



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE ENFERMERIA

TESIS

**“COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA Y SATISFACCIÓN DE
NECESIDADES DEL PACIENTE EN QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS 2017”**

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

AUTORA: LILIANA LEIVA CASTAÑEDA

LIMA- PERU, 2017

DEDICATORIA

Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, paciencia y amor para lograr mis objetivos.

Mis familiares y amigos, que fueron partícipes directa e indirectamente en la elaboración de mi tesis.

Mi docente Mg. Ana María Amancio, por su enseñanza, aporte de conocimiento y sobre todo paciencia la cual me sirvió de mucho para elaborar mi tesis.

AGRADECIMIENTO

A los asesores de la universidad por su apoyo para el desarrollo de mi tesis y al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas donde realice mi investigación, quienes has hecho posible el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017. El método que se utilizó fue descriptivo puesto que asocia la relación entre dos o más variables observadas en la realidad, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa. La muestra de estudio estuvo conformada por 208 pacientes sometidos a quimioterapia. Se utilizó como técnica una encuesta estructurada por la investigadora, y como instrumento un cuestionario validado por constructo y juicios de expertos, los resultados arrojaron que la variable comunicación terapéutica está relacionada directa y positivamente con la variable satisfacción de necesidades del paciente, según la correlación de Spearman de 0.537 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. El 28,37% de los entrevistados perciben una comunicación terapéutica de las licenciadas (os) de enfermería en un nivel bueno, el 54,33% perciben un nivel regular y un 17,31% un nivel malo, el 26,44% de los entrevistados presentan un nivel alto de satisfacción, el 52,88% presentan un nivel medio y un 20,67% un nivel bajo.

Palabras claves: Comunicación terapéutica, comunicación verbal, comunicación no verbal, satisfacción.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the relationship between therapeutic communication and patient needs satisfaction in outpatient chemotherapy that comes to the National Institute of Neoplastic Diseases, 2017. The method used was descriptive because it associates the relationship between two Or more variables observed in reality, the research design was correlational cross-sectional, of quantitative type. The study sample consisted of 208 patients undergoing chemotherapy. A research-structured survey was used as a technique, and as a questionnaire a questionnaire validated by construct and expert judgment, the results showed that the therapeutic communication variable is directly and positively related to the patient's needs satisfaction variable, according to the correlation of Spearman of 0.537 represented this result as moderate with a statistical significance of $p = 0.001$ being less than 0.01. Therefore, the alternative hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected. 28.37% of respondents perceived a therapeutic communication of the nursing graduates at a good level, 54.33% perceived a regular level and 17.31% a bad level, 26.44% The interviewees had a high level of satisfaction, 52.88% had an average level and 20.67% had a low level.

Key words: Therapeutic communication, verbal communication, nonverbal communication, satisfaction.

INDICE

	PAG.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCION	08
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.- Descripción de la realidad Problemática	13
1.2.- Definición del Problema	17
1.3.- Objetivos de la investigación	17
1.4.- Finalidad e importancia	18
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.- Bases Teóricas	20
2.2.- Estudios Previos (Antecedentes Teóricos)	49
2.3.- Marco Conceptual	54
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	59
3.1.- Formulación de Hipótesis	59
3.1.1.- Hipótesis General	59
3.1.2.- Hipótesis Específicas	59
3.2.- Identificación de Variables	59
3.2.1.- Clasificación de Variables	59
3.2.2.- Definición Conceptual de variables	60
3.2.3.- Definición Operacional de variables	61
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	62
4.1.- Descripción del Método y Diseño	62
4.2.- Tipo y nivel de Investigación	63
4.3.- Población, Muestra y Muestreo.	63
4.4.- Consideraciones Éticas.	65
CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
5.1.- Técnicas e Instrumentos	66
5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	67

CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos	68
6.2.- Discusiones	81
6.3.- Conclusiones	83
6.4.- Recomendaciones	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
INSTRUMENTO	
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 1	
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 2	
CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	

