CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS SEGÚN SU EXPERIENCIA PRÁCTICA EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE PANAMÁ.

YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, COLOMBIA
2007

CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS SEGÚN SU EXPERIENCIA PRÁCTICA EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE PANAMÁ.

YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA
CÓDIGO 05-539116

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN ENFERMERÍA

DIRIGIDO POR
MARÍA MERCEDES DURÁN DE VILLALOBOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, 2007

Nota de aceptación

_____
_____
_____
_____
_____

_____
Firma del presidente del jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

DEDICATORIA

A mis Padres

Mi esposo José Emilio Moreno
y
mis hijos Yarien y Yaliska

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todos mis familiares, amigos, colegas de trabajo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, compañeras de clases y profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por su colaboración.

De modo muy especial, deseo hacer extensivo este agradecimiento a la profesora María Mercedes Durán de Villalobos, por su largo tiempo de dedicación incondicional a la asesoría de este trabajo.

Así mismo, a los profesores Agustín Tristán, Carmen de Acosta y Clara Virginia Caro por sus aportes durante el desarrollo de este trabajo. A la profesora Pilar Amaya Rey, por transmitirme ese entusiasmo por vivir plenamente el conocimiento de la enfermería y por su apoyo administrativo, sobre todo, en aquellos momentos donde mi permanencia en el doctorado fue temporalmente instable.

A mi esposo José Emilio Moreno, en quien he tenido un gran apoyo, deseo expresar mi reconocimiento, por su paciencia, tiempo, esfuerzo y su gran colaboración; al igual que a mi madre y hermanas por dedicarle a mi familia el apoyo durante el tiempo que no puede estar con ellos.

Expreso mi agradecimiento a todas aquellas personas que colaboraron de una u otra forma, para la culminación exitosa de la misma, así como a los estudiantes Keylan, Alberto, Egnis y Claudia por su apoyo en la recolección de los datos..

Hago extensivo el mismo, a las enfermeras y pacientes de las salas de cirugía y medicina de los hospitales metropolitanos, donde se realizó la investigación, quienes incondicionalmente cooperaron, para que esta investigación fuera una realidad..

RESUMEN

El estudio de cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras, según su experiencia práctica en dos hospitales de tercer nivel de atención, fue realizado en la República de Panamá, su *objetivo fue* determinar si existe asociación entre el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras con su experiencia práctica.

Metodología: este estudio, fue de tipo descriptivo correlacional transversal, donde se utilizó una muestra de 220 enfermeras, observadas por 60 minutos y 440 pacientes adultos. Ambos, ubicados en servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. Cada enfermera fue evaluada por dos pacientes, en los turnos matutino y vespertino.
Se utilizaron dos instrumentos: uno fue el de "Indicadores de experticidad", diseñado para clasificar la experticidad; el mismo fue aplicado a las enfermeras y demostró un índice de validez de contenido de 0,90 y una confiabilidad de 90,9% de concordancia (Coeficiente de Kappa); y el instrumento de "Cuidado de comportamiento profesional", elaborado por la Dra. Sharon Horner, que fue aplicado a los pacientes, para conocer su percepción de cuidado y presentó una validez aparente, con un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,80, en el idioma español.

Resultados: se obtuvo una media en el instrumento de indicadores de experticidad de 75,28/88, tomada como punto de corte para clasificar la experticidad. Las enfermeras con puntuaciones por debajo fueron las no expertas. Estas representaron el 46% (media de 67,5) y las que obtuvieron puntuaciones por arriba de la media fueron las expertas, representadas por el 56% (media de 81,96). El análisis de varianza (sig. 0,000), demostró diferencia significativa entre ambos grupos.

El instrumento de cuidado de comportamiento profesional, presentó una media para el grupo de las enfermeras no expertas de 91,21 puntos y para las expertas de 99,69. La U de Mann - Whitney (0,000), demostró que hubo diferencias significativas entre ambos grupos. El análisis de varianza de un factor (ANOVA), aplicado a los puntos obtenidos por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función de: años de trabajar como enfermeras (0,93), años de trabajar en el servicio (sig. 0,28), grado académico (sig. 0,95), turno laborado (sig. 0,19) hospitales (sig. 0,09), género (0,35), si laboró en el turno anterior o no (sig. 0,36), y servicio (sig. 0,28), demostró que no hubo diferencias significativa, en el cuidado que ofrecen las enfermeras con relación a estas variables.

No se evidenció asociación, a través de la Ji Cuadrada (sig. 0,669), sobre la experticidad de la enfermera y años de laborar en el mismo servicio. La correlación de Pearson (r = 0,662), estableció una buena correlación entre la evaluación que obtuvieron las enfermeras con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, comparado con las del instrumento de "indicadores de experticidad. La prueba de regresión lineal (r = 0.662), mostró un comportamiento lineal entre los puntos obtenidos en ambos instrumentos.

*Conclusiones: e*l paciente percibe diferencias entre el cuidado que reciben de las enfermeras expertas, con relación a las no expertas, lo que evidencia que las enfermeras expertas ofrecen un cuidado de relación interpersonal de manera competente. Se puede evaluar la experticidad de la enfermera con ambos instrumentos; dado que existe una buena asociación entre ellos; por lo tanto, una buena asociación entre el cuidado de relación interpersonal y la experticidad de la enfermera.

Palabras Claves: cuidado, relación interpersonal y experticidad de la enfermera.

ABSTRACT

The investigation interpersonal relationship care that nurses provide and their practical experience, in two hospitals of third level attention, was carried out in the Republic of Panama, their objective was determine if there is an association among the interpersonal relationship care that nurses provide and nursing practical experience.

Methodology: This investigation is descriptive, correlational, traverse. The sample was of 220 (two-hundred twenty two) nurses. Moreover, they were observed during 60 (sixty) minutes by 440 (four-hundred forty) patients. Both were located in services of surgery and medicine of two third level attention hospitals. Each nurse was evaluated by two patients during the morning and afternoon shifts. Two instruments were used. The expertness indicator and the professional behavior care. The expertness indicator was designed to classify the expertness and it was applied to the nurses. and it demonstrated an ratio of validity of content (RVC) of 0,90 and a reliability of 90,9% of agreement (Coefficient of Kappa). The professional behavior care was created by Dr. Sharon Horner and it was applied to patients in order to know the nurses perception care, it presented an apparent validity, and a coefficient of reliability of alpha of Cronbach 0,80, in the spanish language.

Results: An average of 75,28/88 was obtained by the instrument of the expertness indicators. It was also taken as a cut point in order to classify the expertise. The nurses with scores by underneath were those nonexpert nurses who represented the 46%(the average of 67,5) and those who obtained score by above of the average were those expert nurses and they represented the 56% (the average of 81,96) The variance analysis (sig. 0,000) demonstrated significant difference among the groups. The professional behavior care instrument displayed an average of 91,21 points from the group of the nonexpert nurses. The U of Mann-Whitney (0,000) demonstrated that there was a significant difference among both groups. In addition to this, there was not association between the care that provides those working nurses for several years, the time of serving working, the academic degree, the shifts, the hospital working area, the category, and if the nurses worked or they did not work in the previous shift.
There was not any association evidence through the Square Ji (sig. 0,669) on the expertness nursing and years of working in the same service. The correlation of Pearson (r= 0,662) established a good correlation between the evaluation which nurses obtained with the professional behavior care in comparison with the expertness indicator instruments. The test of linear regression (r = 0,662) showed a linear behavior between the points obtained in both instruments.

Conclusion: The patient perceives caring differences between the expert nurses and the nonexpert nurses. It shows that expert nurses deal with a more carefully interpersonal relationship care and they give a very qualified treatment. However, there is a considerable number of nonexpert nurses who generate a deficient nursing related with some caring aspects. It implies a poor interpersonal relationship among the nurse and the patient. So, it is related with the academic formation that the nurses have received. It is a biomedical view which does not include courses or subjects focused on nursing care. In other words, the perceived care was learned empirically or developed like a part their personalities.
The nurse's expertness can be evaluated with both instruments; since that there is a strong association among them. Therefore, there is a strong association among the care of interpersonal relation and the expertness of the nurse.

Key words: care, interpersonal relationship and expertness of the nurse.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	6
CONTENIDO	8
LISTA DE TABLA	13
LISTA DE GRÁFICA	16
LISTA DE ANEXO	18
INTRODUCCIÓN	20
1. MARCO DE REFERENCIA	23
1.1TEMA: CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA Y SU EXPERIENCIA PRÁCTICA	23
1.2 ÁREA TEMÁTICA Y SURGIMIENTO PROBLEMÁTICO	23
1.3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA	28
1.4 JUSTIFICACIÓN	30

1.5 PROBLEMA 33

1.6 OBJETIVOS 33

1.6.1 General 33

1.6. 2 Específicos 33

1.7 PROPÓSITO 33

1. 8 VARIABLES DE RELACIÓN 34

1.9 SUPUESTOS 34

1.10 HIPÓTESIS 34

1.11 DEFINICIÓN CONCEPTUAL 35

1.12 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LOS CONCEPTOS 35

2. MARCO CONCEPTUAL 37

2. 1 EL CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL 37

2.2 EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA ENFERMERA 41

2.3 CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL Y EXPERIENCIA PRÁCTICA 53

3. MARCO TEÓRICO 58

3.1. CORRIENTES PSICOLÓGICAS QUE HAN APORTADO A LA RELACIÓN INTERPERSONAL 58

3.2 CORRIENTES SOCIOLÓGICAS QUE HAN APORTADO A LA RELACIÓN INTERPERSONAL 61

3.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA: ESCUELA DE INTERACCIÓN 63

3.4 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO 71

4. MARCO DEL DISEÑO 82

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO: 82

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA: 82

4.2.1 POBLACIÓN 82

- Población de Enfermeras 82
- Población Pacientes 83

4.2.2 MUESTRA 83

- Tamaño de muestra de las enfermera 85
- Tamaño de muestra de los pacientes 88

4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO 92

4.4 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE 95

INFORMACIÓN

4.4.1 Observación 95

4.4.2 Otras Técnicas: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional “forma A”, elaborado por la Doctora Sharon Horner: 96

4.5 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTO 96

4.5.1 Instrumento No 1: Cuidado de comportamiento profesional 96

- Validez del instrumento 97
- Confiabilidad 99

4.5.2 Instrumento No 2: Instrumento de observación “Indicadores de Experticidad de la enfermera” 99

- Validez del instrumento de observación 101
- Prueba de confiabilidad del instrumento de observación 103

4.6 PROCEDIMIENTO 106

4.6.1 Fase 1: Adaptación del instrumento No 1, “ cuidado de comportamiento profesional” 106

- Proceso de traducción 106
- Proceso de validación aparente 107

- Prueba preliminar de ajuste 107
- Pruebas de Confiabilidad 108

4.6.2 Fase 2: Entrenamiento de los observadores 109

4.6.3 Fase 3: Aplicación de la prueba piloto 109

4.6.4 Fase 4. Recolección de datos 115

5. MARCO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS 117

6 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS 125

6.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS 125

6.2 DISCUSIÓN 166

7. CONCLUSIONES 170

8. RECOMENDACIONES 176

9. BIBBLIOGRAFÏA 178

10. ANEXOS 188

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1 Características demográficas de la muestra de enfermeras en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 126

Tabla 2 Características demográficas de la muestra de pacientes en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 128

Tabla 3 Estadísticos descriptivos de los puntos obtenidos de las enfermeras, al ser evaluadas por los pacientes, con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006 130

Tabla 4 Puntuación porcentual según los factores obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, aplicado a los pacientes en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 132

Tabla 5 Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 134

Tabla 6 Puntuación de los factores de experticidad obtenidos por las enfermeras, al ser evaluadas con el instrumento de observación "indicadores de experticidad, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 136

Tabla 7 Distribución de la experticidad de la enfermera de acuerdo a la puntuación obtenida en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 138

Tabla 8 Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", según la enfermera no experta y la enfermera experta, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio 140

- octubre 2006

Tabla 9 Diferencia de medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación entre las enfermeras no expertas con las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 142

Tabla 10 Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en las enfermeras no expertas y las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 143

Tabla 11 Diferencia de medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional entre las enfermeras no expertas con las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 145

Tabla 12 Análisis de varianza de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y años de laborar como enfermera, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 147

Tabla 13 Análisis de varianza de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y el grado académico de las enfermeras, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 149

Tabla 14 Análisis de varianza de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y los años de la enfermera de trabajar, en el servicio en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 151

Tabla 15 Prueba U de Mann - Whitney para determinar si existe o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y el turno laborado por la enfermera, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006 149

151

Tabla 16 Prueba U de Mann- Whitney para determinar si existe o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función de los dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006

Tabla 17 Análisis de varianza de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, y los servicios dentro de las salas de cirugía y medicina donde laboró la enfermera, en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006 155

Tabla 18 Prueba U de Mann - Whitney para determinar las diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, y si la enfermera laboró en el turno anterior en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006 156

Tabla 19 Prueba U de Mann - Whitney para determinar si existe o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función del género de la enfermera en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 157

Tabla 20 Tabla de contingencia de la experticidad de la enfermera y el tiempo de trabajar en el servicio en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006 158

Tabla 21 Coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación “indicadores de experticidad”, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre de 2006. 160

Tabla 22. Tabla de contingencia de la media* de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y la experticidad de la enfermera en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre de 2006. 162

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Gráfica 1. Estadísticos descriptivos de los puntos obtenidos por las enfermeras, al ser evaluadas por los pacientes, con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. 130

Gráfica 2. Puntuación porcentual según los factores obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, aplicado a los pacientes en servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención 132

Gráfica 3. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación “indicadores de experticidad, aplicado en los servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. 134

Gráfica 4. Puntuación porcentual de los factores del instrumento de observación "indicadores de experticidad", al ser evaluadas por los observadores, en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención 136

Gráfica 5. Distribución de la experticidad de la enfermera de acuerdo a la puntuación obtenida en el instrumento de observación "indicadores de experticidad, en los servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención 138

Gráfica 6. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación “indicadores de experticidad”, según la enfermera no experta y la enfermera experta, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención 140

Gráfica 7. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional de entre las enfermeras no expertas y las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. 143

Gráfica 8. Coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación “indicadores de experticidad”. 160

Gráfica 9. Regresión lineal entre las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación “indicadores de experticidad”, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. 164

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A Tamaños muestrales para diferencias de media. 181

Anexo B Consentimiento informado (paciente y enfermera). 182

Anexo C Cartas para someter el proyecto a los distintos comités de ética de los hospitales, donde se desarrolló la investigación. 184

Anexo D Instrumento de cuidado de comportamiento profesional dividido por factores. 187

Anexo E Primera versión del instrumento de observación,"indicadores de experticidad". 188

Anexo F Resultado de la validez de contenido realizado al instrumento de observación:"indicadores de experticidad". 189

Anexo G Segunda versión del instrumento de observación: "indicadores de experticidad", según la validez de contenido. 191

Anexo H Resultados de confiabilidad de la primera versión del instrumento de observación: "indicadores de experticidad. 192

Anexo I Versión adaptada del instrumento de observación: "indicadores de experticidad", de acuerdo con los resultados de la primera prueba de confiabilidad. 193

Anexo J Autorización para la traducción al español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional. 196

Anexo K Primera traducción en español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional enviada a la autora. 197

Anexo L Versión en español de la segunda traducción del instrumento con los ajustes de la validez aparente y la prueba preliminar de los pacientes. 199

Anexo M Versión final de la traducción en español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional de la Doctora Sharon Horner "forma A". 201

Anexo N Validez y confiabilidad en español del instrumento cuidado de comportamiento profesional “forma A” de la Doctora Sharon Horner. 202

Anexo Ñ Versión final del instrumento de cuidado de comportamiento profesional. 216

Anexo O Instrumento de observación: “indicadores de experticidad” y otros comportamientos que se pueden observar por ítemes. 218

Anexo P Marco de análisis y resultados obtenidos en la prueba piloto. 219

Anexo Q Carta de solicitud de autorización para iniciar el estudio en las instituciones hospitalarias. 228

Anexo R Verificación de la muestra. 232

INTRODUCCIÓN

El hombre es un ser social, que siempre está en relación con otras personas, por lo que, no es posible que se aísle totalmente de la sociedad, ya que siempre existirá la relación interpersonal, por más pequeña que sea. De aquí, la importancia de la participación de la enfermera para establecer relaciones afectivas con el paciente con el propósito de favorecer la adaptación a su situación.

La enfermera, a través de la estructura ontológica del cuidado, logra comprender al ser humano; incluso percibe al paciente como sujeto de relación, activo, en la que sus sentimientos, emociones e ideas, tienen un valor incalculable, permitiendo establecer una atención más humanizada.

La enfermera debe proyectar el cuidado como una forma de interacción y comunión, poseer dentro de las intervenciones cotidianas una actitud positiva, tratar al paciente de manera digna, mantener expresiones físicas, preocuparse por él como persona y poseer sentido de responsabilidad, porque estas actividades lo único que requiere es disponibilidad de la profesional de enfermería. Esto es lo que marca la diferencia.

Todos estos planteamientos, dan las pautas para investigar el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su experiencia práctica, dentro de un contexto asistencial, en donde se evidencia la importancia de la relación interpersonal, durante el cuidado del paciente. El objetivo, en realidad, es determinar la asociación del cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su relación con la experiencia práctica, en dos hospitales de tercer nivel de atención.

De esta manera, el informe se estructuró en seis capítulos. El capítulo uno, describe la problemática en la que sustenta el estudio, es decir, en la necesidad que todo paciente hospitalizado tiene, sobre todo de ser escuchado, a través de unas relaciones interpersonales efectivas, que favorezcan su adaptación a la hospitalización y a su enfermedad. Sin embargo, los aspectos tecnológicos, las actividades administrativas, el escaso recurso humano de enfermería, fragmentan el cuidado, reflejándose en la insatisfacción del paciente en cuanto al trato y su relación interpersonal con el personal de enfermería. También, en este capítulo se plantean los objetivos, las variables, la justificación, las definiciones conceptuales y operacionales utilizadas para la realización del trabajo y resolver parte de esta problemática.

El capítulo dos, es el marco conceptual, donde la práctica de enfermería es traducida a experiencia y relación interpersonal. Donde la práctica de enfermería, es concebida como un campo de experiencia progresiva, basada en conocimientos, experiencia y habilidades que luego son expresadas en actividades de relación interpersonal de reciprocidad y humanismo entre la enfermera y el paciente. Dentro de este capítulo, se describen investigaciones realizadas desde los diferentes paradigmas, y se describe como la asociación de estos dos conceptos (experiencia práctica y cuidado de relación interpersonal), pueden mejorar la práctica de cuidado de enfermería.

El capítulo tres, corresponde a los fundamentos teóricos del estudio. Las bases filosóficas de la psicología humanística, el existencialismo, y la fenomenología han permitido dentro de sus postulados ver a la persona, como centro y como ser holístico. Desde la psicología social , la interacción es dada desde la perspectiva de la comunicación y sustentada por grandes corrientes filosóficas: conductismo, interaccionismo simbólico,, teoría de campo y el enfoque psicoanalítico. Las teorías y modelos de enfermería que integran esta corriente de pensamiento son: Peplau, King, Orlando, Travelbee, Riehl – Sisca, Levine ente otras, y que se describen en este capítulo, basan la atención de enfermería en las necesidades de relaciones humanas, cuyo centro de interés son los procesos de interacción entre los conceptos metaparadigmáticos enfermera - paciente. Este capítulo, además aborda en forma general, la teoría de cuidado humanizado de Watson, y lo propuesto por Patricia Benner, sobre el dominio de la práctica de enfermería, mediante la clasificación de las enfermeras de principiante a experta; ambas teorías contribuyen a reforzar la tesis de una relación interpersonal humanizada acorde a su madurez clínica.

El capítulo cuatro, expone el marco del diseño, que comprende la descripción con la que se realizará el estudio, el tipo de estudio descriptivo correlacional, permitió describir la percepción de los pacientes, en relación con el cuidado que recibieron de las enfermeras y la experiencia clínica de la enfermera al proporcionar cuidado al paciente. Dentro de este capítulo se contempla la población y muestra; así como los criterios de inclusión de los pacientes y las enfermeras. Además, describen los dos instrumentos utilizados (para medir relación interpersonal y para medir experticidad) y sus pruebas psicométricas. Por otro lado, se describen los aspectos éticos que se tomaron en cuenta durante la investigación, así como el procedimiento utilizado para la recolección de la información, y el tipo de estadística utilizada para la descripción de las variables.

El capítulo quinto, presenta el marco de análisis con relación a los datos obtenidos, describiendo las pruebas estadísticas que se utilizaron para procesar estos datos. Entre ellos se tiene, el punto de corte utilizado para

dividir a las enfermeras expertas de las no expertas. Se describe la categorización para codificar a cada una de las variables, se presenta la prueba de diferencia de medias, con la finalidad de determinar si existe diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional del grupo de las enfermeras expertas con relación al grupo de las enfermeras no expertas, incluso se describen otras variables que pudieran estar asociadas con el cuidado de comportamiento profesional.

El capítulo sexto, describe la presentación, análisis y discusión de los datos obtenidos durante la investigación, el cual comprende el análisis de los datos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, diligenciado por los pacientes, los datos obtenidos por las enfermeras, producto de la aplicación del instrumento de observación llamado “indicadores de experticidad”, y los datos derivados de la asociación entre el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y los obtenidos en el instrumento de “indicadores de experticidad.

Por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones, esperando que sirvan de interés al personal de enfermería que atiende directamente, a los pacientes; sobre todo, a las enfermeras gestoras del cuidado.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 TEMA: CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA Y SU EXPERIENCIA PRÁCTICA

1.2 ÁREA TEMÁTICA Y SURGIMIENTO PROBLEMÁTICO

Los seres humanos son seres eminentemente sociales, que la mayor parte del tiempo se encuentran en contacto con otras personas, obligándolos a interactuar con ellas de diversas formas y con diversos fines, actuando en transacción directa, con sentimientos, actitudes y reacciones emocionales positivas o negativas.

Los individuos sometidos a una hospitalización, no están exentos de interactuar con otras personas, pues también confrontan reacciones emocionales, que demandan una estrecha relación con alguien para confiar sus problemas y preocupaciones. De aquí, la importancia de la participación de una enfermera hábil en la interacción con el paciente, de modo que establezca relaciones eficientes de afecto, de confianza y de seguridad; que favorezca la adaptación del paciente hospitalizado.

Es por ello, que las actividades de las enfermeras orientadas en la relación interpersonal debe ir más allá de una observación y cuidados precisos del paciente, porque implica cuidados relacionados con la relación interpersonal, el cual exige responsabilidad y efectividad, que permitan satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. Esto se logra por medio de la comprensión, dedicación, e intimidad, facilitando al paciente expresar sus sentimientos[1].

[1] BENNER, Patricia. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. España: Hurpe S.A. 1984. Traducido por R.A.A. 1987. p. 77

Lo anterior se evidencia cuando Boff [2], señala que el cuidado surge cuando la existencia de una persona tiene importancia para mí; en la medida en que esto ocurra, se puede dedicar a él como persona, cuando hay disponibilidad de participar en su destino, de sus sufrimientos y de sus éxitos, en definitiva de su vida.

Watson (1999)[3], describe este cuidado como de relación transpersonal, que va más allá de una valoración objetiva; implica un compromiso moral que involucra proteger, reforzar, y conservar la dignidad de la persona, para mantener su armonía interna. Este cuidado de relación transpersonal, puede ser homologada con la relación interpersonal propuesto por otras teóricas de enfermería como Orlando (1972)[4], King (1981)[5], Peplau (1952)[6], y Peterson (2004)[7] .

Los señalamientos anteriores, implican que para que se genere el cuidado el paciente debe tratarse con respeto, preocupación, interés y aceptación. De allí, que la enfermera deberá superar el individualismo, deberá verse a sí misma y luego a los demás, de manera que nazca la empatía, y pueda entrar en el mundo del otro, es decir pueda ponerse en su lugar.

Sin embargo, proporcionar este cuidado integral holístico al paciente exige experiencia y continuidad en la prestación de la atención. Por lo tanto, la

---

[2] BOFF, Leonardo El cuidado esencial: ética de lo humano compasión por la tierra. Brasil: Trotta. Traducción de Juan Valverde. 2002. P. 73

[3] WATSON J. (1999) EN: MARRINER, Ann Modelos y Teorías en Enfermería. España: Mosby 2003. p. 151

[4] ORLANDO, Jean 1972 En: PARKER Marilyn. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia U.S.A.: Davis company,. 2001 p.126

[5] KING, I 1981 En: MARRINER Ann, 2003 Op. Cit. p.342

[6] PEPLAU, Hildegar. Peplau´s Theory of interpersonal relations. Nursing Science Quarterly. U.S.A. Vol. 10, No. 4 (1997); p. 162

[7] PATERSON , Sandra , BREDOW, Timothy. Middle range theories: Application to nursing research, U.S. A.: Copyritght. 2004, p.208

enfermera, por los conocimientos que posee, es reconocida como una profesional experta en el cuidado de la salud. Por ello, se espera que sea una consejera experta, que identifique con competencia el momento oportuno para proporcionar el cuidado interpersonal que requiere cada paciente y contribuya a mantener su bienestar.

Agregando a lo anterior, otro aspecto importante en el cuidado integral holístico es el grado de habilidad de la enfermera para identificar con que frecuencia se encuentra en situaciones en las que es necesaria dicha habilidad; en este sentido, autores como Gjengedal[8] y Hansen[9], coinciden en que las acciones de una enfermera con poca experiencia, están enfocadas en el equipo técnico, en lugar de intentar desarrollar una relación de comunicación con el paciente, y muestran una habilidad limitada para comprender las necesidades de los pacientes.

Por otra parte, el estudio relacionado con la interacción enfermera - paciente, realizado por Fosbinder [10], evidenció cuatro elementos de competencia interpersonal de la enfermera, en donde el paciente siente satisfacción. El primero consistió en "*trasladar",* este momento es de satisfacción por la interacción evidenciada del paciente cuando la enfermera informa, explica e interacciona sobre los aspectos del tratamiento; el segundo, fue "*conocer"* que implica satisfacción en la interacción por parte del paciente, especialmente, cuando la enfermera comparte, tiene buen humor, y es amigable. El tercero, consistió en "*establecer la verdad",* para que el paciente sienta que la enfermera prevé sus necesidades, le da seguimiento, disfruta su trabajo, y lo atiende prontamente y el cuarto, fue *proveer algo adicional donde* hay

[8] GJENGEDAL, E. Understanding A World Of Critical Illness. University Of Bergen: Department Of Public health And primary Health care, Division For Nursing Science. Plough 1994

[9] HANSEN, H. Grænsefladen mellem liv og død (In the interface between life and death). Copenhagen: Nordisk Forlag A/S,. 1995 p. 21-30

[10] FOSBINDER Donna. Perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. En: Journal Advanced Nursing, U.S.A. Vol. 20, (March 1994); p. 1085 - 1093

satisfacción por parte del paciente cuando la enfermera se comporta como un amigo o amiga.

En general este estudio demostró, según la autora, que la interacción entre la enfermera y el paciente influye, significativamente, en la satisfacción del paciente.

En síntesis, cabe señalar que las relaciones interpersonales, son un proceso interactivo, en donde la enfermera como profesional de salud debe asumir su responsabilidad, y proporcionar este cuidado de relación interpersonal con una actitud reflexiva, con una integración de creencias y valores, respeto, y sentimientos, como una prioridad en su práctica.

La experiencia como profesional de la enfermería y como docente universitaria, me ha permitido observar, en las salas de hospitalización, que las enfermeras invierten la mayor parte de su tiempo en la realización de actividades administrativas y tecnológicas, proporcionando un cuidado de enfermería tecnificado, es decir, dejando, en muchas ocasiones el contenido humano que consiste en el de afecto, y la interacción social.

Por otra parte, se tiene también el aumento progresivo de la tecnología en la asistencia del paciente en los diferentes servicios hospitalarios. Esto fragmenta el campo de acción de la enfermera; a pesar de ser considerada un medio beneficioso para el tratamiento de los pacientes; sin embargo, se ha convertido, muchas veces, en un fin; lo cual trae como consecuencia que el paciente sienta una pobre respuesta por parte de la enfermera de manera que satisface muy poco su necesidad de relación interpersonal.

La carencia de esta relación afecta al paciente; ya que, no logra identificar su propio potencial para resolver su problema de salud, pues las actividades de las enfermeras están concentradas en torno a la tecnología; por tanto, el paciente queda con la necesidad de ser escuchado y comprendido.

Con respecto a esto, Gutiérrez, J.[11], realizó un estudio en donde analizó y clasificó las reclamaciones presentadas por los pacientes en tres instituciones hospitalarias, y obtuvo que de 1,941 reclamaciones el 13% era del personal de enfermería, y el motivo más sobresaliente en este personal (40%) fue el trato inadecuado a los usuarios por parte de este colectivo.

[11] GUTIÉRREZ GASCÓN, José, et al. ¿Por qué reclaman los usuarios?. En: Rol de enfermería, España, Vol. XX, No. 230 (octubre 1997); p. 12 - 16

Es por ello, que el deterioro que hoy día se evidencia sobre las relaciones interpersonales[12,13,14,15,16,17], demuestran una preocupación por encontrar los factores que puedan afectar la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente. Por tanto, se hace indispensable, explicarla y medirla desde la perspectiva, de la experiencia práctica de la enfermera, para evidenciar si la experiencia de la enfermera guarda relación con el cuidado de relación interpersonal.

Bajo esta perspectiva, surge un nuevo marco de referencia concerniente a las relaciones interpersonales enfermera - paciente; el cual fortalecerá la práctica de enfermería, a través de un tipo particular de acciones orientadas a la comprensión y a la propia acción de cuidar.

Es en este sentido, donde la experiencia proporciona a las enfermeras lecciones de las situaciones, que le permiten reflexionar y perfeccionarse sobre la forma de tratar al otro, y que integre los elementos psicomotores, cognitivos y afectivos que implica el cuidado, con el fin de favorecer el bienestar del paciente.

Este elemento afectivo, que involucra el cuidado de relación interpersonal, facilita, a la enfermera, identificar, reconocer e interpretar los sentimientos del paciente; mediante la empatía, afecto y comunicación, elementos fundamentales de sus acciones.

En este sentido King (1990, 1986)[18,19], establece que esta relación es como un aprendizaje, el cual es auto adquirido, dinámico, orientado a metas y autorregulado por la retroalimentación. Este aprendizaje, dado por un proceso sensorial, implica múltiples experiencias, en donde los cambios relacionados

---

[12] FORCHUK C., REYNALDS M. Client's reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland. U.S.A. En: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Vol. 8 (2001); p. 45-51

[13] MAY C. Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. En: Journal Advanced Nursing Vol.15 (1990); p. 307-315.

[14] JARRET N. A. Selective review of the literature on nurse-patient communications: has the patient's been neglected? En: Journal Advanced Nursing. U.S.A. Vol. 22, (1995); p. 72- 78

[15] BENGOECHEA, Ibarrondo. Estudio sobre la comunicación enfermera - paciente en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevancias En: Enfermería Clínica. Vol. 11 No. 6 (2001); p.34 – 42

[16] GUTIÉRREZ GASCÓN, Op. Cit. p. 12 – 16

[17] WATSON, Jean. Commentary on Shattell M (2004) Nurse–patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 13, 714–722. En: Journal of Clinical Nursing. Vol. 14, No 4 (april 2005); p. 530 - 531

[18] KING (1990) EN: FONTANALS. Relación de Ayuda en los cuidados enfermeros. En: Rol de Enfermería. No 190, (junio 1994) p. 67 - 70

[19] KING (1986) EN FAWCETT J. Contemporary nursing knowledge. Analysis and Evaluacition of nursing models and theories. 2da edition. Philadelphia, U.S.A: Davis Company 2005. p.97

con la habilidad, lo hábitos y los valores pueden evaluarse a través de manifestaciones conductuales .

Dentro de este contexto, cabe resaltar que cuando dos personas interaccionan, en este caso la enfermera y el paciente, lo hacen con el fin de hacer frente a un problema de salud inmediato; de buscar, conjuntamente, soluciones y encontrar la manera de que el paciente pueda manifestar su adaptación a esa situación de salud.

La revisión literaria realizada en este estudio, ha permitido identificar vacíos existentes, relacionados con el cuidado de relación interpersonal y la experiencia práctica de la enfermera, convirtiendo el tema en un centro de interés para la disciplina de enfermería, debido a que resulta otra forma de evaluar el cuidado interpersonal, por consiguiente, el estudio permitirá comprender que la relación de la experiencia práctica es donde la enfermera construye y transforma su quehacer diario y su estrecha relación con el cuidado de relación interpersonal.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

El estudio se realizó en la República de Panamá, el cual cuenta con un total de 3,172,361, de habitantes, representando los hombre el 50,5 % y las mujeres el 49,5% [20], siendo el área capitalina (Región Metropolitana, San Miguelito y Panamá Oeste) la que concentra la mayor densidad, con el 62,2% de la población.

Desde el punto de vista epidemiológico, las enfermedades crónicas degenerativas afectan a la población panameña en edad productiva, convirtiéndose en las principales causas de morbi - mortalidad; lo que han originado un aumento en la demanda de atención e intervenciones médico - curativas.

En este sentido, existen dos instituciones Nacionales de tercer nivel de atención de alta complejidad ubicados en la Región Metropolitana, las cuales concentran la mayor cantidad de pacientes, recursos humanos, recursos físicos, y medios tecnológicos, en materia de hospitalización y consulta especializada.

[20] DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS 2004. Departamento de análisis de situación y tendencia de salud. Sección de registros médicos y estadística de salud. Panamá: Ministerio de Salud. Mayo 2005

Por la naturaleza del estudio y en miras de generalizar los hallazgos, se seleccionaron estos dos grandes hospitales que, para efectos de este estudio, lo llamamos hospital de tercer nivel de atención No1 y hospital de tercer nivel de atención No 2 y que a continuación se describen.

El llamado "hospital de tercer nivel de atención No 1", presta servicios a la población no asegurada del país, cuya misión es ofrecer a la población panameña una atención hospitalaria con tecnología de punta, calidad y eficiencia. Su capacidad instalada es de 616 camas, de las cuales 506 son censables y 56 son transitorias o no censables (urgencias, maternidad y salón de operaciones), con un ingreso diario de 68,8 pacientes y un porcentaje de ocupación de 71,5 %, con un promedio días estancia de 5,1. Su tasa bruta de mortalidad está en el 3,3%. Cuenta con un recurso humano de enfermería, de 384 enfermeras, de las que 221 prestan sus servicios en el área hospitalaria.

El hospital de tercer nivel de atención No 2, presta asistencia de salud a los pacientes derechohabientes, el cual representan el 63,1% de la población general. Su capacidad instalada es de 1,200 camas, dentro de los cuales 812 corresponden a camas censables, distribuidas así: área quirúrgica con 512 camas y área clínica con 300 camas, y con una ocupación del 79%, con un promedio de estancia de 9 días, y una taza bruta de mortalidad hospitalaria de 5,3 %. En cuanto al recurso humano de enfermeras cuenta con 503, de los que 315 prestan sus servicios en el área hospitalaria. Sus primeras cinco causas de morbi - mortalidad, son tumores malignos, enfermedad cerebro vascular, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias y enfermedades isquémicas del corazón.

Este incremento de la población, con enfermedades crónicas, antes mencionado y el número de intervenciones quirúrgicas complejas que antes no se consideraban, pero que con el desarrollo de la tecnología, en el campo de la terapéutica, el diagnóstico y las medidas de apoyo, han hecho posible la realización de complicadas intervenciones quirúrgicas, en pacientes que tan sólo unos años atrás no eran considerados candidatos para la cirugía; lo que trajo como resultado un incremento en los servicios hospitalarios panameños; tanto en el número de pacientes, como en el tiempo de estadía. Esto, fue lo que hizo que los cuidados de enfermería fueran complejos y con una orientación cada vez más, tecnificada.

Para hacer frente a estos problemas de salud de la población, el profesional de enfermería fundamentó sus acciones para satisfacer las necesidades de cuidados específicos, a través de la promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación de la enfermedad en el ámbito hospitalario.

Sin embargo, un aspecto evidente en los servicios hospitalarios es el sistema de atención de enfermería basado en el método de casos; el cual consiste en asignar un número determinado de pacientes a cada enfermera, a los que deberá brindar cuidado integral; de acuerdo con las necesidades de cada uno. Este método es aplicado sin tomar en consideración la razón enfermera - paciente (refleja las necesidades reales de atención de enfermería de cada paciente), que para Zpetz, J. (2004)[21], en los servicios de medicina y cirugía debe ser de 1:10 (una enfermera por cada diez pacientes).

Pero, en la actualidad esta razón enfermera - paciente supera el número de pacientes propuesto por la literatura, situación que desfavorece el cuidado humanizado de los pacientes, ya que la asignación de pacientes para las enfermeras se da con base a la cantidad de enfermeras, con que se cuenta en el servicio; independientemente del número y tipo de pacientes que se tiene en los servicios y de las actividades para desarrollar. Esta situación, evidencia una sobre carga del número de pacientes atendidos por las enfermeras, lo que puede limitar que el cuidado de relación enfermera - paciente se dé con efectividad.

En cuanto al área de formación profesional de las enfermeras en el ámbito panameño, cabe destacar un programa curricular con altos contenidos, biológicos y médicos, pero carente de un marco conceptual que oriente a la enfermería como una disciplina. Es decir, la formación de estas enfermeras está basada bajo un currículum más biomédico que de enfermería, enfocado a conocer y explicar los procesos y causas naturales de la enfermedad y los modos en que ésta puede curarse.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El aporte innovador de este estudio parte de un enfoque multiteórico, en donde se asocian dos conceptos del que hacer diario de la enfermera, como son los elementos del cuidado de relación interpersonal y los elementos de la experiencia práctica de la enfermera. El relacionar estos conceptos articula el conocimiento teórico con la práctica de enfermería, originando cambios en los hábitos conductuales de las enfermeras; ya que se producirá como resultado una relación enfermera - paciente eficiente, llena de afecto, confianza y seguridad; lo que beneficia la adaptación del paciente a su situación.

Estos conceptos teóricos originan una nueva perspectiva para apreciar el cuidado de relación interpersonal, pues se combinan aspectos intelectuales, de madurez y habilidades, propias de esta interacción, que fortalecen y generan un proceso de cambio en la práctica de enfermería. A la vez, que

[21] SPETZ, Joanne. California´s minimun nurse - to – patient ratios. En: JONA U.S.A. Vol. 34, No.12 (December 2004) p.572

proporciona intervenciones efectivas con un componente de calidez humana; pues, el ambiente hospitalario en el que nos encontramos hoy, cada vez es más tecnificado, lo que trae como consecuencia la pérdida del calor humano generado, mediante la interacción con los demás.

Este cuidado de relación interpersonal se apoya en una relación de interacción humana y social, cuya complejidad depende del diálogo y de la interacción bilateral entre la enfermera y el paciente, el cual favorece el intercambio de roles y comportamientos específicos. El rol de la enfermera implica trabajar de manera significativa con la reacción y con los cambios producidos por el paciente ante su enfermedad, porque es él quien puede explicar, con exactitud, sus pensamientos, acciones y emociones relacionadas con sus experiencias y dificultades interpersonales.

Sin embargo, se es consciente de que muchas veces, resulta difícil poner en práctica las técnicas que son eficaces en la relación con el paciente; quizás, no por dificultades derivadas de las mismas, sino por la inseguridad de lo que se hace, por el temor a lo desconocido, por la forma del trabajo, por la tecnología o por el entorno laboral (el tiempo, la experiencia, el déficit en la formación profesional, etc.); lo que impide visualizar el cuidado de relación enfermera - paciente, llevándola a un último plano, el cual hace que se vea reflejada como una pérdida de tiempo o como una simple conversación.

Por el contrario, este cuidado de relación interpersonal al no poderse estandarizar y al no producir el mismo efecto en todos los pacientes, es necesario que conozca las formas, la madurez y la habilidad práctica para su aplicación.

Por otro lado, desde el punto de vista de la experiencia práctica de la enfermera, se pueden experimentar cambios dentro de este cuidado de relación interpersonal, pues dentro de los campos clínicos se encuentran enfermeras con poca experiencia práctica, lo que implica que puede no saber que hacer ante los cambios del paciente, produciendo una ausencia de sus sentimientos hacia él para evitar sentir su sufrimiento, situación que justifica su comportamiento de un profesional frío, distante y con acciones poco humanizadas.

Sin embargo, desde el punto de vista de su madurez clínica, las enfermeras van estableciendo diversas formas de relación con los pacientes y familiares, permitiéndole progresar en el ámbito de lo que significan las relaciones humanas, potenciando sus actitudes para una interacción eficaz, y crea condiciones favorables para el desarrollo del paciente y de ella misma.

Además, implica que la enfermera con experiencia práctica debe mantener la serenidad y la madurez en las situaciones difíciles y estresantes, para poder afrontar las situaciones que se le presenten, sin que sea dañina para ella o para el paciente, ya que, no se puede cuidar del otro, si como enfermeras no se tiene la suficiente capacidad para sentirse segura de lo que hace.

En resumen, esto sugiere conocer la percepción sobre el cuidado de relación interpersonal que tienen los pacientes de las enfermeras según su experiencia práctica, porque será de utilidad, brindar estos conocimientos a las enfermeras menos experta; a través de su práctica, lo cual le permita madurar y adquirir la habilidad de manera progresiva, de modo, que mejorar, reforzar o diseñar nuevas formas de orientar el cuidado de relación interpersonal y, obtener así, un paciente satisfecho por el cuidado de la enfermera. Además, le permite, a la enfermera, también, reforzar su potencial hacia la superación de sus limitantes, a concienciarse y transformar las condiciones de su ejercicio profesional.

Así mismo, los hallazgos de esta investigación serán de utilidad para la práctica disciplinaria de la enfermería; ya que, a través de los resultados obtenidos en la gerencia del cuidado podrá asignar servicios y pacientes menos complejos, a las enfermeras menos expertas, o asignar una enfermera experta, como tutor de una enfermera menos experta, que con sus conocimientos y habilidades, sirva de guía y apoyo para que le ayude a disminuir su ansiedad e incertidumbre. Ante todo, servirá de base para realizar cambios curriculares en el programa de formación de enfermeras, que considere los aspectos relacionados con el cuidado de relación interpersonal enfermera - paciente.

A través, de la revisión bibliográfica, se ha encontrado un abordaje del cuidado de relación interpersonal, enfocada a comunicación, tiempo dedicado a las relaciones interpersonales, clases de relaciones interpersonales y factores psicológicos, entre otros. Sin embargo, la revisión de la literatura ha permitido identificar vacíos existentes sobre el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras y su asociación con la experiencia práctica; dando como resultado poca claridad entre estas dos variables; por lo que, se considera un centro de atención en cuanto a otra forma de apreciar como se da este tipo de cuidado.

Su relevancia social radica en que la enfermera proporcionará cuidados interpersonales de una manera holística, fundamentada en el humanismo, en su sensibilidad y en la del otro; haciendo visible sus actitudes y su interacción con el paciente, para que éste se sienta mejor acogido, escuchado y comprendido.

1.5 PROBLEMA

¿Existe asociación entre el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras con su experiencia práctica?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 General

- Determinar la asociación entre el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su experiencia práctica.

1.6. 2 Específicos

- Describir el cuidado de relación interpersonal que realiza la enfermera durante la atención del paciente.
- Describir la experiencia práctica que poseen las enfermeras.
- Determinar si existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, con relación a: los años de trabajar como enfermera, grado académico, tiempo de trabajo en el servicio, institución hospitalaria, servicios, turno laborado, si laboró en el turno anterior o no y género.

1.7 PROPÓSITO

Determinar si existe asociación entre el cuidado interpersonal que proporcionan las enfermeras y su experiencia práctica, para establecer estrategias que mejoren y / o refuercen, las intervenciones del cuidado de relación interpersonal proporcionados por las enfermeras a nivel institucional, y proveer las herramientas que permitan desarrollar los programas para la formación de las estudiantes; es decir, que vivencien una práctica basada en el cuidado.

1. 8 VARIABLES DE RELACIÓN

- Cuidado de relación interpersonal
- Experiencia práctica

1.9 SUPUESTOS

- Conforme la enfermera adquiere experiencia, se genera sabiduría clínica[22], la cual da pautas para que la enfermera sea suficientemente madura, para involucrar sentimientos, actitudes y conductas, que le permiten comprender la situación del paciente, y pueda desempeñar las relaciones interpersonales con calidez humana.
- A medida que la experiencia se incrementa, se va adquiriendo mayor capacidad personal para la provisión de cuidados de relación interpersonal.

- Una enfermera experta interacciona con una alta sensibilidad interpersonal y una recíproca intimidad enfermera - paciente[23].

- Las enfermeras expertas, al generar interacciones con los pacientes ejercen un rol más completo de enseñanza y consejería, frente a las enfermeras menos expertas[24].

1.10 HIPÓTESIS

H_o: El cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras, no está asociado, significativamente, con su experiencia práctica.

H_i: El cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras, está asociado, significativamente, con su experiencia práctica.

---

[22] BENNER , Patricia, TANNER, C., CHESLA, C. Expertice in Nursing practice: caring clinical judgment, and ethics. New York: Springer, 1996. p. 36

[23] FINFGELD, Deborah. Meta-synthesis of presence in nursing . U.S.A. En: Journal of Advanced Nursing. Vol.55, No. 6 (September 2006); p. 711

[24] BENGOECHEA, I. 2001 Op. Cit. p. 271

1.11 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Cuidado: Proceso interpersonal que involucra la preocupación y el deseo de ayudar a la otra persona para que logre el bienestar mental, sociocultural y espiritual[25].

Cuidado de Relación Interpersonal: Es un acto humano, relacionado con acciones humanas de percepción, comunicación y transacción, en donde existe una relación de reciprocidad entre la enfermera y el paciente, aplicando el conocimiento, habilidad, sentimientos, confianza, colaboración, y afecto; implicando cambios positivos en el bienestar del paciente.

Experiencia Práctica: Es la acumulación progresiva de la habilidad y el conocimiento de la enfermera. Suele identificarse, a través de atributos que, generalmente, presentan las enfermeras expertas: seguridad en su práctica, sabe lo que hace y actúa eficazmente, es receptiva y motiva a otros, es agradable y segura al proporcionar cuidado, presta atención al cuidado interpersonal, aumenta su interés por comprender al paciente y se relaciona con ellos[26].

1.12 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LOS CONCEPTOS

Cuidado de Relación Interpersonal: Esta variable se midió, mediante cuatro dimensiones que son: *La dimensión de no compromiso,* que comprende las acciones negativas de la enfermera, reflejando el no cuidado; la *dimensión de interacción con la familia,* que percibe la relación de la enfermera con el paciente y su familia; la *dimensión de cortesía, que* comprende un acercamiento afable por parte de la enfermera hacia el paciente, y *la dimensión de relación,* que señala una interacción auténtica y de comprensión de la enfermera hacia el paciente.

Experiencia Práctica: Esta variable se midió a través de tres dimensiones. La primera, fue de aspecto cognitivo, el cual describe la actuación de la enfermera en cuanto a la

---

[25] WATSON 1979, En: FAWCETT, J. Op. Cit. p. 631

[26] ARBON Paul. Understanding experience in nursing. En: Journal Of Clinical Nursing, U.S.A Vol. 13, (2004) p.1.

toma de decisiones y seguridad al actuar; la segunda dimensión, es de comportamiento e involucra actitudes de la enfermera ante el paciente y su familia, durante la relación interpersonal y la tercera la dimensión de comunicación, que describe aspectos de fluidez durante la comunicación .

2. MARCO CONCEPTUAL

2. 1 EL CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL

El enfoque paradigmático de enfermería propuesto por Fawcett (2000)[27], permite abordar el fenómeno de cuidado de relación enfermera - paciente, desde la visión integrativa - interactiva o de reciprocidad. A través, de esta visión, se puede conocer que el paciente satisface sus necesidades a través de las acciones de enfermería, encaminadas hacia la transacción para producir cambios, tanto para el paciente como en la enfermera.

Las relaciones interpersonales basadas en la interacción social, es decir, la relación de reciprocidad, conlleva a la relación enfermo - profesional de la salud, a una relación social institucionalizada y programada en función del estatus y las expectativas del rol que ambos tienen asignados, y que son asumidos[28].

Por esta razón, el cuidado de relación interpersonal, se apoya en una relación de interacción humana y social, cuya complejidad depende del diálogo y de la interacción recíproca entre la enfermera y el paciente; de tal modo, que favorezca un intercambio de roles y comportamientos específicos.

Esta reciprocidad basada en la intensidad de integración e interacción en el encuentro entre ambos, está influida por los medios que se utilizan en la comunicación, como el código verbal, no verbal, las distancias interpersonales, el contacto visual, y la empatía[29], que crean un ambiente afectivo y satisfactorio para el paciente.

El fenómeno de las relaciones interpersonales enfermera - paciente se ha investigado desde diferentes enfoques. Uno de ellos, señala que cuando es adecuada, ejerce efectos positivos en la recuperación del estado de salud del paciente. Otros señalan, que puede sufrir variaciones en función de diversos factores. Otras, se fundamentan en elementos esenciales como: reciprocidad, sentimientos, confianza, colaboración, afecto y comunicación; elementos basados en un sustento filosófico humanístico y sociológico.

---

[27] FAWCETT, Jacqueline 2005, Op. Cit..p. 12 - 13

[28] LLOR ESTEBAN, Bartolomé, Ciencias psicosociales aplicadas a la salud, 2da ed. España: Mc Graw – Hill - Interamericana, 1998. p.189

[29] Ibid p. 174

Por ejemplo, la investigación realizada por Morse (1991)[30], establece que la competencia de la relación interpersonal, es producto de un proceso de negociación. Este estudio de tipo cualitativo, realizado en un hospital del Norte de Canadá tuvo como finalidad describir la relación enfermera - paciente.

