarle algún procedimiento?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**2.- ¿Responden a sus preguntas cuando tiene dudas?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**3.- ¿Le da indicaciones sobre su propio cuidado?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**4.- ¿Le entrega información necesaria para que tome decisiones en relación a su salud?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**5.- ¿Lo escuchan atentamente cuando usted le habla?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**6.- ¿Se muestran comprometidas (os) con sus cuidados?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**7.- ¿Lo acompañan durante los procedimientos que se le realizan?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**8.- ¿Lo miran a los ojos mientras le habla?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**9.- ¿Comprenden lo que le pasa o se pone en su lugar?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**10.- ¿Respetan sus decisiones y opiniones?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**11.- ¿Tienen la disposición necesaria al momento de atender sus necesidades?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**12.- ¿Son capaces de calmarlo mediante el contacto físico (darle la mano, tocar el hombro)?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**13.- ¿Son capaces de transmitirle tranquilidad y confianza mediante su expresión facial (gestos) y tono de voz?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**14.- ¿Cuándo usted solicitó la atención de las Enfermeras (os), acudieron a su llamado?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**15.- ¿Son claras las indicaciones o instrucciones que le han entregado las Enfermeras (os)?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**16.- ¿Le inspira confianza la atención que le brindan las Enfermeras (os)?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

**17.- ¿Considera que las preguntas que le realizan las Enfermeras (os) son claras y precisas?**

a) Siempre	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Nunca
------------	-----------------	------------------	----------

# ***ANEXO 4***

## ***Tablas de Frecuencia***

### Nivel de satisfacción general en relación a hospital y servicio.

NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL	Hospital																	
	Hosp. Edo. Pereira						Hosp. C. Van Buren						Hosp. Quilpué					
	Servicio						Servicio						Servicio					
	Medicina		Cirugía		TOTAL		Medicina		Cirugía		TOTAL		Medicina		Cirugía		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy insatisfecho	1	2,6	0	,0	1	1,5	0	,0	0	,0	0	,0	2	7,7	0	,0	2	3,5
Insatisfecho	1	2,6	4	13,8	5	7,4	0	,0	2	25,0	2	7,7	5	19,2	3	9,7	8	14,0
Satisfecho	4	10,3	11	37,9	15	22,1	4	22,2	1	12,5	5	19,2	6	23,1	6	19,4	12	21,1
Muy satisfecho	33	84,6	14	48,3	47	69,1	14	77,8	5	62,5	19	73,1	13	50,0	22	71,0	35	61,4
TOTAL	39	100,0	29	100,0	68	100,0	18	100,0	8	100,0	26	100,0	26	100,0	31	100,0	57	100,0

### Nivel de satisfacción general en relación a hospital y estadía.

NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL	Hospital																							
	Hosp. Edo. Pereira						Hosp. C. Van Buren						Hosp. Quilpué											
	Estadía (días)						Estadía (días)						Estadía (días)											
	5 a 14		15 a 30		31 o más		TOTAL		5 a 14		15 a 30		31 o más		TOTAL		5 a 14		15 a 30		31 o más		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy insatisfecho	0	,0	1	6,7	0	,0	1	1,5	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	2	4,9	0	,0	0	,0	2	3,5
Insatisfecho	3	6,3	2	13,3	0	,0	5	7,4	2	8,7	0	,0	0	,0	2	7,7	7	17,1	1	8,3	0	,0	8	14,0
Satisfecho	12	25,0	3	20,0	0	,0	15	22,1	5	21,7	0	,0	0	,0	5	19,2	8	19,5	4	33,3	0	,0	12	21,1
Muy satisfecho	33	68,8	9	60,0	5	100,0	47	69,1	16	69,6	2	100,0	1	100,0	19	73,1	24	58,5	7	58,3	4	100,0	35	61,4
TOTAL	48	100,0	15	100,0	5	100,0	68	100,0	23	100,0	2	100,0	1	100,0	26	100,0	41	100,0	12	100,0	4	100,0	57	100,0

### Nivel de satisfacción general en relación a hospital y actitud profesional-

ACTITUD PROFESIONAL NIVEL DE SATISFACCIÓN	HOSPITAL							
	Hosp. Edo. Pereira		Hosp. C. Van Buren		Hosp. Quilpué		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy insatisfecho	2	2,9	0	,0	4	7,0	6	4,0
Insatisfecho	4	5,9	1	3,8	7	12,3	12	7,9
Satisfecho	13	19,1	6	23,1	13	22,8	32	21,2
Muy satisfecho	49	72,1	19	73,1	33	57,9	101	66,9
TOTAL	68	100,0	26	100,0	57	100,0	151	100,0