INTRODUCCIÓN

Durante la evolución del cáncer, se presentan un sin número de cambios a nivel físico, emocional y social que producen una serie de necesidades tanto en el paciente como en su familia, las cuales varían de un individuo a otro y con el paso del tiempo. (Cossich y Schofield, 2004)

Muchos cuidadores y pacientes no comunican sus preocupaciones a sus médicos. Cuando ellos comparten sus necesidades, a menudo omiten aspectos psicosociales importantes. Varios factores contribuyen a esta dificultad; muchos pacientes y sus cuidadores creen que el dolor, la pena, la ira y el sufrimiento son inevitables con el cáncer. Otros creen que los médicos no desean tratar tales aspectos, porque ven la falta de preocupación o interés del profesional en preguntar, lo cual se necesita para desarrollar un diálogo significativo. (Wen y Gustafson, 2004)

Como resultado de un inadecuado entendimiento de las necesidades del paciente y la familia, se incrementan tanto los costos del cuidado de la salud, como el sufrimiento innecesario. Para los profesionales de la salud y en particular para los enfermeros, examinar estos aspectos significa que necesitan prestar más atención a los pacientes como individuos durante las diversas etapas de su enfermedad, desde el diagnóstico hasta la fase terminal. (Tamburini, Gangeri, y Brunelli, 2000)

El cáncer modifica el orden y la naturaleza de las necesidades relacionadas con el estado de salud y que las necesidades del paciente con cáncer tienen diversos matices y diferente peso según la situación que él está experimentando como ocurre en la primera fase del diagnóstico, durante la hospitalización, o en el tratamiento domiciliario entre otras.

Los pacientes tienden especialmente a reportar necesidades insatisfechas cuando la enfermedad o el tratamiento causan restricciones en las actividades diarias, en particular cuando sus recursos financieros han sido tan reducidos, que han necesitado pedir asistencia médica pública, o cuando

han requerido ser ayudados por otras personas diferentes a sus familiares. (Tamburini, Gangeri, y Brunelli, 2000)

A pesar de que los profesionales de la salud son la fuente más común de información para los pacientes con cáncer, es importante mencionar que, la mayoría de los pacientes también consulta las fuentes de información no médica; Esto tiene implicaciones para la práctica como por ejemplo que los profesionales de la salud deben seguir cumpliendo su papel de proveedores de información y también deben reconocer la importancia y la variedad de otros medios para complementar sus consultas.

El no brindar una adecuada información puede aumentar el malestar general del paciente; es decir, que los pacientes pueden elevar los niveles de depresión y ansiedad lo que dificulta los esfuerzos del paciente para adaptarse a su enfermedad. (Mesters, Borne y Boer, 2001)

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que va en aumento. El tratamiento y rehabilitación del paciente depende en muchas ocasiones del tiempo en que acude el paciente a la sesión de tratamiento. De ahí que es importante disponer de información detallada de los tratamientos antineoplásicos, promoviendo en el personal de salud la escucha activa en los pacientes con cáncer toda vez que esta se caracteriza no sólo por los trastornos que ocasiona a nivel biológico, sino también a nivel físico, psicosocial y emocional durante todo el proceso, ocasionando o generando ansiedad no solo en el paciente, sino también a sus parientes y amigos.

Dentro de las opciones terapéuticas la quimioterapia es una alternativa de tratamiento sistémico con el objetivo de erradicar o controlar, de forma segura, el crecimiento de células cancerosas, produciendo la máxima cantidad de muerte de células oncológicas con el mínimo de toxicidad. No obstante, también puede lesionar células normales en división, como las células sanguíneas, las células del epitelio gastrointestinal y folículos pilosos, produciendo efectos adversos que requieren un control detallado. De modo que la enfermera que participe en los cuidados de pacientes en tratamiento con quimioterapia debe crear una base de

confianza en el cual se proporcione un ambiente de tranquilidad y esperanza. (Otto, 1999)

Por otro lado un medio importante es la comunicación terapéutica que tiene el personal de enfermería con el paciente en quimioterapia ambulatoria, en la cual tiene como objetivo el dar al paciente la posibilidad de identificar, sentir, saber y decidir si quiere cambiar y cómo su manera de ver y vivir su situación para poder: a) pasar a través de un reto como sería una enfermedad, b) mejorar una situación problemática o potencialmente problemática, c) encontrar maneras de ser y recursos personales más satisfactorios, y d) desarrollar su sentido de la vida en su nueva situación (enfermedad, discapacidad, etc.).