Para ello, utilizaron los servicios de cirugía, psiquiatría, medicina, cuidados intensivos, maternidad y otros. Se aplicó la entrevista a doce enfermeras y 59 pacientes, y con el método de teoría fundamentada, se llegó a describir cuatro tipos de relación interpersonal de acuerdo con la duración de la relación, el contacto, las necesidades del paciente y el compromiso voluntario y de confianza de los dos participantes y que se describen a continuación:

- Relación clínica: en esta relación, el contacto entre la enfermera y el paciente es informal: la enfermera, hace una valoración y aplica el tratamiento y el paciente queda satisfecho con los cuidados proporcionados.

- Relación terapéutica: la enfermera ve primero al paciente como paciente y luego como persona.

- Relación de conexión: la enfermera ve al paciente primero como persona y luego como paciente.

- Relación muy comprometida: la relación entre la enfermera y el paciente es desarrollada más allá de una relación profesional, es una relación personal muy cerrada.

En general, este estudio presenta evidencias de que la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente se da de diferentes maneras y que cada una, de estas formas, lleva un objetivo específico.

Otros estudios se fundamentan en cómo los pacientes perciben el desarrollo de la relación terapéutica por las enfermeras. Ejemplo de ello, es el estudio realizado por Forchuk y Reynalds (2001)[31], sobre las reflexiones del paciente en relación con la enfermera en Canadá y Escocia. El estudio tuvo como

[30] MORSE, Janice. Negotiation commitment and involvement in the nurse - patient relationship. En: Journal of Advanced Nursing. U.S.A. Vol. 16 (October 1991); p.455 - 468

[31] FORCHUK C.,y REYNALDS M. 2001, Op. Cit. p. 45 - 51

objetivo explorar la percepción de los pacientes durante la relación interpersonal con la enfermera.

Para ello, se realizó un análisis de dos estudios cualitativos efectuados en Canadá y Escocia. Partiendo de la pregunta ¿Cómo los pacientes perciben el desarrollo de la relación terapéutica con las enfermeras? y ¿cuáles son los factores que influyen en esta relación?

Como resultado, se obtuvo que en Escocia los pacientes sugirieron que las enfermeras habían sido comprensivas y genuinas; que la comunicación ayudó a establecer un clima interpersonal de respeto, neutralidad y confianza; mientras que en Canadá, los pacientes describen la relación interpersonal como un encuentro privado, donde se mejoran los sentimientos, se visualizan las cosas más claras y hay conexión con la enfermera, después del encuentro.

En conclusión, se determinó que en ambos países la percepción de los pacientes, con respecto a las relaciones de las enfermeras, es diferente; sin embargo, ambos apoyan que las relaciones son fundamentales en el cuidado de enfermería.

May C.(1990)[32] en la revisión bibliográfica realizada sobre la relación enfermera - paciente: "*problemas de la teoría, problemas de la práctica",* indagó sobre la comunicación enfermera - paciente, obteniendo como resultado que la interacción enfermera - paciente se da de manera breve, es poco frecuente, sin conexión entre ambos, controladas por las mismas enfermeras y orientadas específicamente a la tarea que realizan.

En la revisión bibliográfica realizada por Jarret (1995)[33], sobre la comunicación enfermera - paciente, cuyo tema fue ¿Ha sido rechazada la aportación del paciente?; la autora pretendía conocer la aportación del paciente a dicha relación, encontrando que la interacción se da bajo cuidado físico, las mismas son informativas, y que pocas enfermeras promueven al paciente para que hable por sí mismo. Además, en la interacción, las enfermeras ignoran lo que el paciente expresa, empleando un lenguaje que bloquea la expresión verbal del paciente.

[32] MAY C. 1990 Op. Cit. p.. 307- 315.
[33] JARRET N. A. 1995 p. 72- 78

Otro estudio, realizado por Motyka (1997)[34], investigó sobre los elementos psicológicos en el cuidado de enfermería, porque su objetivo principal era conocer las conductas y cuidados psicológicos de las enfermeras hacia los pacientes. Para ello, utilizó una prueba piloto con una muestra de 50 enfermeras del departamento de cirugía y medicina interna del hospital Clínico del estado del Collegium Medicum Jagiellonian University in Cracow.

A través de la aplicación de un instrumento se evidenció, que las intervenciones psicológicas de las enfermeras en respuestas a las preocupaciones de los pacientes tendían a ser autoritarias, que la expresión de conducta de las enfermeras más frecuentes están relacionadas con el contacto del paciente y fueron las intervenciones empática, más que de explicación y reflexión de los sentimientos del paciente.

Por otra parte, Bengoechea, M. (2001)[35], realizó una revisión bibliográfica, sobre la comunicación enfermera - paciente en las unidades de cuidados intensivos, con el objetivo de impulsar la reflexión e investigación sobre el sentido y finalidad de la comunicación en el cuidado integral con los pacientes críticos y sus familias. Para ello, se utilizó una muestra de 20 artículos sobre comunicación y relación enfermera - paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró que los estudios realizados han sido predominantemente de las culturas anglosajonas. En su mayoría, de carácter cualitativo. Los instrumentos predominantes fueron entrevistas y observaciones y las líneas de investigación más frecuente fueron: conocer las características de la comunicación empleada por la enfermera hacia el paciente y la identificación de las causas que determinaban dicho estilo de comunicación.

Los estudios revisados se centraron más en conocer los procesos comunicativos enfermera - paciente en el período de estabilidad que en ingreso y en el alta del paciente. Las interacciones que más se ha descrito entre el paciente y la enfermera fueron en los momentos en que el paciente sintió preocupación o intranquilidad. Por otro lado, no hubo investigaciones que estudiaran el uso del tacto u otro tipo de comunicación no verbal ante las emociones concretas del paciente en cualquiera de los tres momentos de su estancia en la UCI. Las conclusiones, en forma general, de dichos estudios,

---

[34] MOTYKA, M. , MOTYKA E., WSOLEK M. A, R. Elements of physiological support in nursing care En: Journal of Advances Nursing. Vol. 26 (1997). p. 909 - 912

[35] BENGOECHEA, I. Op. Cit. p. 34 - 42

revelaron que existe una falta de humanidad e individualización en los procesos comunicativos.

Los estudios revisados, llevan a reflexionar sobre la carencia de la implementación de la relación enfermera - paciente; motivo por el cual es importante conocer, si la experiencia de la enfermera pudiera ser un factor asociado a este fenómeno, el cual es preocupante; ya que es un elemento esencial en el cuidado del paciente.

2.2 EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA ENFERMERA

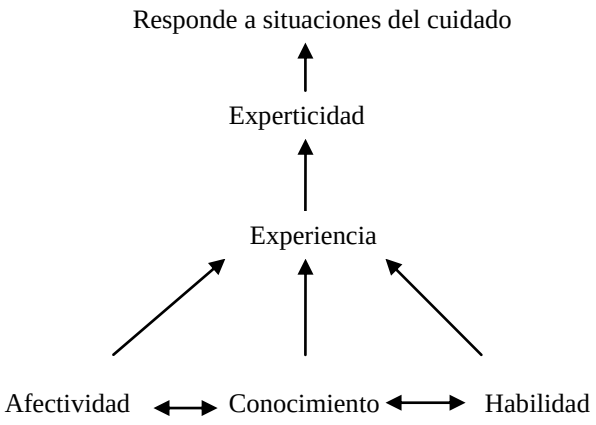
La práctica de enfermería, basada en el cuidado, es concebida como un campo de experiencia[36], en donde los aspectos cognitivos, de comportamiento, de integración de habilidades, valores y creencias son aplicados al cuidado del individuo, familia y comunidad (Fig.1). De tal manera, que es considerada como flexible, creativa, individualizada, con orientación social, compasiva y experta[37].

Por otra parte, la práctica de enfermería comprendida como un contenido humano, basa sus actividades en las relaciones humanísticas que se establecen entre la enfermera y las personas que requieren atención[38]. De modo, que su efectividad depende de la naturaleza y de la cantidad de conocimientos científicos individuales, que la enfermera lleva a la práctica, de la intuición para tomar decisiones con base a un juicio clínico y a las acciones reflexivas, que respondan a las necesidades particulares de la persona, lo que mejora el ejercicio profesional de la enfermera[39,40,41] .

---

[36] KÉROUAC Suzanne, El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson. 1996, p. 77
[37] ROGER 1970 En: FAWCETT Op. Cit p.377
[38] MEDINA, José Luis La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona, España. Alertes. 1999. p. 57
[39] ROGERS 1970 En: FAWCET Op. Cit. p.366
[40] BENNER Patricia. 1987 p. 30 - 31
[41] WIEDENBACH (1964) En: MARINER Op. Cit p.86

Fig. 1 Elementos de la práctica de enfermería



Esta práctica de enfermería exige un nivel de dominio, que surge como resultado de un aprendizaje individual que según Benner (1987)[42], se da a través de cinco fases, que van de forma gradualmente ascendentes de principiante a experto (Fig. 2); y que depende de la formación teórico - práctica, la experiencia, el interés, la pericia, la capacidad de las enfermeras y el contexto donde se realiza.

Figura 2. Niveles de dominio

Principiante:	No cuenta con experiencia., requiere de supervisión constante, y sus conocimiento se basan en observaciones
Principiante Avanzado:	Ejecuta sus funciones marginalmente aceptable y requiere experiencia previa en situaciones reales para ser reconocidos.
Competente:	Muestra apego al conocimiento asimilado, mayor responsabilidad y una adecuada organización.
Hábil:	Centra su atención en un área precisa del problema, y muestra mayor confianza en sus conocimientos y habilidades.
Experto:	Capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema. Describe y controla situaciones clínicas, presenta destrezas en la función que desempeña.

Fuente: Benner, Patricia (1987) Práctica Progresiva en Enfermería. Manual de Comportamiento Profesional. España.

[42] BENNER 1984 Traducido por R.A.A. 1987 Op. Cit. p. 36 - 48

En la Figura 2 se pone de manifiesto, como las enfermeras, a medida que van adquiriendo experiencia clínica, cambian su orientación intelectual, integran, seleccionan sus conocimientos y registran sus criterios decisorios

Además, con respecto al contexto, la investigación original de Benner (1984)[43], sugiere que la habilidad de ejecución de un experto se fundamenta en el contexto en que la enfermera es experimentada. Así, un cambio de ambiente familiar o un ambiente poco familiar significará que la enfermera ya no podrá funcionar como un experto. Esta noción se valida, más allá, por el trabajo de Fisher y Fonteyn (1994) [44], quienes sugieren que uno de los cuatro componentes importantes de la experticidad es la familiaridad.

La práctica de enfermería, como sea reiterado, cuenta con elementos que le permiten a la enfermera proporcionar cuidado de relación interpersonal como; la experiencia, el conocimiento y la habilidad.

Experiencia

Un aspecto de la práctica que merece ser señalado, es la experiencia, cuyo significado etimológico deriva del latín que significa e*xpertus*. Para el ámbito de enfermería esta experiencia juega un papel fundamental en el desarrollo de los rasgos de la práctica; dado que, se asocia a la acumulación del conocimiento y la habilidad, que están estrechamente vinculados con la experticidad, y cuyos atributos contribuyen, positivamente, a la práctica[45].

Bajo esta perspectiva, Jasper (1994)[46], realiza un análisis del concepto de experto, y lo define como una persona con un cuerpo especializado de conocimientos y / o habilidad y una larga experiencia.

La experiencia determina el desarrollo de habilidades psicomotoras de iniciativa y de destrezas que responden con los cambios particulares e importantes en cada situación de cuidado; igualmente, capacita a la enfermera, para aceptar su responsabilidad y sentido de compromiso en la toma de decisiones durante, la interacción con el paciente.

---

[43] BENNER (1984) Ibid p. 32

[44] FISHER, A.A., FONTEYN, M.E. The nature of nursing expertise. In: Grobe, S.J. and Pluyter-Wenting, E.S.P., Editors, 1994. Nursing Informatics: An International Overview of Nursing in a Technological Era, Elsevier Science, Amsterdam, 1994 p. 331-335.

[45] ARBON 2004 Op. Cit. p.1,

[46] JASPER M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing En: Journal of Advanced Nursing U.S.A.Vol. 20, (1994), p.769-776

Al igual que en otras disciplinas, en enfermería surgen problemas propios de la práctica, en las que se necesita prestar atención para resolverlos; por lo tanto, para mejorar la práctica, se hace necesario investigaciones que describan, expliquen y predigan los problemas que se derivan de las competencias de las enfermeras dentro de su práctica.

En consecuencia, las investigaciones han dado una mejor comprensión sobre cómo se desarrollan las habilidades prácticas. Demostrando, que ha tenido una inclinación creciente hacia los métodos cualitativos, específicamente, a través de la fenomenología, cuyos enfoques están dirigidos a los aspectos intuitivos y de competencias de la enfermera experta. El trabajo de Benner (1984)[47], es un ejemplo de ello, porque demostró cómo esta metodología cualitativa, puede aplicarse, eficazmente, a la práctica de la enfermería clínica de manera significativa.

Igualmente, el estudio realizado por Merentoja[48] en El Reino Unido, también ha adoptado un acercamiento cualitativo a la evaluación de competencias, la cual contribuye a explicar la tendencia hacia la fenomenología. Por otro lado, cabe resaltar que los estudios reportados en cuanto a experticidad, reflejan distintos escenarios en los que han sido desarrollados, como las unidades de cuidados intensivos, salas de medicina, cirugía, unidades de transplantes renales, estudiantes, enfermeras, enfermeras administrativas, entre otros.

Dentro de este marco, se contextualiza la investigación realizada por Buller y Butterworth[49], sobre la habilidad práctica de enfermería, donde su objetivo fue considerar los efectos de la adquisición de conocimiento integrado y de la práctica de la enfermera experimentada.

La muestra estuvo conformada por 22 enfermeras de los hospitales en Midlands y Norte de Inglaterra. Las enfermeras expertas eran escogidas de acuerdo con la descripción de enfermera experta proporcionada por Benner (1984)[50]; cuyos criterios fueron: enfermera calificada, cinco años de experiencia clínica como mínimo, que estuviera ejerciendo, y con postgrado o que lo hubiera iniciado. Las mismas laboraban en los servicios de cirugía, medicina, psiquiatría y en la comunidad.

---

[47] BENNER P. (1984) Op.Cit Traducido 1987 p. 30 – 31

[48] MERETOJA, R., ISOAH, H. LEINO-KILPI, H. Nurse competence scale: development and psychometric testing USA En: Journal of Advanced Nursing, Vol 53, No. 5 (Sept. – Oct. 2004) p. 347 -352

[49] BULLER, STEVE, Tony B. : Un estudio cualitativo de los elementos de enfermería En: International Journal of Nursing Studies. U.S.A. Vol. 38 (2001) p.405–417

[50] BENNER Patricia. 1984 Traducido por R.A.A. 1987 Op. Cit. p. 30 – 31

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista semi – estructurada. Los resultados evidenciaron cuatro dominios y 24 condiciones, surgidas de las enfermeras expertas sobre su propia práctica clínica. El primer dominio *"ser profesional"* incluyó adaptación, responsabilidad, información, paciencia, transmitir fe y esperanza y manejo de situaciones; el segundo dominio es la "*relación y comunicación",* incluyó que la enfermera debe ser reflexiva, tratar a los pacientes con dignidad, dar fe y esperanza, estar pendiente del paciente, responder y escuchar*;* el tercer dominio fue *"realizar el trabajo"* y sus condiciones fueron: evaluar, ser confidente, informar, planificar, intervenir y reflejar y el cuarto dominio fue "*dirigir y facilitar"* e incluyó: auditoria, educación, supervisión, anticiparse, proporcionar seguridad, tener seguridad al hacer las cosas.

También, se obtuvieron otros temas importantes como: el cuidado, rasgo primario de la práctica de la enfermera experta, la intuición, como la base de una buena práctica, y un rol de modelo, considerado como una influencia decisiva en su propio desarrollo.

El aporte de dicha investigación es relevante, porque la propia enfermera experta, reconoce como los conocimientos adquiridos, la han ayudado a dominar diferentes campos dentro de su práctica.

Así mismo, la investigación realizada por Bonner A. (2003)[51], sobre el reconocimiento de la experticidad, tuvo como objetivo, comprender el reconocimiento de la experticidad en la enfermera nefrológica. Para ello, se utilizó una muestra de 17 enfermeras, distribuidas en 11 enfermeras expertas y 6 enfermeras no expertas, quienes laboraban en la unidad renal del hospital de Nuevo Sur Gales (NSW), Australia. Esta unidad atiende pacientes hospitalizados y ambulatorios (las clínicas y la unidad de diálisis), agudos y crónicos, incluyendo el trasplante renal.

El criterio de selección de las enfermeras consistió en identificar dos tipos de enfermeras, expertas y no expertas. El criterio de las enfermeras expertas incluyó postgrado en nefrología, y / o capacitación, experiencia práctica en nefrología, y si era reconocida como una experta por sus compañeros. La metodología utilizada fue la teoría fundamentada, la recolección de los datos duró nueve meses y consistió en 32 episodios (103 h) de las observaciones participantes, 37 (24 h) de entrevistas.

---

[51] BONNER, Ann. Recognition of expertise: an important concept in the acquisition of nephrology nursing expertise. En: Nursing and health sciences Vol. 5 , (2003), p. 123 - 131

Los resultados evidenciaron que las enfermeras reconocen que para ser expertas son necesarias varias cualidades: ampliar los conocimientos y habilidad clínica; tener capacidad para tratar a los pacientes y el de enseñar a otras enfermeras; poseer habilidad de pasar a otra área renal y tener éxito; poseer una mentalidad de investigador; capacidad de poner más esfuerzo en su trabajo en comparación con otras enfermeras y la habilidad para asumir más responsabilidad que otras enfermeras.

Las categorías de reconocimiento de la experticia, consistieron en tres subcategorías: tener *confianza* (tanto para enfermeras no expertas, pacientes y médicos). *Ser un modelo para otros* (sabe qué hacer, por qué y para que hacerlo, cómo hacerlo, cuando y con qué frecuencia). *Enseñar a otros:* (foco de interés en el cuidado del paciente renal).

La relevancia de estos resultados para la práctica es que, la identificación de enfermeras expertas, las consultas entre colegas enfermeras y los conocimientos compartidos; refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional. Por otra parte, el reconocimiento de otros, y el de sí mismo como expertas, enriquece, de manera constante, sus conocimientos y habilidades.

El estudio fenomenológico realizado por Arbon (2001)[52], investigó como las enfermeras consideraban su experiencia. El propósito fue describir el papel de la experiencia en el desarrollo de significados y el autoconocimiento de enfermería. Para ello, utilizó una muestra de 10 enfermeras expertas, con más de 10 años de experiencia. La pregunta se relacionó con la historia de vida y los eventos que influyeron en la comprensión de los pacientes y su práctica de enfermería.

El resultado fue que, para muchas enfermeras, la experiencia genera significados y comprensión sobre ellas y los demás, que es individual, personal y transferible por campos de práctica. Lo que lo hace concluir, que hay necesidad de una comprensión más profunda sobre el papel de experiencia en el desarrollo de las enfermeras.

El estudio muestra que el cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo de los significados de la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar. El llegar a este nivel de exteriorización de

[52] ARBON Paul. 2001 En: ARBON P. (2004), Op. Cit. p.154

sentimientos, implica cierto grado de competencia y experticidad sobre el cuidado interpersonal.

Otra investigación realizada en Brasil, sobre la habilidad intuitiva del cuidado de enfermería, fue la reportada por Da Silva (2003)[53]. El estudio de tipo cualitativo, tuvo como objetivo, comprender la habilidad intuitiva del profesional de enfermería en el cuidado. Para ello, entrevistó a 78 profesionales de enfermería, distribuidos en 21 enfermeras, 29 técnicos de enfermería y 18 auxiliares de enfermería, quienes laboraban en 13 áreas de hospitalización de tres hospitales del Municipio de Florinápolis.

Como resultado de las experiencias descritas por estos profesionales, se evidenció diferentes niveles de habilidad intuitiva clasificadas en: iniciante, patrón y veterano. No se evidenció relación entre los niveles de habilidad intuitiva y los correspondientes números en años de experiencia. Además, se identificaron otros factores que interfieren en la experiencia intuitiva, principalmente, los ligados a factores ambientales y personales, como la relación enfermera - paciente y la habilidad de la enfermera para establecer relaciones profundas con los pacientes.

Conway J. (1998)[54], realizó un estudio sobre la evolución de la "enfermera experta y el conocimiento que poseen en la práctica". Su objetivo fue examinar el conocimiento que usa la enfermera experta en la práctica y los factores que influyen en el uso y desarrollo del mismo. Para ello, tomó una muestra de 35 enfermeras de dos instituciones de salud; una en Midland y la otra en el Sur de Inglaterra.

La metodología utilizada fue una combinación de fenomenología y etnografía, sus preguntas claves fueron *¿Qué creen que es una enfermera experta?, y ¿Qué hacen ellas?.* La recolección de los datos se dio, a través de cuestionarios, entrevistas, talleres y técnicas de observación.

Como resultado se obtuvo lo siguiente: el término de experticidad no fue definido, es descrito, según la visión que posee el experto. Estas visiones del mundo que orientaron el término de experticidad fue: filosofía y valores, tipos de modelos y forma de cuidado, objetivos de la enfermera experta, habilidad

---

[53] DA SILVA, Alcione L. Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagen. En: Latino - Americana Enfermagen. Brasil, Vol. 11 No. 4; (jul/ agost 2003) p. 429 - 435

[54] CONWAY, Jane E. Evolution of the species "expert nurse". an examination of the practical knowledge held by expert nurses En: Journal of Clinical Nursing U.S.A. Vol.7 1998, p. 75 - 82

reflexiva, nivel y tipo de educación profesional y académica, respeto, relación, y empleo de autoridad.

Los resultados con respecto al conocimiento que usa la enfermera experta fue un pluralismo, surgieron cuatro tipos de experticidad:

a) Experticidad *tecnológica:* caracterizada por un amplio rango de conocimientos, el cual se demuestra por la tecnología, conocimiento en el diagnóstico, conocimiento base y conocimiento en el monitoreo de los médicos más jóvenes y la condición de los pacientes.

b) *Experticidad tradicionalista:* La experticidad se demuestra en términos de sobrevivencia, se preocupan por lograr el hacer el trabajo y administrar un cuidado con escasos recursos. Demuestran una respuesta de cuidado asignada por el foco médico y ven la educación como una opción extra y no como un desarrollo central para la práctica.

c) *Experticidad de especialistas:* se caracteriza por prescribir tratamientos, recomendar medicamentos, amplía sus conocimientos básicos actuando como consultantes de otras enfermeras, desarrollan un grado de autonomía, elaboran protocolos, distinguen sus roles, e innovan en términos de práctica. Su conocimiento está bien desarrollado en términos de valoración, diagnóstico, calidad de vida y capacidad transformativa.

d) Expertas humanísticas existencialistas: Son muy poderosas con respecto al cuidado de enfermería. Basan su práctica en el holismo y el humanismo, y son apasionadas de la práctica de enfermería; dispuestas a tomar riesgos.

Finalmente esta autora, pone de manifiesto, el fomento de la experticia basada en el humanismo y el holismo, el cual permiten proveer de condiciones necesarias para crecer y progresar.

Desde el ámbito cuantitativo el abordaje de la experiencia es dada con poca frecuencia, sin embargo, existen instrumentos que miden las competencias de las enfermeras, prueba de ello, es el estudio realizado por Meretoja R (2004)[55]. Estos autores desarrollaron y comprobaron un instrumento de competencias de la enfermera, cuyo objetivo era medir el nivel de competencias de las enfermeras. Para la elaboración de las categorías del instrumento, las autoras tomaron como referencia a Benner (del principiante al experto).

---

[55] MERETOJA, R. Op. Cit. p. 347- 352

El instrumento consistió de 73 itemes y siete categorías: rol de ayuda (7 itemes), enseñanza (16 itemes), funciones diagnóstica (7 itemes), situaciones administrativas (8), intervenciones terapéuticas (10 itemes) y seguridad de calidad (6), y rol del trabajo (19 itemes). Su formato fue basado en una escala análoga visual.

Se utilizó una muestra por racimos de 498 enfermeras tituladas que trabajan en el hospital universitario, Finlandés, utilizando 19 servicios (salas, urgencias, unidades de cuidados intensivos, y salas de operaciones).

Sus resultados psicométricos evidenciaron, una validez de constructo usando el análisis de factor, (varimax y rotaciones oblicuas). Los resultados inter items de los siete factores fue entre 0,353 a 0,442 y un coeficiente de correlación total de los ítems de 0,322 a 0,731.

La consistencia interna de las categorías fue analizada usando el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual dio resultados entre de 0,79 a 0,91. La validez de contenido fue satisfactoria lo que reduce la probabilidad de error. Dicha autora llegó a la conclusión de que los resultados proporcionan pruebas fuertes de la fiabilidad y la validez del instrumento de “Escala de Capacidad de Enfermera”.

Para finalizar, se ha podido comprobar que este fenómeno de la experticidad de la enfermera, ha sido utilizado en diferentes escenarios, y en su mayoría bajo el paradigma cualitativo; sin embargo, todos coinciden en habilidades, conocimientos, y destrezas.

Conocimiento

El conocimiento es un factor determinante en la experiencia. Comprende todo lo que se ha percibido y acumulado en la mente humana, el cual se construye, como resultado del esfuerzo individual, la búsqueda, confrontación, debates de teoría, y experiencias propias, convirtiéndose éstos en contenidos complejos para la reflexión y la crítica de la realidad.

El conocimiento no depende, exclusivamente de las estructuras internas del sujeto, sino de una relación dialéctica entre el medio y el sujeto en desarrollo[56]. Dentro de este orden, el constructivismo, propone que las

[56] PIAGET En: GUTIÉRREZ MARÍNEZ, Francisco Teorías del desarrollo cognitivo. España. Mc Graw Hill Interamericana de España 2005 p. 68, 221

personas forman o construyen mucho de lo que aprenden y entienden, y que la interacción de las personas con su entorno le permite adquirir y refinar destrezas y conocimientos. Por lo tanto, se destaca la importancia de la interacción como un proceso cognitivo de aprendizaje crítico, reflexivo y de diálogo. De manera, que este aprender por interacción de ayudar y ayudando o siendo ayudado por otros, es potenciar, la capacidad para su desarrollo intelectual y su formación integral.

Para Gutiérrez (2005)[57] conocer no solo implica percibir y reaccionar ante los objetos, sino que se debe actuar sobre ello y por lo tanto, transformarlo; de manera que es en la acción donde se concentra la relación objeto - sujeto. Desde este planteamiento el cuidar como esencia de la enfermería se ejecuta, a través de acciones de cuidados dirigidos a otro ser humano. De aquí, la importancia de que las personas que ejercen esta profesión posean el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan.

Esto, implica que para poder cuidar se hace necesario poseer un conocimiento implícito o explícito, directo o indirecto, general o específico[58], o adquirido a través de la práctica, el cual se apoya en las experiencias previas [59], y de un conocimiento del Yo. Saberes que se consideran habilidades iniciales que la enfermera debe tener [60] para hacer posible el vínculo de cuidado entre ella y el paciente.

Asociado a esta perspectiva, Benner (1984)[61] plantea que el conocimiento práctico clínico depende de la experiencia , es decir enseñanzas y saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de las actividades asistenciales de la enfermera. Conocimiento no formalizado, personal, concreto, complejo, irrepetible y saturado de valores que prestan las enfermeras durante el desarrollo de su práctica, el cual aumenta en todos los ámbitos con la edad[62], de manera que permite una visión del mundo progresivamente más sólida y ajustada.

---

[57] GUTIÉRREZ MARÍNEZ, F. Ibid. p. 68, 221
[58] MAYEROFF Milton . On caring. U.S.A: Copyright 1971 p. 20 - 21
[59] NORTVEDT P. (2000) Clinical Sensitivity: the inseparability of ethical perceptiveness and clinical Knowledge En: WATSON, Jean Y SMITH, Marlaine C. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. En: Journal of Advanced Nursing. U.S.A. Vol. 37 No. 5 (March 2002); p. 454
[60] SCHWERIN, Judi I. The Timeless caring connection. En: Advances in Nursing Science.Vol. 28 No 4. (Oct./Dec. 2004) p. 265 - 270
[61] BENNER Patricia 1984 Op. Cit Traducido 1987 p. 36
[62] GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, F. Op. Cit. p. 68, 221

Por consiguiente, Mayeroff (1971)[63] refiere que además de que la enfermera necesita conocer de aspectos generales y específicos, concernientes con su profesión; es importante que se conozca a sí misma, sus fortalezas y sus debilidades, como persona cuidadora para lograr ser auténtica con los demás.

La autenticidad de la enfermera en la relación interpersonal es de gran relevancia durante el cuidado. Para ello, requiere el conocimiento de sí misma, el conocimiento de la práctica; así como la confianza en las habilidades de la relación, que son acompañadas por la comprensión interpersonal y el vehículo de la comunicación; los cuales le permitirán conectarse con el cuidado.

Carper (1978)[64] y Moch (1990)[65], describen este conocimiento personal como una interacción personal de relación y transacción. Para Moch, es un descubrimiento de sí mismo y del otro, a través de la reflexión, síntesis y percepciones, a su vez, le identifica a este conocimiento personal tres componentes: el conocimiento experiencial, que se nutre de la experiencia diaria de cuidar a otros; el conocimiento interpersonal, que se profundiza a través de una intensa interacción con el otro durante la asistencia y el conocimiento intuitivo, es el conocimiento de alguna cosa que esta fuera del uso consciente de la razón.

De todos estos planteamientos, se comprende que enfermería se beneficia de diferentes formas para adquirir conocimiento Una de ellas, es a través de la percepción intuitiva (Moch 1990)[66] en la práctica de enfermería; que no es más que la habilidad o experiencia de integrar los elementos de una situación clínica, para resolver un problema, para tomar una decisión con una información concreta. De acuerdo con Benner (1984)[67] , la enfermera experta se caracteriza por utilizar la percepción intuitiva; ya que posee una experiencia previa con la situación, tiene un alcance de la situación integral, usa la empatía para conocer al paciente y posee una alta sensibilidad de reconocer los cambios.

Otra forma para que la enfermera adquiera conocimientos se da desde la perspectiva de Wiendenbach (1964)[68], quién refiere que es a través del

---

[63] MAYEROFF 1971 Op. Cit p. 62-63

[64] CARPER 1978 En: CHINN Peggy L. y KRAMER Maeona. Theory and nursing integrated knowledge development 5th edition. US.A.:Mosby . p. 171

[65] MOCH (1990) Ibid p. 171

[66] Ibid p. 171

[67] BENNER P. (1984). Traducido por R.A.A. 1987 p. 75 - 77

[68] WIENDENBACH (1964) En: MARRINER Op. Cit 86

conocimiento fáctico (que es el existente y real), el especulativo (incluye teorías y principios generales utilizados para explicar fenómenos, creencias o conceptos) y práctico (saber como aplicar el conocimiento objetivo o especulativo en una situación de la vida real).

En general, es importante destacar que el conocimiento debe ser perfeccionado como lo menciona Wiendenbach (1964)[69], con la expectativa de que la enfermera pueda mantener una relación enfermera - paciente con responsabilidad; con el fin de ejercitar su juicio e implementar técnicas como la de dirigir, enseñar, coordinar o planificar el cuidado, en beneficio del paciente.

Bajo estos planteamientos, se hace necesario explorar el cuerpo de conocimientos de las enfermeras clínicas, con el propósito de que aseguren el desarrollo de la práctica; para ello, es indispensable establecer un vínculo entre la práctica y la educación, el cual puede encontrarse a través de la educación continuada durante la práctica, que asegure un cuidado de relación interpersonal efectivo.

Habilidad

La habilidad, como otro factor influyente en la experiencia, es considerada como la capacidad para realizar algo o alcanzar los resultados esperados[70], a través de las acciones. La habilidad práctica, al igual que la experiencia son adquiridas con la experiencia de ser cuidador[71] y con el tiempo de experiencia del rol[72, 73], es decir, la habilidad de utilizar los conocimientos, teóricos - prácticos, de realizar las actividades eficazmente, y desarrollarlas a través del uso repetitivo; cualidades esenciales para llegar a ser un experto.

En enfermería, Wiedenbach (1964)[74] clasifica estas habilidades en habilidades de procedimientos y de comunicación. En donde la habilidad de procedimiento describe la capacidad de aplicación técnica de la enfermera para dar respuestas a la necesidad de ayuda del paciente, y la habilidad de comunicación, que refleja la capacidad de expresión de los pensamientos y

---

[69] Ibid p. 86
[70] MERETOJA, Op. Cit. p. 124
[71] SÁNCHEZ Beatriz. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad. En: Avances en Enfermería. Bogotá. Colombia. Vol. XIX, No 2 (Sep. 2001); p.36-48
[72] BENNER , P. y TANNER, C., CH. Op. Cit. p. 29
[73] TAZÓN ANZOLA, María Pilar. Relación y comunicación. 2da edición. Valencia, España: Ediciones DAE 2002 p.22
[74] WIEDENBACH 1964 En: MARRINER Op. Cit. p.87

sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas.
La habilidad provee a la enfermera un dominio cognitivo, afectivo y psicomotor para actuar en la complejidad de la práctica, transformándola en competencias y producir resultados favorables en la relación interpersonal. Lo que implica que una enfermera competente en el cuidado de relación interpersonal debe integrar el *saber conocer, (*conocimientos que posee), el *saber hacer* (habilidades y destrezas para atender al paciente) y el s*aber ser y convivir (*integración de pensamientos, sentimientos, creencias, valores, y experiencias) componentes necesarios para proporcionar un cuidado afectivo.

El grado de integración y desarrollo de estos componentes de la competencia influyen con la experiencia en la práctica de la enfermera, principalmente el componente de saber ser y convivir[75].

Finalmente, la eficacia o productividad de cualquier habilidad particular y el funcionamiento cognitivo en general, están mediados por el conocimiento ya disponible, debido a la familiaridad con el contenido o tema a que se aplique[76].

De aquí; que la enfermera que brinde el cuidado que desea ofrecer, que utilice sus conocimientos y habilidades y que esté familiarizada con la situación, su estrés, al proporcionar el cuidado, disminuirá considerablemente[77]. En este sentido, las habilidades del experto dependen, principalmente, de un conocimiento apropiado y un dominio específico, para resolver las situaciones de cuidado.

2.3 CUIDADO DE RELACIÓN INTERPERSONAL Y EXPERIENCIA PRÁCTICA

Retomando el objetivo principal de esta investigación el cual es determinar la asociación que existe entre el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras y su experiencia práctica; se plantea, entonces, que las relaciones interpersonales como interacción recíproca, involucra aspectos de habilidad para comunicarse efectivamente, escuchar, solucionar conflictos y ser auténtica. Estas características, en una enfermera experta implican, la facilidad de manejar, fluidamente, la relación, conocer al paciente y

[75] GUTIÉRREZ, Ana, La propuesta teórica de evaluación en la educación basada en competencias. En: Enfermería Vol. 9 No 3 (septiembre - diciembre 2000); p 147 - 152
[76] GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, F. Op. Cit. p. 392
[77] BENNER , Patricia, WRUBEL, Judith. The primacy of caring: stress and doping in health and illness. California, U.S.A.: Addison - Wesley publishing Company 1989 p. 57- 62

percibir sus carencias con habilidad y destreza; dejando el temor y el estrés que generalmente la compaña por la falta de experiencia.
Así pues, la experiencia se incrementa con el tiempo; por consiguiente, se adquiere mayor habilidad y conocimientos para proveer cuidados de relación interpersonal. Se espera que la enfermera experta sea capaz: de actuar bajo su propio criterio, de identificar las prioridades del cuidado y de encontrar el momento oportuno para brindar el cuidado de relación interpersonal al paciente.

Por ejemplo, cuando el paciente requiere de un procedimiento rutinario, presenta en ese momento dolor, o ansiedad; entonces, es el momento oportuno de utilizar la experticidad y elegirlo, para realizar el cuidado de relación interpersonal. Por otra parte, las enfermeras que permanecen en un ambiente altamente tecnológico, son expertas cuando su prioridad es conectarse con el paciente, a través de una presencia auténtica.

En consecuencia, la competencia clínica[78] de la enfermera obtenida a través de la experiencia provee a una enfermera madurez para involucrar sentimientos, actitudes y conductas, que le permiten comprender la situación del paciente, y pueda desempeñarse dentro de las relaciones interpersonales con calidez humana.

Estas relaciones interpersonales que la enfermera experimentada realiza, lo demuestra utilizando un lenguaje y medios manejados diestramente. Esto, le capacita para relacionarse con el paciente; de tal manera, que hace que éste exteriorice sus sentimientos y pensamientos. Por consiguiente, la comunicación, a través del diálogo constructivo demanda habilidad para que se efectúe a través de un ambiente de mutualidad y correspondencia con el paciente, familia y equipo de salud.

Por lo tanto, se espera que una enfermera principiante promulgue su autenticidad con el apoyo y guía de un mentor; y que una enfermera experta use, de manera hábil, su presencia auténtica; bien sea en ambientes favorables o no[79]. Así pues, la enfermera ofrecerá cuidado de relación de forma afable, en donde pueda, de manera anticipada, a las necesidades del paciente con habilidad y destreza, y al mismo tiempo, lograr que el paciente se sienta más cómodo.

---

[78] BENNER Patricia, 1984 Op.Cit Traducido 1987 p. 32
[79] ENGEBRETSON J. 2000 Caring presence: a case study En: FINFGELD Op. Cit. p. 712

Para ilustrar, presenté un esquema (Fig. 3) sobre el cuidado de relación interpersonal y experiencia práctica, objeto de la investigación. Éste, presenta dos círculos, en el que uno incorpora la relación interpersonal y sus atributos; el otro, la experiencia práctica y sus atributos. El punto de encuentro, entre ambos, indica la posibilidad de desarrollar la asociación del cuidado de relación interpersonal y la experiencia práctica, lo que significa que la experiencia práctica; se fortalece con el cuidado interpersonal y viceversa.

En cuanto al cuidado de relación interpersonal, definido, como el estudio de lo que ocurre entre dos o más personas[80], y para efecto de este estudio, como una relación de conexión, donde la enfermera ve al paciente primero como persona y luego como paciente[81]; se manifiesta por la experiencia humana de sentimientos, pensamientos, aptitudes, interés y motivación. Dado, fundamentalmente, por la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva, que crea el escenario de encuentro privado y reciproco con el paciente.

Figura 3. Esquema de la relación enfermera paciente y su relación con la experiencia práctica

[80] WERNER O´toole Anita Y ROUSLIN W., Sheila. Teoría interpersonal en la práctica de enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Traducción al español por María Lozano V. Barcelona, España MASSON, S.A. 1996 p. 72

[81] MORSE, Janice, Op. Cit. p. 455 – 468

Por otra parte, la experiencia de la enfermera en este estudio, es la habilidad progresiva que va adquiriendo con el transcurrir del tiempo dentro de su práctica clínica, que de alguna manera, influye en el cuidado de interacción que proporciona a cada paciente, lo cual guarda relación con el ambiente contextual y con el enriquecimiento en cada experiencia de salud.
Dentro de las cualidades que se espera, tenga una enfermera experta, es: reflejar seguridad al actuar, comprenderse a sí misma y a otros, utilizando la empatía, poseer habilidad para implicarse con los pacientes y las familias, estar familiarizada con el contexto de la enfermería, ampliar su interés por comprender al paciente, interaccionar más con los pacientes, aplicar el conocimiento y habilidades dentro de la relación, facilidad para manejar fluidamente la relación, estar atenta al paciente, responder y escuchar en el momento oportuno, y enseñar a otras enfermeras

Para determinar esta asociación, se contó con dos instrumentos, uno llamado instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", elaborado por la doctora Sharon Horner[82], que cuenta con los atributos que se pretenden medir en esta investigación, ya que, contiene un 75% de itemes que miden la relación de la enfermera con el paciente.

El otro instrumento llamado "indicadores de experticidad", fue diseñado durante esta investigación. El 73% de sus indicadores de experticidad, están asociados con aspectos de relación con el paciente; objeto de este estudio.

El estudio de cuidado de relación interpersonal y experiencia práctica, bajo este esquema (Fig. 3), trata de describir y explicar la asociación de estos dos conceptos teóricos. En primer lugar, clasificando a la enfermera como experta o no experta, a través del instrumento de "indicadores de experticidad". En segundo lugar, obteniendo la percepción del paciente sobre el cuidado que reciben de las enfermeras, utilizando el instrumento de indicadores de cuidado de comportamiento profesional.

Además, el cuidado de relación interpersonal desde el punto de vista de la experiencia de la enfermera, implica que ésta sea competente y posea cualidades especiales para enseñar, ayudar o suplir las necesidades de cuidado de relación interpersonal de cada individuo como ser único. Por lo tanto, la enfermera debe tener una preparación tanto académica como práctica en esta área de cuidado interpersonal, considerado imprescindible para una práctica competente.

---

[82] HORNER, Sharon 1989, 1991, WATSON, Jean. Assessing and measuring caring in nursing and health science. U.S.A.: Springer Publishing Company, 2002, p.100 - 107

En conclusión esta revisión literaria, evidencia que las relaciones interpersonales enfermera - paciente, ha sido ampliamente estudiada desde diferentes enfoques, unas aportando evidencias sobre los efectos positivos que tiene en la recuperación del estado de salud de paciente, sobre todo cuando están fundamentadas en elementos como : reciprocidad, diálogo, sentimientos, y comunicación, y otras investigaciones evidencian que cuando estos elementos son ignorados por parte de las enfermeras, producen aislamiento en el paciente y un cuidado no humanizado.

Cabe destacar que desde la práctica de enfermería, las investigaciones presentadas demuestran que la habilidad de ejecución de una enfermera experimentada se fundamenta en el cuerpo de conocimiento, de habilidades y de una experiencia que va adquiriendo progresivamente, lo que le provee un dominio para actuar en la complejidad de la práctica, con diversas personalidades y métodos para comprender las necesidades de cada paciente.

Los estudios presentados también han demostrado, que la enfermera experimentada presenta ciertas cualidades tales como: capacidad de adaptación, manejo de situaciones, es reflexiva, tiene dominio en la relación interpersonal y la comunicación, es modelo de otras, enseña a otros y posee un alto nivel de exteriorización de sentimientos entre otros, lo que implica que el comportamiento de experticidad de la enfermera puede ser identificado.

3. MARCO TEÓRICO

La relación interpersonal ha sido, ampliamente, estudiada desde diferentes puntos de vistas, especialmente en las disciplinas de la psicología y la sociología, las cuales han aportado desde sus fundamentos filosóficos y teóricos, los conocimientos y herramientas para comprender mejor el comportamiento de esta relación. En el campo de la enfermería esta relación interpersonal ha sido ampliamente utilizada en términos de relación enfermera-paciente y en concepto de cuidado de enfermería.

El concepto de relación interpersonal definido por Sullivan (1953)[83], como el estudio de lo que ocurre entre dos o más personas, se realiza desde el punto de vista de enfermería de una manera significativa, tomando en consideración la reacción del paciente, de su familia, incluso de la misma enfermera ante su enfermedad, incluyendo todos los cambios psicológicos y sociales que la enfermedad obliga al paciente a realizar[84]. Es por ello, que a continuación se describen las corrientes filosóficas desde lo psicológico y lo social y como han han influido en enfermería.

3.1. CORRIENTES PSICOLÓGICAS QUE HAN APORTADO A LA RELACIÓN INTERPERSONAL

Desde el punto de vista de la psicología, las relaciones interpersonales, están soportadas por grandes pilares filosóficos que las orientan y cuyas bases se apoyan en la corriente humanista.

La Psicología Humanística como modelo integrativo, aparece en las décadas de los cincuenta e inicio de los años sesenta en los Estados Unidos; llamada también, la tercera fuerza de la psicología y cuyo fundamento es el de considerar al ser humano como un individuo en evolución, activo y único.

Mantiene una imagen del hombre, a través de cuatro aspectos: primero la autonomía e interdependencia social, en donde la persona se define como un ser activo, capaz de intervenir en su propio desarrollo y de tomar para sí la responsabilidad acerca de su vida; segundo, la autorrealización que explica la satisfacción de necesidades primarias y plantea, que aunque éstas estén satisfechas se permanece activo y en búsqueda creativa; tercero, la

[83] Sullivan (1953) En: WERNER O´TOOLE Anita Y ROUSLIN W., Sheila. 1996. Op. Cit. p. 72
[84] Ibid. p72

orientación por la meta y el sentido, en donde los seres humanos hacen uso de su capacidad simbólica, eligen valores (culturales y personales) que orientan sus acciones intencionalmente; cuarto, la totalidad que considera al organismo humano (persona) como un todo que se entrama con el todo.

El seguidor de esta corriente humanística Bugental J.F. (1964)[85], describe a la persona como un individuo que supera a la suma de sus partes, inmerso en un contexto interhumano, con capacidad de darse cuenta (ser consciente) de las cosas y de poder elegir y decidir. Ante esta descripción, la psicología humanista adopta como uno de sus postulados a la persona como centro y como ser holístico.

La raíz filosófica que orienta la comprensión del aporte de este movimiento, radica en el humanismo clásico, el existencialismo (Kierkegaard 1943)[86], y la fenomenología (Husser 1913[87], Heidegger 1927[88]), quienes centraban sus estudios en la experiencia subjetiva del individuo.
Bajo la perspectiva fenomenología, vista por Edmund Husserl (1913)[89], el mundo se percibe como la experiencia vivida, en éste no es posible la objetividad. El mundo es un signo dado por uno mismo, es significado por la propia experiencia. Sustenta que el ser humano es único y poseedor de percepción, es experiencia percibida.

Por otra parte, la fenomenología interpretativa propuesta por Heidegger (1927)[90], se fundamenta en comprender e interpretar al ser humano, basado en sus habilidades, prácticas y experiencias cotidianas y en articular las similitudes y las diferencias en los significados y compromisos. Establece, que los seres humanos tienen un mundo dado por la cultura y el lenguaje que hace posible las relaciones y el entendimiento de nosotros mismos y de los demás.

En general Heidegger[91], describe que las cosas se hacen visibles por medio de los significados, el entendimiento y la interpretación y que el lenguaje es la articulación primaria de este entendimiento situacional. Sin el lenguaje el hombre no podría ser comprendido ni comprender. Por lo tanto, el que habla y

---

[85] SÁNCHEZ, B., Ándres. Psicoterapia humanística: un modelo integrativo. Online. http://www.galeon.com/pcazau/artpsi_huma.htm. (consulta el 18 de mayo de 2005)
[86] KIERKEGAARD 1943 En: GEYMONAT, Ludovico, Historia de la filosofía y la ciencia. 3ra edición. Barcelona, España.. HUROPE 1998 p. 505 - 507
[87] HUSSERL 1913 En: MORSE, Janice, Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Traducido en Colombia, Colección Contus. Editorial de Antioquia, Colombia 1994. p.141 - 142
[88] HEIDEGGER (1927) En: CASTILLO E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. En: Investigación y Educación. Vol. XVIII, No 21, (marzo 2000).
[89] HUSSERL 1913 En: MORSE, Janice, 1994. Op. Cit. p.141 - 142
[90] HEIDEGGER 1927 En: CASTILLO E.
[91] HEIDEGGER 1927 En: MORSE, Janice, 1994. Op. Cit. p.144

el que escucha deben compartir el lenguaje y el tema de su discurso, para poder interpretar las historias y experiencias de los demás.

Por otra parte, la corriente existencialista, a través del filósofo Soren Kierkegaard [92,93], aporta elementos importantes sobre la esencia del hombre, afirmando que lo primero en la existencia es él mismo y su libertad, lo contempla en su soledad y lo cuestiona sobre su ser y razón de ser. El existencialismo plantea que lo característico de lo humano es la "experiencia personal", en donde el hombre debe afrontar sus angustias ante la muerte, hacerse responsable, afrontar las circunstancias, enfrentarse a la soledad y buscar el sentido de su vida; mediante la adquisición de fortaleza.

Otra figura importante que se destaca dentro de esta corriente es la de M. Buber (1970)[94], cuyos postulados tienen una gran relevancia dentro de las relaciones interpersonales. Sustenta, que el ser humano en el mundo con el otro, tiene una relación de Yo-Tú (encuentro) que es dual porque posee una actitud orientadora (Yo – Ello) que necesita seguridad; y porque posee una actitud realizadora (Yo – Tu), que tiene que ver con el crecimiento, la creatividad y el riesgo. Sostiene además, que el camino no está en el individualismo ni en el colectivismo, sino en la integración del encuentro.

Para enfermería, los postulados de Buber (1965)[95], ejercen una gran influencia en el cuidado de relación interpersonal; ya que fundamenta el cuidado en sentimientos dirigidos al otro, razón por lo cual, se visualiza como un diálogo, sin reserva, que puede ser hablado o silencioso, y que demanda una habilidad para estar abierto y exigir a la otra persona; es decir, una relación dada en un ambiente de mutualidad y reciprocidad.

En resumen, la corriente humanista permite comprender que como enfermeras es importante tomar en cuenta dentro de las relaciones interpersonales que el ser humano es una persona abierta al tú y a la trascendencia; que es único con experiencias sujetivas, libre y capaz de tomar decisiones.