### Nivel de satisfacción general en relación a hospital y apoyo emocional.

APOYO EMOCIONAL NIVEL DE SATISFACCIÓN	HOSPITAL							
	Hosp. Edo. Pereira		Hosp. C. Van Buren		Hosp. Quilpué		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy insatisfecho	1	1,5	0	,0	1	1,8	2	1,3
Insatisfecho	1	1,5	0	,0	5	8,8	6	4,0
Satisfecho	16	23,5	4	15,4	14	24,6	34	22,5
Muy satisfecho	50	73,5	22	84,6	37	64,9	109	72,2
TOTAL	68	100,0	26	100,0	57	100,0	151	100,0

**Nivel de satisfacción general en relación a hospital y comunicación no verbal.**

COMUNICACIÓN NO VERBAL NIVEL DE SATISFACCIÓN		HOSPITAL							
		Hosp. Edo. Pereira		Hosp. C. Van Buren		Hosp. Quilpué		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Muy insatisfecho	5	7,4	2	7,7	10	17,5	17	11,3
	Insatisfecho	19	27,9	3	11,5	14	24,6	36	23,8
	Satisfecho	12	17,6	3	11,5	11	19,3	26	17,2
	Muy satisfecho	32	47,1	18	69,2	22	38,6	72	47,7
	TOTAL	68	100,0	26	100,0	57	100,0	151	100,0

**Nivel de satisfacción general en relación a hospital y proactividad.**

PROACTIVIDAD NIVEL DE SATISFACCIÓN		HOSPITAL							
		Hosp. Edo. Pereira		Hosp. C. Van Buren		Hosp. Quilpué		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Muy insatisfecho	1	1,5	1	3,8	1	1,8	3	2,0
	Insatisfecho	2	2,9	1	3,8	12	21,1	15	9,9
	Satisfecho	19	27,9	6	23,1	7	12,3	32	21,2
	Muy satisfecho	46	67,6	18	69,2	37	64,9	101	66,9
	TOTAL	68	100,0	26	100,0	57	100,0	151	100,0

**Nivel de satisfacción general en relación a hospital y comunicación verbal.**

COMUNICACIÓN VERBAL NIVEL DE SATISFACCIÓN		HOSPITAL							
		Hosp. Edo. Pereira		Hosp. C. Van Buren		Hosp. Quilpué		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Muy insatisfecho	3	4,4	0	,0	4	7,0	7	4,6
	Insatisfecho	7	10,3	3	11,5	8	14,0	18	11,9
	Satisfecho	14	20,6	4	15,4	11	19,3	29	19,2
	Muy satisfecho	44	64,7	19	73,1	34	59,6	97	64,2
	TOTAL	68	100,0	26	100,0	57	100,0	151	100,0

**Nivel de satisfacción general en relación al sexo.**

NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL		Sexo					
		Masculino		Femenino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Muy insatisfecho	0	,0	3	4,1	3	2,0
	Insatisfecho	6	7,7	9	12,3	15	9,9
	Satisfecho	17	21,8	15	20,5	32	21,2
	Muy satisfecho	55	70,5	46	63,0	101	66,9
	TOTAL	78	100,0	73	100,0	151	100,0

**Nivel de satisfacción general en relación a edad según grupo etario.**

NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL		Edad									
		Joven (21 a 29)		Adulto Joven (30 a 44)		Adulto (45 a 64)		Adulto mayor (65 o más)		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Muyinsatisfecho	0	,0	0	,0	1	1,6	2	3,1	3	2,0
	Insatisfecho	0	,0	2	14,3	8	12,5	5	7,7	15	9,9
	Satisfecho	3	37,5	4	28,6	16	25,0	9	13,8	32	21,2
	Muysatisfecho	5	62,5	8	57,1	39	60,9	49	75,4	101	66,9
	TOTAL	8	100,0	14	100,0	64	100,0	65	100,0	151	100,0

**Nivel de satisfacción general en relación a escolaridad.**

NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL		Escolaridad													
		Básica Incompleta		Básica Completa		Media Incompleta		Media Completa		Superior Incompleta		Superior Completa		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Muyinsatisfecho	1	2,7	0	,0	1	3,3	1	2,2	0	,0	0	,0	3	2,0
	Insatisfecho	3	8,1	0	,0	2	6,7	8	17,4	1	20,0	1	11,1	15	9,9
	Satisfecho	7	18,9	4	16,7	7	23,3	9	19,6	1	20,0	4	44,4	32	21,2
	Muysatisfecho	26	70,3	20	83,3	20	66,7	28	60,9	3	60,0	4	44,4	101	66,9
	TOTAL	37	100,0	24	100,0	30	100,0	46	100,0	5	100,0	9	100,0	151	100,0