La comunicación como un proceso de intercambio de ideas entre individuos, es el pilar fundamental de las actividades de enfermería, especialmente en la relación enfermera-paciente; porque, permite la continuidad de la atención y a la vez establecer relaciones interpersonales que influyen en la recuperación al procurar el bienestar del mismo, en este sentido, el profesional de enfermería debe sustentar su práctica en las técnicas que le facilitan intervenir con la finalidad de garantizar cuidados con calidad y ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades. (Parra, 1999)

En el ámbito de los servicios sanitarios, muchos problemas se originan cuando la comunicación es mala. Uno de ellos es la falta de comunicación con los profesionales sanitarios, que es la causa más importante de insatisfacción en los pacientes. La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos. La deficiente comunicación profesional-paciente suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, perjudicando a su recuperación. (Parra, 1999)

El profesional de enfermería debe poseer ciertas características como ser intelectual, donde basa sus conocimientos en pensamientos analíticos, habilidades y destrezas, autonomía, controla sus propias funciones, posee seguridad, responsabilidad de sus actos y sobre todo confianza en sí misma; y la

base de sus principios, consiste en ayudar a las personas a conservar su salud. Por lo que; la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas tiene un papel relevante en el bienestar emocional del paciente, además influye en el grado de colaboración de este en su proceso de curación y tratamiento, ya que, la finalidad de los cuidados de calidad se fundamenta en salud y satisfacción, la cual no se logra si no se cumplen las expectativas de los pacientes. (Parra, 1999)

Dentro de la relación enfermera-paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad. La comunicación cobra aún más valor en los pacientes oncológicos terminales ya que es la mejor manera de acercarnos a la persona para conocer cómo se encuentra, que le inquieta o cómo podemos ayudarle.

En muchas ocasiones este proceso comunicativo tan importante puede verse delegado a un segundo plano por la falta de tiempo debida a la sobrecarga de trabajo, o por la falta de entrenamiento de los profesionales en estos aspectos. Este detrimento de la comunicación puede afectar negativamente la calidad de los cuidados y dar como resultado una mala atención a los pacientes que se encuentran en su etapa final. (Parra, 1999)

La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.

Al crear una relación terapéutica, creamos el espacio, el país, el lenguaje, en el cual se pueden empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones enfermeras que se han aprendido. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica tan importante. (Parra, 1999)

Para una relación de comunicación, el profesional tiene que desarrollar su humanidad, que es la cualidad, en numerosos estudios, los pacientes dicen apreciar más del profesional sanitario. Otras cualidades que los pacientes dicen que esperan de los profesionales sanitarios y que fomentan el enfoque de la comunicación terapéutica, son: Una buena comunicación y que el profesional se interese por ellos es por ello que en esta investigación se busca definir la relación que existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2017.

La presente investigación se estructuró de la siguiente manera:

El capítulo I abarca los puntos correspondiente al planteamiento del problema; el capítulo II comprende los fundamentos teóricos de la investigación; en el capítulo III se formularon la hipótesis y variables y su respectiva operacionalización; en el capítulo IV se presenta la metodología, población y muestra; en el capítulo V se presenta las técnicas e instrumentos de recolección de datos con su respectiva descripción; en el capítulo VI se indican los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; y finalmente se presentan las referencias bibliográficas seguida de los Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la realidad Problemática

Cuando se habla de cáncer se hace referencia a un grupo de enfermedades caracterizadas por la proliferación rápida de células anormales con capacidad de invadir cualquier órgano y en algunos casos propagarse, generando nuevos centros de proliferación denominados “metástasis”. (BRODIE, 1997).