---

[92] KIERKEGAARD 1943 En: GEYMONAT, Ludovico, 1998 Op. Cit. p. 505 - 507
[93] KIERKEGAARD 1943 En: KIM, H. S., y KOLLAK I., Nursing theories: conceptual and philosophical foundations. 2nd edition. U.S.A: Copyright by springer publishing company, 2006 p.147
[94] MARTÍN Buber 1970, En: SÁNCHEZ A. Op. Cit., (consulta el 18 de mayo de 2005)
[95] BUBER (1965) En: CHINN P. Antología del Cuidado. USA: Copyright, 1991. p.4

3.2 CORRIENTES SOCIOLÓGICAS QUE HAN APORTADO A LA RELACIÓN INTERPERSONAL

En la psicología social, la interacción es dada desde la perspectiva de la comunicación. Estos fenómenos de comunicación designan los intercambios de lenguajes entre individuos y grupos, los cuales son empleados para transmitir una información determinada e influir sobre los demás. En este sentido, el psicólogo social Med George (1934)[96] plantea que el enfoque de la interacción se sitúa en acciones que realizan los compañeros, a través de símbolos que tienen el mismo significado para ambos. Estos planteamientos tienen una fuerte influencia en la psicología social y la sociología.

Los fundadores de la Psicología Social, Skinner, Lewin, Mead y Freud dan origen a sus cuatro corrientes teóricas: el enfoque conductista, la teoría de campo, el interaccionismo simbólico y el enfoque psicoanalítico respectivamente.

En el enfoque conductista, el hombre deja de ser un reactor o individuo que reacciona ante el ambiente en función de instintos incontrolables y se convierte en un intérprete de su medio y de sus relaciones con los demás. Sostiene, que la relación entre los seres humanos se construye, conjuntamente, durante la interacción a la que se añade el elemento simbólico, pues se da una conversación de gestos y de lenguajes que poseen símbolos significantes.

Según el enfoque de la teoría de campo, se coloca al hombre como un ser que se encuentra, permanentemente, inmerso en un “campo de fuerzas”, donde el entorno y el contexto social pasa a ser determinante, para evaluar el modo de actuación del individuo. Estas fuerzas, no son más que fuerzas psicológicas (estado de constante tensión), las cuales están relacionadas con las expectativas, las necesidades y; sobre todo, con la percepción que tiene cada individuo de la realidad en la que se encuentra.

Desde el interaccionismo simbólico, la conducta humana es vista como un proceso de construcción activa donde el hombre da sentido a su medio social y físico. Es decir, que sobre esta conducta influyen estímulos, que son mediatizados por el contexto de significados simbólicos que surgen de la propia interacción entre individuos dentro de una sociedad.

[96] MED, George (1934)[96] En: KIM, H. Suzie, KOLLAK I, 2006 Op. Cit. p. 55

En este sentido, el interaccionista Blumer (1969)[97] destaca tres premisas básicas que definen las orientaciones interaccionistas; la *dimensión fenomenológica,* en donde los seres humanos actúan en función del significado que los objetos tienen para ellos; la *interacción social,* como el medio en el que se construyen los significados de los objetos y un *carácter activo del ser humano*, en donde el individuo estructura la realidad dependiendo de una serie de factores subjetivos, encargándose él mismo de seleccionar, reagrupar, y transformar los significados para orientarlos hacia su propia acción.

Por otro lado, a través de la corriente del psicoanálisis se puede dar cuenta también de lo social, siendo su principal precursor Sidmund Freud[98], quien describe e intenta explicar (interpretar) la conducta del individuo en el grupo, tomando a este como un medio de cambio para el sujeto individual y no como un objeto específico de estudio en sí mismo. Este autor se interesó por la función de las masas sociales, partiendo de la hipótesis de que el individuo se comporta de forma distinta en presencia de otros.

Freud[99], habla de dos vertientes del lenguaje: la cadena asociativa llamada *los usos lingüísticos* y la inercia llamada *el lenguaje fundamental*. Los usos lingüísticos son asociaciones entre palabras y el lenguaje fundamental son articulaciones entre significantes y cosas; pues son representantes de la percepción.

El conocimiento de estas bases sociológicas para el cuidado de relación interpersonal permite a la enfermera desempeñar su rol profesional para crear una relación eficaz y satisfactoria con el paciente; lo cual proporciona herramientas estratégicas para actuar recíproca y sistemáticamente, con el paciente, dentro de un contexto social.

Los planteamientos filosóficos de la psicología humanística y sociológica, reconocen la importancia del ser humano en la sociedad, y bajo esta perspectiva, se sustentan algunas teóricas de enfermería con enfoques humanistas y de interacción como es la de Orlando[100], King[101], Peplau[102], Peterson[103] y Watson[104] entre otras. Ellas buscan integrar valores humanistas

---

[97] BLUMER (1969) En: FASCE, Eduardo, Psicología social. Monografía. Online http://www.monografias.com (Consulta, 18 de mayo de 2005)

[98] Freud S. En: DELGADO Juan Manuel, GUTIÉRREZ Juan. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. 3ra edición. España: Síntesis S.A. 1999 p. 324-325

[99] Ibid. p. 483

[100] ORLANDO, Jean 1972 En: PARKER Marilyn, 2001 Op. Cit. p. 126

[101] KING I 1981 En: MARRINER Ann, 2003 Op. Cit. p.342

[102] PEPLAU, Hildegar. Peplau´s Theory of interpersonal Relations. En: Nursing Science Quarterly. U.S.A. Vol. 10 No. 4 (1997); p. 162

[103] PETERSON Sandra 2004; Op. Cit. p. 208

en la relación enfermera - paciente para percibir mejor el encuentro de la relación y permitir el crecimiento personal, mediante la actitud abierta de comprensión y sinceridad; de modo que proporcionan las condiciones necesarias para lograr un clima de ayuda.

3.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA: ESCUELA DE INTERACCIÓN

Los modelos conceptuales y las teorías de enfermería, permiten estudiar los fenómenos basados en los conceptos centrales de la disciplina: persona, enfermería, salud y entorno; prestando más importancia a uno u otro concepto, según las corrientes de pensamiento (integración y transformación), se pueden derivar las relaciones de conceptos. De aquí, que Meleiss (1997) establece tres corrientes de pensamiento:

- *"Escuela de Necesidades:* responden a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Basan sus modelos en necesidades humanas (Maslow) y de desarrollo (Erickson), y sus representantes son Virginia Henderson, y Dorothea Orem.

- *Escuela de Objetivos:* Responden al ¿Por qué? Se basan en teorías de sistemas, adaptación y desarrollo. Conceptualizan la meta de enfermería, en la restauración del equilibrio y la estabilidad de la persona, la preservación de la energía o el incremento de la armonía entre el individuo y el entorno. Sus representantes son M. Roger, C. Roy.

- *Escuela de interacción:* responden a la pregunta ¿cómo hacen las enfermeras aquello que hacen?. Se basan en las teorías del interaccionismo, humanismo, existencialismo y en las necesidades básicas. Sus representantes son: H Peplau, I. Orlando, I. King"[105].

El concepto de relaciones interpersonales de enfermera - paciente parte de los modelos desarrollados, principalmente, en enfermería psiquiátrica. Se basa en la naturaleza de la interacción enfermera - paciente, en los cuidados de enfermería y se inspira en el interaccionismo simbólico en gran medida ligado

---

[104] WATSON, Jean. Nursing Human Science and Human care New York: National League for Nursing Press. 1988 p. 27-30. Adaptación y traducción: Beatriz Sánchez. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia

[105] MELEIS, A. Theoretical nursing: development and progress. 3ra edition. U.S.A: Philadelphia: Lippincott. 1997 P. 185 - 193

al lenguaje verbal y al sentido otorgado a cada suceso del sanar o enfermar, como se ha mencionado anteriormente.

Esta interacción basa la atención de enfermería en las necesidades de relaciones humanas, cuyo centro de interés son los procesos de interacción entre los conceptos metaparadigmáticos: enfermera y persona, con esta corriente de pensamiento, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda, en donde, algunas teóricas y modelos que enuncian diferentes tipos de postulados con respecto a este proceso interpersonal y que se describen a continuación.

Hildegard Peplau (1950)[106], crea su teoría de relaciones interpersonales y la enfermería psicodinámica, apoyada en ideas de las ciencias conductuales. La fenomenología existencial, fue su fundamento filosófico según plantea Gastmans[107], debido a la importancia que Peplau da a la observación del paciente como una actividad esencial en la práctica. Observación que se compone de tres elementos: enfermera, paciente y relaciones, cuya unión constituye el centro de las actividades de enfermería; enfatizadas en los asuntos subjetivos de los enfermos y no en enfermedad o lesión, solamente.

Este enfoque teórico le da un carácter interpretativo humano, que busca el significado en las actividades que surgen del cuidado, por lo que autores como Fawcett 2005[108], la ubica en la visión del mundo de reciprocidad – interacción, el cual también contiene elementos de la visión de totalidad, según refiere Forchuk 1991[109].

Describe a la enfermería, como un proceso de interacción terapéutica, realizada entre dos personas que tienen un objetivo común, involucrando respeto, desarrollo y aprendizaje entre ambos. Igualmente, señala, que la enfermera en este proceso debe tener la capacidad de entender su propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Propone, que el aprendizaje de cada paciente cuando recibe cuidados de enfermería, es sustancialmente distinto según el tipo de persona que sea la enfermera. De aquí, que la enfermera debe estimular el desarrollo de su personalidad hacia la madurez; de manera que pueda emplear principios y

---

[106] PEPLAU H. (1950) En:, WERNER O´TOOLE Anita Op. Cit p. 5-24
[107] GASTMANS 1998 En. PETERSON S. Op. Cit p. 208
[108] FAWCETT 2005 Op. Cit. p..531
[109] FORCHUK 1991 En: FAWCETT Ibid p. 531

métodos que la guíen hacia la resolución de los problemas del paciente en un evento de salud; de modo que alcance comprensiones y conductas de cambio.

Describe a la enfermera como una fuerza educativa madura, que utiliza el método de aprendizaje, mediante experiencias; tanto para el paciente como para ella. Por lo tanto, reconoce a la enfermera como un profesional, una persona con habilidad en la base del conocimiento que distingue la naturaleza del fenómeno y realiza intervenciones fiables.

En relación con el cuidado de enfermería, lo ve como un encuentro de relación interpersonal entre la enfermera y el paciente. Considera esta relación como el primer contacto humano; el cual puede usarse como una intervención científica para promover el crecimiento. Además, cuando en esta relación se utiliza un método como el de la comunicación, la convierte en un enlace de interacción entre ambos; por lo tanto, es fundamental que la enfermera conozca sobre las condiciones que posibilitan una buena comunicación interpersonal.

Por otra parte, Peplau[110], define al paciente como "un ser humano, que merece consideraciones humanas: respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y cuidado ético". Describe la función de la personalidad del individuo como un desarrollo y crecimiento. Es aquí, donde las acciones de la enfermera facilitarían el apoyo a ese desarrollo y crecimiento, en el momento en que las necesidades de este ser humano lo requieran.

En resumidas cuentas, se puede decir que esta autora enfatiza que la enfermera, para proporcionar cuidados eficaces, debe poseer determinadas habilidades y características tales como: observación, capacidad para madurar y desarrollarse, neutralidad emocional, comunicación, aceptación incondicional, capacidad para clarificar sus valores, autenticidad, y autoconocimiento; el cual requieren madurez, capacidad de análisis y autoanálisis.

Ida Jean Orlando (1960) [111] en su teoría del proceso enfermero, se basa en el cuidado de enfermería, como una interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda. Su enfoque central es identificar y clarificar el proceso interpersonal de la enfermera - paciente, durante la situación de salud o enfermedad, en donde la comunicación verbal (quejas, solicitudes, demandas, o negociaciones) y no verbal (manifestaciones fisiológicas: frecuencia cardiaca, actividad motora) con el paciente, es fundamental para comprender sus necesidades y proveer así, un cuidado de enfermería efectivo.

---

[110] Ibid p.630
[111] MELEIS, Afaf. 1985

Forchuck y Sellers [112], observaron que algunas de las demandas filosóficas en las que la teoría original de Orlando se basa son de tipo mecanicista, determinista, en donde el comportamiento humano es percibido en un marco de estímulo - respuesta y un sistema cerrado con intención de reducir el estrés y mantener la comodidad. Sin embargo, Orlando en su redefinición de la teoría en 1990[113], separa los conceptos de conducta, percepción, pensamiento y sentimientos, conceptos que son reflejados en la visión de totalidad. Orlando; además, señala que cada persona es única, que posee su propio significado de la situación; razones éstas, que hacen que se ubique la teoría en la visión de interacción - integración o reciprocidad[114], basándose en el planteamiento de dinamismo que posee la relación - interpersonal.
Este comportamiento del paciente afecta a la enfermera, quien devuelve este comportamiento al paciente, dándole a la relación enfermera - paciente, dentro de esta teoría, un enfoque dinámico. La reacción de la enfermera está dada por tres elementos que se dan de manera casi simultánea: percepción (sentidos), reflexión y sentimiento, de aquí que la identificación de cada uno de ellos, por parte de la enfermera, le permitirá proporcionar esa ayuda que el paciente requiere.

Este planteamiento es congruente con lo propuesto por Peplau, en relación con a la importancia de la comunicación y la importancia de la enfermera como instrumento dentro de esta relación, para proporcionar al paciente la oportunidad de ampliar sus capacidades. La comunicación verbal y no verbal, presenta la oportunidad para establecer la necesidad de ayuda en la relación enfermera - paciente.

Imogene King [115] en su teoría de “Consecución de Objetivos” (1980) y su “Sistema Conceptual (1990)”, plantea el cuidado de enfermería como la relación enfermera - paciente en donde se da como un proceso de interacción, acción y reacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno, el cual conduce a transformaciones y a conseguir objetivos dirigidos a un estado funcional de salud.

La base de la teoría se orienta hacia la teoría general de sistema, la cual coincide con la orientación filosófica de enfermería. Su enfoque teórico y sus investigaciones, se centran en el proceso de interacción y en el logro de metas congruentes con una aproximación al interaccionismo simbólico; ya que se busca, a través de la interacción de símbolos o la interpretación, averiguar el significado que cada persona atribuye a la acción.

---

[112] FORCHUCK (1991), SELLERS (1991) En: FAWCETT 2005 Op. Cit. p. 508
[113] Ibid p. 508
[114] Ibid p.509
[115] KING I. (1990) En: FONTANALS Op. Cit p. 67 – 71.

King (1990)[116] refiere que existe una precisión perceptiva (coherencia de roles de desempeño y actividad) en la interacción enfermera - paciente, que origina transacciones (promoción de un crecimiento y desarrollo); y éstas, a su vez, le permiten a la enfermera lograr los objetivos, manifestados, a través de la satisfacción del paciente, que no es más que indicadores de una eficaz asistencia de enfermería.

Para King (1981)[117], los pacientes son seres humanos que tienen derecho a recibir información, a participar en decisiones que influyan en su vida, su salud y a aceptar o rechazar el cuidado. Por lo que, es responsabilidad de los miembros de salud informar al individuo sobre todos los aspectos de cuidado de salud y ayudarlos a tomar esas decisiones.
El marco conceptual, propuesto por King, está representado por un sistema personal, interpersonal y social como dominio de la enfermera. El sistema personal está representado por la enfermera o el paciente, quien se desarrolla a través de sus conceptos:

"Imagen corporal	Se relaciona con la percepción del propio cuerpo y de la reacción de los demás a esta apariencia.
Percepción	Permite la interpretación y transformación de la información de la imagen de la realidad.
Crecimiento y desarrollo	Implica los cambios fisiológicos y conductuales individual de cada paciente o de cada enfermera.
Espacio personal	Se relaciona con el espacio que existe a tal grado que es percibido por cada persona, siendo único e individual, y que está influido por la necesidades, experiencias pasadas y la cultura.
Tiempo	Implica la duración de ocurrencia entre uno y el otro momento en que ocurre el evento.
Sí mismo	Constituye los pensamientos, sentimientos, ideas, actitudes, valores y compromiso de una persona.
Aprendizaje	Se refiere a un proceso de percepción sensorial, manifestado por cambios de conducta" [118].

[116] KING 1996 En: MELEIS, A. 2005 Op. Cit p. 334
[117] KING 1981 En: Ibid p. 334
[118] KING I. 1990, En: FAWCETT 2005 Op. Cit p. 95 - 96

En el sistema interpersonal, King establece la interacción entre dos o más personas, a través de la comprensión de los conceptos de:

"Comunicación	Permite el intercambio de información directamente entre ambas personas.
Interacción	Comprende la comunicación y percepción ente ambas personas, tomando en cuenta su medio ambiente para dirigir las metas.
Estrés	Implica equilibrio entre el crecimiento, desarrollo y desempeño de los actores para regular y controlar los estresores dentro de la relación.
Rol	Son conductas esperadas dentro de una relación específica en la que se establecen los derechos y obligaciones para alcanzar un objetivo.
Transacción	Involucra el logro de objetivos y que son evaluados a través de la conducta humana" [119]

Esta teórica establece que la relación es como un aprendizaje [120] (proceso sensorial que involucra diversas experiencias, donde los cambios relacionados con la habilidad, los hábitos y los valores pueden evaluarse a través de manifestaciones conductuales), cuyo objetivo es hacer frente a un problema de salud inmediato, de buscar conjuntamente las soluciones y encontrar la manera de adaptarse a la situación. En este sentido, coincide con Peplau cuando ambas manifiestan la importancia del elemento educación y aprendizaje en este proceso, como fuente de transformación; de igual forma, Peplau[121] refiere que la enfermera produce una transformación en la interacción enfermera - paciente dentro de un evento de aprendizaje y que esta transformación es producto del conocimiento de la enfermera.

Por otra parte, Joyce Travelbee (1963)[122], en su modelo de relación de persona a persona, basa sus formulaciones teóricas en la filosofía existencialista. Considera el cuidado de enfermería como un proceso interpersonal, porque es una experiencia que se produce entre ambos (enfermera paciente / familia / comunidad) en donde la enfermera se convierte en un instrumento terapéutico dentro de la relación.

Refiere que la percepción del paciente hacia la enfermera influye en la calidad y la cantidad de cuidado de enfermería que se le ofrece; por lo que, este cuidado debe ser reforzado con la empatía, simpatía y la compenetración[123].

---

[119] KING En: MACEWEN, Melanie, WILLS, Evelyn M.. Theoretical basis for nursing. 2nd edition. U.S.A. Lippincott Williams & Wilkins. 2007 p.179
[120] KING 1986 En FAWCETT J. 2005 O.p Cit. p.97
[121] PELPAU 1997) En: FAWCETT J. 2005 O.p Cit. p. 531
[122] TRAVELBEE, Joyce 1963 En: MARRINER 2003 Op. Cit. p. 421
[123] Ibid p. 423

Con este planteamiento, es claramente observado que Travelbee empezó a introducir atributos que hoy son resaltados como parte del cuidado de enfermería.

El rol de la enfermera y el paciente debe trascender para establecer la relación persona a persona; de manera, que la enfermera pueda cumplir con su objetivo, el de ayudar al paciente, la familia o a la comunidad, a prevenir o afrontar la experiencia que resulta de su enfermedad o a encontrar un significado a estas experiencias[124].

Sin embargo, para que la enfermera establezca esta relación, es importante que posea conocimientos, habilidades y que establezca un proceso de comunicación, que la capacita para percibir, responder y apreciar la unicidad del ser humano como elementos importantes en esta relación persona a persona.

El modelo de Travelbee, incluye algunas similitudes con el modelo propuesto por Ida Orlando, ya que ambas teóricas afirman que la enfermera y el paciente interactúan uno con el otro, en una relación de ayuda, y que a su vez, coincide con Peplau en que la enfermera es un instrumento terapéutico.
Cabe destacar, el aporte de Joan Riehl – Sisca[125], al proceso de interacción con su modelo de interacción. Apoyada en sus conocimientos de psicología social, específicamente del interaccionismo simbólico, el cual aplicándolo al campo de la enfermería, plantea que el cuidado de enfermería radica en la importancia de la comunicación verbal y no verbal en las relaciones humanas, y que mediante esta comunicación el paciente aprende significados y valores que le facilitan aprender su conducta.

Riehl[126], influida por los conceptos de Med (1934) de Yo o concepto de sí mismo y sobre su concepto de inversión de roles, explica que una persona es capaz de introducirse dentro de los problemas de la otra persona, asumiendo el papel de esa otra persona, para anticiparse a su actuación y de esta manera idear planes de acción para ayudarla a alcanzar sus objetivos[127].

Desde el punto de vista de la comunicación, esta teórica presenta planteamientos congruentes con los presentados por I. Orlando, sobre la

---

[124] TRAVELBEE, Joyce, En MELEIS, A. 2005 Op. Cit p. 361 362
[125] RIEHL – Sisca 1980 En: MARRINER T,. Ann.. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Mosby/ Doyma, .p.367 – 370
[126] Ibid 369
[127] Ibid 369

comunicación verbal y no verbal como elemento relevante en la interacción enfermera - paciente.

Entre otras teóricas, que ven el cuidado de enfermería como interacción enfermera - paciente se encuentra Mayra Levine (1973, 1990)[128], quien en su modelo de conservación, describe a la enfermería como una interacción humana, para promover la totalidad de una persona dependiente y ayudarla a adaptarse a su estado de salud. Para ello, se requiere que la enfermera posea habilidad, conocimientos científicos, y compasión cuando interactúa con el paciente, que le permitan proporcionar acciones medidas, a través del mantenimiento integral del paciente y resolver así su problema de salud.

Después de esta revisión sobre los diferentes planteamientos teóricos de relación interpersonal, se puede evidenciar que el ser humano es único por lo que la relación interpersonal; de igual manera, es única. Que la relación enfermera - paciente es una relación recíproca e interactiva, cuyo elemento principal es la comunicación; ya que a través de ella se transmiten sentimientos, pensamientos y expresiones que son orientados de acuerdo con la habilidad y el conocimiento de la enfermera, quien es considerada un instrumento esencial dentro de esta relación, proporcionando estrategias para transformar y concienciar al paciente a enfrentar su experiencia de salud y enfermedad (Fig. 4).

Figura 4. Resumen de los modelos y teorías de relación interpersonal.

TEÓRICA	ASPECTOS RELEVANTES EN LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE
Hidelgard Peplau Teoría de relación interpersonal (1952)	El ser humano, merece consideraciones humanas: respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y cuidado ético. El aprendizaje que cada paciente recibe es distinto. La relación enfermera - paciente es productiva, cuando se utiliza un método de comunicación. Reconoce a la enfermera como una fuerza educativa madura, que utiliza el método de aprendizaje.
Ida Orlando *Teoría del proceso enfermero* (1960)	Se centra en las expresiones verbales y no verbales con que el paciente manifiesta sus necesidades. Considera a la enfermera, una herramienta para ayudar a los pacientes.
Imogene King *Teoría de consecución de objetivos" (1980)* *Sistema conceptual*	Describe a la enfermera como una fuerza educativa madura, que utiliza el método de aprendizaje. EL Proceso de interacción es una acción y reacción recíproca entre la

[128] LEVINE 1973, 1990 En: MACEWEN, Melanie, Op. Cit. p. 164

(1990)"	enfermera, la persona y el entorno, el cual conduce a transformaciones. Los pacientes tienen derecho a recibir información, a participar en decisiones que influyan en su vida, su salud y a aceptar o rechazar el cuidado. En el sistema personal (enfermera o paciente), es necesario comprender los conceptos: imagen corporal, crecimiento y desarrollo, percepción, personalidad propia, espacio y tiempo para interpretar a los seres humanos como persona. En el sistema interpersonal (interacción de dos o más personas), se requiere la comprensión de: la comunicación, la interacción, el estrés, el rol y la transacción.
Joyce Travelbee *Modelo de relación de persona a persona (1963)*	La percepción del paciente por parte de la enfermera influye en la calidad y la cantidad de cuidado de enfermería. Los roles de la enfermera y el paciente debe trascenderse para establecer una cierta relación persona a persona. La enfermera debe ayudar a las personas a encontrar significados en la experiencia de la enfermedad y sufrimiento.
Joan Riehl – Sisca *Modelo de Interaccion (1980)*	Plantea la importancia de la comunicación verbal y no verbal en las relaciones humanas, en donde, se aprenden significados y valores que le facilitan el aprendizaje de la conducta. Explica que una persona es capaz de introducirse dentro de los problemas de otras, asumiendo el papel de esa otra y planifica su acción para ayudarlo a alcanzar sus objetivos.
Mayra Levine *Modelo de conservación (1973 – 1990)*	La enfermería es como una interacción humana, que promueve la totalidad de una persona para ayudarla a adaptarse a su estado de salud. La enfermera debe poseer habilidades, conocimientos científicos, y compasión para resolver problemas de salud.

3.4 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

El concepto de cuidado se ha establecido según la literatura, desde el campo de la filosofía, la psicología existencial y humanística. De aquí que, el filósofo y psicólogo americano Milton Mayeroff, en su libro llamado "Human Care" publicado en 1971, plantea la experiencia del cuidado del ser humano y considera, que la característica fundamental del cuidado, es el origen de la vida, y la dignidad de la misma, que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar.

Mayeroff[129]., conceptualiza al cuidado humano, como ayudar a alguien a crecer, (cualquiera que sea ese alguien, ya sea una persona, una idea o un ideal), hacia la autorrealización (autocrecimiento). Se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, y promueve la realización del que da cuidado

El significado de la palabra cuidado para el autor, representa cualidades humanas como: compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros. Significa ser capaz de sentir desde adentro, lo que la otra persona siente y determina lo que requiere para crecer. Basado en estos planteamientos, Mayeroff identificó ocho elementos críticos del cuidado que son:

"Conocimiento	Se refiere a conocer a la otra persona, sus necesidades, fortalezas y debilidades que le permitan su crecimiento o autorrealización.
Ritmo alternante	Involucra cuidar con las experiencias pasadas y si éstas no han sido competentes sugiere mejorarlas.
Paciencia	Comprende tener tiempo para uno mismo y para los demás y tener tolerancia a ciertas confusiones e incertidumbres.
Honestidad	Implica ver al otro tal como es.
Confianza	Es confiar en que la persona que se cuida va a crecer o autorrealizarse en su propio tiempo y a su propio ritmo
Humildad	Involucra cuidar con las características del otro y de sí mismo
Esperanza	Se refiere a que el otro crecerá o se autorrealizará a través del cuidado.
Valor	Es tener valentía de proporcionar el cuidado del otro sin conocerlo"[130].

Todos estos elementos son comportamientos que sirven como guía a la enfermera para establecer la relación de cuidado con el paciente, pues en enfermería se ha contemplado el cuidado como la piedra angular de la profesión desde el ámbito de ciencia y el ejercicio profesional.

Desde el punto de vista de la disciplina de enfermería, varios autores han trabajado sobre el concepto de cuidado por ejemplo Leininger M. (1988, 1993)[131], quien desde su perspectiva antropológica lo conceptualiza como modos específicos, cognoscitivos y culturalmente aprendidos, para apoyar a otros a recibir servicios personalizados, para mejorar o mantener un estado

[129] MAYEROFF Milton Op. Cit. p. 7-15
[130] Ibid. p. 19 - 35
[131] LEININGER 1988 , 1993 En: FAWCETT, J.2003 Op. Cit. p. 517

saludable para la vida o la muerte. Agrega otros elementos en el cuidado, como: actividades de asistencia y apoyo o de facilitación para un individuo o grupo de individuos con necesidades evidentes o previsibles.
Watson J. (1988)[132], conceptualiza el cuidar como eje central de la práctica de enfermería, que surge a partir de la identificación de los problemas de salud y de las necesidades reales o potenciales de tipo emocional, social y física de los pacientes, familias y grupos.

Benner y Wrubel (1989)[133], acorde con el planteamiento de Leininger señala que el cuidado es una acción, que puede ser interpretada como un elemento fundamental en la práctica de enfermería; pues, se considera un componente importante dentro de la relación enfermera - paciente, donde la empatía de la enfermera juega un papel importante dentro de esta relación.

En este sentido, autores como Morse J. y colaboradores (1991)[134], en su estudio de análisis comparativo sobre la conceptualización y teorías del cuidado destacaron cinco categorías: la de cuidar *como parte de la naturaleza humana*, el cual se describe como algo común e inherente a toda la gente y necesaria para la supervivencia humana; *el cuidar como imperativo Moral* que se relaciona con el mantenimiento de la dignidad y el respeto del paciente como persona; *el cuidar como un sentimiento* que es descrito como emoción y empatía por el paciente que motiva a la enfermera a propiciar cuidado; *el cuidar como relación interpersonal*, que se describe como algo que existe entre dos personas en un ambiente de confianza, respeto y comunicación cada una con la otra, y *cuidar como acción terapéutica*, donde el cuidado está centrado en el paciente, a través de planes y un objetivo que apunta a los objetivos del paciente.

Para Boykin, A. (1993)[135], el cuidado provee el contexto, en el cual la enfermera enmarca una experiencia vivida de cuidado, donde percibe y expresa un patrón simbólico del cuidado de enfermería. Plantea la importancia de que la enfermera se conozca a sí misma, como persona cuidadora en todas las dimensiones, para que pueda compartir la experiencia de enfermería; a medida que es vivida en términos de patrones de significados.

---

[132] WATSON 1988, 1996 En: FAWCETT, J., 2003 Op cit p.659
[133] BENNER , P. Y WRUBEL , J. Op. Cit. 1989 p. 1
[134] MORSE Janice, et al. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. En: Image Journal of Nursing Scholarship. Vol. 23, No 2 (1991) p. 119 - 126
[135] BOYKIN Ann, SCHOENHOFER, Savina. Nursing as caring: a model for transforming practice. USA, Library of Congress Cataloging, in Publication Data. Editora Vozes. 1993

Todos estos planteamientos sobre la conceptualización de cuidado, reflejan las diferentes visiones que cada autor le da al mismo, por una parte tiene una tendencia de interacción recíproca; ya que describen el cuidado como asistencia, acción y apoyo (Leininger, M. 1998, 1993, Benner y Wrubel 1989), mientras que para otros es producto de una interacción y de rasgo humano (Watson, J. 1988, Boykin, A. 1993).

En la teoría del cuidado humanizado propuesta por Watson J. (1999)[136] se plantea que el cuidado humano, puede ser demostrado y practicado, eficazmente sólo de manera interpersonal. Compromiso, que según sus planteamientos debe ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado.

Para esta teórica, cuidar es un *compromiso con*, es un ideal moral, donde su objetivo fundamental es la protección y preservación de las dimensiones humanas como: el respeto a la dignidad humana, la autonomía del paciente y la comprensión de los sentimientos y emociones del que se cuida.

Watson, J.[137], aporta en su teoría tres conceptos principales: los factores asistenciales del cuidado, el momento del cuidado y desarrollo de la relación transpersonal. Cuando se refiere a *los factores asistenciales del cuidado*, los desglosa en diez dimensiones que guían la asistencia de enfermería (Fig.5).

Figura 5 Factores asistenciales del cuidado

Formación de un sistema de valores humanística – altruista: toma en cuenta los pensamientos y sentimientos que la enfermera puede compartir con el paciente, para comprender el verdadero significado de la condición humana.

Infundir fe y esperanza: conducta que reafirma la búsqueda de la salud, la recuperación en caso de la enfermedad y el apoyo en caso de la muerte.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás: Está unida al valor de la autenticidad, significando ser coherente consigo mismo.

Desarrollo de una relación de ayuda y confianza: Es la interrelación con los seres humanos. Implica empatía, afecto y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: Experiencia donde se involucra y se comparten los sentimientos.

[136] WATSON 1999 En: FAWCETT, J., 2005 Op Cit p.556

[137] WATSON, Jean Theory of human caring. En: M.E. Parker (Ed.), Nursing theories and nursing practice. Philadelphia: Davis. (2001) p.343-354

Utilización del método de resolución de problemas para la toma de decisiones; la utilización del proceso de enfermería.

Promoción de la enseñanza aprendizaje: informa al paciente y deriva hacia éste la responsabilidad de su salud y bienestar.

Provisión de un entorno de apoyo de protección: reconoce la influencia de los factores externos (confort, la intimidad, la seguridad) e internos (bienestar mental y espiritual de la persona enferma) en la salud y en la enfermedad de las personas.

Asistencia con satisfacción de las necesidades humanas: se toma en cuenta la teoría de Maslow y la asistencia individualizada.

Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas: requiere autenticidad, competencias y habilidad ontológica y la permanente comprensión de nosotros mismos, y de los demás como base permanente del vivir humano.

Fuente: QUINTERO Belkis. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. En: Ciencia y Sociedad. República Dominicana Vol. XXVI No 1 (enero – marzo 2001) p. 16-21

La Relación transpersonal la describe Watson (1999) [138] como un tipo especial de relación del cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, que involucra proteger, reforzar, y conservar la dignidad de la persona para mantener su armonía interna. En esta relación, la enfermera va más allá de una valoración objetiva, muestra preocupación por la persona.

Mientras que el *momento del cuidado* lo describe como la ocasión o el sitio focal en el espacio y el tiempo, donde la enfermera y la otra persona, se integran para crear juntos el cuidado humano [139], donde se tiene la posibilidad de que ambos entren juntos en una transacción humano a humano. Una experiencia humana que consiste en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, metas, expectativas, consideraciones del medio ambiente y la búsqueda de significados[140].

Medición del cuidado:

La práctica de cuidado que proporciona la enfermera es fundamental para aliviar las respuestas humanas ante situaciones amenazantes o para prevenir

[138] Watson (1999) En: CARA, Chantal, A pragmatic view of Jean Watson´s Caring Theory. InternationalJournal of Human Caring . USA, 2003 Vol. 7 No.3 p. 51 - 61
[139] Ibíd. p. 51 - 61
[140] Ibíd. p. 51 - 61

las mismas. Este comportamiento, de dar y recibir cuidado, denota conductas recíprocas que producen un efecto en la experiencia subjetiva del paciente[141]. Dentro de este marco, Diugman S.(1999)[142], en su estudio sobre la evaluación del efecto de implementación de un modelo de cuidado, sobre la satisfacción del paciente, determinó que el cuidado es un predictor importante de la satisfacción del paciente. De tal manera, que es importante medir el comportamiento de cuidado desde el punto de vista, tanto de la enfermera como la del paciente; ya sea de forma individual, entre ambos, o de manera correlacionada.

De aquí, que el comportamiento de cuidado ha sido ampliamente estudiado por las enfermeras, a través de instrumentos, para tratar de explicar acerca de la percepción del comportamiento de cuidado y para conocer como la enfermera proporciona el cuidado en cada una de sus dimensiones. Por esta razón es importante medir el cuidado a través de instrumentos confiables y válidos, que ayuden a identificar a la enfermería como disciplina y permitan conocer más sobre como los pacientes perciben este acto de cuidar y como la enfermera lo realiza.

En este sentido, para tratar de explicar acerca de la percepción del comportamiento de cuidado, autores como Brown (1981)[143], dividió la conducta del cuidado y sus características en dos dimensiones: *la instrumental y la afectiva.* La dimensión instrumental evalúa el conocimiento del profesional de enfermería, midiendo el confort, la asistencia, la información, protección y apoyo proporcionado. La dimensión afectiva, incluye la sensibilidad del propio paciente y de otros, necesidades de reconocimiento individual, apoyo emocional, promoción de la autonomía, tocar y presencia.

Así surgieron instrumentos pioneros de medición del cuidado como el de Larson Patricia (1984)[144], llamado “The caring Assessment Report evaluation” (Care Q). Este fue el primer instrumento cuantitativo reportado en la literatura de enfermería. Se desarrolló sobre la premisa básica de que los comportamientos de cuidado de las enfermeras, producen un sentimiento en los pacientes de considerarse cuidados. Consistió en la medición de 50 conductas del cuidado de la enfermera, dividida en seis subescalas: la accesibilidad (seis itemes), el prever (cinco itemes) explicación - facilitación (seis itemes), el confort (nueve itemes), la relación de confianza (16 itemes), y el seguimiento por supervisión (ocho itemes).

---

[141] BURNS, Nancy GROVE, Susan K. Investigación en enfermería. 3ra ed.. España: Gráfos S.A. 2004 p. 152

[142] DIUGMAN, Sharon k. Implementing a caring model to improve patient satisfaction. Journal Vol. 29, No 12, December 1999 (30 – 37).

[143] BROWN 1981, En: SNYDER, Mariah, Measuring Intervention Outcomes: Impact of Nurse Characteristics International Journal for Human Caring 2000 p. 38

[144] LARSON 1984 En: WATSON, Jean 2002, Op. Cit. p. 25 - 29

El instrumento de Wolf Z. (1986)[145] llamado “Caring Behaviors Inventory” CBI (inventario de comportamientos de cuidado), fue el segundo instrumento de medición de cuidado reportado en la literatura de enfermería después de la publicación de Larson (1984). Su concepto teórico fue derivado de la literatura de cuidado en general y de la teoría de Watson J. (1988), particularmente de la relación transpersonal. Consta de 42 ítemes, distribuidos en cinco subescalas de cuidado como: el respeto, la confianza en sí mismo, el conectarse, el conocimiento profesional y las habilidades. El instrumento presenta un alfa de Cronbach en la escala total de 0,96 y por subescalas oscila entre 0,81 - 0,92

Cronin y Harrison (1988)[146], desarrollaron un instrumento de medición llamado “Caring Behaviors Assessment Tool”.CBA (cuestionario de comportamientos en la medida del cuidado), basándose en los planteamientos de Watson J. referentes a los factores cuidativos. Consta de 63 conductas de comportamiento de cuidado de enfermería distribuidos en siete subescalas: el humanismo (sensibilidad a la fe y esperanza), la ayuda (confianza), las expresiones positivas / negativas, la enseñanza / aprendizaje, el soporte (protección/corrección), las necesidades humanas (asistencia) y lo existencial / fenomenológica.

El instrumento presenta un índice de validez de contenido (IVC) confirmado por cuatro expertos y una alfa de Cronbach de la escala total de 0,93 y por subescalas oscila entre 0,66 - 0,90.

Larson P. y Ferketich (1993)[147], desarrollaron un instrumento de medición de satisfacción del paciente sobre el cuidado de enfermería llamado originalmente “Care Satisfaction Questionaire” (CARE/SAT). El estudio fue desarrollado en cuatro fases basadas en las publicaciones previas de Larson P. sobre el “CARE – Q”, y cuyo fundamento conceptual es que el cuidado son acciones que conllevan cuidado físico y preocupación emocional y promueve un sentido de protección y seguridad. Este consta de 29 itemes, tanto positivos como inversos, dentro de una escala visual análoga. El alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,90. Los autores reportan un Coeficiente de Correlación de Pearson (r= 0,80) entre el CARE/SAT y el Risser Patient Questionnaire (Hinshaw & Arwod, 1982). Esta correlación provee evidencias de la validez de constructo .

---

[145] WOLF, Zane. The Caring concept and nurse identified caring behaviours. En: Clinical Nursing. USA. (July, 1986); p. 84 – 93

[146] CRONIN Y HARRISON 1988 En: SNYDER Op. Cit p. 38

[147] LARSON P. Y FERKETICH 1993, Patients satisfaction with nurses caring during hospitalization. En: Journal of Nursing Research. U.S.A, Vol. 15 No.6 (December 1993); p. 690 – 707.

Otro instrumento de medición del cuidado, fue elaborado por Nkongho, Ngozi (1990)[148], llamado "Caring Ability Inventory, CAI" (instrumento de habilidad del cuidado). Su elaboración fue fundamentada en cuatro supuestos teóricos: a) el cuidado es multidimensional con componentes cognitivos y actitudinal, b) el potencial de cuidado está presente en todos los individuos, c) el cuidado puede ser enseñado y d) el cuidado puede ser cuantificable. Su base conceptual estuvo inspirada por los elementos del cuidado propuesto por Mayeroff (1971). Consta de 37 itemes divididos en tres subescalas llamadas conocimiento (14 itemes), coraje (13 itemes) y paciencia (10 itemes). Estos representan tres de los elementos de cuidado que presenta Mayeroff.

Este instrumento presenta un índice de validez de contenido (IVC) de 0,80 y una alfa de Cronbach por cada subescala de 0,71 – 0,84, los resultados de la prueba de test y retest presentó rangos por subescalas entre 0,64 - 0,80.

Figura 6. Resumen de instrumentos que miden el cuidado, planteados en este marco.

Instrumento	Sustento teórico	Dimensiones	Pruebas Psicométricas
The caring Assessment Report evaluation". Care Q Larson P.(1984) "	El comportamiento de cuidado de la enfermera produce un sentimiento en los pacientes de sentirse cuidados.	Consistió en la medición de 50 conductas del cuidado *Subescalas* • Es Accesible (seis itemes) • Se anticipa (cinco itemes) • Explica y facilita (seis itemes) • Conforta (nueve itemes) • Mantiene relación de confianza (16 itemes) • Monitorea y hace seguimiento (ocho itemes).	
"Caring Behaviors Inventory" CBI (inventario de comportamientos de cuidado). Wolf Z.(1986)	Su concepto teórico fue derivado de la literatura de cuidado en general y de la relación transpersonal de la teoría de Watson J. (1988).	Consta de 42 ítemes, *Subescalas:* • Respeto • Confianza en sí mismo • Conectarse • Conocimiento • Habilidades profesionales	Alfa de Cronbach total : 0,96 Alfa de Cronbach por subescalas: 0,81 – 0,92
"**Caring Behaviors Assessment Tool" (CBA),** (Cuestionario de comportamientos en la medida del	Planteamientos de Watson J. Con respecto a los factores cuidativos.	Consta de 63 conductas de comportamiento de cuidado *Subescalas:* • Humanismo (sensibilidad a la	Alfa de Cronbach total : 0,93 Alfa de

[148] NKONGHO, Ngozi Working out caregiving systems in African American Families En: Nursing Rearch. U.S.A. Vol.9 No 3 (1996) p.108 - 113

cuidado) Cronin y Harrison (1988)		fe y esperanza • Ayuda (confianza) • Expresiones positivas / negativas. • Enseñanza / aprendizaje • Soporte (protección/corrección), Necesidades humanas (asistencia) • Existencial / fenomenológica.	Cronbach por subescalas: 0,66 – 0,90
"Care Satisfaction Questionaire".CARE/SAT. (cuestionario de satisfacción de cuidado) Larson P. y Ferketich (1993)	Basado en la definición de cuidado usada por Larson (1981), el cual ve al cuidado como acciones que conllevan cuidado físico y preocupación emocional y promueve un sentido de protección y seguridad.	Este consta de 29 items tanto positivos como inversos, dentro de una escala visual análoga.	Alfa de Cronbach: 0,94 Coeficiente de correlación de Pearson: *r* = 0,80
"**Caring Ability Inventory. CAI"** (Instrumento de habilidad del cuidado). Nkongho, Ngozi (1990)	Elementos del cuidado propuesto por Mayeroff (1971).	Consta 37 items *Subescala:* • Conocimiento (14 itemes) • Coraje (13 itemes) • Paciencia (10 itemes)	IVC = 0,80 Alfa de Cronbach por subescalas: 0,71 – 0,84 Test y retest: rangos por subescalas = 0,64 - 0,80.

En definitiva, todos estos instrumentos tienen un fin común, el conocer cómo la enfermera proporciona el cuidado de enfermería, en cada una de sus dimensiones. Por lo que, este estudio no es la excepción; ya que, uno de los objetivos es medir el comportamiento de cuidado interpersonal que proporciona la enfermera, utilizando el instrumento de "*Comportamiento de cuidado profesional" forma A,* elaborado por la Doctora Sharon Horner (1989, 1991)[149].

Este instrumento, derivado de las investigaciones de la práctica y de la literatura, fue desarrollado con el objetivo de valorar la percepción de comportamiento de cuidado de las enfermeras y pacientes adultos hospitalizados; basándose, en el cuidado como la actividad, que le permite a la enfermera una característica personal y una herramienta terapéutica en la

[149] HORNER, Sharon 1989, 1991. En; Watson J. . Op. Cit p. 100 -107

interacción enfermera - paciente; donde el comportamiento del cuidado expresado por los pacientes y las enfermeras, es importante; por lo tanto se debe considerar con el fin de mejorarlo. Este instrumento, especifica actitudes verbales y no verbales; en su mayoría, basadas en las relaciones interpersonales.

El instrumento consta de cuatro factores: el "no comprometido", que mide los itemes inversos con relación a las actividades de no cuidado; el de "interacción con la familia/paciente", que refleja las actividades de relación de la enfermera con los pacientes y sus familiares; el de "cortesía", que refleja las actitudes afables y auténticas de la enfermera ante la relación - enfermera paciente y el de "relación", que mide la aplicación de las técnicas utilizadas para mantener una relación efectiva.

La decisión de tomar este instrumento para medir la percepción del paciente es que; además, de las pruebas de validez y confiabilidad que se le han aplicado, el instrumento se sustenta por 28 ítemes, considerada como una cantidad estándar. Estos ítemes, están redactados en forma clara y de fácil lectura, lo que facilita su comprensión. Su lenguaje se comprende desde un contexto promedio de personas, con poca educación hasta personas cultas que reciben cuidado de enfermería, en cualquier escenario donde haya pacientes hospitalizados.

Otra de sus bondades, es el poco tiempo que toma su llenado; aproximadamente 10 minutos, por lo que no fatigará al paciente. El 73% de sus ítemes, están elaborados con frases de relación interpersonal; objetivo del estudio.

Además, este instrumento es congruente con lo señalado en este marco teórico, porque permite cuantificar de un modo instrumental[150], el cuidar, como una relación interpersonal,[151] ya que, sus ítemes incluyen aspectos como.: ambiente de confianza, respeto, comunicación, sentimientos, comprensión, emociones y empatía; acordes con lo presentado en esta investigación.

Dentro de este marco de referencia es importante considerar que los planteamientos teóricos presentados conceptualizan la naturaleza de la

[150] WATSON 1999 En: FAWCETT, J., 2005 Op Cit p.556

[151] MORSE Janice, et. Al. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. En: IMAGE: Journal of Nursing Scholarship. Vol. 23, No 2 (1991) p. 119 – 126

enfermería como un proceso interpersonal, donde, se fomenta el cuidado basado en la relación saludable con los pacientes, relación expresadas a través de la honestidad, sinceridad, respeto, y comprensión. Por lo que, muchas veces una enfermera experimentada proporciona este cuidado, como producto de una interacción con su maduración personal, su contexto laboral, y de aprendizaje continuo y progresivo, evidenciados en acciones favorables tanto para ella como para el paciente.

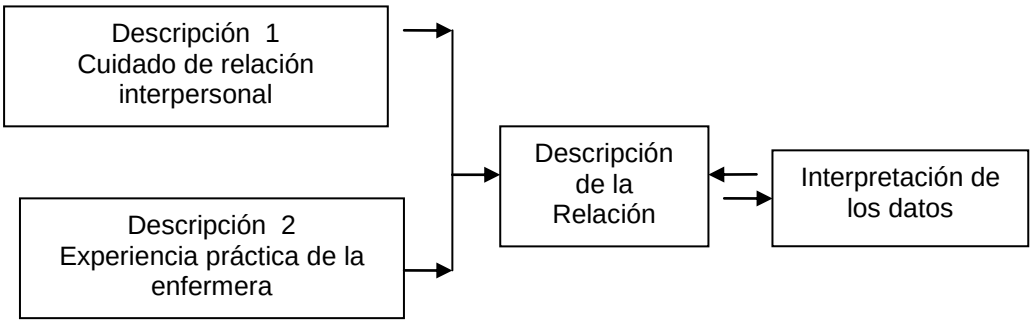
4. MARCO DEL DISEÑO

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

El diseño que se utilizó en este estudio, fue descriptivo correlacional transversal, cuyo propósito, según Burns y Grove (2204)[152] es describir las variables y examinar la relación entre ellas, a través de la toma de datos en un momento determinado. Las variables, a relacionar fueron el cuidado de relación interpersonal percibido por el paciente con la experiencia práctica que posee la enfermera (Fig. 7).

Además, el diseño permitió describir la percepción de los pacientes, en relación con el cuidado que recibieron de las enfermeras y la experiencia clínica de la enfermera al proporcionar cuidado al paciente hospitalizado.

Figura 7. Variables que se relacionarán en el estudio



La variable de cuidado de relación interpersonal se midió a través del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, diligenciado por los pacientes. Este instrumento midió cuatro dimensiones que fueron: no comprometido, interacción familia/paciente, cortesía y relación, que permitió obtener datos acerca de cómo el paciente percibe el cuidado proporcionado por la enfermera. Su descripción se dio, a través de la estadística descriptiva de medidas de tendencia central y de dispersión.

La variable experiencia práctica de la enfermera se midió a través de la utilización del instrumento de observación “indicadores de experticidad”, el cual

[152] BURNS Nancy, GROVE Susan. 2004 p. 226

midió tres dimensiones a saber: aspectos cognitivos, aspecto de comportamiento y comunicación, que al ser aplicado a las enfermeras permitió obtener datos acerca de su experticidad en la aplicación de conocimientos y habilidades dentro de la relación interpersonal, acumulada, progresivamente, dentro de su práctica clínica. Su descripción se dio a través de la estadística descriptiva de medidas de tendencia central y de dispersión.

Para determinar la asociación entre ambas variables, primeramente, hubo que clasificar a las enfermeras en expertas y en no expertas, mediante las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación "indicadores de experticidad" Posteriormente, se determinó si existía diferencia significativa en las puntuaciones dadas por los pacientes, a través del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, entre el grupo de las enfermeras expertas y el grupo de las no expertas. También, se determinó una ecuación que relaciona la puntuación obtenida en ambos instrumentos.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.2.1 POBLACIÓN

Para cumplir con el objetivo del estudio de determinar la asociación entre el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su experiencia práctica, se hizo necesario tomar dos poblaciones. Una, la población de enfermeras cuyo objetivo fue clasificar su grado de experiencia práctica y la otra, la de pacientes cuyo fin era obtener su percepción acerca del cuidado de relación interpersonal proporcionada por la enfermera, sin tomar en consideración su diagnóstico médico.