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas brinda atención a pacientes portadores de tumores benignos y malignos, así como de enfermedades pre- malignas y otras relacionadas a los diversos tipos de cáncer. Al incluir los casos nuevos de cáncer en ambos sexos del INEN, es importante resaltar, que dentro de las cinco neoplasias más frecuentes se encuentran el cáncer del cuello uterino, el cáncer de la mama y el cáncer de la próstata, órganos accesibles que debido a su ubicación anatómica permiten la detección precoz; por lo cual si se ampliaran los programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente.(INEN 2016)

Un promedio de 4 mil 500 casos nuevos de cáncer de mama son diagnosticados anualmente en el Perú; y de ese total, alrededor de mil 500 mujeres fallecen como consecuencia de dicha enfermedad, manifestó la jefa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

La totalidad de casos que se presentan anualmente en el país, aproximadamente 24 mil corresponden a la población femenina, siendo 13 mil las peruanas fallecidas por esta causa. En ese sentido, indicó que su institución, de forma conjunta con el Ministerio de Salud, bien desarrollando estrategias y acciones de prevención y control del cáncer gracias a la ejecución del “Plan Esperanza”.

El cáncer de mama es el más frecuente en Lima Metropolitana. Frente a este panorama epidemiológico, la Doctora Vidaurre dijo que es importante promover el autoexamen de la mama a partir de los 20 años, la mamografía a partir de los 40 años; y las mujeres que tienen familiares directos con antecedentes de este tipo de neoplasia, tienen que hacerse los chequeos médicos preventivos entre los 20 y 30 años así como también buscar la consejería genética.

(INEN, 2016)

Existen muchos tipos de tratamiento para el cáncer; el tratamiento depende del tipo de cáncer y de que tan avanzado esta. Algunas personas con cáncer solo reciben un tipo de tratamiento, sin embargo la mayoría recibe un tratamiento combinado, como cirugía con quimioterapia o radioterapia, otros solo pueden recibir inmunoterapia, terapia dirigida o terapia con hormonas.

La quimioterapia (también llamada quimio) es un tipo de tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas. Es necesario rescatar que la quimioterapia por sí sola puede ser eficaz para un pequeño número de tipos de cáncer, como las neoplasias hematológicas (leucemias y linfomas), que por lo general puede considerarse que están extendidas desde el principio. (OMS, 2011)

Por otro lado Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el continente americano, la tendencia es similar, es decir, el cáncer de mamá es el más común entre las mujeres (29% respecto del total de casos de cáncer) y es la segunda causa de muerte por tumores malignos para este grupo de población, superada únicamente por el cáncer de pulmón (15 contra 18 por ciento); para el año 2030, la OPS estima más de 596 000 casos nuevos

y más de 142 100 muertes en la región, principalmente en la zona de América Latina y el Caribe (OPS, 2014).

La OMS En su artículo mantiene que las primeras causas de muerte a nivel mundial, es el cáncer atribuyéndole 8,8 millones de muertes.

Siendo los cánceres que causan un mayor número anual de muertes los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama; los tipos más frecuentes de cáncer son diferentes en el hombre y en la mujer. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios (índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) y, por lo tanto, pueden prevenirse.

Las infecciones que pueden provocar cáncer, como las causadas por los virus de las hepatitis B y C y el del papiloma humano, son responsables del 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos y del 7% en los países de ingresos altos.

El tabaquismo es el factor de riesgo que por sí solo provoca un mayor número de casos y a nivel mundial causa aproximadamente un 22% de las muertes por cáncer y un 71% de las muertes por cáncer de pulmón.

El cáncer comienza con la transformación de una sola célula, que puede tener su origen en agentes externos y en factores genéticos heredados.

El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 2022 en las próximas dos décadas. (OMS, 2017)

Los cuidados de enfermería implican un proceso interpersonal entre el paciente (persona enferma) y una sana (enfermera). Las relaciones interpersonales consideran a la comunicación como elemento fundamental prioritario, destacando la importancia de la comunicación verbal, sin desconocer el valor de la comunicación no verbal; en donde el progreso de la tecnología, la carga de trabajo excesivo, las ausencias imprevistas y la preocupación por el desarrollo de técnicas desplazan el reconocimiento del lugar que ocupa la comunicación enfermera paciente.

Manifestó que no solo el conocimiento va a intervenir en esta relación enfermera –paciente si no también el comportamiento, conducta y sentimiento del personal de enfermería. (Peplau, 1990).

Durante el primer trimestre del año 2017, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Servicio de Quimioterapia Adulta, la atención es ambulatoria a pacientes con diferentes patologías cancerígenas; en este servicio es el licenciado en enfermería el responsable de brindar información al paciente y familia, todos los días por las mañanas la licenciada reúne a los pacientes nuevos que llegan y les da una charla informativa sobre el tratamiento que es la quimioterapia, respecto a la administración del tratamiento, su importancia, así como el tipo de alimentación que ellos requieren; al mismo tiempo se ha evidenciado un incremento de la demanda de paciente, lo que ocasiona que la información que brinda el profesional de enfermería sea rápida y corta , y eso hace que el paciente quede con algunas dudas y que luego va hacia la enfermera o la llama para preguntarle . Esta situación, ocasiona que continuamente el paciente o la familia queden con algunas dudas de querer preguntar siempre. Los pacientes refieren algunas ocasiones ya cuando se le esta administrado su quimioterapia primera sesión ,segunda ,tercera y las consecutivamente sesiones que requieran ser administradas al paciente ,que las licenciadas vienen nos pinchan el brazo, nos colocan el tratamiento y rápidamente se van al siguiente paciente, ni siquiera nos miran algunas otras sí , no nos preguntan cómo estamos ,como nos hemos sentimos, como amanecemos de ánimo o si estamos deprimidos si sentimos alguna dolencia , o si tenemos deseos de comer; Cuando las llamamos porque queremos manifestarles algún problema respecto al tratamiento las reacciones que produce la quimioterapia ,nos responde ahorita regreso y se tardan en acercarse , nunca se aparecen inmediato ,se demoran o simplemente hacen como si no escucharan. Porque si la llamamos en voz alta como que se molestan, se muestran agestadas y nos dicen que un ratito que estamos atendiendo y se fastidian.

Pero también refieren otros pacientes, todas las enfermeras no se molestan, así como hay enfermeras que se incomodan cuando mucho las

llamamos y no se acercan rápido, otras si lo hacen con buena manera sonríen y se acerca a nosotros y son un poco más amables y conversan con nosotros.

Todas estas situaciones nos llevan a formular el siguiente problema de investigación.

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Qué relación existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017?

Problemas específicos

¿Qué relación existe entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017?

¿Qué relación existe entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017?

1.3.- Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017.

Objetivos específicos

Identificar la relación que existe entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017.

Identificar la relación que existe entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017.

1.4.- Finalidad e importancia

Como finalidad, se pretende describir aquellos problemas presentes en la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes, analizando como es el contenido del diálogo, el componente afectivo (es decir, lo que les sucede emocionalmente al enfermero y al paciente durante el encuentro) y los comportamientos no verbales y de esta manera determinar el grado de relación que existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción del paciente.

En el ámbito de la oncología, las aptitudes para la comunicación son un elemento clave para alcanzar las metas importantes del encuentro clínico.

Porqué la realización de esta investigación:

El presente estudio se da puesto que a través de la comunicación terapéutica, se realizan varios procesos esenciales para las relaciones humanas, siendo esto una herramienta indispensable para el desarrollo de las actividades cotidianas del licenciado en enfermería, quien tiene la responsabilidad de cuidar y satisfacer las necesidades de los pacientes a su cargo.

Todas estas acciones solo pueden ser posibles a través de una buena comunicación verbal y no verbal, de tal manera que los cuidados que se brinden sean efectivos.