- **Población de Enfermeras**

Esta población comprendió a todas las enfermeras que laboran en el área de hospitalización, relacionadas con los servicios de medicina y cirugía, ubicados en dos hospitales de tercer nivel de atención, que en este estudio se llamaron No 1 y No 2 y comprendió 413 enfermeras distribuidas como muestra la figura 8.

Figura 8. Distribución de la población de enfermeras según hospital y servicio

Hospitales	*Población de Enfermeras*				*Total*	
	Cirugía		Medicina			
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	**193**	**46,7**	**220**	**53,3**	**413**	**100**
Hospital de tercer nivel de atención No1	62	15,0	108	26,2	170	41,2
Hospital de tercer nvel de atención No 2	131	31,7	112	27,1	243	58,8

Fuente: Departamento de Enfermería del Complejo Hospitalario Metropolitano Doctor Arnulfo Arias Madrid y del Patronato del Hospital Santo Tomás. Septiembre 2005

- **Población de Pacientes**

La población de pacientes utilizadas en este estudio comprendió a todos los pacientes hospitalizados en las salas de medicina y cirugía ubicados en los hospitales de tercer nivel de atención No 1 y No 2 y comprendió un total de 1,033 pacientes entre ambos hospitales, distribuidos como muestra la figura 9.

Figura 9. Distribución de la población de pacientes según hospital y servicio

Hospitales	*Población de Pacientes*				*Total*	
	Cirugía		Medicina			
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	**564**	**54,6**	**465**	**45,4**	**1033**	**100,0**
Hospital de tercer nivel de atención No 1	182	17,6	213	20,6	395	38,2
Hospital de tercer nivel de atención No 2	382	37,0	256	24,8	638	61,8

Fuente: Servicios de Registros Médicos y Estadística de Salud. Patronato del Hospital Santo Tomás. Septiembre de 2005

4.2.2 MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra de las enfermeras se utilizó el método relacionado con la diferencia entre dos medias de muestras independientes referidos por Polit y Hungler (2000)[153], para efecto de este

[153] POLIT Y HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta edición. México: Mc Graw Hill Interamericana, S.A. 2,000 p. 470 - 471

estudio la muestra de las enfermeras corresponde a dos grupos: el grupo de las enfermeras no expertas y el grupo de las enfermeras expertas.

- **Tamaño de muestra de las enfermeras**

Agregado a este cálculo del tamaño muestral, Politt (2,000)[154] refiere que es necesario fijar los valores de significancia del muestreo, identificados por los parámetros alfa y beta; además, estimar la magnitud del efecto de la población (y), el cual representa una estimación de la magnitud de la relación entre las variables de investigación, y cuya ecuación para calcular esta dimensión del efecto es:

$$y = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \qquad [3.1]$$

dónde:

y	=	Dimensión del efecto (estimación de la magnitud de la relación entre variables de investigación
μ_1 - μ_2	=	Diferencia entre las dos medias poblacionales
σ	=	Desviación estándar de la población que posee la característica de interés

Para efectos de esta investigación, se desconocen las medias de las poblaciones y la varianza; ya que hasta el momento no se han encontrado en la literatura estudios que sustenten estos valores; por consiguiente, en el estudio se fundamentará estos valores de acuerdo con lo planteado por Cohen (1977)[155], donde el valor de " y " puede estimarse en 0,20 para efectos pequeños, 0,50 para efectos medianos y 0,80 para efectos grandes. Para los estudios de salud, el rango más frecuente está entre 0,20 y 0,40.

Basados en estos planteamientos, se tomaron en consideración los siguientes datos:

y = 0,40

α = 0,05 (nivel de significancia)

β = 0,80 (poder o potencia estadística)

[154] Ibid p.470
[155] COHEN (1977) En: POLIT Y HUNGLER 2000 Op. Cit p.471

Al aplicar estos datos a la tabla referida por Politt[156], llamada "tamaños muestrales aproximados, para probar diferencia de dos medias", (Anexo A), ***se tiene 98 enfermeras para cada grupo, lo que hace un total de 196.***

Tomando en consideración el 10,0% de pérdidas de la muestra se utilizó la ecuación [3.2][157]:

[3.2]

Ajuste del tamaño muestral = n (1/1-R)
= 196 (1/ 1- 0,10)
= 217 enfermeras

n = No de sujetos sin pérdida
R = Proporción esperada de pérdidas (10%)

Tamaño de la muestra ajustada = 217 enfermeras

Considerando que la población de enfermeras estuvo ubicada en dos hospitales, se calculó el tamaño de la muestra por conglomerados o racimos. Al respecto Martínez B.(2005)[158], refiere que cuando la población se divide en grupos y se toma una muestra, ésta se toma por conglomerado. Con este método, cada grupo sirve como unidad de muestreo, por lo que se espera que la composición interna sea lo más heterogénea posible; de tal forma, que cada conglomerado represente, en lo posible, a la población.

Para realizar el cálculo de la muestra por racimo, se utilizó la ecuación [3.3] presentada por Hernández S. (2003)[159] y que a continuación se detalla:

$$fh = \frac{n}{N} \qquad [3.3]$$

[156] Ibíd. p. 471
[157] FERNÁNDEZ, S. Pita. Investigación: determinación del tamaño muestral. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complexo Hospitalario. A. Coruña. Cátedra de atención primaria Vol. 3 (1996). p. 138-143 (www.tisterra.com. Atención primaria en la red . Actualizado 6/03/2001
[158] MARTÍNEZ B., Ciro. Estadística y Muestreo 12da edición. Bogotá Colombia: Litoperla Impresores Ltda.2005 p. 908
[159] HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación 3ra edición. México: Mc Graw Hill. 2003, p. 308

Dónde:

fh = fracción del estrato y / o racimo
n = tamaño de la muestra
N = tamaño de la población

Reemplazando la ecuación [3.3] se tiene:

$$fh = \frac{217}{413} = 0{,}525$$

El resultado obtenido de la ecuación [3.3] (total de la subpoblación), se reemplazó en la ecuación [3.4], presentada por Hernández S. (2003)

$$Nh \ x \ fh = nh \qquad [3.4]$$

$$170 \ x \ 0{,}525 = 89$$

Lo que quiere decir, que el tamaño de muestra para el hospital de tercer nivel de atención No1 será de 170 (total de la población de enfermeras), por la fracción de racimo, cuyo valor es 0,525, el cual da un total de 89 enfermeras.

Para el hospital de tercer nivel de atención No 2 será 243 (población de enfermeras), por fracción de racimo que sería 0,525, lo que hace un total de 128 enfermeras y cuya distribución se presenta en la figura 10 y 11.

Figura 10. Cantidad de enfermeras que se seleccionarán por hospital

Hospitales	***Total la población de enfermeras Nh x fh= nh***		***Muestra de enfermeras por racimo nh***
	No.	**fh**	
Total	**413**		**217**
Hospital de tercer nivel de atención No 1	170	0,525	89
Hospital de tercer nivel de atención No 2	243	0,525	128

Figura 11. Cantidad de enfermeras que se seleccionarán por servicios

Hospitales	***Población de Enfermeras por servicio fh= 0.525 Nh x fh=nh***		***Total Muestra de enfermeras por servicio nh***	
	Cirugía	Medicina	Cirugía	Medicina
	No	No	No	No
Total	**193**	**220**	**102**	**116**
Hospital de tercer nivel de atención No 1	62	108	33	57
Hospital de tercer nivel de atención No 2	131	112	69	59

Selección de la muestra:

- Se tomó una muestra, a través del método de muestreo aleatorio simple.

- Se identificó a cada una de las enfermeras por un código.

Criterios de Inclusión:

a) *Enfermeras que laboran en los servicios de hospitalización de medicina y cirugía.* Estos servicios manejan la mayor población de pacientes hospitalizados; por lo tanto, la mayor población de enfermeras, lo cual permitirá asegurar la muestra de enfermeras.

b) *Toda enfermera que presta atención directa al paciente*: este criterio permitirá una evaluación fidedigna y verás de la enfermera que lo atiende.

c) *Que sean enfermeras que laboren de planta en el servicio*: se considera que la enfermera conoce el servicio donde labora. y a sus pacientes.

d) *Enfermeras que se encuentren laborando en los turnos de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y de 3:00 p.m. a 11:00 p.m.:* en estos turnos el paciente tiene mayor contacto con la enfermera, mientras que una enfermera que presenta turnos permanente de 11:00 *p.m.* a 7:00 a.m. su relación enfermera - paciente está limitada.

- **Tamaño de muestra de los pacientes**

El tamaño de la muestra de los pacientes que perciben el cuidado de relación interpersonal proporcionado por la enfermera, se determinó en función de la

razón enfermera – paciente; dicha razón refleja las necesidades de atención de enfermería de acuerdo a las demandas de los pacientes; de tal modo, que una buena razón enfermera - paciente se traduce en una población mejor atendida.

Para obtener este tamaño de muestra, se parte del indicador de Atención de Enfermería, que es la cantidad de horas que dedica la enfermera para proporcionar atención al paciente durante las 24 horas del día. La cantidad de pacientes que puede o debe atender una enfermera por turno, proporcionando una buena atención, se traduce en la relación enfermera - paciente.

De acuerdo con Spetz, J. (2004)[160], en los servicios de medicina y cirugía, la razón enfermera - paciente no debe ser mayor que 1:10; es decir, se debe contar cuando menos con una enfermera por cada diez pacientes. Basados en este indicador se realizó la selección de la muestra, como se explica a continuación:

Se cuenta con una población de 1,033 pacientes y una muestra de 217 enfermeras en las dos instituciones consideradas para el estudio y se parte de la ecuación de muestreo [3.5] para una población[161]:

$$n = \frac{\left(\frac{\sigma}{\mu}\right)^2 N}{\left(\frac{\varepsilon}{z}\right)^2 (N-1) + \left(\frac{\sigma}{\mu}\right)^2} \qquad [3.5]$$

Donde

N: tamaño de población de pacientes (1,033)

μ: media de puntuaciones con el instrumento (2,5 puntos)

σ: desviación estándar de las puntuaciones con el instrumento (0,7), asociada con un coeficiente de variación de 0,28, es decir, se considera que el ámbito de la media se cubre, aproximadamente, con tres desviaciones estándar.

ε: error estándar o error de muestreo.

[160] SPETZ, Joanne. (2004) Op. Cit. p.572
[161] TRISTÁN, L. Agustín. Cálculo del tamaño de muestra y establecimiento de criterios y el problema del tamaño de la población, San Luis Potosí México: Instituto de evaluación e ingeniería avanzada, 2003

z: valor de la variable estandarizada para un nivel de significancia dado. Si α = 0,05 en una estimación de dos colas, Z = 1,96.

n: Número de personas en la muestra.

Obsérvese que para cada valor del error estándar o de muestreo, la ecuación [3.5] proporciona un tamaño de muestra n. En este caso, se plantea el problema en forma inversa, atendiendo a que el tamaño de muestra estará definido por la razón enfermera - paciente y, a partir de esta razón, se conduce a un error de muestreo. Se debe entonces resolver la ecuación [3.5] para el error estándar[162], lo cual conduce a:

$$\varepsilon = \left(\frac{\sigma}{\mu}\right) z \sqrt{\frac{N-n}{n(N-1)}} = \left(\frac{\sigma}{\mu}\right) \frac{z}{\sqrt{N-1}} \sqrt{\frac{N}{n} - 1} \qquad [3.6]$$

El error estándar normalizado "e" en función de la desviación estándar es la fracción que e representa respecto a s:

$$e = \varepsilon / \sigma \qquad [3.7]$$

A partir de la expresión [3.6] se puede encontrar el error estándar para diversas relaciones enfermera - paciente (Fig.12).

Figura 12. Error estándar para obtener la muestra de pacientes según relación enfermera - paciente

Relación Enfermera - paciente	Muestra de pacientes	Error estándar ε	Error estándar normalizado e
1:1	217	0,033	0,047
1:2	434	0,020	0,029
1:3	651	0,013	0,019
1:4	868	0,007	0,011
1:4,76	1033	0,000	0,000
1:5	1085	Caso imposible porque n> N	

[162] TRISTÁN, L. Agustín. Cálculo del error de muestreo. Comunicado personal para esta tesis. México, San Luis Potosí: Instituto de evaluación e ingeniería avanzada. Diciembre 2006.

La tabla muestra que la relación enfermera - paciente llega a un límite cuando se deben atender 4,76 pacientes por enfermera, conduciendo a una muestra del mismo tamaño que la población de pacientes (1,033). Para el caso de los centros hospitalarios disponibles, todas las relaciones enfermera - paciente deben ser menores a 1:5. Se observa que, en todos los casos, los errores estándar "ε" son pequeños; menores del 3.3%, en consecuencia, cualquiera de las muestras sugeridas conduce a errores muy pequeños, pero se decidió elegir la muestra correspondiente a la relación enfermera - paciente de 1:2, porque produce un error estándar normalizado "e" cercano al 0,03.

Considerando que el total de la muestra calculada de las enfermeras es de 217, se tendrá un total de 434 pacientes, de los cuales 180 corresponderán al hospital de tercer nivel de atención No1 y 256 serán del hospital de tercer nivel de atención No 2, según muestra la figura13.

Figura 13. Distribución de la muestra de enfermeras y pacientes por hospitales y servicio

Hospitales	Total Muestra de enfermeras por servicio		Población de pacientes por Enfermeras por servicio		Total por hospital Relación 1:2	
	Cirugía	Medicina	Cirugía	Medicina	Enfermeras	Pacientes
Total	**102**	**116**	**204**	**232**	218	436
Hospital de tercer nivel de atención No 1	33	57	66	114	90	180
Hospital de tercer nivel de atención No 2	69	59	138	118	128	256

Selección de la muestra:

- Se tomará una muestra aleatoria simple de dos pacientes por cada enfermera perteneciente a la muestra.

Criterios de inclusión:

- *Pacientes adultos hospitalizados*: esta condición capacita al paciente a ejercer plenamente su facultad de elegir y decidir.

- *Pacientes que no presenten patología que afecte su estado mental, y cognitivo.* De esta manera el paciente estará lúcido y comprenderá las preguntas realizadas, lo que asegura una información fiable y veraz.

- *Pacientes que hayan sido atendidos por la enfermera del servicio*: asegura la familiaridad del paciente con la enfermera y evita confusión en su respuesta.

- Q*ue tengan entre tres a diez días de estar hospitalizados.* Esto evitará sesgo en la respuesta del paciente a consecuencia de una hospitalización corta o muy prolongada.

- *El paciente que evaluó a la enfermera, fue atendido por ella como mínimo tres veces.* A través de este criterio se tiene seguridad de que el paciente identifique claramente a la enfermera que evaluó.

4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Los principios éticos tomados en consideración para este estudio, se fundamentaron en los propuestos por la Legislación Ética Internacional y la Legislación panameña sobre ética médica, que guían la investigación que se desarrolla en seres humanos.

En primer lugar, se tomó en consideración El código de Nuremberg (1947), que establece diez principios éticos que se debe a tomar en cuenta durante la investigación con seres humanos y que a continuación se mencionan:

1. "El consentimiento voluntario del individuo: que permite que la persona tenga la capacidad de decidir voluntariamente a participar de la investigación, que en caso afirmativo se debe explicar la naturaleza, propósito y duración del estudio.

2. La investigación debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad.

3. La investigación debe ser diseñada y basada en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el conocimiento de la historia natural de la enfermedad.

4. La investigación debe ser conducida, de tal manera, que evite sufrimiento y daño innecesario, sea físico o mental.

5. Ninguna investigación debe ser conducida donde haya una razón a "priori" para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable.

6. El grado de riesgo tomado en la investigación, no debe exceder al determinado por la importancia humanitaria del problema que tiende a ser resuelto.

7. Proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

8. El experimento debe ser conducido, únicamente, por personas científicamente calificadas; durante el curso del experimento.

9. El sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a la investigación si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.

10. Durante la investigación, el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento si tiene razones para creer en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso. Que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación" [163].

En segundo lugar, la declaración de la Asamblea Médica Internacional celebrada en Helsinki, Finlandia en 1964 [164], también estableció principios generales de ética sobre la investigación clínica en seres humanos, la experimentación terapéutica y la experimentación no terapéutica.

Siguiendo de cerca estas declaraciones de la Asamblea Médica Internacional, expone que durante la investigación clínica en seres humanos se debe respetar los principios morales y científicos que justifican la investigación en medicina humana, el cual debe ser conducida por personas, científicamente, calificadas

[163] COLEGIO MÉDICO DE PANAMÁ. Código de Ética, Panamá República de Panamá. 2003 p. 33 – 50
[164] Ibid p. 33 - 50

y bajo la supervisión de un médico idóneo, y no puede ser llevada a cabo legítimamente si la importancia del objetivo no está en proporción con el riesgo inherente. Además, establece que antes de realizar una investigación se debe evaluar los riesgos y beneficios previsibles para el sujeto y para los otros y se debe usar una especial prudencia cuando se emprenda una investigación, en la que la personalidad del sujeto pueda ser alterada por los medicamentos o los procedimientos experimentales.

En cuanto a los principios de experimentación terapéutica y no terapéutica esta Asamblea Médica internacional estableció que el médico debe tener la libertad para recurrir a un nuevo método terapéutico, si a su juicio, tal método ofrece la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar los sufrimientos del paciente, y que no debe asociar la investigación en un ser humano con los cuidados asistenciales cuando el objetivo sea adquirir nuevos conocimientos médicos, a menos que dicha investigación pueda ser justificada por su valor terapéutico para el paciente.

Esta Asamblea Médica Internacional, establece en su declaración que la función del médico como investigador, es permanecer como protector de la vida y la salud del sujeto sometido a la experimentación y que debe explicar al sujeto, los motivos y los riesgos para la vida y la salud que con lleva esta investigación. Que la investigación no puede ser realizada sin el consentimiento libre y lúcido del sujeto o del permiso de su representante legal dado en forma escrita, además el sujeto debe encontrarse en un estado físico y legal que lo capacite a tomar decisiones para participar o suspender el estudio en el momento que así lo desee, por otra parte el investigador debe detener el estudio si a su juicio, el continuarlo puede ser peligroso para el sujeto en cuestión.

Por otra parte a nivel de la República de Panamá, a través de Comité Nacional de Bioética en la Investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la salud se establecieron las normas de bioética basados en la Legislación de Ética Internacional (Código de Nuremberg (1947) y Declaración de Helsinki) que rigen la investigación en seres humanos en la República de Panamá.

Tomando en consideración, todos estos principios éticos planteados, se elaboró esta investigación, con el objetivo de minimizar los riesgos éticos a que pudieran estar sometidos los pacientes y enfermeras que colaboraron en la misma. Para ello, se describió a los pacientes y a las enfermeras que participaron, el propósito de la investigación, sus beneficios, su derecho a la confidencialidad y a abandonar el estudio al momento de la aplicación del instrumento de cuidado de comportamiento profesional (en el caso de los

pacientes) y del instrumento de observación (indicadores de experticidad), en el caso de las enfermeras y se le solicitó a los participantes su autorización, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo B), antes de aplicar estos instrumentos.

Durante el estudio y sus resultados, se mantuvo el anonimato de los pacientes y enfermeras que participaron y para ello como investigadora, me abstuve de compartir la información obtenida, sin autorización del paciente o la enfermera participante, y de permitir el acceso a los datos crudos del estudio.

De igual manera al publicar los resultados del estudio, se tomará en cuenta no revelar la identidad del paciente, ni de la enfermera y se evitará que ambos puedan ser identificados por su respuesta.

Una vez elaborado este proyecto de investigación, el mismo, fue sometió a juicio de varios Comités de Ética. En primer lugar, fue evaluado por el Comité de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; que al estudiar el documento, presentó algunas observaciones (Anexo C), las cuales fueron efectuadas.

En segundo lugar, se sometió al Comité de Bioética de los hospitales de tercer nivel de atención No 1 y el hospital de tercer nivel de atención No 2 en los que se realizó la investigación. Estos Comités de Bioética aprobación el proyecto de investigación sin presentar ninguna observación a las consideraciones éticas propuesta para este estudio (Anexo C).

4.4 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.4.1 Observación

Para la recolección de los datos de las enfermeras, se utilizó, la técnica de observación no participante, que permite captar el fenómeno de experticidad de la enfermera en su ambiente natural, espontáneo y proporciona mayor objetividad en los resultados.

La modalidad de observación empleada fue la estructurada o sistemática, la cual permitió conocer la experticidad de la enfermera. Para ello, se utilizó un instrumento de observación, que contenía tres dimensiones que caracterizan este fenómeno tales como: “aspectos cognitivos” en lo que se agruparon

indicadores sobre toma de decisiones, seguridad y confianza al actuar, la segunda dimensión llamada “aspectos de comportamiento” agrupa indicadores de actitudes dentro de una relación con el paciente y la tercera dimensión, llamada “comunicación” que agrupa aspectos de técnicas en la comunicación efectiva.

4.4.2 Otras Técnicas: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional “forma A”, elaborado por la Doctora Sharon Horner

Para el estudio, se utilizó el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, “forma A”, elaborado por la doctora Sharon Horner (1988. 1991)[165]. Este instrumento se aplicó a los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de los hospitales de tercer nivel de atención No1 y No 2, con el objetivo de medir la percepción que ellos tenían sobre el cuidado de relación interpersonal que le proporcionaba la enfermera.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

4.5.1 Instrumento No 1: Cuidado de comportamiento profesional

El instrumento de comportamiento de cuidado profesional, elaborado por la doctora Sharon Horner[166], fue desarrollado con el objetivo de valorar la percepción del comportamiento de cuidado de las enfermeras en pacientes adultos hospitalizados. El marco conceptual fue el cuidado y su contenido se derivó de la teoría sobre cuidado, la literatura y las investigaciones de enfermería, definiéndose éste, desde una base teórica y práctica.

Desde la perspectiva teórica, el cuidado lo describe como un valor fundamental que guía a la enfermera en las decisiones éticas, haciendo y promoviendo las bases para las acciones de enfermería. Por esto, lo identifica como una característica personal y una herramienta terapéutica para la interacción enfermera - paciente.

Desde el punto de vista práctico, lo describe como lo identificable y medible del comportamiento, lo cual ayuda a evitar improvisaciones. Desde el punto de

[165] WATSON, Jean . 2002, Op. Cit.p. 100 - 106
[166] HORNER, Sharon**.** Profesor asociado, the University of Texas at Austin. School of Nursing. 1700 Red River, Austin, 78701 - 1499.

vista de las investigaciones, identifica comportamientos y actividades asociadas con el cuidado de enfermería. Estas investigaciones aportaron puntos de vistas divergentes y convergentes del comportamiento del cuidado, expresados por los pacientes y las enfermeras, que son necesarios tomar en cuenta al definir más exactamente los cuidados.

En este sentido, desarrolló el instrumento tomando en consideración las respuestas de 356 pacientes, a las que se hicieron preguntas abiertas y cerradas, acerca del cuidado que proporciona la enfermera, de las que se extrajeron 56 itemes, los cuales se dividieron en dos formas, la "forma A" y la "forma B", ambos con 28 ítemes, tanto positivos como inversos[167].

El instrumento final utilizó una escala de Likert con cuatro categorías, con un rango de 1 a 4 puntos, que van de un grado de total desacuerdo a uno de total acuerdo. Cuenta con un total de 28 itemes, relacionados con aspectos de percepción del cuidado.

Los factores que presenta este instrumento son cuatro: El primero fue "no comprometido", que incluye todos los itemes inversos y hacen un total de 10 itemes referentes a actividades de no cuidado, el segundo llamado "interacción con la familia/paciente", agrupa siete indicadores que reflejan las actividades de relación de la enfermera con los pacientes y sus familiares; el tercero llamado, "cortesía" contiene cinco ítemes el cual reflejan las actitudes afable y auténtica de la enfermera ante la relación enfermera - paciente; el cuarto llamado "relación", contiene seis itemes y reflejan todas aquellas herramientas necesarias para mantener una relación efectiva (Anexo D).

Los factores de este instrumento son coherentes con el marco de referencia y teórico presentado ya que el cuidado se presenta como una característica personal y una herramienta terapéutica para la interacción enferma - paciente.

- **Validez del instrumento**

La razón de validez de contenido fue realizada, a través de un panel de cuatro enfermeras expertas en el concepto de cuidado a los enfermos. Se evaluó utilizando el formulario y puntuación de la guía de investigación de enfermería

[167] Horner,Sharon En: WATSON, Jean Op. Cit., p. 100 - 106

de Lynn y Horner [168]. Los expertos consideraron acuerdo del 90,0%, es decir, una razón de validez de contendido (RVC) de 0,9. Además, el grupo adicionó tres ítemes y otro ítem fue agregado por Horner, resultando un total de 14 ítemes. Para la validez de criterio, el instrumento fue comparado con el indicador del concepto en la literatura y la teoría.

Para realizar la validez de constructo, se utilizó el método de análisis factorial. Para ello, se utilizó una muestra de 394 enfermeras. La prueba dio como resultado cargas factoriales por ítems entre 0,46 y 0,68. Considerando que cada ítem representa una frase de cuidado, estos resultados revelan una relación aceptable.

El método utilizado para derivar los factores fue el análisis de factor de Componentes Principales (PrC) de eje principal. Este método maximiza la cantidad de varianza, de modo que cada PrC explica más varianzas que cualquier otro tipo de componentes, a este método también se le conoce como análisis Eigen o valor propio[169].

Los cuatro factores producidos por este método fueron: el primero, llamado “no comprometido”, incluye todos los ítemes inversos y presentó un valor propio de 9,416, cuya varianza fue de 33,6%. El segundo, llamado “interacción con la familia - paciente”, que presentó un valor propio de 1,60 con varianza de 5,7%; el tercero, llamado “cortesía presentó un valor propio de 1,40, cuya varianza es de 5,0%. El cuarto, fue llamado "relación” con un valor propio de 1,15 y una varianza de 4,1%.

Según Horner[170], estos resultados ponen de manifiesto la consistencia con los hallazgos del estudio realizado por Larson P. en 1984, donde identificó 69 comportamientos de las enfermeras como representativos del concepto de cuidado de enfermería, las cuales sirvieron de base para diseñar el instrumento de CARE - Q. que mide la percepción de enfermeras y pacientes acerca de comportamientos de cuidados de las enfermeras.

---

[168] LYNN Mary 1986 En: HORNER, Sharon, Información proporcionada por la autora del instrumento cuidado de comportamiento profesional sobre la validez y confiabilidad del mismo. Profesor asociado, the University of Texas at Austin. School of Nursing. 7 de julio 2005

[169] NUNNALLY JUM C., Bernstein. Teoría psicométrica 3ra edición. México: McGraw - Hill Interamericana. 1995, p.532

[170] Horner,Sharon En: WATSON, Jean Op. Cit., p. 100

Confiabilidad

Para medir la consistencia interna, utilizó una muestra de 235 enfermeras, cuyos datos se le determinó el coeficiente de alfa de Cronbach, el cual dio como resultado un valor de 0,92. Posteriormente, fue aplicada la prueba a 74 enfermeras participantes, resultando un alfa similar.

Para conocer la estabilidad del instrumento se aplicó la prueba de confiabilidad de test - retest o reproductividad, para el cual se aplicó el instrumento con dos semanas de diferencia, utilizando una muestra de 23 estudiantes de enfermería del primer nivel. La fiabilidad del test - retest fue de 0,81.

El instrumento, también fue analizado por el método de las formas paralelas. Para ello se utilizaron la "forma A" y la "forma B" del instrumento. La forma B está compuesta por similares contenidos, estructura y escala a la forma A, el análisis de confiabilidad para estos instrumentos reportó en la "forma A" un valor de 0,92, y para la "forma B" un valor de 0,94.

Para la aplicación de esta prueba se utilizó una muestra de 74 enfermeras. Cada uno de los 28 ítemes individuales y apareados fue valorado con una prueba de correlación de Pearson, lo cual, dio como resultado, una correlación fuerte 0,90 y valores p menores de 0,001, para cada uno de los 28 pares de ítemes. Lo que significa que comparado con la prueba test y retest, no hubo diferencia significativa.

4.5.2 Instrumento No 2: Instrumento de observación "Indicadores de Experticidad de la enfermera"

El instrumento de observación "indicadores de experticidad de la enfermera", se diseñó en este estudio con el objetivo de identificar la experticidad de la enfermera clínica, al proporcionar cuidado de relación interpersonal al paciente hospitalizado.

La elaboración del instrumento se basó en una búsqueda bibliográfica extensa de implicaciones teóricas de experticidad y en resultados de investigaciones cualitativas referentes a las habilidades y características que los versados han identificado como las habilidades de una enfermera experta, lo que permitió describir cada comportamiento de experticidad que se va a observar.

Bajo esta perspectiva, la experticidad de la enfermera implica la facilidad de poder manejar fluidamente la relación conociendo al paciente, y percibiendo sus carencias con habilidad y destreza[171], poseer la capacidad de tratar a los pacientes con dignidad, e infundirle fe y esperanza para afrontar sus problemas de salud, de estar atenta al paciente y responder y escuchar en el momento oportuno[172].

Esto implica que la enfermera experta se comprenda a ella misma, para poder entrar en el campo de los significados de la otra persona, de forma que permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos de la otra persona[173].

Agregado a lo anterior, se realizaron observaciones a las enfermeras para conocer su rutina de comportamiento social de relación interpersonal con el paciente dentro del hospital.

De todo este marco presentado, resultó un instrumento de observación de 20 itemes (Anexo E), distribuidos en tres categorías: aspectos cognitivos (7 ítemes), aspectos de comportamiento (7 ítemes) y comunicación (6 ítemes), en donde cada actitud se midió, a través de una escala que va de 1 a 4, donde 1 representa la puntuación más baja y 4 la puntuación más alta, cuyas categorías son llamadas nunca, casi nunca, casi siempre y siempre.

De manera que quedó una tabla descriptiva de contenido, (Fig. 14) de acuerdo con los datos propuestos en marginales por porcentaje de la siguiente manera:

Figura 14. Descriptivo de contenido

Indicador del perfil	Total de itemes	Preguntas esenciales	Preguntas deseables	Preguntas accesorios	Total %
Cognitivo	7	**6** (1,2,3, 4,5, 7)	**1** (6)		35
Comportamiento	7	**4** (8,9,11,14)	**2** (12,13)	**1** (10)	35
Comunicación	6	**4** (15,16, 18,19,)	**2** (17,20)		30
Total	**20**	**14**	**5**	**1**	**100**

[171] ARBON Paul. 2001 En: ARBON Paul. (2004), Op. Cit. p.154,
[172] BULLER, Steve BUTTERWORTH,Tony : Un estudio cualitativo de los elementos de enfermería En : International Journal of Nursing Studies Vol. 38 (2001) 405 - 417
[173] ARBON Paul. 2001 En ARBON Paul. (2004), Op. Cit. p.154,

- **Validez del instrumento de observación**

La validez de contenido se determinó a través de cuatro enfermeras docentes, con más de 20 años de experiencia de ejercer la docencia, dos de ellas de la especialidad de salud mental y psiquiatría y dos especialistas en salud del adulto, una con nivel de doctorado y tres con maestrías en su área de especialización y expertas en investigación en enfermería. La razón de validez de contenido (RVC), se obtuvo a través del instrumento de observación con una escala de 1 a 4, donde 1 es considerado no pertinente y cuatro muy pertinente. Una vez diligenciado el instrumento por los expertos en relación con cada ítem en las cuatro categorías citadas, se determinó el número de coincidencias en la categoría "esencial".

Para obtener este valor, se utilizaron las ecuaciones [3.8] y [3.9] [174], las cuales son una modificación del modelo de Lawshe, sobre el cálculo de la validez de contenido de un instrumento.

a) Ecuación para el cálculo de validez de contenido para cada ítem.

$$CVR' = \frac{n_e}{N} \qquad [3.8]$$

Dónde:

n_e= número de panelistas que tienen acuerdo en la categoría "esencial"
N= número total de panelistas

b) Ecuación para el cálculo de validez de contenido global del instrumento.

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^{M} CVRi}{M} \qquad [3.9]$$

Dónde:

CVRi = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe modificado.[175].
M = Total de ítems aceptables de la prueba.

[174] LAWSHE, C. H.: A Quantitative approach to content validity personnel psychology 1975. 28, 563-575. En: TRISTÁN A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen de validez de contenido de un instrumento objetivo.Enero 2007. Documento en proceso publicación.
[175] Ibid. p.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la ecuación [3.8] y [3.9], son comparados con los criterios establecidos por Lawshe (1975)[176], donde plantea que si se tiene más del 50% de acuerdos entre jueces, se debe considerar que el ítem tiene un cierto grado de validez de contenido.

Resultados:

Para determinar si hubo consenso entre los expertos, se utilizó una tabla de codificación (Anexo F). Los valores obtenidos en esta tabla se reemplazaron en la ecuación [3.9] para obtener el índice de validez de contenido por factores, por ítemes y en forma general del instrumento (Anexo F).

Los resultados de la razón de validez de contenido por ítems fue entre 1 y 0,75 en 19 de los ítemes del instrumento, mientras que el ítems No 6 "ofrece cuidado de manera relajada" obtuvo una RVC de 0,33, valor inferior a lo establecido por Lawshe[177] ; por lo que fue eliminado. Por otra parte, el índice de validez de contenido correspondiente al instrumento global fue de 0,90, y por factores osciló entre 0,86 y 0,93, lo que indica que las unidades de análisis son claras, y que los indicadores del instrumento compone una muestra representativa de los elementos de experticidad que se pretende evaluar en esta investigación.
Dentro de esta evaluación, surgieron; además, otras recomendaciones como las de mejorar la redacción y agregar tres nuevos ítemes dentro del factor de comunicación: el ítem No 20 "escucha de manera atenta al paciente", el ítem No 21 "conversa durante la intervención e ítem No 22 "utiliza tono de voz suave".

Una vez realizado los cambios, la segunda versión del instrumento (Anexo G) quedó con 22 ítemes, de los cuales seis pertenecen al aspecto cognitivo, siete para el aspecto de comportamiento y nueve para el aspecto de comunicación.

Para probar la efectividad de esta segunda versión se realizó una observación a cinco enfermeras del hospital de tercer nivel de atención No1, que laboraban en los servicios de ortopedia, cirugía de especialidades y cirugía general, dando como resultado la identificación de todos los indicadores del instrumento de "indicadores de experticidad" en el campo clínico. Finalmente, quedó una tabla descriptiva de contenido de acuerdo con los datos propuestos, en marginales por porcentaje (Fig. 15).

[176] LAWSHE, C. H.: A Quantitative approach to content Validity En**:** Personnel Psychology Vol. 28 (1975), p.567
[177] Ibid. p. 567

Figura 15. Tabla descriptiva de contenido

Indicador del perfil	Total de ítemes	Preguntas esenciales	Preguntas deseables	Preguntas accesorias	Total %
Cognitivo	6	**6** (1,2,3, 4,5, 6)			27
Comportamiento	7	**5** (8,9,11,)	**2** (7,12,13)	**1** (10)	32
Comunicación	9	**4** (15, 17, 18,19, 20, 21, 22)	**2** (14,16)		41
Total	**22**	**15**	**4**	**1**	**100**

- **Prueba de confiabilidad del instrumento de observación**

Procedimiento:

Se seleccionó a cuatro observadores, quienes se entrenaron con respecto a las variables y categorías del instrumento de observación y sobre las diferentes formas de cómo se puede manifestar, en la práctica, cada variable que se desea medir.

Se tomó una submuestra de 10 enfermeras, con características similares a la muestra del estudio y se observó dos veces a cada enfermera con dos observadores diferentes durante el mismo día. La primera observación, se realizó en el período de la mañana y la segunda en el período de la tarde.

El comportamiento observado, por cada enfermera, duró 60 minutos, y se realizó en el momento en que efectuaba un procedimiento o estuviera en contacto directo con el paciente; ya que en estos periodos se visualizaba mejor su comportamiento. Una vez realizada la observación se procedió a diligenciar el instrumento de observación llamado *"indicadores de experticidad".*

La confiabilidad de las puntuaciones asignadas por dos observadores se determinó utilizando el coeficiente de Kappa de Cohen. Este método identifica la concordancia de las apreciaciones que hacen dos jueces sobre el mismo atributo; de tal modo que, permite cuantificar el grado de concordancia más allá del azar.

Partiendo de este planteamiento, si los jueces hacen la clasificación de los sujetos de una manera similar, los valores de la tabla de contingencias mostrarán altas frecuencias en las celdas de la diagonal principal que, dudosamente, pueden deberse al azar y Kappa brinda valores cercanos a 1; de lo contrario, si los jueces clasifican a los sujetos con criterios distintos, Kappa

tendería a 0, indicando que la mayor parte de la consistencia observada es atribuible al azar.

Basados en estos rangos de interpretación, Landis J. y Koch G.G. (1977)[178], expresan los valores de Kappa asociados con el grado de concordancia, registrados en la figura 16.

Figura 16. Interpretación de los valores de Kappa

Valor de Kappa	Grado de concordancia
< 0	Malo
0 - 0.20	Bajo
0.21 – 0.40	Aceptable
0.41 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Substancial (Buena)
0.81 y más	Casi perfecto (Excelente)

Resultados:

En esta primera aproximación a la confiabilidad del instrumento, los resultados de este método de concordancia (Kappa) especificada por ítemes (Anexo H), fueron comparados con los que se muestran en la figura 16. Obteniendo un grado de concordancia malo en tres ítemes, un grado de concordancia bajo en siete ítemes un grado aceptable en cuatro ítemes, un grado moderado en seis ítemes, y un grado substancial en dos ítemes. Estos resultados se pueden interpretar que, al no haber acuerdo entre los observadores en algunos ítemes, se reflejó cierto grado de azar en las decisiones de algunas observaciones, que los ítemes no se manifestaron claramente o que los observadores requieren ser capacitados.

Por tal razón, se procedió a corregir dos factores importantes que pudieron influir en los resultados. En primer lugar, se procedió a realizar una nueva revisión del instrumento, efectuando modificaciones sutiles a los ítemes 2,3,4,7,9, 10,11,13,14,15,16,17,21. Se eliminó el ítem 1 “actúa bajo su propio criterio y el ítem 19 “es receptiva” y se agregaron los ítemes “da respuesta satisfactorias a las preguntas del paciente”, y “dedica tiempo moderado cuando habla con el paciente”.

[178] LANDIS J. y KOCH G.G. (1977) en: TRISTÁN A. y VIDAL R. Manual de fórmulas de correlación. México, San Luis Potosí. Instituto de evaluación e ingeniería avanzada. 2002 p.73.

Una vez realizados estos cambios, se confeccionó una versión adaptada del instrumento (Anexo I) y se procedió a hacerle la evaluación respectiva.

Para esta segunda evaluación, cada enfermera fue observada, simultáneamente, por ambos observadores, en el momento en que se encontraba en contacto directo con el paciente o realizando un procedimiento, por un período de tiempo de 60 minutos. Ambas observaciones se realizaron en el período de la mañana y la tarde, lo que dio como resultado una concordancia (Kappa) por ítem, mostrados en la figura 17 y18.

Figura 17. Coeficiente Kappa por ítems en la segunda versión del instrumento de observación "indicadores de experticidad"

Ítems	Kappa	Ítems	Kappa
1	1,0	12	0,57
2	0,62	13	0,00
3	0,40	14	0,11
4	0,74	15	0,44
5	0,78	16	1,0
6	1,0	17	0,69
7	0,47	18	0,60
8	0,21	19	0,70
9	0,57	20	0,41
10	0,82	21	0,62
11	0,85	22	0,29

Figura 18. Grado de concordancia de la segunda versión del instrumento de observación "indicadores de experticidad"

Grado de concordancia	Frecuencia de Ítems	Ítemes
Malo	**0**	
Bajo	**2**	13,14
Aceptable	**3**	3, 8, 22
Moderado	**6**	7,9,12,15,18,20
Substancial (bueno)	**6**	2,4,5, 17,19,21
Casi perfecto (excelente)	**5**	1,6,10,11,16

De acuerdo con estos resultados, se obtuvo en el grado de concordancia aceptable tres ítemes, en el grado moderado seis ítemes, en el grado substancial (bueno) seis ítemes y en casi perfecto cinco ítemes. Estos resultados indican que el instrumento presentó concordancia entre los dos observadores de 90,9%, lo que indica, que hubo una comprensión de los ítemes por parte de los dos evaluadores; por lo tanto, el instrumento mide las competencias que se pretende medir en esta investigación.

Sin embargo, dos ítemes obtuvieron el grado de concordancia bajo, lo que refleja que la respuesta de los observadores pudo deberse a cierto grado de azar, motivo por el cual, para disminuir las discrepancias, probablemente, debido a la interpretación que le dio cada observador, se procedió a modificar, sutilmente, la redacción de los mismos para la utilización final.

4.6 PROCEDIMIENTO

4.6.1 Fase 1: Adaptación del instrumento No 1, " cuidado de comportamiento profesional"

- **Proceso de traducción**

El proceso de traducción se inició con la solicitud a la autora del instrumento cuidado de comportamiento profesional, doctora Sharon Horner, de su autorización para la utilización y traducción al idioma español de dicho instrumento (Anexo J).

Se conformó un comité de tres profesoras de enfermería, con experiencia en aplicación de instrumentos, y con conocimiento del idioma inglés. Dos de ellas, forman parte de la cultura en la cual se aplicará el instrumento, con el objetivo de realizar una traducción directa (traducción del instrumento del idioma original al idioma de aplicación).

Cada uno de los miembros del comité, tradujo el instrumento original al idioma español, y se llegó a un acuerdo en los itemes discordantes, quedando una sola versión del instrumento al idioma español. Posteriormente, se entregó el instrumento a un cuarto evaluador, que no pertenecía al comité, para la revisión final de la primera traducción (Anexo K).

La versión final del instrumento al idioma español, se tradujo, nuevamente, al idioma inglés (Anexo L) por un profesor experto en el idioma inglés. Esta versión fue evaluada por la autora, sugiriendo las siguientes recomendaciones: corregir error de escritura en el ítems 12, colocar en negativo el ítem 21 y reestructurar la redacción del ítem 22; ya que la redacción cambió el significado del mismo.

- **Proceso de Validación aparente**

Se realizó la validación aparente, para evaluar los itemes y emitir un juicio sobre la comprensión de los mismos, y comprobar si eran comprendidos en el contexto y lenguaje panameño, y así poder obtener la aceptación del instrumento por parte de los usuarios.

En esta validación, participaron diez enfermeras docentes colombianas, expertas en cuidado y en manejo de instrumentos, así como diez docente de enfermería que se encuentran en el contexto panameño, donde se aplicó el instrumento.

Con las recomendaciones propuestas por los expertos, se hizo un compendio por ítemes, dando como resultado pequeños cambios de redacción en cada ítem, sin que se perdiera el sentido original de los mismos.

Otro ajuste que sufrió el instrumento fue, su escala original de total desacuerdo a total acuerdo, el cual fue reemplazada por la escala de siempre, casi siempre, algunas veces y nunca, asignándose puntuaciones de 4 -1, donde cuatro representa la puntuación más alta. Esta decisión fue tomada ya que, en esta investigación se trabajará con la media de las puntuaciones asignadas a este instrumento por parte del paciente.

- **Prueba preliminar de ajuste**

De acuerdo con las recomendaciones efectuadas por los expertos en la validación aparente, se procedió a aplicar el instrumento a 10 pacientes, con características parecidas a los sujetos de la muestra. Esta prueba dio como resultado una buena interpretación del instrumento por parte de los pacientes.

Una vez realiza las pruebas de validez aparente y la preliminar de ajuste, con los cambios pertinentes, se entregó nuevamente el instrumento a la autora para su revisión y aprobación (Anexo L). Los resultados de su evaluación fue que no se requería ningún ajuste, aprobando la nueva versión del instrumento en español (Anexo M).

- **Pruebas de Confiabilidad**

Para analizar la confiabilidad del instrumento en español se aplicó a una muestra aleatoria de 280 pacientes hospitalizados en el hospital de tercer nivel de atención No 2. El tamaño muestral se determinó utilizando lo referido por Nunnally y Bernstein (1994)[179], quienes manifiestan que para validar un instrumento se requieren diez participantes por cada ítem.

Se aplicó el instrumento a pacientes que cumplían con los criterios de ser adultos hospitalizados, sin patologías que afecten su estado mental y cognitivo, con un mínimo de tres días de hospitalización y que no hubiesen llegado recientemente de un procedimiento.

Para determinar la confiabilidad se utilizó como procedimiento estadístico, el coeficiente de consistencia interna de Alfa de Cronbach, mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5. Este coeficiente se consideró un estimador estable de la confiabilidad calculada por mitades de una prueba[180], analizando el alcance con que los ítemes del instrumento miden el constructo de manera coherente[181],

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach global, obtenido para el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, versión en español fue de 0,80. Por factores, en términos generales osciló entre 0,24 y 0,72 y por ítem fue moderadamente alta, entre 0,78 y 0,80, (Anexo N), por lo que es evidente la consistencia interna entre los 22 ítemes.

De acuerdo con estos resultados y basados en que toda prueba con consistencia interna debe mostrar valores entre 0,70 - 0,90 [182, 183, 184], se demuestra que el instrumento está compuesto por ítemes que miden, de forma consistente, las diferencias individuales de percepción del cuidado, por lo que, de esta forma, se valida el instrumento de cuidado de comportamiento profesional (Anexo Ñ) adaptado al idioma español.

---

[179] NUNNALLY Y Bernstein (1994), En: MAHON, Noreen, YARCHESKI Thomas, YARCHESKI Adela. The revised personal lifestyle questionnaire for early adolescents wester En:Journal of nursing research , 2002, Vol. 25 No 5 p.538

[180] CERVANTES, Víctor H. Interpretaciones del coeficiente Alfa de Cronbach. Avances en medición. (2005) Vol. 3 p. 19

[181] BURNS Nancy, Op. Cit. p. 297.

[182] POLIT, Dense, HUNGLER, Op. Cit. p.399

[183] SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY Jairo Validación de escalas de medición. En: Revista de salud pública. Colombia (Septiembre – diciembre 2004), Vol. 6 No. 3 p. 314

[184] NUNNALLY 1987 En: CERVANTES Víctor, Interpretación del Coeficiente Alfa de Cronbach. En: Avances en medición Vol. 3 (2005) p.21

4.6.2 Fase 2: Entrenamiento de los observadores

La fase de entrenamiento se realizó para proporcionar información completa y exacta a los observadores acerca de lo que se busca en el estudio y evitar ambigüedades en los datos obtenidos. Esta fase consistió en la selección de cuatro observadores enfermeros, los mismo fueron estudiantes de licenciatura de enfermería del séptimo semestre. La preparación consistió en ilustrar con respecto a los indicadores y las diferentes formas de cómo se podía manifestar una categoría de conductas o subcategoría a medir, tanto en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", como en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional; así como también, el diligenciamiento de los mismos.

Para el instrumento de observación "indicadores de experticidad", se elaboró una lista de posibles comportamientos que se pudieran presentar en cada indicador de dicho instrumento (Anexo O), explicando cada uno. Antes de utilizar este instrumento se realizó una práctica de dos observaciones por cada estudiante y finalmente una retroalimentación.

El entrenamiento para el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, consistió en explicar cada ítem; además, de la aplicación de un pretest y un postest para confirmar la comprensión y el diligenciamiento del mismo.

El entrenamiento, en general, consistió en como recolectar la información, tanto de la prueba piloto como el de la propia investigación, se proporcionó instrucciones sobre la cantidad de muestra de enfermeras y pacientes, y sus criterios de inclusión, sobre los servicios a utilizar en los diferentes hospitales y su ubicación

4.6.3 Fase 3: Aplicación de la prueba piloto

La prueba piloto se realizó con el objetivo de conocer cómo se comportaban las respuestas de los pacientes y de las enfermeras de acuerdo con los instrumentos elaborados, y hacer los ajustes en la muestra, procedimiento, y análisis de los datos.

Para ello, la muestra utilizada fue obtenida de la ecuación [3.10] referida por Dennis[185] sobre diferencias entre promedios.

$$n = \frac{2S^2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{D^2} \qquad [3.10]$$

Dónde:

n = Número de muestra en cada grupo

D = Diferencia esperada como verdadera entre los dos grupos, y que el investigador desea detectar como importante.

S = Estimativo de la desviación estándar de las observaciones (asumiendo homogeneidad de varianzas y por lo tanto similares desviaciones estándares entre los grupos).

α = Alfa o nivel de significancia

β = Beta o poder

Para efecto de la prueba piloto se utilizaron los siguientes datos:

$D^2 = (0,5)^2 = 0,25$ valor mínimo de la diferencia que se quiso detectar.

S = 0,6

α = 0,05

β = 0,2

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = Z_{1-\frac{0,05}{2}} = 1,96$

$Z_{1-\beta} = Z_{1-0,2} = 0,84$

Reemplazando la ecuación [3.10] se obtiene:

$$n = \frac{2(0,6)^2(1,96 + 0,84)^2}{0,25}$$

$$n = \frac{(0,72)(7,84)}{0,25}$$

$$n = \frac{(0,72)(5,64)}{0,25}$$

[185] DENNIS Rodolfo ¿Cómo estimar el tamaño de la muestra en investigaciones con humanos?. Acta médica Colombiana. Colombia. (Marzo – abril 1989) Vol. 14 No 2 p. 92 - 99

$$n = 22{,}5$$

$n = 23$ para cada uno de los grupos

Esto, indica que la muestra para la prueba piloto fue de 46 enfermeras. Dicho resultado corrobora lo referido por Hernández[186], cuando sustenta que cuando la muestra del proyecto es de 200 o más sujetos, se pueden tomar entre 25 y 60 personas para la prueba piloto.

Para este tamaño muestral, se realizó el cálculo por racimos utilizando la ecuación [3.3] localizada en Hernández[187].

$$fh = \frac{n}{N} \qquad [3.3]$$

Donde :

fh = fracción del estrato y / o racimo
n = tamaño de la muestra (46 enfermeras)
N = tamaño de la población (413 enfermeras)

Reemplazando se obtuvo:

$$fh = \frac{46}{413} = 0{,}111$$

Figura 19. Cantidad de enfermeras que se seleccionarán por servicios

Hospitales	***Población de Enfermeras por servicio fh= 0.111 Nh x fh=nh***		***Total Muestra de enfermeras por servicio nh***	
	Cirugía	Medicina	Cirugía	Medicina
Total	**No 193**	**No 220**	**No 22**	**No 24**
Hospital de tercer nivel de atención No 1	62	108	7	12
Hospital de tercer nivel de atención No 2	131	112	15	12

[186] HENÁNDEZ, SAMPIERI Op. Cit. p.262
[187] Ibid p. 308

La muestra de las enfermeras y de los pacientes se obtuvo de forma aleatoria simple en los servicios de medicina y cirugía. La muestra de los pacientes estuvo en función de la razón enfermera - paciente (1:2), referida con anterioridad en la sección 4.2.2, lo que hace un total de 92 pacientes.

Se aplicó el instrumento a pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: adultos hospitalizados en sala de medicina y cirugía, sin patologías que afectaran su estado mental y cognitivo, que tuvieran de tres a diez días de hospitalización, que hayan sido atendidos como mínimo, tres veces por la misma enfermera a la que evaluó, y que no llegaran recientemente de un procedimiento.

De igual manera, para evaluar a las enfermeras se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: enfermeras que proporcionan atención directa al paciente, que no tuvieran turno permanente de 11:00 p.m. a 7:00 a.m, y que fueran enfermeras del servicio.

Para la recolección de los datos, se identificó a cada una de las enfermeras por un código, el cual coincide con el código del paciente que las evaluó. Las enfermeras fueron evaluadas, individualmente, por los pacientes, a través del instrumento de cuidado de comportamiento profesional y por el observador, utilizando el instrumento de observación “indicadores de experticidad”.

El período de observación figuró de una hora, en los turnos de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y de 3:00 p.m. a 11:00 p.m..

Los datos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y en el de observación “indicadores de experticidad, se procesaron a través del programa estadístico SPSS versión 11.5. Las variables obtenidas en cada uno de estos instrumentos, fueron además, categorizadas y codificadas para su procesamiento (Anexo P).

Los datos obtenidos se describen, a través de las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para determinar si existe o no diferencia significativa entre las media de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de comportamiento de cuidado profesional de las enfermeras expertas con la puntuación obtenida por las enfermeras no expertas, se aplicó la U de Mann - Whitney, a un nivel de significancia de 0,05.

Resultados de la prueba piloto

Descripción de los datos

La muestra de las enfermeras de la prueba piloto estuvo compuesta por un 95,7% de mujeres y un 4,3% de hombres. El 55,3% fueron observadas en el hospital de tercer nivel de atención No 2 con un tiempo promedio de trabajar como enfermeras de 8,9 años, con desviación típica de 6,9 años, y un tiempo promedio de trabajar en el servicio de 2,4 años, cuya desviación típica fue de 2,5 años, un grado académico de licenciatura representado por el 89,4%, y en su mayoría fueron evaluadas en el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. representadas por el 72,3%.

La muestra de los pacientes estuvo representada por 60,6% de hombres y un 39,4% de mujeres, con una edad promedio de 46.5 años y con desviación típica de 16,6 años, un grado de escolaridad hasta la secundaria representando por el 50%, el promedio de días de hospitalización fue de 5,7 días con una desviación típica de 1,9 días.

La descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación de "indicadores de experticidad" diligenciado por los observadores fue de una media de 70,8 puntos con desviación típica de 7,9, un valor mínimo de 52,0 puntos y un valor máximo de 85,0 puntos, con asimetría de - 0,594 y curtosis de - 0,031.

La descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional diligenciado por los pacientes fue de una media de 90,5 puntos con desviación típica de 9,2, un valor mínimo de 63,0 puntos y un valor máximo de 106,0 puntos, con asimetría de -0,932 y curtosis de 0,835.

La distribución de la muestra de enfermeras a través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov - Lilliefors, a un nivel de significancia de 0,05, dio una Significancia de 0,043 con 47 gl, lo que demostró que los datos no procedían de una distribución normal. De igual manera, los resultados obtenidos de la prueba de Lilliefors para los datos de los pacientes, a través del instrumento de cuidado de comportamiento profesional dieron como resultado una significancia de 0,000 con 94 gl, lo que también indica, que los datos de la muestra no proceden de una distribución normal (Anexo P).

Para obtener el punto de corte de los valores obtenidos en el instrumento de observación de “indicadores de experticidad”, diligenciados por los observadores, se estableció como elemento de decisión, la media de las puntuaciones, cuyo valor fue de 71,0 puntos. Utilizando este punto de corte se obtuvo que las enfermeras expertas representaban el 57.4% (27 enfermeras) y las enfermeras no expertas el 42.6% (20 enfermeras).

La prueba estadística de análisis de varianza de un solo factor (ANOVA), determinó que hubo diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas entre el grupo de las enfermeras expertas con el grupo de las enfermeras no expertas, a nivel de significancia de 0,05, ya que se obtuvo como resultado una significancia de 0,00, con un valor F de 88,8 y 46 gl.

En cuanto a la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov - Lilliefors del grupo de las enfermeras expertas dio como resultado una significancia de 0,061 con 27 gl, a nivel de significancia de 0,05, indicando que los datos de la muestra de la prueba piloto procede de una distribución normal, mientras que para el grupo de las enfermera no experta, se obtuvo una significancia de 0,010 con 20 gl, indicando que los datos no proceden de una distribución normal (Anexo P).

La descripción de los datos del instrumento de cuidado de comportamiento profesional para las enfermeras no expertas se obtuvo una media de 63,4 puntos con una desviación típica de 5,7 puntos, un valor mínimo de 52,0 puntos y un máximo de 70,0 con asimetría de - 0,079 y curtosis de - 0,51., y para las enfermeras expertas se obtuvo una media de 76,4 puntos con desviación típica de 3,7, un valor mínimo de 72,0 puntos y un máximo de 85,0 puntos con asimetría de 0,84 y curtosis de - 0,42 (Anexo P).

Para evaluar el comportamiento de las variables sobre el tiempo de trabajar en el servicio, grado académico, años de trabajar como enfermera, y si ha laborado en el turno anterior, asociadas con la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, (Anexo P), dio como resultado que no hubo diferencias significativas entre estas variables y las medias obtenidas en la puntuación del instrumento de cuidado de comportamiento profesional diligenciado por el paciente.

Para determinar si existía diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional de las enfermeras expertas y las enfermeras no expertas (ne), a un nivel de significancia de 0,05 y responder a la siguiente hipótesis estadística:

$$H_o: \quad \mu_e - \mu_{ne} = 0$$

$$H_i: \quad \mu_e - \mu_{ne} \neq 0$$

Se aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney a nivel de significancia de 0,05, obteniéndose un valor de 114,50 y una significancia unilateral de 0,00. Debido a que el p - valor fue menor que 0,05, se rechaza la hipótesis nula, y se verifica que existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras expertas y las obtenidas por las enfermeras no expertas; observándose que las medias de la puntuación del instrumento de cuidado de comportamiento profesional es más alto entre las enfermeras expertas que el de las no expertas (Anexo P).

4.6.4 Fase 4. Recolección de datos

Para la recolección de los datos se llevó a cabo el siguiente proceso:

1. Solicitud formal de permiso a las Instituciones hospitalarias donde se realizó el estudio, a través, de cartas dirigidas al director médico, director de docencia e investigación médica y a la directora de enfermería de ambos hospitales, para su aprobación (Anexo Q).

2. Se realizó entrevista formal con la enfermera supervisora y la enfermera jefe de los servicios de medicina y cirugía de ambos hospitales, con el propósito de que conocieran los objetivos de la investigación y obtener así mayor cooperación.

3. Se aplicó los instrumentos de observación “indicadores de experticidad” y de cuidado de comportamiento profesional durante los turnos de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y de 3:00 p.m. a 11:00 p.m., incluyendo sábados, domingos y días festivos.

4. La aplicación de estos instrumentos se realizaron mediante entrevista, donde el entrevistador leyó las preguntas y alternativas de respuesta al paciente y anotó lo que éste contestó, según su preferencia.

5. La obtención de los datos por medio de la observación, se proporcionó utilizando el instrumento de indicadores de experticidad descrito con anterioridad, y para ello se siguieron los siguientes pasos:
   - Se solicitó autorización a la enfermera, elegida al azar para ser observada, sin proporcionarle la fecha de observación.

   - Se utilizó un código para identificar el instrumento de observación aplicado a la enfermera, siendo el mismo código para el instrumento diligenciado por el paciente que evaluó a dicha enfermera.

   - Se realizó una observación a la enfermera, simultáneamente, con la aplicación del instrumento de cuidado de comportamiento profesional a dos pacientes elegidos aleatoriamente, para evaluar a esa enfermera.

   - El tiempo utilizado para la observación fue de 60 minutos, y el instrumento de observación "indicadores de experticidad" fue diligenciado por los observadores, inmediatamente después de culminada la observación de cada enfermera.

5. MARCO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este capítulo, se presenta el procesamiento de los datos obtenidos durante la investigación, con el propósito de dar respuestas a los objetivos planteados que fueron: determinar la asociación entre el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su experiencia práctica; describir el cuidado de relación interpersonal que realiza la enfermera durante la atención del paciente; describir la experiencia práctica que poseen las enfermeras, determinar si existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional; en relación con los años de experiencia de la enfermera, su grado académico, el tiempo de trabajo en el servicio, si laboró en el turno anterior o no , turno laborado, servicio, género, y hospital de trabajo.

Durante el estudio se obtuvo una muestra de 220 enfermeras, a quienes se aplicó el instrumento de observación "indicadores de experticidad". Éste, incluyó datos generales como: hospital, servicio, género, años de trabajar como enfermera, tiempo de trabajar en el servicio, grado académico, si laboró en el turno anterior y turno laborado.

Este instrumento estuvo constituido por 22 itemes de conducta de experticidad para ser observadas (Anexo E), distribuidos en tres dimensiones llamadas: aspectos cognitivos, aspectos de comportamiento y comunicación que fueron evaluadas a través de una escala Likert, que va de 1 a 4 puntos; donde 1 representa la puntuación más baja y 4 la puntuación más alta y cuyas categorías fueron llamadas nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. Contiene una puntuación mínima de 22 puntos y una puntuación máxima de 88 puntos y su validez de contenido fue de 0,90 y su confiabilidad a través del método de concordancia de Kappa dio valores por ítemes entre 0,00 a 1,0 y en forma global hubo un 90,9 % de concordancia entre los dos observadores, lo que indica que el instrumento fue comprendido.

La muestra de pacientes estuvo representada por 440 pacientes, los cuales respondieron al instrumento llamado cuidado de comportamiento profesional "forma A", que mide la percepción que tiene el paciente sobre el cuidado proporcionado por la enfermera. Este tamaño muestral, responde a la relación enfermera paciente 1:2 (una enfermera por cada dos pacientes), es decir que cada enfermera (420) fue evaluada por dos pacientes.

La primera parte del instrumento estuvo conformada por datos generales como: edad, género y número de seguro social, y la segunda parte, la constituyó 28 itemes de comportamiento de cuidado, distribuidos en cuatro dimensiones que fueron: no comprometido, interacción con la familia/paciente, cortesía, y relación (Anexo D). Estos ítemes, además, están distribuidos en un número similar de itemes positivos (14 itemes) e inversos (14 ítemes).

El instrumento utiliza una escala Likert con cuatro categorías, que va de 1 a 4 puntos, donde 1 representa la puntuación más baja y 4 la puntuación más alta. Estas categorías fueron llamadas siempre, casi siempre, casi nunca y nunca. Contiene una puntuación mínima de 28 puntos y una puntuación máxima de 112 puntos. La versión en español, de este instrumento, presentó una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,80.

Para analizar los datos obtenidos, de ambos instrumentos, se utilizaron métodos y procedimiento estadísticos, como, estadística descriptiva (medidas de tendencia central, medidas de dispersión) y pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney, análisis de varianza, Ji cuadrada, correlación de Pearson y Regresión lineal).

Para procesar los datos obtenidos, a través de los dos instrumentos mencionados, se utilizó el programa estadístico de SPSS (statistical package for the social sciences) versión 11.5[188], la cual siguió varias etapas que se describen a continuación:

Clasificación del nivel de medición de las variables y su descripción estadística:

Esta etapa tomó cada una de las variables del estudio (cuidado de relación interpersonal y experiencia práctica) (Fig. 20); así como otras variables por relacionar con los resultados obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional (Fig. 21). Se identificó el nivel de medición de cada variable y el tipo de estadística descriptiva que se utilizó, con el fin de describir las características de la muestra y en las que se obtuvieron los datos. Ésta, incluyó medida de tendencia central (media, medina y moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, coeficiente de asimetría y curtosis).

[188] FERRÁN ARANAZ, Magdalena. Análisis estadístico SPSS para Windows. España: McGraw - Hill, Interamericana. 2001. 421p.

Figura 20. Nivel de medición y descripción de las variables del estudio.

Variable del estudio	Tipo de variable	Elementos para la descripción de la variable
Cuidado de relación interpersonal	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central: media, mediana, y moda, Medias de Dispersión: desviación estándar y varianza. Coeficiente de asimetría y curtosis.
Experiencia de la enfermera	Nominal dicotómica	Distribución de frecuencias, porcentaje.

Figura 21. Nivel de medición y descripción de las variables asociadas con el cuidado de comportamiento profesional.

Otras Variables a relacionar con el cuidado de comportamiento profesional	Tipo de variable	Elementos para la descripción de la variable
Género	Nominal, dicotómica	Distribución de frecuencias y porcentaje.
Servicio	Nominal	Distribución de frecuencias, y porcentaje
Años de trabajar como enfermera	Ordinal , categórica	Distribución de frecuencias y porcentaje
Tiempo de trabajar en el servicio	Ordinal, categórica	Distribución de frecuencias y porcentaje
Grado académico	Ordinal, categórica	Distribución de frecuencias, porcentaje.
Hospital	Nominal	Distribución de frecuencia y porcentaje.
Turno	Nominal	Distribución de frecuencia y porcentaje.

Codificación de las variables

Para procesar los datos, en el programa estadístico, se asignó un valor numérico a cada una de las variables, siendo esta codificación, la misma utilizada en la prueba piloto (Fig. 22).

Figura 22. Codificación de las variables

A. Enfermeras

Variables	Categorización
Tiempo de trabajar en el servicio	0 = < 1 1 = 1 - 3,9 años 2 = 4 - 6,9 3 = 7 - 9,9 4 = 10 y más
Grado académico	1 = Enfermera básica 2 = Licenciatura en enfermería 3 = Especialidad 4 = Maestría 5 = Doctorado
Años de trabajar como enfermera	0 = < 5 1 = 5 - 9,9 años 2 = 10 - 14,9 3 = 15 - 19,9 4 = 20 - 24,9 5 = 25 y más
Experticidad de la enfermera	1= No experta(75,28 puntos y menos en el instrumento de indicadores de experticidad) 2= Experta (75,29 puntos y más en el instrumento de indicadores de experticidad).
Si laboró en el turno anterior	1 = Si 2 = No 9 = Casos perdidos
Hospital	1 = Hospital de tercer nivel de atención No 2 2 = Hospital de tercer nivel de atención No 1
Turno	1 = 7:00 a.m. - 3:00 p.m. 2 = 3:00 p.m. - 11:00 p.m.
Género	0 = Masculino 1 = Femenino
Servicio	1 = Ortopedia 2 = Neurocirugía 3 = Gastroenterología 4 = Cirugía General de Hombres 5 = Cirugía de especialidades 6 = Geriatría 8 = Hematología 10 = Medicina V piso 11 = Medicina IV piso 12 = Cirugía general de mujeres 13 = Medicina (hospital de tercer nivel de atención No 1) 14 = Cardiología (hospital de tercer nivel de atención No 1) 15 = Dermatología, nefrología y neumología

Categorías del instrumento de observación "indicadores de experticidad"	1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Casi siempre 4 = Siempre

A. Pacientes

Variables	Categorización
Género	0 = Masculino 1 = Femenino
Grado académico	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Universidad
Días de hospitalización	1 = 3 - 4 2 = 5 - 6 3 = 7 - 8 4 = 9 - 10
Escolaridad	0 = Incompleta 1 = Completa
Edad	1 = 15 - 29 2 = 30 - 44 3 = 45 - 59 4 = 60 - 74 5 = 75 - 89
Hospital	1 = Hospital de tercer nivel de atención No 2 2 = Hospital de tercer nivel de atención No 1
Categorías del instrumento de cuidado de comportamiento profesional	1 = Nunca 2 = Alguna veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre
Servicio	1 = Ortopedia 2 = Neurocirugía 3 = Gastroenterología 4= Cirugía general de hombres 5= Cirugía de especialidades 6= Geriatría 8= Hematología 10 = Medicina V piso 11 = Medicina IV piso 12 = Cirugía general de mujeres 13 = Medicina (hospital de tercer nivel de atención No 1) 14 = Cardiología (hospital de tercer nivel de atención No 1) 15 = Dermatología, nefrología y neumología

Establecer el punto de corte

Con los datos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", se estableció el punto de corte tomando en consideración la media de 75,28, valor obtenido de la puntuación general del dicho instrumento. Utilizando como referencia este valor, se procedió a clasificar a la enfermera, siendo las enfermeras expertas todas aquellas que obtuvieron puntuaciones por arriba de la media y las enfermeras no expertas aquellas que obtuvieron valores por debajo de la media.

Prueba de diferencias de medias

Debido a que la distribución de los datos de la variable de experticidad no fue normal se utilizó la U de Mann-Whitney, permitiendo probar si la diferencia de medias entre dos muestras independientes era significativa, y dar respuesta a la siguiente hipótesis estadística:

$$H_o: \quad \mu_e - \mu_{ne} = 0$$

$$H_i: \quad \mu_e - \mu_{ne} \neq 0$$

Esta prueba estadística permitió determinar si existía diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional entre el grupo de las enfermeras expertas y el grupo de las enfermeras no expertas, a un nivel de significancia de 0,05. El criterio de decisión para la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada, se dio según el p - valor. Si el p - valor asociado al estadístico es < 0,05, se acepta la hipótesis de investigación, a nivel de significancia de 0,05.

Pruebas estadísticas aplicadas a las otras variables asociadas con el cuidado de comportamiento profesional

Variable asociada con el cuidado de relación interpersonal	Descripción de la prueba con nivel de significancia de 0,05
Tiempo de trabajar en el servicio	Se utilizó ANOVA, para determinar si existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función con el tiempo de trabajar en el servicio.
Grado académico	Se utilizó ANOVA, para determinar si existen diferencias

	significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional de los grupos según grado académico.
Años de trabajar como enfermera	Se utilizó el análisis de varianza de un factor (ANOVA) para determinar si existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función con los años de trabajar como enfermera.
Si ha laborado también en el turno anterior.	Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para determinar si existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función si han laborado o no en el turno anterior.
Turno laborado por la enfermera	Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para determinar si existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional con las medias de las puntuaciones de las enfermeras de acuerdo al turno laborado.
Hospitales	Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para determinar si existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función de los hospitales utilizados para el estudio.
Servicio	Se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) para determinar si existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en relación con los servicios de las salas de cirugía y medicina.
Género	Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para determinar si existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en relación al género de las enfermeras.

Ji Cuadrada

La Ji cuadrada es una prueba utilizada para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas y es calculada a través de una tabla de contingencia. Esta prueba fue utilizada para determinar si existe diferencia significativa, entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras del grupo de las expertas y el grupo de las no expertas, según el tiempo de laborar en el servicio. Si el p - valor asociado al estadístico de

contraste es menor que α, se rechaza la hipótesis nula a nivel a nivel de significancia de 0,05.

Coeficiente de correlación de Pearson

El coeficiente de correlación de Pearson es una prueba estadística utilizada para medir el grado de asociación entre dos variables medidas en escala por intervalos o de razón. Se utilizó para determinar si existe correlación entre la evaluación que obtuvieron las enfermeras con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, comparado con la evaluación que recibieron las mismas enfermeras con el instrumento de observación "indicadores de experticidad", a un nivel de significancia de 0,05. Valores cercanos a 1 indican fuerte asociación lineal positiva, valores próximos a -1 indican no asociación lineal inversa y valores próximos a 0 indican no asociación lineal.

Además, se puede establecer la significancia de r con la prueba exacta de F de Fisher. Si el valor de la p asociado al test exacto de Fisher, es $p < 0,05$ se deberá rechazar la hipótesis nula de independencia y se deberá asumir que los dos instrumentos no son independientes, sino que están asociadas.

Regresión lineal

La regresión lineal es un modelo matemático utilizado para determinar la relación entre variables y predecir el valor de una variable (dependiente), cuando se conoce el valor de una o más variables medidas en intervalos o de razón.

En este estudio se aplicó la regresión lineal a las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras (variable dependiente), con las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional diligenciado por los pacientes (variable independiente).

6 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

6.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

Este capítulo, presenta el análisis de los datos obtenidos durante la investigación, con el propósito de dar respuestas a los objetivos planteados como: determinar la asociación entre el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su experiencia práctica; describir el cuidado de relación interpersonal que realiza la enfermera, durante la atención del paciente, de igual forma, describir la experiencia práctica que poseen las enfermeras.

Además, se determinará si existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en relación con los años de experiencia de la enfermera, el grado académico, el tiempo de trabajo en el servicio, turno laborado, si trabajó o no en el turno anterior, género y hospital.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra de enfermeras de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Características de las enfermeras	No (220)	%
Género		
Masculino	16	7,0
Femenino	204	93,0
Grado académico		
Enfermera básica	7	3,0
Licenciatura	195	89,0
Especialidad	15	7,0
Maestría	3	1,0
Años de laborar como enfermera		
< 5.0	82	37,0
5.0 - 9,9	59	27,0
10.0 - 14,9	47	21,0
15,0 - 19,9	12	6,0
20,0 - 24,9	11	5,0
>25,0	9	4,0
Turno laborado		
7:00 a.m. - 3:00 p.m.	146	66,0
3:00 p.m. - 11:00 p.m.	74	34,0
Laboró en el turno anterior		
Si	10	5,0
No	210	95,0
Años de laborar en el servicio		
< 1	79	36,0
1 - 3,9	85	39,0
4 - 6,9	39	18,0
7 - 7,9	10	4,0
10 - y más	7	3,0
Hospital		
Tercer nivel de atención No 1	**93**	**42,0**
Servicio de cirugía	35	16,0
Servicio de medicina	58	26,5
Tercer nivel de atención No 2	**127**	**58,0**
Servicio de cirugía	69	31,0
Servicio de medicina		
Salas		
Ortopedia	32	14,5
Neurocirugía	6	2,0
Gastroenterología	12	5,5
Cirugía general	29	13,2
Cirugía de especialidades	37	16,8
Geriatría	1	0,5
Hematología	8	3,6
Medicina	95	43,2

Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de Experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

La tabla 1, describe que la muestra estuvo representada por 220 enfermeras, de las cuales el 42,0 % estuvo ubicado en el hospital de tercer nivel de atención No 1, y un 58,0% en el Hospital No 2. La distribución de las enfermeras que laboraron en el servicio de medicina se representó por 26,5 % para ambos hospitales; y las enfermeras que laboraron en los servicios de cirugía se representaron por el 16,0% y el 31,0% respectivamente.

El género predominante fue el femenino (93,0%), con un grado académico de licenciatura en enfermería (89,0%). En su mayoría (37,0%), tenían menos de 5 años de laborar como enfermeras y presentaban de 1 - 3,9 años (39,0%) de laborar dentro del servicio donde fueron observadas. La observación se dio, predominantemente, en el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. (66,0%) y el 95,0% no laboró en el turno anterior.

Todos estos datos, indican que la muestra de enfermeras es, relativamente, joven; por lo tanto, es coherente con el poco tiempo de trabajar en el servicio y con su grado académico de licenciatura.

Cabe resaltar, que el comportamiento de la muestra de enfermeras en cuanto a los años de trabajar en el servicio tiene una tendencia a disminuir el número de enfermeras con mayor años de antigüedad, dentro del mismo, por lo que, se podría pensar, que una posible causa de este comportamiento puede deberse a que las enfermeras de mayor número de años de laborar, se desplazan hacia instituciones o servicios con mejores condiciones de horario (consulta externa, policlínicas y centros de salud).

Por la descripción presentada, cabe considerar también, que la muestra de enfermeras estuvo, uniformemente, representada en cada uno de los dos hospitales; ya que, la muestra se obtuvo por racimos. Se comprueba; además, que la representación de las enfermeras, estuvo dada por los diferentes ambientes de trabajos; tanto médicos como quirúrgicos, de ambos hospitales de tercer nivel de atención.

Tabla 2. Características demográficas de la muestra de pacientes en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Características de los pacientes	No (440)	%
Género		
Masculino	253	57,0
Femenino	187	43,0
Edad		
15 - 29	96	21,8
30 - 44	144	32,7
45 - 59	129	29,3
50 - 64	29	6,6
65 - 84	42	9,5
Grado académico		
Primaria	95	21,0
Secundaria	263	60,0
Universidad	82	19,0
Tiempo de escolaridad		
Incompleta	212	48,2
Completa	228	51,8
Días de hospitalización		
3 - 4	100	22,7
5 - 6	126	28,6
7 - 8	140	31,8
9 - 10	74	16,8
Hospital		
Tercer nivel de atención No 1	**186**	**42,0**
Servicio de cirugía	70	16,0
Servicio de medicina	116	26,5
Tercer nivel de atención No 2	**254**	**58,0**
Servicio de cirugía	138	31,0
Servicio de medicina	116	26,5
Servicio		
Ortopedia	64	14,5
Neurocirugía	12	2,7
Gastroenterología	24	5,5
Cirugía general	58	13,3
Cirugía de especialidades	74	16,8
Geriatría	2	0,5
Hematología	16	3,6
Medicina	190	43,2

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Analizando los datos de la tabla 2, se encontró que de los 440 pacientes encuestados, 253 fueron masculinos (57,0 %) y 187 femeninas (43,0 %). El intervalo de las edades estuvo entre 15 - 84 años con una media de 43,0 y una desviación estándar tipificada de 15,91, siendo el grupo de 30 - 44 años (32,7%) el de mayor representación. En relación con su grado de escolaridad, el 60,0% llegó a un nivel secundario; de los cuales el 51,8% habían completado sus estudios.

En cuanto a su distribución, la mayor concentración de los pacientes se ubicó en el hospital de tercer nivel de atención No 2 (58,0%), siendo la sala de medicina el servicio de mayor concentración. Así mismo, su período de hospitalización presentó una media de 6,3 días con una desviación tipificada de 2,1 días. El mayor porcentaje de pacientes (31,8%), estuvo en el intervalo entre 7 a 8 días de hospitalización.

Esta información, permite concluir que la muestra de pacientes estuvo, uniformemente, distribuida por pacientes de ambos géneros, y representada por pacientes en la etapa adulta (43,0 años), con una tendencia hacia la etapa adulta media (45 - 59 años). Lo que caracteriza a un paciente con autonomía, actuación independiente y económicamente, productivo.

Por otra parte, el nivel educativo se convirtió en un factor fundamental para la aplicación del instrumento; ya que permitió una ágil comprensión y un mejor diligenciamiento del mismo.

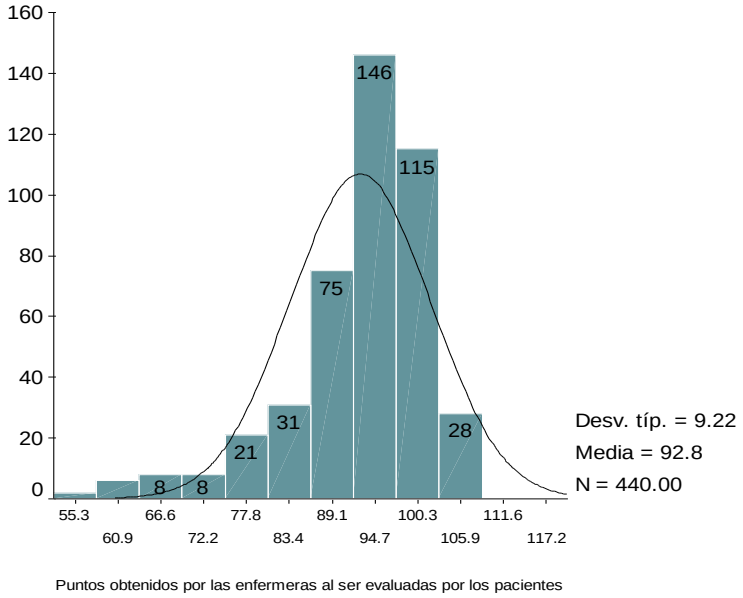
El número de pacientes por salas (Tabla 2) está, estrechamente, relacionado con la distribución de las enfermeras según la especialidad e institución, y su reflejo se da debido a la forma de muestreo de los pacientes; ya que se dio según la relación enfermera - paciente 1:2 (una enfermera por cada dos pacientes).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los puntos obtenidos de las enfermeras, al ser evaluadas por los pacientes, con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006

Descripción **de los puntos obtenidos por las enfermeras, al ser evaluadas por los pacientes**	***Valor con base a 112 puntos***
Media	92,8
Mediana	95,0
Moda	97,0
Desv. Típ	9,2
Varianza	85,0
Asimetría	-1,3
Curtosis	2,3
Mínimo	57,0
Máximo	108,0
N	***440***

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006

Gráfica. 1 Estadísticos descriptivos de los puntos obtenidos por las enfermeras, al ser evaluadas por los pacientes, con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención.



En la tabla 3 y la gráfica 1 se pueden apreciar las evaluaciones que le dan los pacientes a las enfermeras, en relación con su percepción del cuidado de relación interpersonal que le proporcionan las enfermeras. Se obtuvo, que con un total de 112 puntos, que presentaba el instrumento, la media fue de 92,8 puntos, la mediana de 95,0 y la moda de 97 puntos.

Además, se observa una desviación típica de 92,0 puntos y varianza de 85,0, los valores mínimo y máximo están representados por 57,0 y 108,0 puntos, respectivamente.

De la misma tabla se aprecia, también, que el valor del coeficiente de curtosis positivo de 2,3, determina que los datos no se comportan como una distribución normal y que el coeficiente de asimetría negativo de -1,3, señala el alargamiento de la curva hacia el lado izquierdo; es decir que hay mayor agrupación de los datos hacia la derecha de la curva (Gráfica 1). Lo que indica que los valores están más concentrados, por encima de la media de 92,8 / 112 puntos.

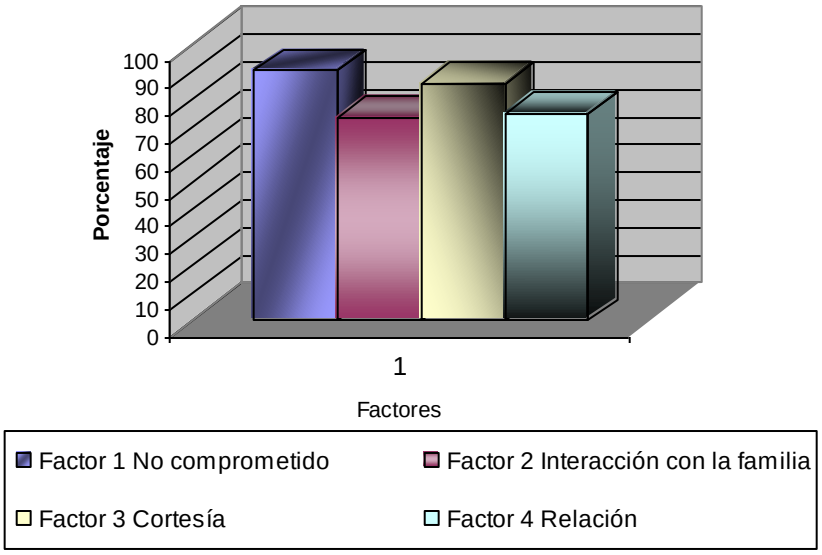
Esto refleja una tendencia de los pacientes de evaluar el cuidado de relación interpersonal que le proporciona la enfermera, con una puntuación por arriba del promedio. Cabe señalar, que hay un porcentaje significativo de puntuaciones por debajo del promedio, información que puede ser valiosa para asociarla a posteriori, y percibir si estas evaluaciones caen en el grupo de las enfermeras expertas o en el grupo de las enfermeras no expertas.

Tabla 4. Puntuación porcentual según los factores obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, aplicado a los pacientes en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Factores del instrumento de cuidado de comportamiento profesional	Puntuación total	Puntuación obtenida	
		Media	Media con base a 100
Total	**112**	**92,16**	
Factor 1: No comprometido	40	36,27	**90,6**
Factor 2: Interacción familia / paciente	28	20,69	**73,8**
Factor 3: Cortesía	20	17,17	**85,8**
Factor 4: Relación	24	18,03	**75,1**

Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de Experticidad", aplicado a los pacientes para evaluar a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención de la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Gráfica 2. Puntuación porcentual, según los factores obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, aplicado a los pacientes en servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención



La tabla 4, muestra que dentro de la puntuación obtenida por factores del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, el factor de "cortesía" presentó el 85,8%; el factor de "relación" el 75,1%; mientras, que el de menor valor fue el factor de "interacción con la familia" con un 73,8%.

Comparando estos factores, se puede observar que las enfermeras fueron mejor evaluadas en el factor de "cortesía", mientras que las puntuaciones más bajas se obtuvieron en los factores de "interacción con la familia" y de "relación".

Los resultados, de estos dos últimos factores, evidencian que el proceso de interacción enfermera - paciente y familia se da de manera incompleta, de acuerdo a lo percibido por el paciente. Por consiguiente, el cuidado como un proceso interactivo puede ser poco evidente, lo que podría ejercer efectos negativos en la recuperación del estado de salud y bienestar del paciente; ya que, de acuerdo a lo mencionado, anteriormente por Werner (1996)[189], la relación interpersonal, desde el punto de vista de la enfermería, debe ser significativa. Esto, se logra a partir de que la enfermera considere dentro de esta interacción la reacción del paciente, de su familia, y de la propia enfermera, ante la enfermedad del paciente.

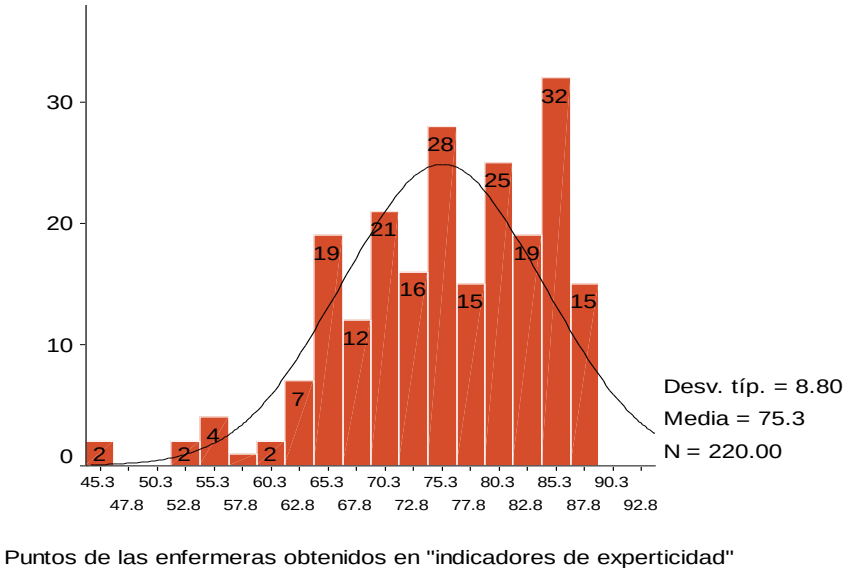
[189] WERNER O´TOOLE Op. Cit. 72

Tabla 5. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de indicadores de experticidad	Puntuación con base a 88
Media	75,28
Mediana	76,0
Moda	84,0
Desv. típ.	8,80
Varianza	77,50
Asimetría	-0,71
Curtosis	0,38
Mínimo	44,0
Máximo	88,0
N	**220**

Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de Experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Gráfica 3. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad, aplicado en los servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención.



La tabla 5, muestra que los datos obtenidos, a través de la puntuación general del instrumento de observación “indicadores de experticidad”, utilizado con las enfermeras mostró una media de 75,28, una mediana de 76,0 y una moda de 84,0 puntos.

Por otra parte, las medidas de dichos datos presentaron una desviación típica de 8,80, varianza de 77,50, con valor mínimo y máximo de 44,0 y 88,0, respectivamente.

El valor del coeficiente de curtosis positivo de 0,38, permite inferir que los valores de esta variable no presentan una distribución normal. Mientras, el valor del coeficiente de asimetría negativo de -0,71, infiere una curva desviada hacia la derecha. Lo que muestra, que los valores obtenidos en el instrumento de observación están, mayormente, agrupados hacia el lado derecho de la curva; por lo tanto, los valores obtenidos en este instrumento están más concentrados por encima de la media de 75,28 / 88,0 puntos.

El valor de la media, obtenido en estos datos fue de gran relevancia; ya que, se utilizó como criterio de decisión para la asignación de los grupos de las enfermeras, según experticidad. De acuerdo con este criterio, las enfermeras que obtuvieron puntuaciones de 75,28 y menos fueron consideradas, para efecto de este estudio, como las enfermeras no expertas y las enfermeras que obtuvieron puntuaciones por arriba de 75,28 fueron consideradas enfermeras expertas.

Para corroborar, si existía diferencias significativa entre ambos grupos, se aplicó la prueba de análisis de varianza, ANOVA, a nivel de significancia de 0,05; proporcionando un valor de significancia de 0,000 y un valor F de 387,76 con 219 gl de libertad. Estos valores permitieron concluir que hubo diferencia significativa entre el grupo de las enfermeras expertas con el grupo de las enfermeras no expertas, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el instrumento de experticidad utilizado para las enfermeras.

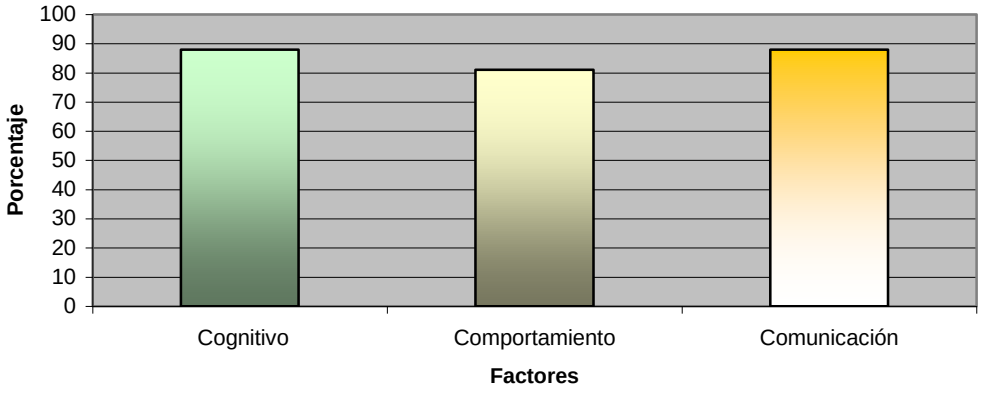
Otro aspecto relevante, presentado en esta tabla, es que los datos no se comportaron como una distribución normal, lo que permitió tomar la decisión de utilizar la U de Mann Whitney, para responder al objetivo del estudio sobre cómo determinar la asociación entre el cuidado de relación interpersonal de la enfermera y su experiencia práctica.

Tabla 6. Puntuación de los factores de experticidad obtenidos por las enfermeras, al ser evaluadas con el instrumento de observación "indicadores de experticidad, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Factores del instrumento indicadores de experticidad	Puntuación total	Puntuación obtenida	
		Media	Media con base a 100
Total	**88**	**75,28 / 88**	
Factor 1 Cognitivo	24	21,1 /24	**88,0%**
Factor 2 Comportamiento	28	22,6 /28	**81,0%**
Factor 3 Comunicación	36	31,5 /36	**88,0%**

Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de Experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel en atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Gráfica 4. Puntuación porcentual de los factores del instrumento de observación "indicadores de experticidad", al ser evaluadas por los observadores en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención



La tabla 6 y la gráfica 4 muestran, que la media de la puntuación obtenida por las enfermeras, en cada factor del instrumento de indicadores de experticidad, fue de 88,0% para el factor llamado “comunicación”; el 88,0% para el factor llamado “cognitivo”, y un 81,0%, para el factor llamado comportamiento.

Estos resultados muestran que los factores 1 y 2 llamados “cognitivo” y “comunicación”, fueron los mejores evaluados, obteniendo el 88,0% cada uno, y el factor de “comportamiento” fue el de puntuación más baja con un 81,0%.

Este factor de comportamiento se basa en las actitudes de la enfermera durante la relación enfermera - paciente. Las enfermeras que tienden a tener puntuaciones bajas, en este factor, pueden mostrar cierto grado de dificultad para expresar su comprensión y solidaridad ante el paciente; ya que los gestos las frases, o cuando la enfermera comparte, tiene buen humor y es amigable, son elementos indispensable en este factor, ya que, implica un elemento de competencia interpersonal de la enfermera según Fosbinder (1994)[190].

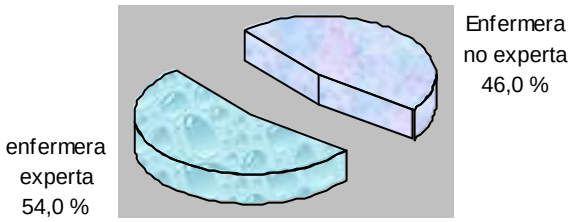
Pero cuando esto no se da adecuadamente; se genera resultados desfavorables en la interacción, porque no se alcanza un clima apto donde se mejoren los sentimientos, se visualicen las cosas mas claras y no hay conexión con el paciente, tal como lo perciben los pacientes en el estudio realizado por Forchuk y Reynalds (2001)[191], presentado en la revisión bibliográfica.

[190] FOSBINDER Donna. 1994, Op. Cit. p.1,085 - 1093
[191] FORCHUK C.,y REYNALDS M. 2001, Op. Cit. p. 45 - 51

Tabla 7. Distribución de la experticidad de la enfermera de acuerdo a la puntuación obtenida en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Experticidad de la enfermera	Fr	%
Total	220	100,0
Enfermera no experta	101	46,0
Enfermera experta	119	54,0

Gráfica 5. Distribución de la experticidad de la enfermera de acuerdo a la puntuación obtenida en el instrumento de observación "indicadores de experticidad, en los servicios de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención



Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

La tabla 7 y la gráfica 5 revelan, que al tomar en consideración el punto de corte (75,28), se dividió la muestra de enfermeras en dos grupos; el grupo de las enfermeras no expertas y el grupo de las enfermeras expertas. De aquí, que las puntuaciones por debajo de 75,28 fueron consideradas enfermeras no expertas y las puntuaciones superiores, fueron consideradas enfermeras expertas.

Bajo este criterio de clasificación, se tiene que la muestra de 220 enfermeras, estuvo constituida por 119 enfermeras (54,0 %) que correspondió al grupo de las enfermeras expertas, y 101 (46,0 %) enfermeras que integraban el grupo de las enfermeras no expertas. Lo que indica, que el grupo de las enfermeras expertas fue el de mayor número. También, se puede observar en la tabla que hay un alto porcentaje (46,0%) de enfermeras que están en el grupo de las no expertas; lo que puede tener relación con el grupo de enfermeras que obtuvieron puntuaciones, por debajo de la media, en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional; de acuerdo a la percepción de los pacientes.

Analizando esto datos, se espera que las enfermeras expertas ofrezcan un mejor cuidado de relación interpersonal; ya que, las características en una

enfermera experta, implica la facilidad de manejar, fluidamente, la relación, conocer al paciente, y percibir sus carencias.

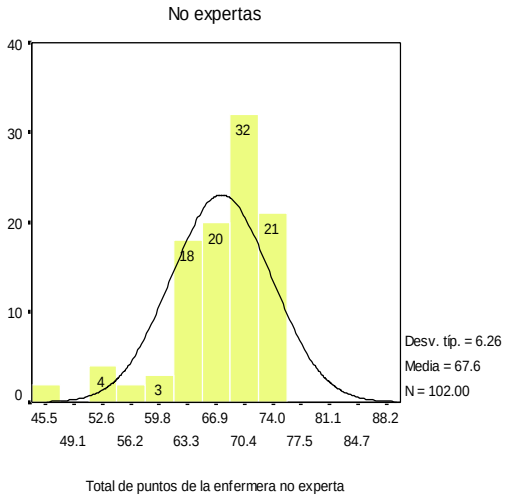
Por consiguiente, el resultado que se espera lograr es un paciente satisfecho con el cuidado que se le proporciona, de lo contrario, cuando no existe la experticidad en la relación interpersonal, se ignora lo que el paciente siente y expresa y la relación enfermera - paciente se convierte en una interacción más de intervención que de sentimientos y afecto.

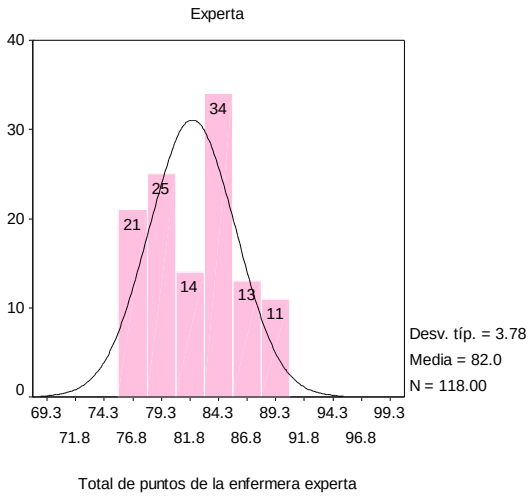
Tabla 8. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", según la enfermera no experta y la enfermera experta, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Datos descriptivos del instrumento de "indicadores de experticidad"	Experticidad de la enfermera	
	No Experta	Experta
	Puntuación /88	Puntuación /88
Media	67,5	81,9
Mediana	69,0	82,0
Moda	72,0	84,0
Desv. Típ	6,2	3,7
Varianza	39,1	14,3
Asimetría	-1,4	-0,6
Curtosis	2,4	-1,1
Mínimo	44,0	76,0
Máximo	75,0	88,0
N	**101,0**	**119,0**

Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Gráfica 6. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", según la enfermera no experta y la enfermera experta, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención.





La tabla 8, muestra que los datos obtenidos en el grupo de las enfermeras no expertas; a través de la puntuación del instrumento de observación "indicadores de experticidad", mostró una media de 67,5 puntos y una desviación típica de 6,2, mientras que, el grupo de las enfermeras expertas presentó una media de 81,9 y una desviación típica de 3,7.

En el grupo de las enfermeras no expertas, los puntos obtenidos en el instrumento de observación tienen un grado de dispersión más alto que el obtenido en el grupo de las enfermeras expertas. Esto, muestra que las puntuaciones de las enfermeras expertas, presentan una considerable variabilidad, con respecto a los puntos obtenidos en el instrumento de experticidad, mientras que las enfermeras expertas presentan puntuaciones muy parecidas, concentradas cerca de la media, lo que explica una consistencia dentro de este grupo.

El coeficiente de asimetría obtenido para ambos grupos fue negativo, cuyo valor para las enfermeras no expertas fue de -1,4 y para las enfermeras expertas de - 0,6, lo que refleja una mayor agrupación de los datos hacia la derecha de la curva en ambos grupos de enfermeras. Esto indica que hay una tendencia de obtener valores, por encima de la media, lo que significa, que las enfermeras expertas y no expertas, tienen tendencia a aumentar su puntuación, es decir, a mejorar su asistencia de cuidado interpersonal.

Tabla 9. Diferencia de medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación entre las enfermeras no expertas con las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Estadísticos de contraste(b)	Total de puntos de la enfermera en indicadores de experticidad
U de Mann-Whitney	93,000
Sig. Asintót. (bilateral)	0,000(a)
Sig. (unilateral)	0,000(a)

a Basado en 10000 tablas muestrales con semilla de inicio 2000000.
b Variable de agrupación: experticidad de la enfermera

Fuente: Instrumento de observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Con el objetivo de determinar, si existían diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas por el grupo de las enfermeras no expertas, con la media de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras expertas, en el instrumento de indicadores de experticidad, se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann - Whitney.

Dada los resultados obtenidos, se puede decir, que estas diferencias, estadísticamente significativas, indican que el grupo de las enfermeras no expertas no se comporta igual al grupo de las enfermeras expertas, en cuanto al cuidado de relación interpersonal que ofrecen, dado que, la media de las puntuaciones del grupo de las expertas fue, estadísticamente, mayor que la de las enfermeras no expertas. Esto indica que las enfermeras expertas ofrecen un mejor cuidado de relación interpersonal que las enfermeras no expertas.

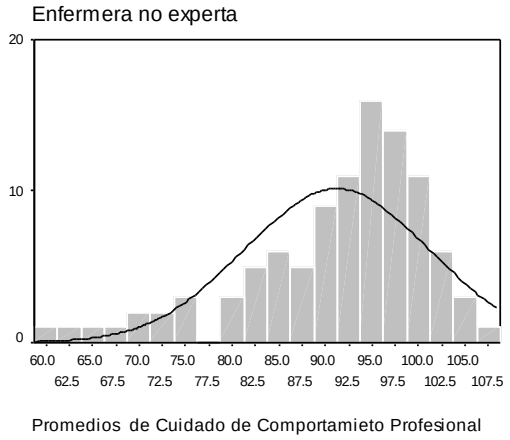
De aquí, que la experticidad permite un desarrollo de habilidades psicomotoras, de iniciativa y destrezas para responder de diferentes maneras a cambios particulares e importantes, en cada situación de cuidado.

Tabla 10. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en las enfermeras no expertas y las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Datos descriptivos del instrumento de cuidado de comportamiento profesional	Experticidad de la enfermera	
	No Experta	Experta
	Puntuación /112	Puntuación /112
Media	91,21	99,69
Mediana	94,00	100,50
Desv. Típ	9,98	5,66
Varianza	97,93	31,99
Asimetría	-1,17	-1,35
Curtosis	1,10	3,80
Mínimo	61,0	75,0
Máximo	107,0	111,0
N	**101,0**	**119,0**

Fuente: Instrumento de Observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras de las salas de cirugía y medicina en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Gráfica 7. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional de entre las enfermeras no expertas y las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención.



La tabla 10 y la gráfica 7, muestran que la media obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional para el grupo de las enfermeras no expertas es de 91,2 con una desviación típica de 9,98 y para el grupo de las expertas se obtuvo una media de 99,6 con una desviación típica de 5,6.

El coeficiente de asimetría obtenido, para ambos grupos, fue negativo: cuyo valor para las enfermeras no expertas fue de -1,17 y para las enfermeras expertas de -1,35. Lo que refleja una agrupación de los datos hacia la derecha de la curva; es decir, que hay una tendencia de obtener valores por encima de la media de cada grupo, es decir, con inclinación hacia una mejor percepción del paciente sobre el cuidado de relación recibido. Estos datos, presentan el mismo comportamiento de los datos obtenidos por las enfermeras, presentados en la tabla 8.

Además, estos resultados muestran, que el grupo de las enfermeras expertas fueron mejor evaluadas por los pacientes, que las enfermeras no expertas; ya que, presentaron medias más altas. Lo que indica, que la enfermera experta, evidencia un mejor cuidado de relación interpersonal, demostrando su habilidad y destreza ante el paciente, a través de una detección oportuna de las necesidades de interacción del paciente. Esto es corroborado con lo propuesto por Gjengedal (1994)[192] y Hansen (1995)[193], cuando refieren que las acciones de una enfermera con poca experiencia, están enfocadas en el equipo técnico y no en desarrollar una relación de comunicación.

[192] Gjengedal 1994 Op. Cit.
[193] Hansen 1995 Op. Cit. p. 21-30

Tabla 11. Diferencia de medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional entre las enfermeras no expertas con las enfermeras expertas, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Estadísticos de contraste (b)	valores
U de Mann-Whitney	2487,000
Sig. Asintót. (bilateral)	0,000(a)
Sig. Asintót. (unilateral)	0,000(a)

Nivel de significancia 0,05

a Basado en 10000 tablas muestrales con semilla de inicio 926214481.
b Variable de agrupación: experticidad de la enfermera

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención de la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar, si existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional de las enfermeras expertas (e) y las enfermeras no expertas (ne), a nivel de significancia de 0,05 y responder a la siguiente hipótesis estadística:

$$H_o: \quad \mu_e - \mu_{ne} = 0$$

$$H_i: \quad \mu_e - \mu_{ne} \neq 0$$

Se aplicó la prueba estadística U de Mann - Whitney a nivel de significancia de 0,05, obteniéndose un valor de 2487,000 y una significancia unilateral de 0,000. Debido a que el p - valor fue menor que 0,05, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias, verificándose que existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por el grupo de las enfermeras no expertas con las enfermeras expertas.

Como se observó en la tabla 10, la media de la puntuación del instrumento de cuidado de comportamiento profesional fue más alto en las enfermeras expertas, que en las no expertas. En consecuencia, hay diferencia significativa en el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras

expertas; en relación con el que proporcionan las enfermeras no expertas, según la percepción del paciente.
Estos datos, se ven corroborados con los obtenidos en el instrumento de observación, "indicadores de experticidad (Tabla 9); en el cual, también, se demostró que había diferencia significativa en las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras expertas en relación al obtenido por las enfermeras del grupo de las no expertas. Ambos resultados corroboran que el cuidado que ofrecen las enfermeras del grupo de las expertas es, estadísticamente, diferente al cuidado que ofrecen las enfermeras del grupo de las enfermeras no expertas.

Estos resultados son de gran interés; ya que esa diferencia en el cuidado que ofrecen las enfermeras se pudo determinar tanto con el instrumento de observación, diligenciado por el observador, como por el instrumento que llenaron los pacientes hospitalizados, a quienes la enfermera les proporcionaba el cuidado.

De aquí que, conforme la enfermera adquiere experiencia, se genera sabiduría clínica (Benner 1996)[194]; la cual da pautas para que sea lo suficientemente, madura, involucre sentimientos, actitudes y conductas; que permitan comprender la situación del paciente y desempeñarse dentro de las relaciones interpersonales con calidez humana. Todo esto, con miras a que el paciente se sienta satisfecho con el cuidado que le brinda la profesional de la enfermería.

[194] BENNER , Patricia, 1996 Op. Cit. p. 36

Tabla 12. Análisis de varianza de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y años de laborar como enfermera, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Descriptivos

Años de trabajar como enfermera	Medidas descriptivas de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional				
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Total	220	95,80	8,94	61,0	111,0
< 5	82	95,84	8,70	67,0	109,0
5 - 9,9	59	95,03	10,09	61,0	110,0
10 - 14,9	47	96,24	8,91	64,0	111,0
15 - 19,9	12	97,21	7,14	80,0	106,0
20 - 24,9	11	94,77	9,53	76,0	107,0
> 25	9	97,50	5,44	87,0	104,0

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total	**17502,249**	**219**			
Inter-grupos	105,442	5	21,088	0,259	0,935
Intra-grupos	17396,807	214	81,293		

Nivel de significancia 0,05

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar si existe diferencia significativa, entre las medias de los puntos obtenidos por la enfermera en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función de los años de laborar como enfermera, se aplicó el análisis de varianza de un factor (ANOVA), a un nivel de significancia de 0,05.

El cuadro de ANOVA, refleja como resultado una significancia (Sig.) de 0,935, con un valor F de 0,259 y 219 grados de libertad. Debido a que el p - valor asociado al estadístico F (Sig. 0,935) es mayor que 0,05; no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias.

Lo que demuestra que no existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función de los años de laborar como enfermera; por lo que, se puede inferir, que el cuidado que proporcionan las enfermeras objeto de estudio no está asociado con los años de trabajar como enfermera, quizás porque las enfermeras en su formación académica, carecen de una perspectiva holística, biosicosocial, en donde, la respuesta humana ante los procesos de la enfermedad, no son considerados; es decir, sus acciones no están concentradas en la persona.

Tabla 13. Análisis de varianza de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y el grado académico de las enfermeras, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Descriptivos

Grado académico	Medidas descriptivas de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional				
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Total	**220**	**95,80**	**8,94**	**61,0**	**111,0**
Enfermera básica	7	96,57	7,95	82,0	104,0
Licenciatura	195	95,76	9,20	61,0	111,0
Especialidad	15	96,40	6,87	74,0	104,0
Maestría	3	93,50	1,50	92,0	95,0

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total	**17502,249**	**219**			
Inter-grupos	25,763	3	8,588	0,106	0,956
Intra-grupos	17476,486	216	80,910		

Nivel de significancia 0,05

Fuente: Instrumento de Cuidado de Comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar si existe diferencia significativa, entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función del grado académico de las enfermeras, se aplicó el análisis de varianza de un factor (ANOVA), a nivel de significancia de 0,05.

Como resultado se obtuvo una significancia de 0,956, con un valor F de 0,106 y 219 grados de libertad. Debido a que el p - valor asociado al estadístico F (Sig. 0,956) es mayor que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias.

Esto, indica que no existe diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función del grado académico de las enfermeras; por lo que, se puede inferir, que el cuidado que proporcionan las enfermeras objeto de estudio no está asociado con el grado académico de las enfermeras.

Estos resultados refuerzan, lo anteriormente citado, ya que este comportamiento, quizás se deba a la falta de un enfoque holístico dentro de la formación de la enfermera.

Tabla 14. Análisis de varianza de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y los años de la enfermera de trabajar, en el servicio en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Descriptivos

Años de la enfermera de trabajar en el servicio	Medidas descriptivas de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional				
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Total	220	95,80	8,94	61,0	111,0
< 1 año	79	94,65	10.35	62,0	109,0
1 - 3.9 años	85	95,47	8,39	61,0	108,0
4 - 6.9 años	39	98,42	6,77	82,0	111,0
7 - 9.9 años	10	96,20	8,33	80,0	105,0
10 y más años	7	97,50	8,67	81,0	105,0

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total	**17502.249**	**219**			
Inter-grupos	403,526	4	100,881	1,268	0,283
Intra-grupos	17098,723	215	79,529		

Nivel de significancia 0,05

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar, si existe diferencia significativa, entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, y los años de las enfermeras de trabajar en el servicio en las salas de cirugía y medicina, se utilizó el análisis de varianza de un factor (ANOVA), a nivel de significancia de 0,05.

El cuadro correspondiente, refleja una significancia de 0,283, con un valor F de 1,268 y 219 grados de libertad. Debido a que el p - valor asociado al

estadístico F (Sig. 0,283) es mayor que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias.
Estos resultados indican, que no existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en función de los años de las enfermeras de trabajar en las salas de cirugía y medicina.

No obstante, el cuadro descriptivo muestra, que las enfermeras del grupo de menos de un año de laborar en el servicio, presentaron media más baja (94,65), que las enfermeras de los otros grupos de años de laborar en el servicio. Lo que revela, que los pacientes percibieron, ligeramente, menos cuidado dentro del grupo de enfermeras con poco tiempo de estar en el servicio.

Esto, sugiere que las enfermeras van desarrollándose en mejor forma una vez que ya están radicadas en una sala determinada. Esta situación, pudiera ser explicada con respecto a lo referido en el marco teórico, donde Benner (1984)[195] y Fisher y Fonteyn[196], sugieren que la habilidad de ejecución de un experto, se fundamenta en el contexto en que la enfermera es experimentada. Así, un cambio de ambiente familiar o un ambiente poco familiar, significará que la enfermera ya no podrá funcionar como un experto.

[195] BENNER, Patricia (1984) Op. Cit. p.
[196] FISHER, A.A. AND FONTEYN, M.E., 1994. Op. Cit. p. 331-335.

Tabla 15. Prueba U de Mann - Whitney para determinar si existe o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y el turno laborado por la enfermera, en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Estadístico de contraste (b)	**Valores**
U de Mann-Whitney	5013,500
Sig. Monte Carlo (bilateral)	0,385(a)
Sig. Monte Carlo (unilateral)	0,198(a)

Nivel de significancia de 0,05

a Basado en 10000 tablas muestrales con semilla de inicio 2000000.
b Variable de agrupación: turno

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar si existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado del comportamiento profesional, en función del turno laborado por la enfermera, se aplicó la prueba estadística U de Mann - Whitney a un nivel de significancia de 0,05.

Como resultado, se obtuvo un valor de 5013,500 y una significancia unilateral de 0,198. Al ser el p - valor mayor que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias. Es decir, las muestras no proporcionan evidencia de una diferencia de las medias del instrumento de cuidado de comportamiento profesional en el grupo de las enfermeras que laboraron en el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.; con el grupo de enfermeras que laboró en el turno de 3:00 p.m. a 11:00 p.m..

Este resultado, implica, que el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras en las salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención, durante el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., es semejante con el cuidado que proporcionan las enfermeras en el turno de 3:00 p.m. a 11:00 p.m..

Tabla 16. Prueba U de Mann - Whitney para determinar si existe o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función de los dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio -octubre 2006

Estadístico de contraste (b)	**Valores**
U de Mann-Whitney	5320,00
Sig. Monte Carlo (bilateral)	0,210 (a)
Sig. Monte Carlo (unilateral)	0,094(a)

Nivel de significancia de 0,05

a Basado en 10000 tablas muestrales con semilla de inicio 926214481.
b Variable de agrupación: hospital.

Fuente: Instrumento de Cuidado de Comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Con el objetivo de conocer, si existía diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado del comportamiento profesional, en función del hospital donde laboran (dos hospitales de tercer nivel de atención), se aplicó la prueba estadística de U de Mann - Whitney, a nivel de significancia de 0,05.

Como resultados, se obtuvo un valor de 5320,00 y una significancia unilateral de 0,094. Cabe señalar, que al presentarse un p - valor mayor que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias.

Esto, indica que no existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el grupo de las enfermeras que laboraron en el hospital de tercer nivel de atención No 1, con las enfermeras que laboraron en el hospital de tercer nivel de atención No 2; por lo que, se puede concluir que el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras, no está asociado con el hospital donde laboraron. Lo anterior puede deberse a que las enfermeras que laboran en ambos hospitales, casi en su totalidad fueron preparadas académicamente por un saber biomédico.

Tabla 17. Análisis de varianza de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, y los servicios dentro de las salas de cirugía y medicina donde laboró la enfermera, en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total	**17502.249**	**219**			
Inter-grupos	403,526	4	100,881	1,268	0,283
Intra-grupos	17098,723	215	79,529		

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar, si existe o no, diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en los servicios donde laboró la enfermera, se aplicó el análisis de varianza ANOVA, a nivel de significancia de 0,05, obteniendo una significancia de 0,283, con un valor F de 1,268 y 219 grados de libertad. Estos resultados demostraron que no hubo diferencia significativa. Por lo que, los pacientes se sienten igualmente atendidos en cada una de las salas de medicina y cirugía.

Tabla 18. Prueba U de Mann - Whitney para determinar las diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, y si la enfermera laboró en el turno anterior en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención. Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006

Estadístico de contraste (b)	**Valores**
U de Mann-Whitney	980,50
Sig. Monte Carlo (bilateral)	0,73(a)
Sig. Monte Carlo (unilateral)	0,36(a)

Nivel de significancia de 0,05

a Basado en 10000 tablas muestrales con semilla de inicio 92208573.
b Variable de agrupación: laboró en el turno anterior

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados de dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

La tabla 18, muestra los valores obtenidos en la prueba U de Mann - Whitney; la cual se utilizó para determinar, si existía o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado del comportamiento profesional, en función de si la enfermera laboró o no en el turno anterior, a la aplicación de la evaluación.

Los resultados obtenidos a nivel de significancia de 0,05, fue un valor de U de Mann - Whitney de 980,50 y una significancia unilateral de 0,36. Al encontrar un p - valor mayor de 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias.

Estos resultados indican que no existe diferencia significativa, entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional en el grupo de las enfermeras que laboraron en el turno anterior con las enfermeras que no laboraron en el turno anterior. Todo esto, explica que el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras, no está asociado con el hecho de que hayan laborado o no en el turno anterior.

Tabla 19. Prueba U de Mann - Whitney para determinar si existe o no diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función del género de la enfermera en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Estadístico de contraste (b)	**Valores**
U de Mann-Whitney	976,000
Sig. Monte Carlo (bilateral)	0,714(a)
Sig. Monte Carlo (unilateral)	0,351(a)

Nivel de significancia de 0,05

a Basado en 10000 tablas muestrales con semilla de inicio 1535910591.
b Variable de agrupación: género

Fuente: Instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", aplicado a los pacientes hospitalizados de dos instituciones de tercer nivel de atención de la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Para determinar, si existe o no, diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado del comportamiento profesional, en función del género de las enfermeras, se aplicó la prueba estadística U de Mann - Whitney a nivel de significancia de 0,05.

Como resultados, se obtuvo un valor de 976,0 y una significancia unilateral de 0,351. Al obtenerse un p - valor mayor a 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias, verificándose que no existe diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el grupo de las enfermeras con la media obtenida por los enfermeros. En consecuencia, el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras, no está asociado con su género. Lo anterior puede deberse a que ambos grupos reciben el mismo tipo de formación.

Tabla 20. Tabla de contingencia de la experticidad de la enfermera y el tiempo de trabajar en el servicio en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006

Cuadro descriptivo

Experticidad de la enfermera	Frecuencia	Tiempo De Trabajar En El Servicio					Total
		< 1 año	1 - 3.9 años	4 - 6.9 años	7 - 9.9 años	10 y más años	
Total	**Observada**	**79** (100%)	**85** (100%)	**39** (100%)	**10** (100%)	**7** (100%)	**220** (100%)
	Esperada	**79**	**85**	**39**	**10**	**7**	**220**
Enfermera No Experta	Observada	40 (51%)	37 (44%)	17 (44%)	3 (3%)	4 (57%)	101
	Esperada	36	39	18	5	3	101
Enfermera Experta	Observada	39 (49%)	48 (56%)	22 (56%)	7 (70%)	3 (43%)	119
	Esperada	43	46	21	5	4	119

Nivel de significancia 0,05

Fuente: Instrumento de observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras que laboraron en salas de medicina y cirugía en dos instituciones de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Pruebas de Chi-Cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,363	4	0,669
N de casos válidos	220,0		

Para determinar, si existía diferencia significativa, entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras del grupo de las expertas y el grupo de las no expertas, según tiempo de laborar en el servicio, se aplicó una prueba de Ji cuadrada a nivel de significancia de 0,05.

Los resultados presentados en la tabla 20, muestra una significancia bilateral de 0,669, con un valor de Ji Cuadrado de 2,363 y 4 grados de libertad. Debido a que el p - valor asociado al estadístico (Sig. 0,669); es mayor que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis nula. Lo que indica que la experticidad

en la muestra estudiada no está fuertemente asociada con el tiempo de trabajar en el servicio.
Además, en el cuadro descriptivo, también, se refleja que los porcentajes de experticidad a través de los años no muestra una marcada tendencia a incrementar indicativo, de que los años de servicio no están influyendo de manera decisiva y progresivamente con la experticidad; lo que puede deberse a que no hay programas de educación continua en el área de cuidado de relación interpersonal para que la enfermera pueda modelar sus actitudes e ir mejorando el cuidado que le ofrece al paciente.

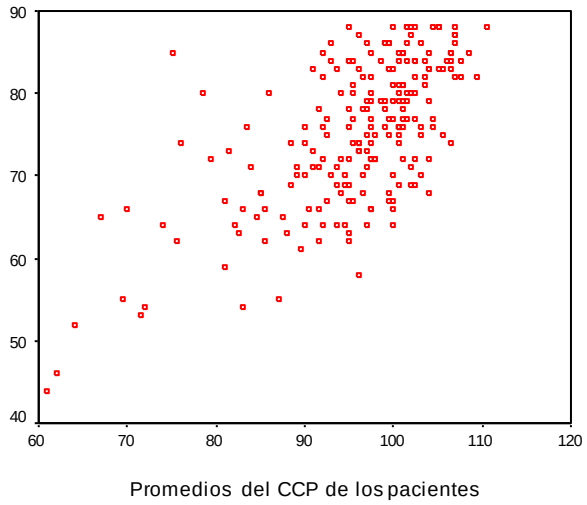
Tabla 21. Coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre de 2006.

Estadístico de contraste		Cuidado de comportamiento profesional	Indicadores de experticidad
Cuidado de comportamiento profesional	Correlación de Pearson	1	0,662(**)
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	220	220

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Instrumento de observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras e instrumento de cuidado de comportamiento profesional aplicado a los pacientes. Salas de medicina y cirugía en dos hospitales de tercer nivel de atención de la Ciudad de Panamá. Junio - octubre 2006.

Gráfica 8. Coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación "indicadores de experticidad".



Para determinar, si existía o no, correlación entre la evaluación que obtuvieron las enfermeras con el instrumento cuidado de comportamiento profesional, comparado con la evaluación que recibieron las mismas enfermeras con el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”, se determinó el coeficiente de correlación de Pearson, encontrándose un valor de 0,662; el cual muestra un coeficiente de correlación bueno.

Esto, demuestra que hay una buena correspondencia en la evaluación que les dan los pacientes a las enfermeras con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, comparadas con las evaluaciones recibidas por las enfermeras con el instrumento de observación “indicadores de experticidad.

Lo que indica, que una enfermera que tiene una puntuación elevada en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, también, tiene una puntuación elevada con el instrumento de observación y la enfermera que tiene una puntuación baja en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, también, tiene una puntuación baja en el instrumento de observación.

Tabla 22. Tabla de contingencia de la media* de la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y la experticidad de la enfermera en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre de 2006.

Pruebas de Chi-Cuadrado(d)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	37,503(b)	1	0.000	0,000	0,000	
Corrección por continuidad(a)	35,635	1	0,000			
Razón de verosimilitud	39,176	1	0,000	0,000	0,000	
Estadístico exacto de Fisher				**0,000**	**0,000**	
Asociación lineal por lineal	37,332(c)	1	0,000	0,000	0,000	0,000
N de casos válidos	220					

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.
b 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,17.

*Promedio del instrumento de cuidado de comportamiento profesional con punto de corte de 92,8

Fuente: Instrumento de observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras e instrumento de cuidado de comportamiento profesional aplicado a los pacientes, en los servicios de medicina y cirugía en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006.

La tabla 22 muestra los resultados del estadístico F de Fisher que se aplicó a los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional con los puntos obtenidos en el instrumento de "indicadores de experticidad".

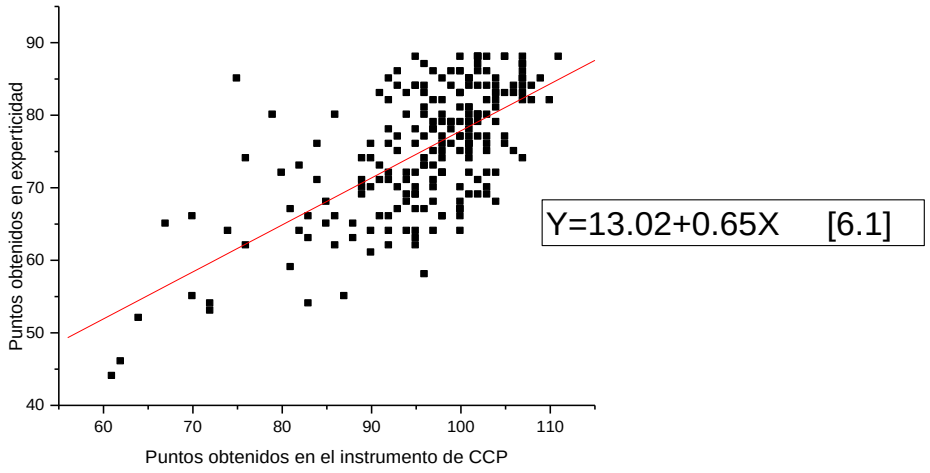
Esta prueba se aplicó, para confirmar la validez concurrente que presentó el instrumento de "indicadores de experticidad en relación con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional presentado en la tabla 21.

En esta prueba se contrastó solamente, los ítemes que se consideraron comunes*, los cuales fueron diez. Después, se analizó la correlación entre ellos, y se obtuvo un mayor valor predictivo de r = 0,878. Valor significativo con

la prueba F de Fisher con significancia de 0,000. Estos valores son mayores que la correlación obtenida previamente; por tanto se concluye que el instrumento de indicadores de experticidad tiene buena validez concurrente con el cuidado de comportamiento profesional.

* Por ejemplo, “no se intensa sobre los problemas de los pacientes” del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, es común con el ítem de igual relación en el instrumento de indicadores de experticidad “muestra interés por comprender la situación del paciente”.

Gráfica 9. Regresión lineal entre las puntuaciones obtenidas por las enfermeras en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación "indicadores de experticidad", en salas de cirugía y medicina de dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio - octubre de 2006.



Fuente: Instrumento de observación "Indicadores de experticidad", aplicado a las enfermeras e instrumento de cuidado de comportamiento profesional aplicado a los pacientes, en los servicios de medicina y cirugía en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Junio – octubre 2006.

La Gráfica 9, muestra los resultados de la regresión lineal, aplicada a las puntuaciones obtenidas por las enfermeras, en el instrumento de observación, "indicadores de experticidad", con las puntuaciones en el instrumento, de cuidado de comportamiento profesional, diligenciado por los pacientes.

En ella, se pudo observar que existe una tendencia por una relación de tipo lineal; es decir, que mientras una variable aumenta, la otra también. Ambas lo realizan de manera lineal. La ecuación que relaciona estas variables, es de la forma: $y = a + b$ x, en donde "*b"* representa la pendiente, cuyo valor fue de 0,65 y "*a"* la ordenada al origen, cuyo valor obtenido fue de 13,02.

Llevando estos resultados, a las variables del estudio, se encuentra que la relación entre las mismas está dada por la ecuación [6.1]:

Puntos de indicadores de experticidad	=	13,02 + 0,65	*	puntos del instrumento de cuidado de comportamiento profesional

Ejemplificando estos datos, se puede decir, que si la enfermera tiene 95,36 puntos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional; entonces, la ecuación predice que tendrá 75,0 puntos, en el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”. Estos valores, corresponden a las medias obtenidas en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional (92,8 puntos) y a la media del instrumento de observación “indicadores de experticidad” (75,28).

Esta relación, es de gran importancia, porque con solo la aplicación de uno de los dos instrumentos, se puede tener una predicción de la puntuación obtenida en el otro; por lo tanto, se puede predecir, si la enfermera corresponde al grupo de las expertas o al de las no expertas.

Por consiguiente, se puede evaluar la experticidad de la enfermera con el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”; incluso estimarla a partir del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, utilizando la ecuación [6.1].

El valor r = 0,662, permite contar con un indicador de validez concurrente del instrumento de observación, “indicadores de experticidad”, en relación con un instrumento estandarizado y aceptado, internacionalmente, llamado cuidado de comportamiento profesional.

6.2 DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo general determinar si el cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras estaba asociado con su experiencia práctica. Para dar respuesta a este objetivo se utilizaron dos instrumentos. El primero fue el instrumento de observación, llamado indicadores de experticidad, el cual fue diseñado, en este estudio, para clasificar el nivel de experticidad de la enfermera. Éste demostró una validez de contenido de 0,90 y una confiabilidad 90.9% de concordancia (Coeficiente de Kappa). El mismo, fue diligenciado por cuatro observadores.

El segundo instrumento, llamado cuidado de comportamiento profesional, fue elaborado por la doctora Sharon Horner. El instrumento, percibe el cuidado proporcionado por las enfermeras y es diligenciado por los pacientes. Presentó una validez aparente con un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,80.

Los resultados de las pruebas psicométricas, utilizadas para la validez y confiabilidad de ambos instrumentos, permitieron que se utilizaran como herramientas para la evaluación de la experticidad, para obtener la percepción del paciente, en relación con el cuidado proporcionado por la enfermera y para determinar la asociación entre ambos.

El instrumento diseñado para este estudio (indicadores de experticidad), aportó evidencias significativas sobre el comportamiento de la enfermera en relación con la experticidad. La primera, fue el aporte de los datos referente a que la muestra de enfermeras estuvo conformada por el 54,0% de enfermeras expertas y un 46,0% de enfermeras no expertas.

Siendo, esta última cifra, de gran relevancia; ya que puede derivarse, en este grupo de enfermeras, una práctica de enfermería con deficiencias en el aspecto cuidativo. Esto implica, que el paciente se sienta no comprendido, ni escuchado, por parte de la enfermera, pues uno de los atributos del cuidado, según Benner y Wrubel, es la comprensión, el cual demanda una actitud de empatía. Los que implica una mejor preparación de la enfermera en ésta área de cuidado de relación interpersonal.

En segundo lugar, otro hallazgo importante encontrado, a través del instrumento de indicadores de experticidad, fue que la media de las puntuaciones obtenidas en el grupo de las enfermeras expertas fue de 81,96

puntos y la media de las enfermeras no expertas fue de 67,5 puntos. A través, de prueba de U de Mann Whitney, se reflejó que hubo diferencia significativa entre estas medias (significancia 0,000); lo que evidencia, que las enfermeras no expertas se comportan diferentes al grupo de las enfermeras expertas. Esto es un fuerte indicativo de que las enfermeras expertas ofrecen un mejor cuidado de relación interpersonal en comparación con las no expertas, ya que fueron mejor evaluadas por los observadores.

Lo anterior, se ve corroborado con los hallazgos encontrados al aplicar el instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", de la Doctora Sharon Horner; el cual fue diligenciado por los pacientes. Al aplicarlo se determinó que la media global, obtenida por las enfermeras, fue de 92.8 puntos de 112. Además, la media obtenida con este instrumento para el grupo de las enfermeras no expertas, fue de 91,21 puntos y para el grupo de las enfermeras expertas fue de 99,69. Aplicándole el estadístico de U de Mann - Whitney se obtuvo un valor de 2,487 y una significancia unilateral de 0,000 evidenciando que hubo diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones para ambos grupos.

Por lo que sugiere que el grupo de las enfermeras expertas ofrece un mejor cuidado, que el de las no expertas. Esto, refuerza lo encontrado con el instrumento de observación, "indicadores de experticidad"; es decir, que la diferencia en el cuidado que ofrecen las enfermeras expertas en relación con el que ofrecen las no expertas fue evidenciado, tanto por las observadoras con el instrumento de observación "indicadores de experticidad", elaborado en este trabajo, como por los pacientes, con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional; elaborado por la Dra. Sharon Horner.

Comparando las medias obtenidas en este instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en función de las variables: años de trabajar como enfermera (sig. 0,93), años de trabajar en el servicio (sig. 0,28), grado académico (sig. 0,95), turno laborado (sig. 0,19), hospitales (sig. 0,09), género (sig. 0,35), si laboró en el turno anterior o no (sig. 0,36), y servicio (sig. 0,28); se pudo determinar que no hubo diferencia significativa, en el cuidado que ofrecen las enfermeras en lo referente a estas variables.

Quizás, este comportamiento se fundamenta, principalmente, por la falta de asignaturas, en los programas curriculares de formación académica de enfermeras y en las instituciones de salud que refuercen la dimensión expresiva del cuidado (afectiva, emocional y espiritual) y dimensión estética (movimientos, sonido, forma, toque, y arte sensorial).

A través de la prueba de Ji cuadrada se determinó, que no existe diferencia significativa, entre la experticidad de la enfermera y el tiempo de trabajar en el servicio, pues se obtuvo a través de la prueba de Ji Cuadrado un valor de 2,363, con 4 grados de libertad y una significancia bilateral de 0,669 reflejando que la experticidad, en la muestra estudiada, no está, asociada con el tiempo de trabajar en el servicio.

Además, en estos datos se reflejó que las enfermeras, con menos años de trabajar en una sala determinada salieron, ligeramente, con puntuaciones mas bajas; en relación con el resto. Esto, quizás también se deba a que la enfermera al no recibir cursos de cuidado ni en su formación inicial, ni a lo largo de su práctica profesional; un gran porcentaje, no le presta la debida atención al aspecto de cuidado; pues, no han sido moldeadas, ni entrenadas en este esencial aspecto de la enfermería; por lo tanto, ellas no crecen significativamente, a través de los años sobre el cuidado de la relación interpersonal que le ofrecen a sus pacientes y familiares. Las, ligeramente, menores puntuaciones obtenidas por las enfermeras, con menos años de servicios en las salas, es probable que solo se deba a la poca adaptabilidad en la mismas.

El coeficiente de correlación de Pearson determinó que existe una buena correlación entre la evaluación obtenida por las enfermeras con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, comparado con la evaluación que recibieron, las mismas enfermeras, con el instrumento de observación "indicadores de experticidad"; ya que su valor fue de 0,662. Esto demuestra que hay una buena asociación entre ambos instrumentos.

Lo anterior se corrobora con los resultados obtenidos, mediante la prueba estadística de regresión lineal, aplicada a los instrumentos, encontrándose una relación de tipo lineal (ecuación [6.1]) de la forma:

> Puntos en el instrumento de observación "indicadores de experticidad" (Y) = 13,02 + 0,65*X (puntos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional

Esta relación, indica que si se tiene los puntos de cualquiera de los dos instrumentos, se puede obtener el del otro instrumento, mediante la ecuación encontrada en este trabajo; lo que implica, que a través de esta asociación se puede evaluar la experticidad de la enfermera con el instrumento de observación "indicadores de experticidad" o con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y viceversa.

Los hallazgos de esta investigación serán de gran beneficio para la práctica de enfermería; pues, a través de la gerencia del cuidado, se podrá asignar servicios y pacientes menos complejos, a las enfermeras menos expertas; incluso, asignar una enfermera experta como tutora de una enfermera menos experta para que con sus conocimientos y habilidades, le sirva de guía y de apoyo.

Además, esta investigación sirve de base para poder hacer cambios curriculares en el programa de formación de enfermeras, que considere los aspectos concernientes al cuidado de relación interpersonal de enfermera - paciente; también, para la elaboración de planes de educación continua, con el propósito de que las enfermeras, en servicio, garanticen un mejor cuidado, de relación interpersonal permanente, dentro de los servicios hospitalarios.

Contrastando los resultados de la investigación con los supuestos planteados, se tiene que el supuesto "conforme la enfermera adquiere experiencia, se genera sabiduría clínica", es contradictorio a los datos obtenidos, ya que se encontró que las enfermeras no crecen significativamente, a través de los años sobre el cuidado de la relación interpersonal que le ofrecen a sus pacientes y familiares.

En cuanto al supuesto sobre "a medida que la experiencia se incrementa, se va adquiriendo mayor capacidad personal para proporcionar cuidado de relación interpersonal, y el supuesto de que "una enfermera experta interacciona con alta sensibilidad, fue probado en esta investigación, ya que, los pacientes percibieron mejor cuidado de relación interpersonal en el grupo de las enfermeras expertas. Sin embargo, el supuesto de que las enfermeras, al generar interacciones con los pacientes ejercen un rol más completo de enseñanza y consejería, no fue probado en esta investigación, lo que generaría una pregunta de investigación futura.

7. CONCLUSIONES

Teóricas y conceptuales

Al clasificar a las enfermeras en expertas y no expertas, a través de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de observación, “indicadores de experticidad, utilizado por cuatro observadores, se obtuvo mayor número en las enfermeras expertas (54,0%). Además, se determinó que el cuidado de relación interpersonal que ofrecían los grupos de expertas y no expertas es diferente. Por ejemplo, las enfermeras expertas ofrecen, fluidamente, la relación interpersonal con los pacientes; de tal manera, que la realizan de manera oportuna y con habilidad para actuar en el momento preciso y acorde con las necesidades de cada paciente.

El grupo de enfermeras no expertas (46,0%), no proporcionan un cuidado de relación interpersonal óptimo, lo que puede deberse a una falta de formación académica sobre el cuidado, de modo que le proporcione las bases necesarias, para comportarse como enfermera experta. Con programas de formación académica y con programas de educación continua es probable que un mayor grupo de enfermeras novicias puedan ir pasando etapas a través de los años, hasta llega hacer expertas; ya que de los resultados se observa que con solamente los años de experiencia todas las enfermeras no llegan a ser expertas.

Por lo tanto, el cuidado de relación interpersonal, que estas enfermeras no expertas ofrecen, se da a través de interacciones breves, las cuales están basadas en información y realizadas durante las intervenciones. Esto, sugiere una especial atención para que este grupo ofrezca de manera experta la relación sobre el de cuidado interpersonal, de modo que haya un mayor número de enfermeras expertas, basadas en la relación interpersonal, dentro de los servicios de salud.

Al aplicar el instrumento de cuidado de comportamiento profesional a los pacientes, se obtuvo diferencia significativa entre cuidado que perciben de las enfermeras expertas, en relación con el que reciben de las no expertas. Estos resultados, corroboran los encontrados con el instrumento de indicadores de experticidad aplicado a las enfermeras; por cuatro observadores. En consecuencia reafirma que las enfermeras expertas ofrecen un cuidado de relación interpersonal competente; ya que al actuar lo hacen con seguridad en sí mismas y orientadas para comprender a los pacientes de una manera

empática. Esto, le permite que el paciente sienta un ambiente de confianza y fue lo que se percibió en esta investigación.

Los resultados, también comprobaron, que al comparar la percepción del paciente, sobre el cuidado de relación interpersonal, que le proporciona la enfermera con algunas características como: años de trabajar como enfermera, tiempo de trabajar en el servicio, grado académico, turno laborado, hospitales, género, y si laboró o no en el turno anterior, no se encontró ninguna asociación. Quizás, sea la relación con el currículo de formación académica que han recibido; ya que su enfoque es más biomédico; por tanto no contempla cursos o asignaturas enfocadas sobre el cuidado de enfermería; por consiguiente, no está formada en esta área. Se podría pensar, que el cuidado percibido ha sido aprendido de forma empírica o porque, el mismo, ha sido desarrollado como parte de su personalidad.

Esto, aunado al hecho de que tampoco se ofrecen seminarios ni cursos de formación continua en esta área de cuidado a las enfermeras, que ya están ejerciendo la profesión; por consiguiente no son incentivadas para que mejoren este aspecto.

La relación del instrumento de observación, “indicadores de experticidad”, con el tiempo de trabajar en el servicio, reflejó la no asociación tanto entre las enfermeras expertas, como en las no expertas. También, se reflejó, que los porcentajes, de las enfermeras expertas, a través de los años de laborar en una sala, no muestran tendencia a incrementar; lo que es un indicativo, de que los años de servicio no influyen, decisiva y progresivamente, con la experticidad de la muestra de enfermeras.

Esto, guarda relación con lo mencionado con anterioridad, sobre la falta de programas de educación continua en el área de cuidado de relación interpersonal, de la incorporación del cuidado en el programa curricular, para que la enfermera pueda modelar sus actitudes; mejorando, progresivamente, el cuidado de relación interpersonal.

Los resultados de esta investigación, pudieron comprobar dos de los supuestos planteados, tales como “a medida que la experiencia se incrementa, se va adquiriendo mayor capacidad personal para proporcionar cuidado de relación interpersonal, y el supuesto de que “una enfermera experta interacciona con alta sensibilidad, ya que, los pacientes percibieron mejor cuidado de relación interpersonal en el grupo de las enfermeras expertas, mientras que en el instrumento de “indicadores de experticidad”, las enfermeras expertas

obtuvieron mayor puntuación de la media, de acuerdo a las observaciones realizadas por los observadores.

Metodológicas

Los resultados, reflejan que el instrumento, indicadores de experticidad, diseñado para este estudio, es práctico para clasificar a las enfermeras, en cuanto a su experticidad de relación interpersonal; ya que, presentó propiedades psicométricas aceptables, para ser utilizado como herramienta de evaluación; que permite diferenciar, a las enfermeras expertas de las no expertas, durante la interacción con el paciente.

Este es un hallazgo relevante, porque conociendo la tendencia del comportamiento de cada enfermera, se podrá aplicar estrategias que ayuden a mejorar el cuidado de interacción, dentro de los servicios hospitalarios. Estas estrategias podrían ser, como se mencionó con anterioridad, asignar a una enfermera experta con una enfermera no experta, o la asignación de servicios menos complejos a enfermeras no expertas para que, progresivamente y de manera relajada, puedan ofrecer esta interacción.

Por otro lado, los resultados descriptivos obtenidos a través del grupo de las enfermeras expertas y las no expertas, en cuanto al cuidado de relación interpersonal, dejan un precedente en cuanto a los datos relacionados con las medias de las poblaciones, desviación estándar y la varianza que hasta el momento, no se había encontrado en la literatura; las cuales sustentarán estos valores. Con este hallazgo, las investigaciones futuras en cuanto experticidad de relación interpersonal, podrán contar con estos datos para utilizar las ecuaciones de tamaños muestrales que exigen medias, desviaciones estándar y varianza.

El punto de corte, establecido en esta investigación, es de 75,28; obtenido través del instrumento de observación “indicadores de experticidad, clasificó a las enfermeras expertas y las enfermeras no expertas. Al aplicar el test, análisis de varianza (ANOVA) a esta clasificación, se obtuvo diferencias significativas entre las medias de las evaluaciones del grupo que estaba por arriba del grupo de corte con respecto a las medias de las evaluaciones de las que estaban por debajo del grupo de corte, lo que indica que la decisión tomada en este estudio, sobre el punto de corte, proyectó un buen valor.

Esto implica, que tomando en consideración este punto de corte, las enfermeras que obtienen puntuaciones por debajo de 75,28 se consideran enfermeras no expertas y aquellas que tienen puntuaciones por arriba de 75,28 se consideraron enfermeras expertas.

Otro hallazgo importante, encontrado en este estudio, fue el relacionado con la validez aparente y la confiabilidad en español, que se realizó al instrumento de cuidado de comportamiento profesional; con el fin de conocer la percepción del paciente, acerca del cuidado que recibe de la enfermera. La confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, en forma global fue de 0,80. Lo que hace evidente, la consistencia interna entre los 28 ítemes; por lo tanto, su aceptabilidad para su utilización. Este hallazgo es de relevancia para enfermería; ya que es la primera versión validada al idioma español; por consiguiente, aporta una herramienta más, para estudiar el fenómeno del cuidado, en países de habla hispana.

Al relacionar ambos instrumentos, se obtuvo: en primer lugar, puntuaciones bajas en el factor de comportamiento, correspondiente al instrumento, de "indicadores de experticidad"; igualmente, en el factor de "relación", correspondiente al instrumento de cuidado de comportamiento profesional. Por lo que, es posible que los indicadores, de ambos factores, estén relacionados; por lo tanto, fueron, igualmente, percibidos por los observadores y los pacientes.

Estos resultados, reflejan una debilidad dentro del cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras; ya que, estos factores poseen indicadores que reflejan actitudes y elementos de una relación auténtica durante el proceso de interacción enfermera - paciente. Lo que podría reflejar cierto grado de dificultad, por parte de la enfermera, para expresar su comprensión y apoyo al paciente.

Esto implica, el reforzamiento continuo de las enfermeras para que puedan percibir mejor el encuentro de la relación; ya que como refiere Peplau, esta relación, es el primer contacto humano para promover la autorrealización. Incluso, este planteamiento es reafirmado por Travelbee (1963), cuando refiere, que la percepción del paciente hacia la enfermera, sobre el cuidado que le ofrece, debe ser reforzado con la empatía, simpatía y compenetración.

Por otra parte, cuando se analizó la correlación entre el instrumento, de cuidado de comportamiento profesional, con el de indicadores de experticidad, se encontró una buena asociación entre ambos instrumentos; ya que las

enfermeras que fueron bien evaluadas con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, también, fueron bien evaluadas con el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”. Lo que indica, que ambos instrumentos se complementan y no se contradicen.

Además, se obtuvo que el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”, predice el cuidado de comportamiento profesional, a través de una relación de tipo lineal. Esto, indica que a través de esta asociación se puede evaluar la experticidad de la enfermera con el instrumento de observación, “indicadores de experticidad” o con el instrumento de, cuidado de comportamiento profesional y viceversa.
Con la asociación obtenida, entre el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”, con el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, se comprobó, también, la validez, pero ahora de forma concurrente, del instrumento de observación, “indicadores de experticidad”.

La validez y confiabilidad aplicada a ambos instrumentos, dentro de esta investigación, amplía el campo de estudio dentro de la práctica de la enfermería en población de enfermeras de habla hispana; además, contribuye, porque, ambos instrumentos, se correlacionan e incluso llegan a alcanzar valores predictivos, uno con el otro.

La investigación se basó en una muestra de 220 enfermeras calculada a través de la ecuación [3.1] y [3.2] y que comparada, con la muestra obtenida en la investigación, se obtuvo valores muy semejantes (Anexo 19), información que demuestra que no hubo atrición de la muestra. La muestra de pacientes estuvo conformada por 440, esta muestra se definió a través, de la relación enfermera - paciente (1:2), es decir, una enfermera por cada dos pacientes. Esta relación, dio como resultado, valores muy bajos del error estándar o de muestreo, destacando, en esta investigación, una forma diferente de definir la muestra de pacientes.

Aplicabilidad a la práctica

La validez y confiabilidad aplicada a ambos instrumentos, dentro de esta investigación, amplía el campo de estudio dentro de la práctica de la enfermería en población de enfermeras de habla hispana; además, contribuye, porque, ambos instrumentos, se correlacionan e incluso llegan a alcanzar valores predictivos, uno con el otro.

Este estudio, permite mejorar el cuidado proporcionado por las enfermeras, medido a través de su nivel de experticidad. Y para ello, este instrumento de

“indicadores de experticidad”, diseñado en este estudio, permite hacer esta clasificación de una manera rápida y sencilla. Al identificar el tipo de experticidad en la enfermera de cada servicio se puede, a través de la gestión del cuidado, planificar programas que aumenten la experticidad de la enfermera y por lo tanto, mejorar el cuidado de relación.

En la práctica de enfermería a través, de la gerencia del cuidado, se podrá asignar servicios y pacientes menos complejos, a las enfermeras menos expertas; o asignar una enfermera experta como tutora de una enfermera menos experta; quien, con sus conocimientos y habilidades, sirva de guía y apoyo.

8. RECOMENDACIONES

Después de haber realizado el estudio de cuidado de relación interpersonal proporcionado por las enfermeras y su relación con su experiencia práctica se propone como recomendaciones las siguientes:

Dado que en el estudio hubo un alto porcentaje de enfermeras, que fueron clasificadas como no expertas, al brindar el cuidado interpersonal a sus pacientes y debido a que en algunos programas curriculares en la carrera de enfermería no contemplan cursos de cuidado, se propone incorporar en los programas curriculares, asignaturas que ayuden a reforzar el cuidado de enfermería, para que la estudiante reciba desde su formación inicial, las herramientas básicas del arte de la empatía, de la comunicación y reflexiones; relacionadas con el conocimiento de ella como enfermera y como persona, de modo que desarrolle progresivamente, y a través del campo clínico estas habilidades, con el propósito de mejorar el cuidado de interacción y mejorar la atención del paciente; basado en aspectos más humanizado.

Ofertar propuestas de capacitación para las diferentes instituciones de salud, que fortalezcan el cuidado de relación interpersonal, de tal forma, que se garantice una mejor relación interpersonal entre la enfermera, el paciente y sus familiares, con miras a que ésta pueda comportarse como una enfermera experta; es decir, pueda percibir de una manera oportuna, las necesidades de interacción del paciente y sus familiares, comprender su situación; y desempeñarse con calidez humana, dentro de un contexto holístico.

Esta capacitación, debe ser reforzada para aquellas enfermeras que presentan puntuaciones por debajo del punto de corte de 75,28 puntos en el instrumento de observación, “indicadores de experticidad”, o puntuaciones obtenidas por debajo 95,36 puntos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional; ya que, el cuidado que le brindan estas enfermeras a los pacientes no es propio de una enfermera experta.

La realización de otros estudios, relacionados con la experticidad y el cuidado de relación interpersonal en otros servicios hospitalarios, con el objetivo de comprender y clarificar mejor este fenómeno de enfermería con el propósito de mejorar el cuidado de relación interpersonal que ofrecen las enfermeras.

Realizar estudios comparativos entre enfermeras que han recibido asignaturas de cuidado dentro de su carrera académica, con otras que no han contemplado

estas asignaturas, para establecer, si el programa curricular es un factor determinante, para que, el cuidado de relación interpersonal no se dé, en su totalidad en las enfermeras; esta sugerencia, puede contribuir a mejorar las condiciones de cuidado dentro de los servicios hospitalarios y disminuir las constantes quejas de los pacientes.

Los administrativos en enfermería, consciente de estos resultados puedan modificar su metodología de distribución de enfermeras dentro de los servicio y tomar en consideración, que las enfermeras no expertas todavía están en formación y por lo tanto, van adquiriendo experiencia de interacción durante su práctica, motivo por el cual, se deben consideran en servicios menos complejos o acompañadas de enfermeras expertas.

BIBBLIOGRAFÍA

ARBON Paul. Understanding Experience. En: Journal Of Clinical Nursing, U.S.A, Vol. 13, (2004); p. 150 -157

BENGOECHEA, Ibarrondo. Estudio sobre la comunicación enfermera - paciente en cuidados intensivos: el estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevancias. España. En: Enfermería Clínica. Vol. 11, No. 6 p. 268 - 274

BENNER , Patricia y WRUBEL, JUDITH. The Primacy of caring: stress and doping in health and illness. California, USA: Addison - Wesley publishing Company, 1989. 425 p.

BENNER Patricia. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. España: Hurope S.A., traducido por R.A.A. 1987. 329 p

BENNER, Patricia. y TANNER, C., Chesla. Expertice in nursing practice: caring clinical judgment, and ethics. U.S.A. New York: Springer, 1996

BOFF, Leonardo. El Cuidado Esencial: Ética de lo humano compasión por la tierra. Brasil: Trotta, traducción de Juan Valverde. 2002. 164 p.

BONNER, Ann. Recognition of expertise: an important concept in the Acquisition of nephrology nursing expertise. En: Nursing *and health sciences* (2003), Vol. 5, p.123 -131

BOYKIN Anne y SCHOENHOFER Savina. Nursing as caring: a model for transforming practice. USA: Library of Congress Cataloging, in Publication Data. 1993. 108 p.

BULLER, Steve, BUTTERWORTH,Tony. Un estudio cualitativo de los elementos de enfermería En : International Journal of Nursing Studies Vol. 38 (2001) p. 405 - 417

BULLER, STEVE, Tony B. Un estudio cualitativo de los elementos de enfermería En: International Journal of Nursing Studies. U.S.A. Vol. 38 (2001) p.405 - 417

BURNS Nancy y GROVE K. Susan. Investigación en enfermería. 3ra ed. España: Gráfos S.A. 2004. 554p.

CARA, Chantal. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory.U.S.A. En: International Journal Of Human caring. 2003 , Vol. 7 No 3, p. 51 - 61

CASTILLO ESPITIA, Edelmira l. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. En: Revista. Investigación y Educación. Colombia, Vol. XVIII, No 21, (marzo 2000). http://tone.udea.edu.co/revista/ (consulta EL 16 de febrero de 2005)

CERVANTES, Víctor H. Interpretaciones del coeficiente Alfa de Cronbach. Avances en medición. (2005) Vol. 3 p. 19

CHINN PEGGY L. Antología del Cuidado. U.S.A.: Copyright , 1991. 353p.

CHINN PEGGY L. y KRAMER MAEONA. Theory And nursing integrated knowledge development 5th edition. U.S.A.:Mosby Inc. 171p.

COLEGIO MÉDICO DE PANAMÁ. Código de Ética, Panamá República de Panamá. 2003 p. 33 - 50

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Doctor Arnulfo Arias Madrid. Dirección de docencia en enfermería. Documento de reseña histórica. 2003

_____Departamento de enfermería. Datos estadísticos sobre cantidad y distribución de las enfermeras. Septiembre 2005

_____Departamento de registros médicos. Sección de Estadística. Septiembre 2005

CONWAY, Jane E. Evolution of the species “expert nurse”. an examination of the practical knowledge held by expert nurses En: Journal of Clinical Nursing U.S.A. Vol.7 1998, p. 75 - 82

DA SILVA, Alcione Leite. Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagen En: Revevista Latino – Americana Enfermagen. Brasil, Vol. 11 No. 4 (jul/ agos 2003); p. 429 - 435

DELGADO, Juan Manuel, y GUTIÉRREZ Juan. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales 3ra ed.. España: Síntesis S.A., 1999. 669p.

DENNIS Rodolfo ¿Cómo estimar el tamaño de la muestra en investigaciones con humanos?. Acta médica Colombiana. Colombia. (Marzo – abril 1989) Vol. 14 No 2 p. 92 - 99

DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS 2004. Departamento de análisis de situación y tendencia de salud. Sección de registros médicos y estadística de salud. Panamá: Ministerio de Salud. Mayo 2005

DIUGMAN, Sharon K., et al. Implementing a caring Model to Improve patient Satisfaction. En: Journal. U.S.A, Vol. 29, No 12, (December 1999); p. 30 - 37

FASCE, Eduardo. Psicología Social. Monografía. On line http://www.monografias.com (consulta el 18 de mayo de 2005)

FAWCETT Jacquelin. Analysis and evaluation of contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories, U.S.A: Copyrith Davis Company. 2000, 724 p.

_____Analisis and evaluation of Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd edition. U.S.A: Copyright by Davis Company. 2005. 730 p.

FERNÁNDEZ, S. Pita. Investigación: determinación del tamaño muestral. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complexo Hospitalario. A.

Coruña. Cátedra de atención primaria Vol. 3 (1996). p. 138 -143 (www.tisterra.com.). Atención primaria en la red. Actualizado 6/03/2001)

FERRÁN ARANAZ, Magdalena. Análisis estadístico SPSS para Windows. España: McGraw - Hill, Interamericana. 2001. 421p.

FINFGELD, Deborah. Meta-synthesis of presence in nursing . U.S.A. En: Journal of Advanced Nursing. Vol.55, No. 6 (September 2006); p. 711

FISHER, A.A. AND FONTEYN, M.E. The nature of nursing expertise. In: Grobe, S.J. and Pluyter-Wenting, E.S.P., Editors, 1994. Nursing Informatics: An International Overview of Nursing in a Technological Era, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 331 - 335.

FONTANALS R., Ángela, COLELL B., Ramón. Relación de Ayuda en los cuidados Enfermeros. En: Rol de Enfermería. España, Vol. No 190, (junio 1994) p. 67 – 71.

FORCHUK C., Reynalds M. Client's reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland. U.S.A. En: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2001), Vol. 8, p. 45 - 51

FOSBINDER, Donna, Perceptions of Nursing care: an Emerging theory of interpersonal competence. En: Journal Advanced Nursing, U.S.A. Vol. 20, (march 1994); p. 1085 – 1093.

GEYMONAT, Ludovico, Historia de la filosofía y la ciencia. 3ra edición. Barcelona, España: HUROPE, 1998, p

GJENGEDAL, E. Understanding a world of critical illness. University of Bergen: Department of Public Health and Primary Health Care, Division for Nursing Science. Plough (1994)

GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, Francisco. Teorías del desarrollo cognitivo. España: McGraw - Hill/ Interamericana. 2005, 392 p.

GUTIÉRREZ N., Ana M. La propuesta teórica de evaluación en la educación basada en Competencias. En: Revista de enfermería Vol. 9 No 3 (sep – dic 2000); p 147 - 152

GUTIÉRREZ, Gascón, et al ¿Por qué reclaman los usuarios?. En: Revista Rol de enfermería, España, Vol. XX, No. 230 , (octubre 1997); p.12 -16

HANSEN, H. Grænsefladen mellem liv og død (In the interface between life and death). Copenhagen: Nordisk Forlag A/S, 1995 p. 21 - 30.

HERNÁNDEZ, SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación 3ra edición. México: McGraw - Hill, 2003. 505 p.

HORNER, Sharon. Información sobre la validez y confiabilidad del instrumento de comportamiento de cuidado professional. Profesor asociado, the University of Texas at Austin. School of Nursing. 1700 Red River, Austin, Tx 78701 - 1499. Información enviada por correo electrónico. Julio 2005

JARRET N. A. Selective review of the literature on nurse - patient communications: has the patient's been neglected?. En: Journal Advanced Nursing. US.A. Vol. 22, (1995), p. 72 - 78

JASPER, M.A. Expert: A discussion of the implications of the concept as used En: Nursing Journal Of Advanced Nursing U.S.A. Vol. 20, (1994); p.769 -776

KÉROUAC Suzanne, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson. 1996. 166 p .

KIM, HESOOK, Suzie y KOLLAK Ingrid, Nursing theories: conceptual and philosophical foundations. 2nd edition. U.S.A: Copyright by Springer Publishing Company, 2006 p.

LARSON Patricia y FERKETICH Sandran L. Patients satisfaction with nurses caring during hospitalization. En: Journal of Nursing Research. U.S.A, Vol. 15 No.6 (December 1993); p. 690 - 707.

LAWSHE, C. H.: A Quantitative approach to content Validity En**:** Personnel Psychology Vol. 28 (1975), p.567

LLOR ESTEBAN, Bartolomé, Ciencias psicosociales aplicadas a la salud, 2da edición, España: Mc Graw - Hill Interamericana, S.A. 1998.

MACEWEN, Melanie, WILLS, Evelyn M.. Theoretical Basis for nursing. 2nd edition. U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins. 2007

MAHON, Noreen, YARCHESKI Thomas y YARCHESKI Adela, The revised personal lifestyle questionnaire for early adolescents wester En: Journal of Nursing Research , 2002, 25 (5) p. 533 - 547

MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 5ta edición, España: Mosby/ Doyma, 2003. 672 p.

_____Modelos y teorías en enfermería. España: Mosby/ Doyma, 1995

MARTÍNEZ BERCANDINO, Ciro. Estadística Y Muestreo 12da edición. Bogotá Colombia. Impreso por Litoperla Impresores Ltda. p. 998

MAY C. Research on nurse - patient relationships: problems of theory, problems of practice. En: Journal Advanced Nursing, U.S.A, Vol. 15, (1990); p. 307- 315

MAYEROFF Milton . On caring. U.S.A.: Copyright, 1971. 95 p.

MEDINA José Luis. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona, España: LAERTES 307 p

MELEIS, Afaf. Theoretical Nursing: development and progress. Philadelphia: Lippincott. 1985

_____Theoretical Nursing: development and progress. Philadelphia: Lippincott. 1997 665 p.

MERETOJA, R., Isoah, LEINO, H. y KILPI, H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. U.S.A. En: Journal of Advanced Nursing, Vol 53 No. 5 (Sept. - Oct. 2004) p. 347 -352

MORSE Janice, et al. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. En: Image Journal of Nursing Scholarship. Vol. 23, No 2 (1991) p. 119 - 126

MORSE, Janice, Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colección Contus. Colombia. Traducido en Colombia: Editorial de Antioquia, 1994. 447 p.

_____Negotiation Commitment and involvement in the nurse - patient relationship. En: Journal of advanced Nursing. U.S.A, Vol. 16 (October 1991); p. 455 – 468

MOTYKA, Marek. , MOTYKA Elena., WSOLEK, Romana. Elements of physiological support En: Nursing care Journal of Advances Nursing. Vol. 26 (1997) p. 909 - 912

NOKONGO, NOGOZI D. Working out caregiving systems in African American families. Applied En: Journal of Nursing Research. U.S.A., Vol. 9 No 3 (1996); p.198

NUNNALLY JUM C., Bernstein Teoría psicométrica 3ra edición. México: Mc Graw – Hill Interamericana de México. 1995, 483 p.

PARKER, Marylin.E. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia U.S.A.: Davis company,. 2001

PATERSON , Sandra , BREDOW, Timothy. Middle range theories: Application to nursing research, U.S. A.: Copyritght. 2004, 432 p.

PATRONATO DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. Departamento de enfermería. Datos estadísticos sobre cantidad y distribución de las enfermeras. Septiembre 2005

PEPLAU, Hildegar. Peplau´s Theory of interpersonal Relations. En: Nursing Science Quarterly. U.S.A. Vol. 10 No. 4 (1997); p. 162

_____PEPLAU, Hildegar. Relaciones interpersonales en enfermería. España: Salvat S.A. 1990, 235 p.

POLIT, Dense, HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud.6ta edición. México: McGraw - Hill Interamericana. S.A. de C.V. 2000

QUINTERO, Belkis. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. República Dominicana, En: Ciencia Y Sociedad. Vol. XXVI, No1 (enero - marzo 2001) p. 16 -21

SANCHEZ, Beatriz. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia (Septiembre 2001) Vol. XIX No 2, p.36 - 50

SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY, Jairo. Validación de escalas de medición. Colombia. En: Revista de Salud Pública. (Septiembre – diciembre 2004), Vol. 6 No. 3

SÁNCHEZ, B., Ándres. Psicoterapia humanística: un modelo integrativo. Online. http://www.galeon.com/pcazau/artpsi_huma.htm. (consulta el 18 de mayo de 2005)

SCHWERIN, Judi I. The timeless caring connection. U.S.A En: Advances in Nursing Science.Vol. 28 No. 4 (Oct./Dec. 2004) p. 265-270

SNYDER, Mariah, BRANDT, Cheryl L. Y TSENG HSIA – Yueh. Measuring intervention outcomes: Impact of nurse characteristics. Texas. En: International Journal for Human Caring. (2000), Vol. 4, No 1, p.35 - 42

SPETZ, Joanne. California´s minimum Nurse - to - Patient Ratios. En: JONA (December 2004), Vol. 34, No. 12 p.572

TAZÓN ANZOLA, María Pilar. Relación y comunicación. 2da edición. Valencia, España: Ediciones DAE, 2002.

TRISTÁN, L. Agustín. Cálculo del error de muestreo. Comunicado personal para esta tesis. México, San Luis Potosí: Instituto de evaluación e ingeniería avanzada. Diciembre 2006.

_____Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen de validez de contenido de un instrumento objetivo. Enero 2007. Documento en proceso publicación.

_____Cálculo del tamaño de la muestra y establecimiento de criterios y el problema del tamaño de la población. San Luis Potosí, México: Instituto de evaluación e ingeniería avanzada (IEA). 2003

TRISTÁN A. y VIDAL R. Manual de fórmulas de correlación. México, San Luis Potosí: Instituto de evaluación e ingeniería avanzada. 2002 p.73.

WATSON, Jean Y SMITH, Marlaine C. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development, U.S.A. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 37 No. 5 (March 2002); p. 454

WATSON, Jean. Assessing and measuring caring in nursing and health science. U.S.A.: Springer Publishing Company, 2002, 318 p.

_____Commentary on Shattell M (2004) Nurse–patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 13, 714 - 722. En: Journal of Clinical Nursing. Vol. 14 No 4, (april 2005); p. 530 - 531

_____Nursing Human Science and Human care New York: National League for Nursing Press. 1988 p. 27-30. Adaptación y traducción: Beatriz Sánchez. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia

WAYNE. W. Daniel. Bioestadística. Bases para el análisis de las ciencias de la salud. 10 ª ed.. México: Limusa, S.A. de C.V. 1993. 667 p.

WERNER O´TOOLE Anita Y ROUSLIN WELT, Sheila. Teoría interpersonal en la práctica de enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau.

Traducción al español por María Lozano V. Barcelona, España: MASSON, S.A. 1996. 473 p.

WOLF, Zane. The Caring concept and nurse identified caring behaviours. En: Clinical Nursing. USA. (July, 1986); p. 84 - 93

ANEXOS

Anexo A
Tamaños muestrales para diferencias de medias

Cuadro 19-6. Tamaños muestrales aproximados* necesarios para alcanzar los niveles de poder seleccionados como función de la magnitud esperada del efecto para probar la diferencia de dos medias

	EFECTO ESTIMADO†									
PODER	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.40	0.50	0.60	0.70	0.80
PARTE A: $\alpha = 0.05$										
.60	977	434	244	156	109	61	39	27	20	15
.70	1230	547	308	197	137	77	49	34	25	19
.80	1568	697	392	251	174	98	63	44	32	25
.90	2100	933	525	336	233	131	84	58	43	33
.95	2592	1152	648	415	288	162	104	72	53	41
.99	3680	1636	920	589	409	230	147	102	75	58
PARTE B: $\alpha = 0.01$										
.60	1602	712	400	256	178	100	64	44	33	25
.70	1922	854	481	308	214	120	77	53	39	30
.80	2339	1040	585	374	260	146	94	65	48	37
.90	2957	1324	745	477	331	186	119	83	61	47
.95	3562	1583	890	570	396	223	142	99	73	56
.99	4802	2137	1201	769	534	300	192	133	98	

* Requerimientos del tamaño muestral para cada grupo; el tamaño total de la muestra ascendería al doble del número que se indica.
† El efecto estimado (γ) es la diferencia estimada de las medias de los grupos de la población dividida entre la desviación estándar de la población, o:

$$\gamma = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

FUENTE: POLIT Y HUNGLER**.** Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta edición. México. Editores Mc Graw Hill Interamericana, S.A. 2000 p. 472

Anexo B
Consentimiento informado
(Paciente)

Título: Cuidado Interpersonal Que Proporciona La Enfermera Y Su Experiencia Práctica

Autor. Yariela González Ortega, enfermera intensivista profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá

La profesora Yariela González Ortega, es enfermera docente que labora en la Universidad de Panamá y es estudiante del doctorado en enfermería en la Universidad Nacional de Colombia.

Actualmente, estudia el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su relación con la experiencia práctica de la enfermera. A pesar de que el estudio no le beneficia directamente a usted, sí ofrecerá información que puede permitir fortalecer la relación enfermera - paciente con un componente de calidez humana, combinando aspectos intelectuales y habilidades propias de esta interacción, el cual evitará, una atención de enfermería con un enfoque tecnificado.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por docentes de la facultad de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye: 1) responder a un cuestionario sobre el cuidado de relación interpersonal que le proporciona la enfermera durante su hospitalización, 2) el llenado de este cuestionario tiene una duración de aproximadamente 15 minutos, 3) cualquier duda sobre las preguntas del cuestionario las podrá realizar durante el llenado del mismo.

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a no terminar de contestar el cuestionario y su relación con el investigador no se verá en absoluto afectada.

La información del estudio será procesada confidencialmente, de tal manera que no pueda relacionarse directamente con usted, razones por la cual, al instrumento no se le incluyó el nombre. Toda información del estudio recopilada por la autora del estudio, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie, sin su permiso.
He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ _____
Representante legal Fecha

He explicado el estudio al paciente y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

_____ _____
Firma del investigador Fecha

Consentimiento informado
(Enfermera)

Título: Cuidado Interpersonal Que Proporciona La Enfermera Y Su Experiencia Práctica

Autor. Yariela González Ortega, enfermera intensivista profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá

La profesora Yariela González Ortega, es enfermera docente que labora en la Universidad de Panamá y es estudiante del doctorado en enfermería en la Universidad Nacional de Colombia.

Actualmente, estudia el cuidado de relación interpersonal que proporciona la enfermera y su relación con la experiencia práctica de la enfermera. A pesar de que el estudio no le beneficia directamente a usted, sí ofrecerá información que puede permitir fortalecer la relación enfermera - paciente con un componente de calidez humana, combinando aspectos intelectuales y habilidades propias de esta interacción, el cual evitará, una atención de enfermería con un enfoque tecnificado.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por docentes de la facultad de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye: 1) responder a un cuestionario sobre el cuidado de relación interpersonal que le proporciona la enfermera durante su hospitalización, 2) el llenado de este cuestionario tiene una duración de aproximadamente 15 minutos, 3) cualquier duda sobre las preguntas del cuestionario las podrá realizar durante el llenado del mismo.

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a no terminar de contestar el cuestionario y su relación con el investigador no se verá en absoluto afectada.

La información del estudio será procesada confidencialmente, de tal manera que no pueda relacionarse directamente con usted, por lo que estos resultados no afectarán la evaluación del desempeño, además se tendrá anonimato y privacidad en la presentación y análisis de la información. Por tanto no se darán a conocer datos individuales a las autoridades del hospital.
He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

_____ _____
Firma de la enfermera Fecha

He explicado el estudio a la enfermera y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

_____ _____
Firma del investigador Fecha

Anexo C

Cartas para someter el proyecto a los distintos comités de ética de los hospitales donde se desarrolló la investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

VICEDECANATURA ACADÉMICA
CENTRO DE EXTENSIÓN Y DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Bogotá, D.C., 7 de junio de 2006

Profesora
PILAR AMAYA
Coordinadora
Doctorado en Enfermería

El comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 22 de mayo de 2006, estudió el siguiente documento:

Título:	Cuidado de relación interpersonal que proporcionan las enfermeras según su experiencia práctica.
Director Tesis:	Clara Virginia Caro Maria Mercedes de Villalobos
Estudiante:	Yariela González Ortega
Modalidad:	Tesis doctorado en enfermería

Atentamente presento las observaciones realizadas por el comité en relación al documento en mención:

- Revisar el documento y aplicar normas de propiedad intelectual y documental. En el esquema de la fig. 1. citar la fuente.
- Anexar el formato de consentimiento informado, con la información que se les va a dar a pacientes y enfermeras. La autora asume que todas las enfermeras van a participar, sin embargo es importante tener en cuenta que ellas tienen el derecho de no hacerlo.
- En la información que se les va a dar a las enfermeras dejar explícito que los resultados no afectarán la evaluación del desempeño y que por ello se tendrá anonimato y privacidad en la presentación y análisis de la información. Por tanto, no se darán a conocer datos individuales a las autoridades del hospital.
- Anexar la carta de solicitud de permiso a la institución, con la información dada y la respuesta de permiso.

Finalmente, se informa que el Comité de ética en Investigación de la Facultad de Enfermería es un ente asesor sobre los aspectos de la dimensión ética de la investigación y, son los investigadores y los asesores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No.077 del 2006 del Consejo de Facultad)

Sin otro particular.

Cordial saludo,

Rosibel Prieto S

ROSIBEL PRIETO SILVA
Presidenta
Comité de Ética en Investigación

Copia: Estudiante, Director de tesis

Compromiso social con el cuidado de la vida
Ciudad universitaria, Torre de Enfermería Oficina 805
Tele-fax (57 -1) 316 5000 Extensión 17021, Bogotá D.C. - Colombia
rprietos@unal.edu.co

CAJA DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 0816-06808, PANAMÁ 5, PANAMÁ
DIRECCIÓN CABLEGRÁFICA
"CASESO"

CHM "DR.AAM"-CBI-007-06

Panamá, 11 de Enero de 2006

Doctor
PAULINO VIGIL DE GRACIA
Subdirector de Docencia e Investigación
Complejo Hospitalario Metropolitano
"Dr. Arnulfo Arias Madrid"
E. S. D.

Doctor Vigil De Gracia:

Nos complace informarle que el Comité de Bioética de la Investigación del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid", ha decidido aprobar el siguiente estudio:

Estudio: **"Cuidados de Relación Interpersonal que proporcionan las Enfermeras según su Práctica" Lic. Yariela González.**

Atentamente,

Dr. Carlos Montufar
Presidente del Comité de Bioética

CM/cc

c.c.: Dra. Silia de Alegría, Directora Médica – CHM"Dr.AAM"
c.c.: Lic. Yariela González

"Artículo 1: La Caja de Seguro Social, es una entidad de Derecho Público, autónoma en lo administrativo, en lo funcional, en lo económico, en lo financiero, con personería jurídica, patrimonio propio con derecho a administrarlo y fondos separados e independientes del Gobierno Central……." Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.

HOSPITAL SANTO TOMAS
PANAMA
Coordinación Institucional de Docencia e Investigación
Teléfonos: 207-5620 ó 227- 4122 Ext. 186, 420, 422

Hospital Santo Tomás
Coordinación Institucional
de Docencia e Investigación

389 CIDI
14 de julio de 2005

Licenciada
CECILIA PÉREZ
Jefa del Departamento de Enfermería
Hospital Santo Tomás
Presente

Licenciada Pérez:

Por medio de la presente le comunico que la **Licenciada Yariela González Ortega**, que esta realizando un doctorado en enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, está autorizada por la Dirección Médica General para realizar su trabajo de graduación lo que contribuirá a mejorar las relaciones entre las enfermeras y pacientes, por lo que le solicito toda la colaboración que ella necesite.

Con muestras de consideración y respeto,

DRA. GILMA ESPINOSA
Coordinadora Institucional
de Docencia e Investigación
Hospital Santo Tomás

Exenia

Copia: **Licda. Gisela de Nieto**, Jefa de Docencia del Departamento de enfermería

Anexo D

Instrumento de cuidado de comportamiento profesional dividido por factores

Código de la persona a evaluar: _____

Enunciado **La enfermera que cuida:**	Siempre **4**	Casi Siempre **3**	Casi Nunca **2**	Nunca **1**
NO COMPROMISO				
Explica las cosas, de tal manera, que el paciente no las entiende				
Parece moverse automáticamente, sin mostrar ningún sentimiento real.				
Es poco organizada cuando da cuidados				
Toca con rudeza al paciente cuando él tiene dolor.				
Habla de manera desagradable				
Es brusca y apresurada para terminar su trabajo				
La expresión del rostro de la enfermera es poco amigable.				
No muestra interés real en los problemas del paciente.				
Deja las ropas sucias y el material de curaciones usados en el cuarto del paciente.				
No escucha cuando el paciente le habla sobre sus problemas y preocupaciones.				
INTERACCIÓN CON LA FAMILIA / PACIENTE				
Entra al cuarto sin tocar la puerta.				
Dedica tiempo a los familiares del paciente				
Ignora las creencias espirituales del paciente.				
No da información a los familiares de los pacientes.				
No se interesa sobre los problemas de los pacientes.				
Toca al paciente apropiadamente.				
Da respuestas, cuidadosas, al paciente.				
CORTESÍA				
Escucha, cuidadosamente, las quejas de los pacientes.				
Se entera de las necesidades especiales de los pacientes.				
Expresa preocupación por los pacientes.				
Recuerda a los pacientes como personas reales.				
Respeta las necesidades espirituales del paciente				
RELACIÓN				
Usa un tono de voz suave durante el procedimiento.				
Se toma unos minutos, solo para hablar.	.			
Comprende y comparte las experiencias del paciente				
Arregla los cuartos de los pacientes para que se vean bien.				
Aplica las inyecciones, en forma, tal que le produce menos dolor y estrés al paciente.				
Sonríe, calidamente				

Nota. En el espacio inmediatamente inferior, describa otros comportamientos de cuidado que se le ocurran.

Anexo E

Primera versión del instrumento de observación: "indicadores de experticidad", según la validez de contenido

Código de la enfermera_____

Características a evaluar de las enfermeras	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
	4	3	2	1
ASPECTOS COGNITIVOS				
Actúa bajo su propio criterio				
Toma decisiones para solucionar conflictos				
Demuestra responsabilidad hacia los pacientes.				
Se da cuenta de las necesidades del paciente				
Muestra seguridad al proporcionar cuidado,				
Ofrece cuidado de una manera relajada				
Actúa como consultora de otras enfermeras				
ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO				
Motiva a los pacientes				
Es agradable				
Proporciona calidez humana cuando se relaciona con los pacientes				
Proporciona calidez humana cuando se relaciona con los familiares				
Permite que el paciente se sienta en un ambiente de confianza,				
Busca el momento oportuno para brindar el cuidado al paciente.				
Identifica la fortaleza y capacidad del paciente.				
COMUNICACIÓN				
Establece comunicación mediante el tacto.				
Presenta habilidad para comunicarse, efectivamente				
Maneja, fluidamente, la relación,				
Muestra interés por comprender al paciente				
Permite exteriorizar los sentimientos o los pensamientos del paciente				
Es receptiva				

Anexo F

Resultado de la validez de contenido realizado al instrumento de observación:"indicadores de experticidad"

Resultado de la codificación de los expertos en el instrumento de observación sobre experticidad

Ítems	CONCORDANCIA DE EXPERTOS				IVC $CVR' = \frac{n_e}{N}$	IVC $CVI = \frac{\sum_{i=1}^{M} CVRi}{M}$
	Muy pertinente (4)	Pertinente (3)	Casi pertinente (2)	No pertinente (1)		
Aspecto cognitivo						
1	IIII				1	5,58/6 = **0,93**
2	III			I	0,75	
3	III			I	0,75	
4	IIII				1	
5	IIII				1	
*6	II		I		0,33	
7	III		I		0,75	
Aspecto de comportamiento						
8	IIII				1	6 /7 = **0,86**
9	III		I		0,75	
10	III		I		0,75	
11	III		I		0,75	
12	IIII				1	
13	IIII				1	
14	III	I			0,75	
Comunicación						
15	IIII				1	5,5 /6= **0,92**
16	IIII				1	
17	III		I		0,75	
18	IIII				0,75	
19	IIII				1	
20	IIII				1	
Total IVC						**0,90**

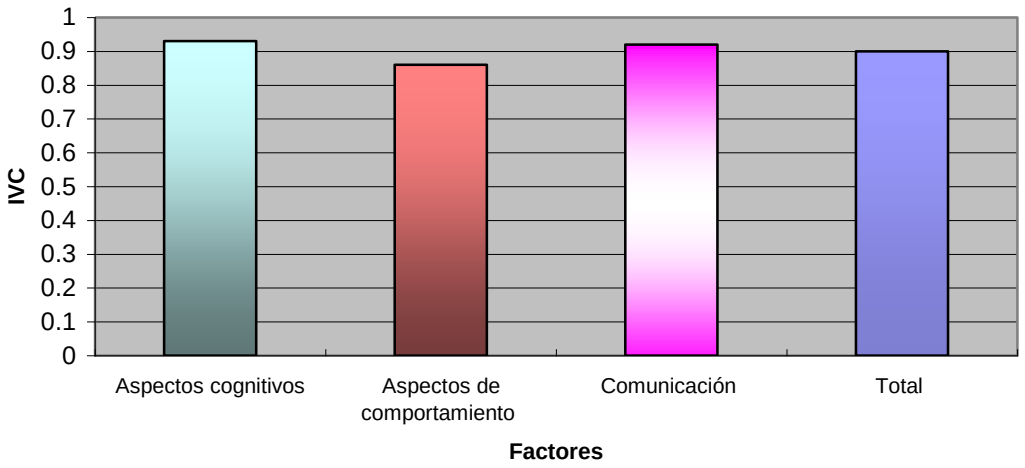
Índice de validez de contenido global obtenido en el instrumento de observación: "indicadores de experticidad"

Instrumento De Observación: "Indicadores De Experticidad"	Resultado
IVC GLOBAL	**0,90**

Índice de validez de contenido obtenido por factores, en el instrumento de Observación: "indicadores de experticidad"

Factores del instrumento de Observación: "indicadores de experticidad"	(IVC)
Aspectos cognitivos (ítemes 1-7)	**0,93**
Aspectos de comportamiento (ítemes 8-14)	**0,86**
Comunicación (ítemes 15 – 20)	**0,92**

Fig. 1 Validez de contenido del instrumento de observación "Indicadores de Experticidad"



Anexo G

Segunda versión del instrumento de observación: "indicadores de experticidad"

Código de la enfermera_____

CRITERIOS	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
	4	3	2	1
ASPECTOS COGNITIVOS				
Actúa bajo su propio criterio				
Toma decisiones para solucionar conflictos				
Demuestra responsabilidad hacia los pacientes.				
Se da cuenta de las necesidades del paciente				
Muestra seguridad al proporcionar cuidado,				
Actúa como consultora de otras enfermeras				
ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO				
Motiva a los pacientes				
Es agradable				
Proporciona calidez humana cuando se relaciona con los pacientes				
Proporciona calidez humana cuando se relaciona con los familiares				
Permite que el paciente se sienta en un ambiente de confianza,				
Busca el momento oportuno para brindar el cuidado al paciente.				
Identifica la fortaleza y capacidad del paciente.				
COMUNICACIÓN				
Establece comunicación mediante el tacto.				
Presenta habilidad para comunicarse efectivamente				
Maneja fluidamente la relación				
Muestra interés por comprender al paciente				
Permite exteriorizar los sentimientos o los pensamientos del paciente				
Es receptiva				
Escucha de manera atenta al paciente				
Conversa durante la interacción				
Utiliza un tono de voz suave durante la interacción				

Anexo H

Resultados de confiabilidad de la primera versión del instrumento de observación: "indicadores de experticidad"

Código de la enfermera_____

Criterios	Valores de Kappa
ASPECTOS COGNITIVO	
Actúa bajo su propio criterio	**-0,13**
Toma decisiones para solucionar conflictos	**0,20**
Demuestra, responsabilidad hacia los pacientes.	**0,60**
Se da cuenta de las necesidades del paciente	**-0,094**
Muestra seguridad al proporcionar cuidado,	**0,58**
Actúa como consultora de otras enfermeras	**-0,096**
ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO	
Motiva a los pacientes	**0,71**
Es agradable	**0,41**
Proporciona calidez humana cuando se relaciona con los pacientes	**0,12**
Proporciona calidez humana cuando se relaciona con los familiares	**0,03**
Permite que el paciente se sienta en un ambiente de confianza,	**0,17**
Busca el momento oportuno para brindar el cuidado al paciente.	**0,14**
Identifica la fortaleza y capacidad del paciente.	**0,30**
COMUNICACIÓN	
Establece comunicación mediante el tacto.	**0,40**
Presenta habilidad para comunicarse efectivamente	**0,53**
Maneja fluidamente la relación,	**0,13**
Muestra interés por comprender al paciente	**0,24**
Permite exteriorizar los sentimientos o los pensamientos del paciente	**0,70**
Es receptiva	**0,20**
Conversa durante la interacción	**0,53**
Escucha, de manera atenta, al paciente	**0,53**
Utiliza un tono de voz suave durante la interacción	**0.36**

Anexo I

Versión adaptada del instrumento de observación: "indicadores de experticidad", de acuerdo con los resultados de la primera prueba de confiabilidad

Código de la enfermera_____

CRITERIOS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
	4	3	2	1
ASPECTOS COGNITIVOS				
Toma decisiones en base a juicio clínico para solucionar conflictos.				
Muestra responsabilidad con las acciones que toma.				
Evalúa las carencias del paciente.				
Muestra seguridad al proporcionar cuidado,				
Identifica las prioridades del cuidado				
Actúa como consultora de otras enfermeras				
ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO				
Anima a los pacientes				
Es agradable				
Muestra afecto cuando se relaciona con los pacientes				
Muestra afecto cuando se relaciona con los familiares.				
Permite que el paciente se sienta en un ambiente de familiaridad durante la relación.				
Sonríe de manera cariñosa				
Identifica las fortalezas del paciente para mejorar su estado físico.				
COMUNICACIÓN				
Toca al paciente apropiadamente.				
Escucha, de manera atenta, al paciente				
Da respuestas satisfactorias a las preguntas del paciente.				
Conversa con el paciente durante la interacción.				
Muestra interés por comprender la situación del paciente				
Permite exteriorizar los sentimientos o los pensamientos del paciente				
Busca el momento oportuno para brindar el cuidado al paciente.				
Utiliza un tono de voz suave durante la interacción.				
Dedica tiempo, moderado, cuando habla con el paciente				

VERSIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

Objetivo: Identificar la experticidad de la enfermera clínica, al proporcionar cuidado al paciente hospitalizado.

Instrucciones para los observadores:

- Lea el enunciado de cada pregunta, cuidadosamente.
- Coloque una X, en una de las columnas por cada pregunta, de acuerdo a la frecuencia en que considere, que la enfermera, realiza la actividad.

I. DATOS GENERALES:

Hospital _____ ***Servicio:*** _____***Fecha:*** _____

Código del evaluado _____ ***Observador***_____***Turno***_____

Género: _____Femenino _____Masculino

Años de trabajar como enfermera _____

Tiempo de trabajar en el servicio _____

Grado académico:

Especialidad ( ) Sí ( ) No
Maestría ( ) Sí ( ) No
Doctorado ( ) Sí ( ) No
Cursos: ( ) Sí ( ) No

Laboró en el turno anterior: ( ) Sí ( ) No

Instrumento de observación indicadores de experticidad

Criterios	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
	4	3	2	1
ASPECTOS COGNITIVOS				
Toma decisiones en base a juicio clínico para solucionar conflictos.				
Muestra responsabilidad con las acciones que toma.				
Evalúa las carencias del paciente				
Muestra seguridad al proporcionar cuidado				
Identifica las prioridades del cuidado				
Actúa como consultora de otras enfermeras				
ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO				
Anima a los pacientes				
Es agradable				
Muestra afecto cuando se relaciona con los pacientes.				
Muestra afecto cuando se relaciona con los familiares.				
Permite que el paciente se sienta en un ambiente de familiaridad durante la relación				
Sonríe de manera cariñosa				
Identifica los aspectos positivos del paciente para mejorar su estado físico.				
COMUNICACIÓN				
Toca al paciente, apropiadamente				
Escucha, de manera atenta, al paciente				
Da respuestas satisfactorias a las preguntas del paciente				
Conversa con el paciente durante la interacción				
Muestra interés por comprender la situación del paciente				
Permite exteriorizar los sentimientos o los pensamientos del paciente				
Busca el momento oportuno para brindar el cuidado al paciente.				
Utiliza un tono de voz suave durante la interacción				
Dedica tiempo, moderado, cuando habla con el paciente				

Anexo J

Autorización para la traducción al español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional

Correo Direcciones Agenda Bloc de notas Novedades Opciones

Carpetas[Crear - Cambiar]

Bandeja entrada

Borrador

Enviados

m (3)[Vaciar]

Papelera[Vaciar]

Mis carpetas[Ocultar]

documentos reci... (1)

ADSL

Ya.com 1MB+VOZ sólo 32,95€/mes

SiemensSP65 por 29€ con Vodafone

Juega a todos los sorteos

Fecha:	Fri, 27 May 2005 08:53:30 -0500
Para:	"Yariela Gonzalez" <yarielag11@yahoo.es>
De:	"Sharon Horner" <s.horner@mail.utexas.edu> Ver detalles del contacto
Asunto:	Re: solicitud

Yes, you may certainly use the instrument and translate it into Spanish.
At 05:13 PM 5/24/2005, you wrote:

Dear Doctor Horner:<?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />
Yariela González the doctoral Panamanian student, is writing you again. The reason for this mail is to request you formally authorization to test your instrument " Professional Caring Behaviors". This testing will imply to steps:

1. Measuring the reability and facial validity in Spanish and,
2. to utilize your instrument to develop my research project in order to obtain a Ph. D. degree at National University of Colombia. In Bogotá.

It you agree to considers my petition I shall send you the outcomes of my research as soon as I finish the thesis.
I order to make the translation to Spanish we must follow the standard procedure which involves the following steps:

1. A panel of persons translate the instrument to Spanish.
2. The panel makes a proposal of the translation
3. this Spanish proposal is translated back to English and send to you corroboration.
4. It you agree with the new English version I can begin to make the test of facial validation.

Thanking the attention to the same one and while waiting for their answer, I say goodbye to you.

Yariela Gonzalez Ortega
Correo Yahoo!
Comprueba qué es nuevo, aquí
http://correo.yahoo.es

Anexo K

Primera traducción en español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional enviada a la autora

COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO PROFESIONAL

El llenado de este instrumento implica que se ha dado el consentimiento para responderlo

Edad _____ Masculino_____ Femenino_____ registro de seguro social _____

Instrucciones: Lea cada enunciado, e indique el grado de acuerdo o desacuerdo si el enunciado representa el cuidado profesional

Total desacuerdo: = TD; Desacuerdo: = D; De acuerdo: = A; Total Acuerdo: = T A

Enunciado	Total desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
La enfermera que cuida:	TD	D	A	TA
1. Explica las cosas de tal manera que el paciente no las entiende.	TD	D	A	TA
2. Usa un tono de voz suave durante el procedimiento	TD	D	A	TA
3. Se toma unos minutos solo para hablar.	TD	D	A	TA
4. Comprende y comparte las experiencias del paciente	TD	D	A	TA
5. Es poco organizada cuando da cuidados.	TD	D	A	TA
6. Toca con rudeza al paciente cuando él tiene dolor.	TD	D	A	TA
7. Parece moverse automáticamente, sin mostrar ningún sentimiento real.	TD	D	A	TA
8. Arregla los cuartos de los pacientes para que se vean bien	TD	D	A	TA
9. Entra al cuarto sin tocar la puerta.	TD	D	A	TA
10. Escucha cuidadosamente las quejas de los pacientes.	TD	D	A	TA
11. Se entera de las necesidades especiales de los pacientes.	TD	D	A	TA
12. Aplica las inyecciones en forma tal que le produce menos dolor y estrés al paciente	TD	D	A	TA
13. Habla de manera desagradable.	TD	D	A	TA
14. Expresa preocupación por los pacientes.	TD	D	A	TA
15. Muestra interés real en los problemas del paciente.	TD	D	A	TA
16. Dedica tiempo a los familiares del paciente.	TD	D	A	TA
17.Ignora las creencias espirituales del paciente.	TD	D	A	TA
18.Recuerda a los pacientes como personas reales.	TD	D	A	TA
19. Es brusca y apresurada para terminar su trabajo.	TD	D	A	TA
20.Se ve poco amigable con los pacientes.	TD	D	A	TA
21. Da información a los familiares de los pacientes.	TD	D	A	TA
22. No se interesa en los problemas de los pacientes.	TD	D	A	TA
23. Deja las ropas sucias y el material de curaciones usados en el cuarto del paciente.	TD	D	A	TA
24. Toca al paciente apropiadamente.	TD	D	A	TA
25. Da respuestas cuidadosas al paciente.	TD	D	A	TA
26. Respeta las necesidades espirituales del paciente	TD	D	A	TA
27. No escucha cuando el paciente le habla sobre sus problemas y preocupaciones.	TD	D	A	TA
28. Sonríe, calidamente	TD	D	A	TA

Nota. En el espacio inmediatamente inferior, describa otros comportamientos de cuidado que se le ocurran.

Versión en ingles de la primera traducción en español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional enviada a la autora

CARE BEHAVIOR

Filling out this form implies that consent has been given to do so.

Age _____ Male _____ Female ____ Social Security No. ____
Instructions:
Read each statement and indicate the extent to which you agree or disagree, if the statement concerns professional care.

Disagree Completely: DC, Disagree: D, Agree:A, Agree A, Agree Completely: AC

Statement	Disagree Completely	Disagree	Agree	Agree Completely
The nurse caregiver:	CD	D	A	CA
1. Explains things in a way the patient cannot understand.	CD	D	A	CA
2. Uses a soft tone of voice during the procedure.	CD	D	A	CA
3. Takes a few minutes just to talk.	CD	D	A	CA
4. Understands and shares the patient's experiences.	CD	D	A	CA
5. Is not very organized when providing care.	CD	D	A	CA
6. Touches the patient roughly when he is in pain.	CD	D	A	CA
7. Seems to move automatically, without any real show of emotion.	CD	D	A	CA
8. Arranges the patient's room to look nice.	CD	D	A	CA
9. Enters the room without knocking.	CD	D	A	CA
10. Listens carefully to the patient's complaints.	CD	D	A	CA
11. Finds out the special needs patients have.	CD	D	A	CA
12. Administers injections in the **CAI** manner, causing the patient less pain and stress. *	CD	D	A	CA
13. Speaks in an unpleasant way.	CD	D	A	CA
14. Expresses concern for the patient.	CD	D	A	CA
15. Shows a genuine interest in the patient's problems.	CD	D	A	CA
16. Devotes time to the patient's relatives.	CD	D	A	CA
17. Ignores the patient's spiritual beliefs.	CD	D	A	CA
18. Thinks of patients as real people.	CD	D	A	CA
19. Is brusque and in a hurry to finish her work.	CD	D	A	CA
20. Does not appear to be friendly with patients.	CD	D	A	CA
21 Provides the patient's relatives with information. *	CD	D	A	CA
22. Is not interested in the patient's problems. *	CD	D	A	CA
23. Leaves dirty laundry and used dressings in the patient's room.	CD	D	A	CA
24. Touches the patient appropriately.	CD	D	A	CA
25. Answers the patient carefully.	CD	D	A	CA
26. Respects the patient's spiritual needs.	CD	D	A	CA
27. Does not listen when the patient talks about his problems and concerns.	CD	D	A	CA
28. Smiles warmly.	CD	D	A	CA

Observation: Use the following space to describe other care behavior you can think of.
***** Ítemes con las observaciones de la doctora Horner.

Anexo L

Versión en español de la segunda traducción del instrumento con los ajustes de la validez aparente y la prueba preliminar de los pacientes

COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO PROFESIONAL

El llenado de este instrumento implica que se ha dado el consentimiento para responderlo

Edad _____ Masculino_____ Femenino_____ registro de seguro social _____

Instrucciones: Lea cada enunciado, e indique el grado de acuerdo o desacuerdo si el enunciado representa el cuidado

Escala: siempre = 4; casi siempre = 3; algunas veces = 2; Nunca = 1

ENUNCIADO	Siempre 4	Casi Siempre 3	Algunas Veces 2	Nunca 1
1. Cuando la enfermera le explica las cosas usted no logra comprenderlas				
2. Cuando la enfermera le realiza un procedimiento le habla con un tono de voz suave.				
3.La enfermera solo se toma unos minutos para hablar con usted				
4. La enfermera que lo cuida, comprende sus experiencias y las comparte				
5. Al atenderlo considera que la enfermera es desorganizada en su labor				
6. Cuando siente algún dolor, la enfermera lo examina de forma brusca.				
7. La enfermera se mueve mecánicamente, sin expresar sus sentimientos				
8. La enfermera arregla la unidad de los pacientes para que se vea bien.				
9. La enfermera entra al cuarto sin avisar				
10. La enfermera escucha atentamente cualquier queja suya.				
11. La enfermera está pendiente de sus necesidades especiales.				
12. La enfermera le pone las inyecciones de tal manera, que le producen menos temor y dolor.				
13. La enfermera le habla de manera disgustada				
14. La enfermera expresa preocupación por su condición.				
15. La enfermera muestra un verdadero interés por sus problemas				
16.La enfermera le dedica tiempo a sus familiares				
17. La enfermera ignora sus creencias religiosas				
18. La enfermera lo llama por su nombre				
19. Al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada.				
20. La enfermera, al atenderlo presenta cara de pocos amigos				
21. La enfermera no le dedica tiempo a sus familiares				
22. La enfermera no se interesa por sus problemas				
23.La enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usados, en su cuarto				
24. Al tocarlo la enfermera, lo hace de una forma adecuada				
25. La enfermera le da respuestas adecuadas a sus preguntas				
26. La enfermera respeta sus necesidades religiosas.				
27. La enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones				
28. La enfermera cuando le sonríe lo hace en forma cariñosa				

Versión en ingles de la segunda traducción del instrumento con los ajustes de la validez facial y prueba preliminar de los pacientes enviada a la autora

CARE BEHAVIOR

Filling out this form implies that consent has been given to do so.

Age _____ Male _____ Female ____ Social Security No. ____

Instructions:
Read each statement and indicate the extent to which you agree or disagree, if the statement concerns professional care.

Disagree Completely: DC, Disagree: D, Agree: A, Agree Completely: AC

Statement The nurse caregiver:	Disagree Completely	Disagree	Agree	Agree Completely
1. Explains things in a way the patient cannot understand.	CD	D	A	CA
2. Uses a soft tone of voice during the procedure.	CD	D	A	CA
3. Takes a few minutes just to talk.	CD	D	A	CA
4. Understands and shares the patient's experiences.	CD	D	A	CA
5. Is not very organized when providing care.	CD	D	A	CA
6. Touches the patient roughly when he is in pain.	CD	D	A	CA
7. Seems to move automatically, without any real show of emotion.	CD	D	A	CA
8. Arranges the patient's room to look nice.	CD	D	A	CA
9. Enters the room without knocking.	CD	D	A	CA
10. Listens carefully to the patient's complaints.	CD	D	A	CA
11. Finds out the special needs patients have.	CD	D	A	CA
12. Administers injections in the manner, causing the patient less pain and stress.	CD	D	A	CA
13. Speaks in an unpleasant way.	CD	D	A	CA
14. Expresses concern for the patient.	CD	D	A	CA
15. Shows a genuine interest in the patient's problems.	CD	D	A	CA
16. Devotes time to the patient's relatives.	CD	D	A	CA
17. Ignores the patient's spiritual beliefs.	CD	D	A	CA
18. Thinks of patients as real people.	CD	D	A	CA
19. Is brusque and in a hurry to finish her work.	CD	D	A	CA
20. Does not appear to be friendly with patients.	CD	D	A	CA
21 Provides the patient's relatives with information.	CD	D	A	CA
22. Is not interested in the patient's problems.	CD	D	A	CA
23. Leaves dirty laundry and used dressings in the patient's room.	CD	D	A	CA
24. Touches the patient appropriately.	CD	D	A	CA
25. Answers the patient carefully.	CD	D	A	CA
26. Respects the patient's spiritual needs.	CD	D	A	CA
27. Does not listen when the patient talks about his problems and concerns.	CD	D	A	CA
28. Smiles warmly.	CD	D	A	CA

Observation: Use the following space to describe other care behavior you can think of.

Anexo M

Versión final de la traducción en español del instrumento de cuidado de comportamiento profesional de la Doctora Sharon Horner "forma A"

COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO PROFESIONAL

El llenado de este instrumento implica que se ha dado el consentimiento para responderlo

Edad _____ Masculino_____ Femenino_____ registro de seguro social _____

Instrucciones: Lea cada enunciado, e indique el grado de acuerdo o desacuerdo si el enunciado representa el cuidado profesional

Escala: siempre = 4; casi siempre = 3; algunas veces = 2; Nunca = 1

ENUNCIADO	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Nunca
	4	3	2	1
1. Cuando la enfermera le explica las cosas usted no logra comprenderlas				
2. Cuando la enfermera le realiza un procedimiento le habla con un tono de voz suave.				
3.La enfermera solo se toma unos minutos para hablar con usted				
4. La enfermera que lo cuida, comprende sus experiencias y las comparte				
5. Al atenderlo considera que la enfermera es desorganizada en su labor				
6. Cuando siente algún dolor, la enfermera lo examina de forma brusca.				
7. La enfermera se mueve mecánicamente, sin expresar sus sentimientos				
8. La enfermera arregla la unidad de los pacientes para que se vea bien.				
9. La enfermera entra al cuarto sin avisar				
10. La enfermera escucha atentamente cualquier queja suya.				
11. La enfermera está pendiente de sus necesidades especiales.				
12. La enfermera le pone las inyecciones de tal manera, que le producen menos temor y dolor.				
13. La enfermera le habla de manera disgustada				
14. La enfermera expresa preocupación por su condición.				
15. La enfermera muestra un verdadero interés por sus problemas				
16.La enfermera le dedica tiempo a sus familiares				
17. La enfermera ignora sus creencias religiosas				
18. La enfermera lo llama por su nombre				
19. Al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada.				
20. La enfermera, al atenderlo presenta cara de pocos amigos				
21. La enfermera no le dedica tiempo a sus familiares				
22. La enfermera no se interesa por sus problemas				
23.La enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usados, en su cuarto				
24. Al tocarlo la enfermera, lo hace de una forma adecuada				
25. La enfermera le da respuestas adecuadas a sus preguntas				
26. La enfermera respeta sus necesidades religiosas.				
27. La enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones				
28. La enfermera cuando le sonríe lo hace en forma cariñosa				

Nota. En el espacio inmediatamente inferior, describa otros comportamientos de cuidado que se le ocurran.

Anexo N

Validez y confiabilidad en español del instrumento cuidado de comportamiento profesional "forma A" de la Doctora Sharon Horner

1. INTRODUCCIÓN

La validez y confiabilidad del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, se realizó como parte del proyecto de investigación "Cuidado de relación interpersonal; según experiencia práctica de la enfermera" en el doctorado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

El tener este instrumento válido y confiable al idioma español se convirtió en un marco de referencia que contribuyó a conocer y medir el cuidado de enfermería en el contexto panameño; donde no se cuenta, actualmente con instrumentos confiables y validados. Es por ello, que surgió la necesidad de responder a la pregunta ¿Cuál es la validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Cuidado de comportamiento profesional "forma A", elaborado por la doctora Sharon Horner?.

Para responder a esta interrogante, se trazó el objetivo de determinar la confiabilidad, a través de la consistencia interna de la versión en español del instrumento Cuidado de Comportamiento profesional "forma A" y de determinar su validez facial ó aparente.

El medir el cuidado, a través de instrumentos confiables y válidos, ayudan a identificar a la ciencia de enfermería y permiten conocer más, sobre cómo los pacientes perciben este acto de cuidar y cómo la enfermera lo realiza. En este sentido, para tratar de explicar acerca de la percepción del comportamiento de cuidado, surgieron instrumentos pioneros de medición del cuidado como el de Larson[197], Wolf[198], Cronin y Harrison[199], Larson P. y Ferketich[200].

A través del tiempo, se han desarrollado otros instrumentos que miden aspectos particulares de cuidado. Lo relevante es que cada uno de ellos responden a pruebas psicométricas que le dan la validez y confiabilidad para

---

[197] Ibid p.38

[198] WOLF 1986 En: WATSON, Jean Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. United States of America. Springer Publishing Company. 2002, p. 61-76

[199] CRONIN Y HARRISON (1988) En: SNYDER 2000 Op. Cit p. 38

[200] LARSON P. Y FERKETICH (1993), En: WATSON J. . Op. Cit p. 25

poder utilizarlos dentro del contexto donde fueron elaborados; por lo que, el instrumento de Cuidado de Comportamiento Profesional no escapa de ello. El mismo, fue sometido a pruebas psicométricas en el idioma inglés. Por tal motivo, al traducirlo al idioma español, también se hace necesario realizar este proceso de validación.

2. PRUEBAS DE ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO

Existen dos requisitos que por su relevancia, son fundamentales en un instrumento de medición. Estos son: confiabilidad y validez[201], cuya finalidad es determinar si el instrumento cumple con la función por la cual fue elaborado.

De acuerdo con los estándares de la American Psychological Association[202]; cuando a un instrumento se le hacen cambios sustanciales en el formato, modo de aplicación, idioma o contenido, se debe revalidar la escala para las nuevas condiciones o grupos en los que se aplique.

Este proceso, de validación del instrumento, requiere de una serie de pasos como la selección del instrumento, traducción, prueba preliminar de ajuste (ítemes), pruebas de su validez, prueba de confiabilidad y determinación de su utilidad[203] . En cuanto a la traducción, el énfasis no es la traducción textual o literal; sino la traducción del sentido conceptual que cada ítem persigue[204]. La fase preliminar de ajuste tiene como finalidad, analizar aspectos relacionados con los ítemes y la utilidad de la escala[205].

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide, realmente la variable que pretende medir. La evaluación de la validez de un instrumento busca responder a la validez facial o aparente, de contenido, y de criterio[206]. La validez facial o aparente es el juicio de quien toma la prueba y siente que el

---

[201] CANALES, F. 1994 Metodología de la Investigación. 2 ª edición. U.S.A: Publicación de la O P S y O M S

[202] SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY Jairo Validación de escalas de medición. Revista de salud pública. Colombia (Septiembre – diciembre 2004), Vol. 6 No. 3 p. 309

[203] Ibid p. 308

[204] Ibid p.309

[205] STREINER DL A Method for Translation of Instruments to other Languages En: SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY Jairo p.311

[206] Ibid p. 311

instrumento mide lo que se pretende medir; es decir, se emite un juicio acerca de los reactivos después de que ha sido construido[207] .

La confiabilidad de un instrumento se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados [208]. La confiabilidad puede ser medida a través de la consistencia interna y por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach; el cual es considerado como un estimador estable de la confiabilidad, calculada por mitades de una prueba[209]. Este coeficiente, analiza el alcance con que los ítemes del instrumento miden el constructo de manera coherente[210]. Su valor fluctúa entre 0,00 y + 1,00. Los valores que se recomiendan, para estos índices, son entre 0,70 - 0,90[211,212]. Valores bajos indican que el instrumento no muestra consistencia ante diferentes condiciones de aplicación y su valor más alto refleja, un mayor grado de congruencia interna.

Por consiguiente, para que se hable de que el instrumento es idóneo y que se pueda utilizar con toda la confianza se requiere que cumpla con los dos requisitos: confiabilidad y validez.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1 Tipo De Estudio: este estudio se desarrolló bajo el marco de una investigación de tipo metodológica. El trabajo aborda el desarrollo, validación y evaluación de instrumentos; siendo su objetivo principal desarrollar instrumentos confiables, eficaces y funcionales que se puedan utilizar en otras investigaciones[213]. Este tipo de estudio, permitió aplicar pruebas psicométricas para establecer la validez y confiabilidad del instrumento de Cuidado de Comportamiento Profesional “forma A”, traducido al español.

---

[207] NUNNALLY JUM C. , Bernstein Teoría Psicométrica 3ra edición. México Mc Graw – Hill Interamericana de México. 1995, p. 122 – 123

[208] HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C Y BATISTA, P. Metodología de la investigación. México: McGraw - Hill. 2003. p. 235

[209] CERVANTES, Víctor H. Interpretaciones del coeficiente Alfa de Cronbach. Avances en medición. (2005) Vol. 3 pág. 19

[210] BURNS Nancy, Op. Cit. p. 297

[211] POLIT, Dense, HUNGLER, Bernadette Investigación científica en ciencias de la salud.6 ta edición. México. Editorial McGraw - Hill Interamericana. S.A. de C.V. 2000, p.399

[212] SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY Jairo Op. Cit. p.314

[213] POLIT, Dense, HUNGLER, Bernadette. 2000, Op. Cit. p. 203.

3.2 Fases De Validez Y Confiabilidad Del Instrumento De Cuidado De Comportamiento Profesional "Forma A" Versión En Español

3.2.1 Fase de traducción

3.2.1.1 Muestra. Se conformó un comité de tres profesoras de enfermería, con experiencia en aplicación de instrumentos, y con conocimiento del idioma inglés. Dos de ellas, formaron parte de la cultura en la que se aplicó el instrumento, con el objetivo de realizar una traducción directa (traducción del instrumento del idioma original al idioma de aplicación).

3.2.1.2 Procedimiento:

El proceso de traducción se inició con la solicitud, a la autora del instrumento, Doctora Sharon Horner, de su autorización para la utilización y traducción al idioma español.

Cada uno de los miembros del comité, tradujo el instrumento original al idioma español, y se llegó a un acuerdo en los itemes discordantes, quedando una sola versión del instrumento al idioma español.

Posteriormente se entregó el instrumento a un cuarto evaluador, que no pertenecía al comité, para su revisión final.

La versión final en el idioma español, fue traducida nuevamente al idioma inglés por un profesor experto en el idioma inglés y enviada nuevamente a su autora.

3.2.1.3 Resultados: la versión final del instrumento traducido al idioma inglés fue evaluada por la autora, el cual sugirió corregir error de escritura en el ítems 12, colocar en negativo el ítem 21 y reestructurar la redacción del ítem 20, ya que la redacción presentada cambiaba el sentido del mismo.

3.2.2 Fase de validación facial

Se realizó la validación facial, con el objetivo de evaluar los itemes, emitir un juicio sobre la comprensión de los mismos, y comprobar si eran comprendidos en el contexto y lenguaje panameño, para así obtener la aceptación del instrumento por parte de los usuarios.

3.2.2.1 Muestra: En esta validación participaron diez enfermeras Colombianas, expertas en cuidado y en manejo de instrumentos; así como diez enfermeras panameñas, docentes; que se encuentran en el contexto panameño, donde se aplicó el instrumento.

3.2.2.2. Procedimiento*:* a cada docente, se le entregó un formato que contaba con una introducción, objetivos e instructivo con respecto al procedimiento de validez facial del instrumento. Su estructura estaba conformada por dos columnas. La primera contenía los 28 itemes del instrumento y la segunda, presentaba un enunciado de observaciones, donde el docente pondría sus observaciones con respecto a la redacción del ítem, de acuerdo al contexto.

3.2.2.3 Resultados: se obtuvo recomendaciones de cada experto con respecto a la redacción y clarificación de conceptos abstractos que pudieran no ser comprendidos por los pacientes; como: cálidamente, respuestas cuidadosa, personas reales, interés real, expresión del rostro, creencias espirituales, automáticamente y sentimiento real. Con estas recomendaciones, propuestas por cada experto, se hizo un compendio por ítemes, dando como resultado pequeños cambios de redacción en cada ítem; sin que se perdiera el sentido original de los mismos.

Otro ajuste, que sufrió el instrumento, fue su escala original: de total acuerdo, de acuerdo, desacuerdo y total desacuerdo; el cual fue reemplazada por la escala de siempre, casi siempre, algunas veces y nunca.

3.2.3 Fase de prueba preliminar de ajuste

Posterior a las recomendaciones efectuadas, por los expertos en la validación facial o aparente, se procedió a realizar una prueba preliminar de ajuste.

3.2.3.1 Muestra: se utilizó una muestra de 10 pacientes de un hospital de tercer nivel de atención, ubicado en la Ciudad de Panamá, de los cuales cinco pertenecían al servicio de medicina y cinco al servicio de cirugía y cuyos criterios, de inclusión, fueron pacientes hospitalizados adultos, sin patologías que afectaran su estado mental y cognitivo, y que no llegaran, recientemente, de un procedimiento.

3.2.3.2 ***Procedimiento:*** El instrumento fue aplicado en un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., en forma de entrevista.

3.2.3.3 Resultado: se obtuvo una buena interpretación de los ítemes, por parte de los pacientes; ya que no hubo ninguna observación, por parte de los mismos, en cuanto a su comprensión.

Una vez realizada estas tres primeras fases se entregó, nuevamente, el instrumento a la autora; quien le dio la revisión y aprobación.

3.3.2 Fase de confiabilidad

3.3.2.1 Muestra: Para realizar la confiabilidad del instrumento, éste se aplicó a una muestra aleatoria de 284 pacientes hospitalizados, en una institución de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. El tamaño muestral, se determinó utilizando lo referido por Nunnally B.[214], quien manifiesta que para validar un instrumento se requieren diez participantes por cada ítem.

3.3.2.2 Criterios de Inclusión

Se aplicó el instrumento a pacientes que cumplían con los criterios de ser adultos hospitalizados, sin patologías que afecte su estado mental y cognitivo, con un mínimo de tres días de hospitalización, y que no hubiesen llegarán, recientemente, de un procedimiento.

[214] NUNNALLY Y., Bernstein (1994), En: MAHON, Noreen, YARCHESKI Thomas, YARCHESKI Adela The Revised Personal Lifestyle Questionnaire For Early Adolescents Wester Journal of nursing research , 2002, 25 (5) p.538

3.3.2.3 Consideraciones éticas

Para dar inicio a la investigación, se solicitó autorización a los administrativos del hospital donde se realizó la investigación: Director médico, director de docencia e Investigación médica, directora del departamento de enfermería y al comité de ética del hospital; donde se realizó el estudio.

Se describió a los pacientes el propósito del estudio, los beneficios, el derecho a la confidencialidad, al anonimato y a abandonar el estudio al momento de la aplicación del instrumento. Se solicitó a los participantes su autorización a través de la firma del consentimiento informado; antes de aplicar el instrumento.

3.3.2.4 Procedimiento

- El instrumento fue aplicado en los turnos de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. de lunes a viernes y días festivos.

- La aplicación del instrumento se dio en forma de entrevista. Donde, se leyeron las preguntas y alternativas de respuesta al paciente y se anotó lo que éste contestó, según su preferencia.

- Para determinar la confiabilidad, se utilizó como procedimiento estadístico el coeficiente de consistencia interna de Alfa de Cronbach;, mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5. Este coeficiente analiza el alcance con que los ítemes del instrumento miden el constructo de manera coherente[215].

- Una vez aplicado el instrumento, se codificaron los datos; tomando en cuenta la inversión de respuesta[216]. Se asignó la puntuación de 4 a 1 a las preguntas enunciadas de forma positiva conforme fueron contestadas; y las preguntas negativas se le asignó los puntos de manera inversa conforme fueron contestadas; es decir, a la categoría 1, se le asignó un valor de 4 puntos, a la categoría 2, un valor de 3 puntos; a la categoría 3, 2 puntos y a la categoría 4, un punto.

---

[215] BURNS Nancy, GROVE K. Susan Investigación en Enfermería. España. 3ra edición. Impreso por Gráfos S.A. 2004, p. 297.

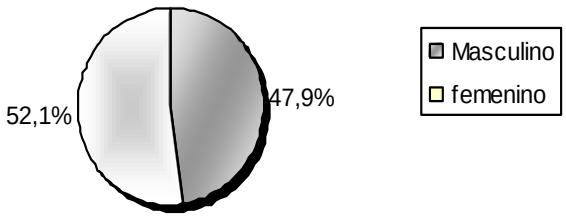
[216] POLIT, Dense, HUNGLER, Bernadette. 2000, Op. Cit. p. 533

3.3.2.5 Análisis de resultados

Tabla 1 Distribución de la muestra según género en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero – marzo de 2006

Género	Fr	%
Total	284	100,0
Masculino	136	47,9
Femenino	148	52,1

Fig. 1 Distribución de la muestra según género, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Panamá. Febrero - marzo 2006



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Panamá. Febrero - marzo 2006.

La tabla No 1, muestra que el 52,1% corresponde al género femenino y el 47,9 % al género masculino; lo que indica que la muestra estuvo bien representada por pacientes de ambos géneros.

Tabla 2 Distribución de los pacientes según servicio de hospitalización en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero - marzo de 2006

Especialidad	Fr	%
Total	**284**	**100,0**
Ortopedia	48	16,9
Neurocirugía	22	7,7
Urgencias	27	9,5
Cirugía general	36	12,7
Cirugía de especialidades	52	18,3
Ginecología	20	7,0
Hematología	7	2,5
Gastroenterología	21	7,4
Medicina	51	17,9

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una Institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Panamá. Febrero - marzo 2006.

La tabla 2, muestra que los pacientes estaban distribuidos en diferentes servicios de especialidad; siendo el servicio de cirugía de especialidades el de mayor concentración de pacientes, representando un 18,3%. Seguido de un 17,9% en el servicio de medicina y en tercer lugar, el servicio de ortopedia con un 16,9%. Por otra parte, los servicios de menor concentración fueron hematología con un 2,5%, ginecología, con el 7,0 % y gastroenterología, con

7,4%. Estos resultados indican que la muestra de pacientes está distribuida en diferentes servicios.

Tabla 3. Descripción de la edad de los pacientes en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero – marzo de 2006

N	**Válidos**	**281**
	Perdidos	**3**
Media		55,4
Mediana		58,0
Moda		65,0
Desv. típ.		17,9
Mínimo		15,0
Máximo		88,0

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una Institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Panamá. Febrero – marzo 2006.

Este cuadro presenta una población conformada por 281 pacientes, cuyo promedio de edad es de 55,4 años, una mediana de 58,0 años; lo que indica que el 50,0% de la población tiene más de 58,0 años y el resto, se encuentra en menos de 58,0 años. La moda o valor más frecuente, corresponde a los 65,0 años de edad, con una desviación estándar de 17,9 y un rango de edad, entre los 15,0 y 88,0 años.

Tabla 4. Confiabilidad global del instrumento de cuidado de comportamiento profesional. Hospital de tercer nivel en la Ciudad de Panamá. Febrero – marzo de 2006

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en los elementos tipificados	N de ítemes
0,79	0,797 = 0,80	28

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Panamá. Febrero – marzo 2006.

El coeficiente alfa obtenido (0,80) es un valor alto, indicando que el instrumento tiene alta consistencia interna, incluso que los ítemes, del mismo, miden el constructo de manera coherente.

Tabla 5 Estadísticos descriptivos de los ítemes del instrumento de cuidado de comportamiento profesional, "forma A", versión en español, en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero - marzo de 2006

No item	Correlación Item total corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
1	0,25	0,79
2	0,38	0,78
3	0,03	0,80
4	0,40	0,78
5	0,47	0,78
6	0,34	0,78
7	0,46	0,78
8	0,06	0,80
9	0,26	0,79
10	0,46	0,78
11	0,50	0,77
12	0,28	0,78
13	0,39	0,78
14	0,44	0,78
15	0,51	0,78
16	0,32	0,79
17	0,10	0,80
18	0,90	0,79
19	0,45	0,78
20	0,41	0,78
21	0,007	0,80
22	0,47	0,77
23	0,14	0,79
24	0,19	0,79
25	0,42	0,78
26	0,15	0,79
27	0,27	0,79
28	0,35	0,78

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Panamá. Febrero - marzo 2006.

El cuadro presenta la relación entre cada ítem y el instrumento en general. La columna dos refleja la correlación del ítem total corregido, observándose una mayor correlación en los ítemes 18, que presenta una correlación de 0,90; seguido del ítem 15, con un valor de 0,51 y el ítem 11, con valor de 0,50. Las correlaciones más bajas se presentaron en el ítem 21, con un valor de 0,007; seguido del ítem 3 con un valor de 0,03, y el ítem 8 con un valor de 0,06. En la tercera columna se muestra el alfa de Cronbach; si se elimina el ítem del instrumento, lo que demuestra una consistencia entre cada ítem y el alfa total. Esto revela que no es necesario eliminar ningún ítem.

Tabla 6. Confiabilidad del instrumento de cuidado de comportamiento profesional por factores "forma A", versión en español, en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero - marzo de 2006

Factores	Ítemes	Valores de Alfa de Cronbach	Varianza
NO COMPROMISO	1 Cuando la enfermera le explica las cosas, usted no logra comprenderla.	0,69	17,21
	5 Al atenderlo considera que la enfermera es desorganizada en su labor		
	6 Cuando siente algún dolor, la enfermera lo examina de forma brusca		
	7 La enfermera se mueve, mecánicamente, sin expresar sus sentimientos.		
	13 La enfermera le habla de manera disgustada		
	15 La enfermera no muestra un verdadero interés por sus problemas		
	19 Al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada.		
	20 La enfermera, al atenderlo, es poco amigable.		
	23 La enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usados, en su cuarto		
	27 La enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones		
INTERACCIÓN CON LA FAMILIA / PACIENTE	9 La enfermera entra al cuarto sin avisar	0,39	9,68
	16 La enfermera le dedica tiempo a sus familiares		
	17 La enfermera ignora sus creencias religiosas		
	21 La enfermera no le dedica tiempo a sus familiares.		
	22 La enfermera no se interesa por sus problemas		
	24 Al tocarlo la enfermera, lo hace de forma apropiada		
	25 La enfermera da respuestas satisfactorias a sus preguntas		
CORTESÍA	10 La enfermera escucha, atentamente, cualquier queja suya	0,50	5,42
	11 La enfermera está pendiente de sus necesidades especiales.		
	14 La enfermera expresa preocupación por su condición.		
	18 La enfermera lo llama por su nombre		
	26 La enfermera respeta sus necesidades religiosas		
RELACIÓN	2 Cuando la enfermera le realiza un procedimiento le habla con un tono de voz suave.	0,25	5,33
	3 La enfermera solo se toma unos minutos para hablar con usted		
	4 la enfermera que lo cuida, comprende la experiencia de su enfermedad y la comparte.		
	8 La enfermera arregla la unidad de los pacientes para que se vea bien.		
	12 La enfermera le pone las inyecciones, de tal manera, que le producen menos temor y dolor.		
	28 La enfermera cuando le sonríe lo hace en forma cariñosa		

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una Institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Panamá. Febrero - marzo 2006

La tabla 9 muestra un alfa de Cronbach distribuido en los diferentes factores que componen el instrumento, observándose para el factor de no compromiso un alfa de 0,69, en el factor de interacción con la familia y el paciente de 0,39; para el factor de cortesía de 0,50 y el factor de relación 0,25. Esto muestra

una variabilidad en el coeficiente de alfa de Cronbach, probablemente, debido a la carga factorial de los ítemes[217]; ya que según Cortina[218] una de las condiciones de las que depende el coeficiente de alfa de Cronbach es la cantidad de ítemes o partes que conforman la prueba; pues se observan varianzas para el primer factor de 19,65; para el segundo factor 9,36, el tercer factor con 5,42 y el cuarto factor con 5,33.

Tabla 7. Descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, en dos hospitales de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero - marzo de 2006

N	**Válidos**	**282**
	Perdidos	**2**
Media		86.6
Mediana		87.0
Moda		88.0
Desv. típ.		9.3
Mínimo		52.0
Máximo		111.0

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hospitalizados en una Institución de tercer nivel de atención en la Ciudad de Panamá. Febrero - marzo 2006.

Los datos descriptivos, obtenidos del instrumento de cuidado de comportamiento profesional presenta una media de 86.6 puntos; una mediana de 87,0, una moda de 88,0, y con una desviación estándar de 9,3 puntos, con un valor mínimo de 52,0 puntos y un valor máximo de 111.

CONCLUSIONES

El instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A" de la Doctora Sharon Horner, versión en español, presenta validez facial o aparente; pues al aplicarlo en una prueba preliminar a los pacientes sus itemes fueron, claramente, comprendidos; lo que demuestra la relación entre la redacción de las preguntas y la comprensión del paciente.

El instrumento de cuidado de comportamiento profesional "forma A", versión en español, presenta un Alfa de Cronbach alto de 0,80; por lo que es evidente la consistencia interna entre los 28 ítemes que lo constituyen. Los factores, en términos generales, oscilaron entre 0,25 y 0,69; y por ítem fue moderadamente alta, entre 0,78 y 0,80.

[217] Cervantes 2005 Op. Cit. p. 24
[218] Ibid p.22

De acuerdo con los resultados de validez y confiabilidad, se demuestra que el instrumento es apto para ser utilizado en el contexto panameño y medir la percepción del paciente; acerca de las prácticas de cuidado de comportamiento profesional que realizan las enfermeras, en las diferentes especialidades del contexto hospitalario.

Esta validez y confiabilidad se convierte en una herramienta de utilidad para evaluar, como el paciente percibe el cuidado que le proporciona la enfermera; sobre todo, en el ámbito de las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo, da pautas para iniciar nuevos campos de investigación; con el fin de desarrollar la práctica enfermería.

Este instrumento, en la versión español tendrá una trascendencia social; ya que al identificar la percepción que tienen los pacientes sobre el cuidado que proporcionan las enfermeras, servirá de base para implementar programas educativos, encaminados a mejorar la relación enfermera - paciente.

BIBLIOGRAFÍA

BURNS Nancy, GROVE K. Susan. Investigación en Enfermería. 3ra ed. España: Gráfos S.A. 2004, 554 p.

CANALES, F. 1994 Metodología de la Investigación. 2da ed. U.S.A.: Publicación de la O P S y O M S p. 225

CERVANTES, Víctor H. Interpretaciones del coeficiente Alfa de Cronbach.Colombia. En: Avances en medición. (2005) Vol. 3 pág. 19

FAWCETT, Jaqueline Analysis and Evaluation of contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories, U.S.A: Copyrith Davis Company. 2000, 724 p.

HARRISON, Elizabeth. Nurse Caring and the new health care paradigm. En: Journal Nurses care Qual. (1995) Vol. 9 No 4 p. 14 - 23

HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, C., Y BATISTA, P. Metodología de la Investigación 3ra edición. México: Mc Graw Hill. Companis Inc. 2003, 505 p.

HORNER, SHARON, Información sobre la validez y Confiabilidad del Instrumento de Comportamiento de Cuidado Professional Profesor asociado, the University of Texas at Austin. School of Nursing. 1700 Red River, Austin, Tx 78701 – 1499. Información enviada por correo electrónico. Julio 2005

MAHON, Noreen, YARCHESKI Thomas, YARCHESKI Adela. The Revised Personal Lifestyle Questionnaire For Early Adolescents Wester Journal of nursing research , 2002, 25 (5) p.538

NUNNALLY JUM C., Bernstein. Teoría Psicométrica 3ra edición. México McGraw – Hill Interamericana. 1995, p.532

POLIT, Dense, HUNGLER, Bernadette Investigación científica en ciencias de la salud.6 ta edición. México:McGraw - Hill Interamericana. S.A. 2000. 715, p.

SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY, Jairo. Validación de escalas de medición. Revista de salud pública. Colombia (Septiembre – diciembre 2004), Vol. 6 No. 3 p. 309 p. 302 - 317

SNYDER, Mariah. Measuring Intervention Outcomes: Impact of Nurse Characteristics International Journal for Human Caring 2000. p. 38

WATSON, Jean Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. United States of America. Springer Publishing Company. 2002, p. 100 – 106

Anexo Ñ
Versión final del instrumento de cuidado de comportamiento profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE COMPORTAMINETO DE CUIDADO PROFESIONAL

DATOS GENERALES:

Fecha _____ Servicio: _____Código del evaluado_____

Género: F( ) M( ) Edad: _____ Días de hospitalización: _____
Estado Civil: Soltero/a__, Casado/a__, Viudo/a___, Divorciado/a____, Separado/a__Unido___
Grado de escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Universidad ( ) Hasta que año____

Objetivo: Conocer la percepción del paciente, referente a el cuidado de relación interpersonal que le proporciona la enfermera.

Instrucciones: Lea cada enunciado e indique con una X el grado de acuerdo o desacuerdo si el enunciado representa el cuidado profesional.

Escala: siempre = 4; casi siempre = 3; algunas veces = 2; Nunca = 1

ENUNCIADO	Siempre 4	Casi Siempre 3	Algunas Veces 2	Nunca 1
1. Cuando la enfermera le explica las cosas usted no logra comprenderla.				
2. Cuando la enfermera le realiza un procedimiento le habla con un tono de voz suave.				
3. La enfermera solo se toma unos minutos para hablar con usted				
4. La enfermera, que lo cuida, comprende la experiencia de su enfermedad y la comparte.				
5.Al atenderlo considera que la enfermera es desorganizada en su labor				
6. Cuando siente algún dolor, la enfermera lo examina de forma brusca.				
7. La enfermera se mueve, mecánicamente, sin expresar sus sentimientos.				
8. La enfermera arregla la unidad de los pacientes para que se vea bien.				
9.La enfermera entra al cuarto sin avisar				
10. La enfermera escucha, atentamente, cualquier queja suya.				
11. La enfermera está pendiente de sus necesidades especiales.				
12. La enfermera le pone las inyecciones, de tal manera, que le producen menos temor y dolor				
13. La enfermera le habla de manera disgustada				
14. La enfermera expresa preocupación por su condición.				
15. La enfermera no muestra un verdadero interés por sus problemas				
16. La enfermera le dedica tiempo a sus familiares.				
17. La enfermera ignora sus creencias religiosas				
18. La enfermera lo llama por su nombre				

19. Al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada.				
20. La enfermera, al atenderlo es poco amigable.				
21. La enfermera no le dedica tiempo a sus familiares				
22. La enfermera no se interesa por sus problemas				
23. La enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usados, en su cuarto				
24. Al tocarlo la enfermera, lo hace de forma apropiada				
25.La enfermera da respuestas satisfactorias a sus preguntas				
26. La enfermera respeta sus necesidades religiosas.				
27. La enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones				
28. La enfermera cuando le sonríe lo hace en forma cariñosa				

El llenado de este instrumento implica que he dado el consentimiento para responderlo.

Firma _____

Anexo O

Instrumento de observación: "indicadores de experticidad" y otros comportamientos que se pueden observar por ítemes

CRITERIOS	OTROS COMPORTAMINETOS QUE SE PUEDEN OBSERVAR
ASPECTOS COGNITIVOS	
Toma decisiones con base a juicio clínico para solucionar conflictos.	Juicio clínico: entendimiento de la situación para actuar con conocimiento. permite discernir y valorar.
Muestra responsabilidad con las acciones que toma.	Responsabilidad: cumplimiento de las obligaciones o cuidado de hacer o decidir algo
Evalúa las carencias del paciente	Carencias: necesidades interferidas
Muestra seguridad al proporcionar cuidado	Seguridad: muestra confianza en lo que hace
Identifica las prioridades del cuidado	Prioridades: actúa con base a unas actividades más importantes que otra
Actúa como consultora de otras enfermeras	Cuando otras compañeras le preguntan o le consultan
ASPECTOS DE COMPORTAMIENTO	
Anima a los pacientes	Anima: estimula al paciente, lo motiva, lo incita a a hacer algo.
Es agradable	Agradable: amable, afectuoso, cariñoso
Muestra afecto cuando se relaciona con los pacientes.	Afecto: cuando muestra simpatía y cariño al familiar.
Muestra afecto cuando se relaciona con los familiares.	
Permite que el paciente se sienta en un ambiente de familiaridad durante la relación	Ambiente de familiaridad: cuando hay presencia de confianza, cordialidad, cortesía, afecto, jovialidad.
Sonríe de manera cariñosa	
Identifica los aspectos positivos del paciente para mejorar su estado físico.	Aspectos positivos: aspecto espiritual, apoyo familiar,
COMUNICACIÓN	
Toca al paciente, apropiadamente	En forma adecuada, no bruscamente, suavemente
Escucha de manera atenta al paciente	Atenta: poner cuidado de lo que el paciente va ha decir o hacer
Da respuestas satisfactorias a las preguntas del paciente	
Conversa con el paciente, durante la interacción	
Muestra interés por comprender la situación del paciente	
Permite exteriorizar los sentimientos o los pensamientos del paciente	
Busca el momento, oportuno, ara brindar el cuidado al paciente.	Momento oportuno: apropiado
Utiliza un tono de voz suave, durante la interacción	
22 Dedica tiempo moderado cuando habla con el paciente	Tiempo situado en medio de dos extremos. Ni poco tiempo ni mucho tiempo

Anexo P
Marco de análisis y resultados obtenidos en la prueba piloto

Clasificación del nivel de medición de las variables y su descripción estadística:

En esta etapa se planteó el nivel de medición de las variables cuidado de relación interpersonal y experiencia práctica, así como otras variables a relacionar con los resultados obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, y que a continuación se detallan en la figura 1 y 2.

Figura.1. Nivel de medición y descripción de las variables del estudio

Variable del estudio	Tipo de variable	Elementos para la descripción de la variable
Cuidado de relación interpersonal	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central: media, mediana, y moda, Medias de Dispersión: desviación estándar y varianza. Coeficiente de asimetría y curtosis.
Experiencia de la enfermera	Nominal dicotómica	Distribución de frecuencias, porcentaje.

Figura 2. Nivel de medición y descripción de las variables asociadas con el cuidado de comportamiento profesional

Otras Variables a relacionar con el cuidado de comportamiento profesional	Tipo de variable	Elementos para la descripción de la variable
Género	Nominal, dicotómica	Distribución de frecuencias, porcentaje.
Servicio	Nominal	Distribución de frecuencias, porcentaje y moda.
Años de trabajar como enfermera	Ordinal Categórica	Distribución de frecuencias, porcentaje
Tiempo de trabajar en el servicio	Ordinal Categórica	Distribución de frecuencias, porcentaje
Grado académico	Ordinal Categórica	Distribución de frecuencias, porcentaje.

Hospital	Nominal	Distribución de frecuencia, porcentaje.
Turno	Nominal	Distribución de frecuencia, porcentaje.
Si laboró en el turno anterior	Nominal dicotómica	Distribución de frecuencias, porcentaje.

Codificación de las variables:

Para procesar los datos en el programa estadístico se asignó un valor numérico a cada una de las variables, presentadas en la figura 3

Figura 3. Codificación de las variables

B. enfermeras:

Variables	Categorización
Tiempo de trabajar en el servicio	0= < 1 1= 1 – 3,9 años 2= 4 – 6,9 3= 7 – 9,9 4= 10 y más
Grado académico	1 = Enfermera básica 2 = Licenciatura en enfermería 3 = Especialidad 4 = Maestría 5 = Doctorado
Años de trabajar como enfermera	0 = < 5 1 = 5 - 9,9 años 2 = 10 -14,9 3 = 15 -19,9 4 = 20 -24,9 5 = 25 y más
Experticidad de la enfermera	1= No experta(75,28 puntos y menos en el instrumento de indicadores de experticidad) 2= Experta (75,29 puntos y más en el instrumento de indicadores de experticidad).
Si laboró en el turno anterior	1 = Si 2 = No 9 = Casos perdidos
Hospital	1 = Hospital de tercer nivel de atención No 2 2 = Hospital de tercer nivel de atención No 1
Turno	1 = 7:00 a.m. - 3:00 p.m. 2 = 3:00 p.m. – 11:00 p.m.

Género	0 = Masculino 1 = Femenino
Servicio	1 = Ortopedia 2 = Neurocirugía 3 = Gastroenterología 4 = Cirugía general de hombres 5 = Cirugía de especialidades 6 = Geriatría 8 = Hematología 10 = Medicina V piso 11 = Medicina IV piso 12 = Cirugía general de mujeres 13 = Medicina (Hospital de tercer nivel de atención No 1) 14 = Cardiología (hospital de tercer nivel de atención No1) 15 = Dermatología, nefrología y neumología
Categorías del instrumento de observación "indicadores de experticidad"	1 = Nunca 2 = Alguna veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre

C. Pacientes:

Variables	Categorización
Género	0 = Masculino 1 = Femenino
Grado académico	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Universidad
Días de hospitalización	1 = 3 - 4 2 = 5 - 6 3 = 7 - 8 4 = 9 - 10
Escolaridad	0= Incompleta 1= Completa
Edad	1 = 15 -29 2 = 30 - 44 3 = 45 - 59 4 = 60 - 74 5 = 75 – 89
Hospital	1 = Hospital de tercer nivel de atención No 2 2 = Hospital de tercer nivel de atención No 1

Categorías del instrumento de cuidado de comportamiento profesional	1 = Nunca 2 = Alguna veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre
Servicio	1 = Ortopedia 2 = Neurocirugía 3 = Gastroenterología 4 = Cirugía general de hombres 5 = Cirugía de especialidades 6 = Geriatría 8 = Hematología 10 = Medicina V piso 11 = Medicina IV piso 12 = Cirugía general de mujeres 13 = Medicina (hospital de tercer nivel de atención No 1) 14 = Cardiología (Hospital de tercer nivel de atención No 1) 15= Dermatología, nefrología y neumología

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PILOTO

Los datos obtenidos en la prueba piloto se describen a través de las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para determinar las diferencias de media de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de comportamiento de cuidado profesional de las enfermeras expertas y no expertas, se aplicó la U de Mann - Whitney, según la distribución de la población, a un nivel de significancia de 0,05.

Resultados:

1. **Descripción de los datos**

La muestra de las enfermeras de la prueba piloto estuvo compuesta por un 95,7% de mujeres y un 4,3% de hombres, el 55,3% fueron observadas en el hospital de tercer nivel de atención No 2, con un tiempo promedio de trabajar como enfermeras de 8,9 años, lo que representó, con desviación típica de 6.9 años, y con un tiempo promedio de trabajar en el servicio de 2,4 años, cuya desviación típica fue de 2,5 años; un grado académico de licenciatura representado por el 89,4%, y, en su mayoría, fueron evaluadas en el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. representadas en un 72,3%.

La muestra, de los pacientes estuvo, representada por 60,6% de hombres y un 39,4% de mujeres; con una edad promedio de 46,5 años y con una desviación típica de 16,6 años; un grado de escolaridad hasta la secundaria representando el 50%; el promedio de días de hospitalización fue de 5,7, días con una desviación típica de 1,9 días.

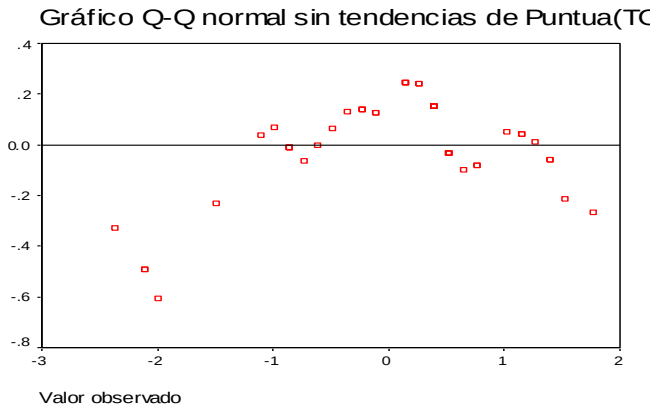
La descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de observación de "indicadores de experticidad" diligenciado por los observadores fue de una media de 70,8 puntos, con desviación típica de 7,9, un valor mínimo de 52 puntos y un valor máximo de 85 puntos; con asimetría de -0,594 y curtosis de - 0.031.

La descripción de los puntos obtenidos en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional, diligenciado por los pacientes fue de una media de 90,5 puntos, con desviación típica de 9,2; un valor mínimo de 63 puntos y un valor máximo de 106 puntos; con asimetría de - 0,932 y curtosis de 0,835.

2. Prueba de Normalidad

Para contrastar la hipótesis de distribución normal de la muestra de enfermera de la prueba piloto, se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov - Lilliefors, a nivel de significancia de 0,05; obteniéndose como resultado una Sig. 0,043 con 47 gl. Esto, demuestra que el p – valor es menor que α , por lo que se rechaza la hipótesis nula, de distribución normal, indicando que los datos de la muestra de la prueba piloto no procede de una distribución normal, representados en la figura 4.

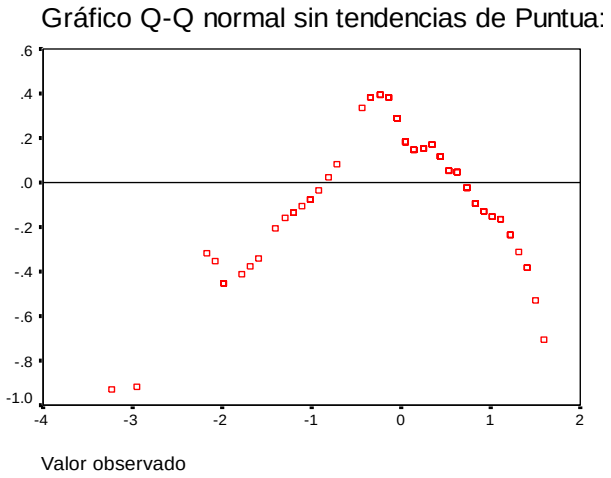
Figura 4. Gráfico Q-Q normal de los puntos de las observaciones realizadas a las enfermeras



De igual manera, los resultados obtenidos de la prueba de Lilliefors para los datos de los pacientes, a través del instrumento de cuidado de comportamiento profesional fue una significancia de 0,000 con 94 gl; por lo que se rechaza la hipótesis nula, de distribución normal, comprobándose que los datos de la muestra no procede de una distribución normal, representados en la figura 5.

Figura 5 Gráfico Q-Q normal de los puntos del instrumento de Cuidado de Comportamiento Profesional

.



3. Punto de corte

Para determinar el punto de corte de los valores obtenidos en el instrumento de observación de "indicadores de experticidad, diligenciados por los observadores, se utilizó como elemento de decisión, la media de las puntuaciones, cuyo valor fue de 71 puntos.

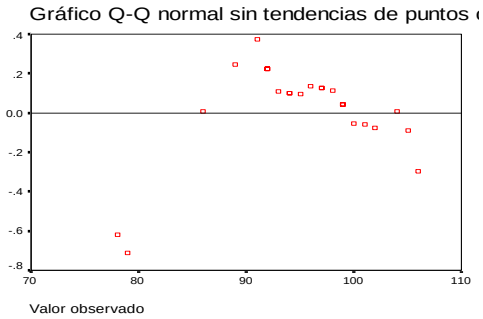
Utilizando este punto de corte, se obtuvo que las enfermeras expertas representaban el 57,4% (27 enfermeras) y las enfermeras no expertas el 42,6% (20 enfermeras).

Una vez obtenidos estos datos se refuerza, la decisión del punto de corte al aplicar el estadístico de análisis de varianza de un solo factor (ANOVA), a nivel de significancia de 0,05, de manera que se pudo determinar si había diferencias significativas en la media de las puntuaciones de ambas poblaciones.

Se obtuvo como resultado una significancia de 0,00, con un valor F de 88,8 con 46 gl. Esto indica que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias; indicando que hubo diferencias significativas, entre las medias de las puntuaciones obtenidas por el grupo de enfermeras expertas y las no expertas.

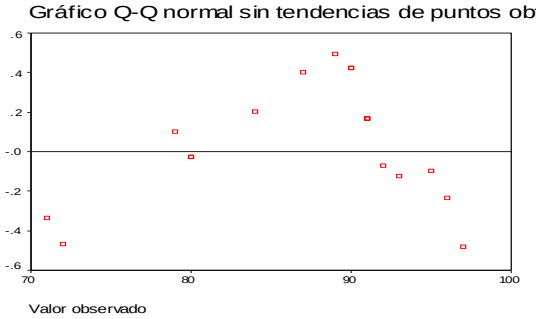
La prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov - Lilliefors para el grupo de las enfermeras expertas con un α de 0,05, dio como resultado una Significancia de 0,061 con 27 gl. Esto, demuestra que el p - valor es mayor que α , por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula de distribución normal; indicando que los datos de la muestra de la prueba piloto procede de una distribución normal (Fig. 6),

Figura 6. Gráfico Q-Q normal de los puntos del instrumento de Cuidado de Comportamiento Profesional en las enfermeras expertas



Para las enfermeras no experta, la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov - Lilliefors dio como resultado una significancia de 0,010 con 20 gl. Esto, demuestra que el p - valor es menor que α , por lo que se rechaza la hipótesis nula de distribución normal, indicando que los datos de la muestra de la prueba piloto para las enfermeras no expertas no procede de una distribución normal (Fig. 7).

Figura 7. Gráfico Q-Q normal de los puntos del instrumento de cuidado de comportamiento profesional en las enfermeras no expertas



Obtenidos estos resultados, la descripción de los datos del instrumento de cuidado de comportamiento profesional para las enfermeras no expertas fue una media de 63,4 puntos, con una desviación típica de 5,7 puntos, y con un valor mínimo de 52 puntos, y con máximo de 70, con una asimetría de - 0,079 y curtosis de - 0,51.

Para las enfermeras expertas se obtuvo una media de 76,4 puntos, con desviación típica de 3,7, un valor mínimo de 72 puntos y un máximo de 85 puntos con, asimetría de 0,84 y curtosis de - 0,42.

Resultado de otras variables asociadas con el cuidado de comportamiento profesional (Figura 8)

Figura 8. Resultados de las otras variables asociadas con el cuidado de comportamiento profesional

Variable asociada con el cuidado de relación interpersonal	Prueba (Con α 0,05)	Resultados		Sig.	Interpretación
		Valor	Gl		
Tiempo de trabajar en el servicio	ANOVA	*F* = 1,96	46	0,118	No se puede rechazar la hipótesis nula, por lo que se puede inferir que el cuidado que proporcionan las enfermeras no está relacionado con los años de trabajar en el servicio.
Grado académico	ANOVA	*F* = 0,015	46	0,985	No se puede rechazar la hipótesis nula, lo que significa que el cuidado que proporcionan las enfermeras no está relacionado con el grado académico de la enfermera.
Años de trabajar como enfermera	ANOVA	*F* = 0,470	46	0,797	No se puede rechazar la hipótesis nula, por lo que se puede inferir que el cuidado que proporcionan las enfermeras no está relacionado con los años de trabajar como enfermera.
Si ha laborado en el turno anterior	Mann Whitney	127,50		0,728	No existe asociación entre la puntuación obtenida en el instrumento de cuidado de comportamiento profesional y el hecho de haber laborado o no en el turno anterior.

4. Prueba de diferencias de medias

Para determinar si existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el instrumento de cuidado del comportamiento profesional de las enfermeras expertas y las medias obtenidas por las enfermeras no expertas (ne), a nivel de significancia de 0,05 y responder a la siguiente hipótesis estadística:

$$H_o: \quad \mu_e - \mu_{ne} = 0$$

$$H_i: \quad \mu_e - \mu_{ne} \neq 0$$

Se aplicó la prueba estadística de Mann Whitney a un nivel de significancia de 0,05, obteniendo un valor de 114,50 y una significancia unilateral de 0,00, debido a que el p - valor fue menor que 0,05, se rechaza la hipótesis nula, verificándose que existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas por las enfermeras expertas y las obtenidas por las enfermeras no expertas; observándose, también que las medias de la puntuación del instrumento de cuidado profesional es más alto entre las enfermeras expertas, que en las no expertas.

Anexo Q

Carta de solicitud de autorización para iniciar el estudio en las instituciones hospitalarias

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
DOCTORADO FACULTAD DE ENFERMERIA

Bogotá 06 de diciembre de 2005

Doctor
Paulino Vigil
Director de Docencia e Investigación Médica
Complejo Hospitalario Metropolitano
Dr. Arnulfo Arias Madrid
E. S. D.
Cc: Cilia Alegria - Directora Médica del Complejo Hospitalario; Agustína Wilkins – Directora Dpto. De Enferemería Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid

Distinguido .Dr. Vigil:

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, a través de la coordinación del programa de doctorado, tiene a bien comunicarle que la estudiante YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA, con cédula de Identidad Personal 8 - 228 – 621, que labora actualmente como docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, realizará estudios de Investigación, para optar por el título de Doctora en Enfermería. Solicito su autorización para autorizar la ejecución del proyecto acerca del *cuidado interpersonal que proporcionan las enfermeras, según su experiencia práctica,* en los servicios de hospitalización de medicina, cirugía, y archivos clínicos del Hospital, durante el período de diciembre de 2005 - agosto de 2007.

El propósito de la investigación que se ejecutará, es determinar si existe asociación entre el cuidado interpersonal que proporcionan las enfermeras y su experiencia práctica. De este se establecería estrategias que mejoren y / o refuercen las intervenciones de las enfermeras a nivel institucional dentro de los programas de formación de las estudiantes, que le permitan integrar una práctica basada en el cuidado.

Agradeciendo la atención a la presente, y con la seguridad de contar con la ayuda que nos pueda brindar, quedo de usted

Atentamente,

Pilar Amaya

Pilar Amaya Rey Ph. D
Coordinadora Doctorado en Enfermería
Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de Colombia

85 años 1920 - 2005

Edificio Camilo Torres, Torre Postgrados Enfermería Oficina 404
Telefono: + 57 (1) 3165000 Ext. 18660 – 18665
Fax: 3165000 Ext. 18655
E-mail: progdocto_febog@unal.edu.co
Bogotá, Colombia

DIRECCION DE DOCENCIA C.S.S. PANAMA Complejo Hosp. "Dr. A.A.M."

Hospital Santo Tomás

Bogotá, 14 de junio de 2005

Dra.
Gilma Espinosa
Directora de Docencia e Investigación Médica
Hospital Santo Tomás
E. S. D.

Distinguido Dr.Velarde:

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, a través de la coordinación del programa de doctorado, tiene a bien comunicarle que la estudiante YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA, con cédula de Identidad Personal 8 - 228 – 621, que labora actualmente como docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, realizará estudios de Investigación, para optar por el título de Doctora en Enfermería, por lo que, solicito su autorización para obtener información acerca del *cuidado interpersonal que proporcionan las enfermeras, según su experiencia práctica,* en los servicios de hospitalización de medicina (cardiología, medicina, nefrología, dermatología), cirugía (ortopedia, especialidades, cirugía general, neurocirugía), y archivos clínicos del Hospital, durante el período de junio de 2005 - agosto de 2007.

El propósito de la investigación, es determinar si existe asociación entre el cuidado interpersonal que proporcionan las enfermeras y su experiencia práctica, para establecer estrategias que mejoren y / o refuercen las intervenciones de las enfermeras a nivel institucional, y a nivel de los programas de formación de las estudiantes, que le permitan vivenciar una práctica basada en el cuidado.

Agradeciendo la atención a la presente, y con la seguridad de contar con la ayuda que nos pueda brindar, quedo de usted

Atentamente,

Pilar Amaya Ph. D
Coordinadora del Programa de doctorado
Facultad De Enfermería

Cc: Rodrígo Velarde, Director Médico del Hospital Santo Tomás
Cc: Magister. Cecilia Perez Directora del Departamento de Enfermería del Hospital Santo Tomás

Cartas de aprobación del proyecto de investigación en las instituciones hospitalarias

HOSPITAL SANTO TOMAS PANAMA

Coordinación Institucional de Docencia e Investigación
Teléfonos: 207-5620 ó 227- 4122 Ext. 186, 420, 422

Hospital Santo Tomás
Coordinación Institucional de Docencia e Investigación

389 CIDI
14 de julio de 2005

Licenciada
CECILIA PÉREZ
Jefa del Departamento de Enfermería
Hospital Santo Tomás
Presente

Licenciada Pérez:

Por medio de la presente le comunico que la **Licenciada Yariela González Ortega**, que esta realizando un doctorado en enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, está autorizada por la Dirección Médica General para realizar su trabajo de graduación lo que contribuirá a mejorar las relaciones entre las enfermeras y pacientes, por lo que le solicito toda la colaboración que ella necesite.

Con muestras de consideración y respeto,

DRA. GILMA ESPINOSA
Coordinadora Institucional
de Docencia e Investigación
Hospital Santo Tomás

Exenia

Copia: **Licda. Gisela de Nieto**, Jefa de Docencia del Departamento de enfermería

CAJA DE SEGURO SOCIAL
C.S.S.
PANAMÁ
APARTADO 1393, PANAMÁ 1, PANAMÁ

Subdirección de Docencia e Investigación
CH-Dr. Arnulfo Arias Madrid

Panamá, 10 de Febrero de 2006.

Doctor
YARIELA GONZALEZ ORTEGA
E. S. D.

Estimada Dra. González:

Reciba un cordial saludo de parte de esta Subdirección de Docencia Médica.

Con la presente me permito comunicarle que, luego de las debidas revisiones por este despacho, el Comité de Científico de Investigación y el Comité de Bioética de este Centro Hospitalario le hemos ***APROBADO*** *el protocolo de investigación sobre:*

"Cuidado de Relación Interpersonal que proporcionan las enfermeras según su experiencia práctica".

Me despido, expresándole mis deseos de éxito en el trabajo a realizar.

Atentamente,

DR. PAULINO VIGIL DE GRACIA
Subdirector de Docencia e Investigación
CH – Dr. Arnulfo Arias Madrid

DIRECCION DE DOCENCIA
C.S.S.
PANAMA
Complejo Hosp. "Dr. A.A.M."

/eder.

c.c. Dra. Silia Sánchez de Alegría – Directora Médica – CH Dr. Arnulfo Arias Madrid

Anexo R
Verificación de la muestra

Hospitales	***Muestra de enfermeras***					
	Calcula			***Obtenida***		
	Cirugía	Medicina		Cirugía	Medicina	
Total	No **102**	No **116**	Total **218**	No **104**	No **116**	Total **220**
Hospital de tercer nivel de atención No 1	33	57	93	35	58	93
Hospital de tercer nivel de atención No 2	69	59	128	69	58	127