La forma en la que nos comunicamos es un tema de gran importancia, ya que si los pacientes a los que se les brinda atención y cuidados no se encuentran satisfechos con la comunicación que establecen con los licenciados responsables de la atención es difícil cumplir con el plan de cuidados establecidos para cada uno de ellos.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas

2.1.1. Comunicación terapéutica

Según Staton, Etzel y Walker (2007) la comunicación es "la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera captarla o se espera que la capte"

Sin embargo Lamb, Hair y Mc (2006), sostiene que la comunicación es "el proceso por el cual intercambiamos o compartimos significados mediante un conjunto común de símbolos"

La comunicación terapéutica se puede definir como la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. Pero es mucho más que eso. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados en enfermería, en la cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y como lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él. Como el profesional escucha, atiende y dialoga con el sobre esa experiencia. La relación terapéutica y eficaz que el profesional de enfermería establece con el paciente a través de la comunicación es la base para después poder llevar a cabo los otros cuidados de enfermería. (Valverde, 2007).

La comunicación terapéutica es parte del rol autónomo de la enfermera y requiere pensar de una manera específica. Antes de cualquier intervención, el profesional de enfermería reflexiona y se pregunta cuál es la situación en la que se encuentra el paciente y cuáles serían los objetivos de una intervención en ese momento concreto. (Valverde, 2007)

La comunicación terapéutica se basa en la idea de que lo principal de toda relación de ayuda es la comunicación y que ésta está centrada en el paciente. La comunicación no es dar información, es una manera de relacionarse, en la cual el profesional de enfermería está presente con todo su ser, como testigo empático, con un compromiso de ayudar y acompañar al paciente en su realidad. (Valverde, 2007).

Para una relación de comunicación, el profesional tiene que desarrollar su humanidad, que es la cualidad, en numerosos estudios, los pacientes dicen apreciar más del profesional sanitario. Otras cualidades que los pacientes dicen que esperan de los profesionales sanitarios y que fomentan el enfoque de la comunicación terapéutica, son: Una buena comunicación y que el profesional se interese por ellos. (Valverde, 2007).

Diferencia entre comunicación terapéutica y comunicación social

La comunicación terapéutica que se utiliza en la relación de ayuda no es igual a la comunicación social que utilizamos habitualmente para nuestras relaciones de pareja, familia, amigos, etc, porque se sirve de una metodología específica que permite al profesional mantener su rol y los objetivos terapéuticos.

En la comunicación social la responsabilidad de la calidad de la comunicación es compartida por ambas personas. En la comunicación terapéutica la responsabilidad de que ésta sea lo más eficaz posible recae en el profesional, es su trabajo. El papel del paciente en la comunicación consiste en expresar su malestar, su experiencia para que la enfermera pueda conocerle y así apoyarle y ayudarlo mejor. Hay cuestiones que podría considerarse intolerables en una comunicación social, pero en la comunicación terapéutica son claves que nos ayudan a investigar y ver qué hay detrás de esos comportamientos, comentarios u acciones. (Valverde, 2007)

Habilidades estratégicas para realizar una comunicación terapéutica eficaz

Se entienden por habilidades estratégicas una serie de acciones intencionadas que se pueden repetir voluntariamente y cuya realización facilita la consecución de los objetivos. Dentro de la comunicación terapéutica (Ruiz, 2004), destaca las siguientes habilidades:

Recibir de forma adecuada.

Practicar la escucha activa.

Mostrar empatía.

Preguntar eficazmente.

Integrar la información.

Negociar.

Motivar.

Recibir de forma adecuada: El crear un buen clima de relación con un recibimiento adecuado puede condicionar en gran medida el desarrollo de visitas. La primera toma de contacto tiene una especial importancia pues se produce “la primera impresión” definida como el proceso de percepción de una persona hacia otra que transcurre en muy poco tiempo, entre 2 y 4 minutos y de la cual nunca va existir una segunda oportunidad. En esta fase inicial, el profesional, debe de estar atento para no realizar juicios prematuros, ni caer en estereotipos que puedan condicionar posteriormente la relación. Otro aspecto del que ha de ser consciente es de la línea psicológica divisoria que existe entre él y el paciente, este último entra en un ámbito que le es extraño, cargado con una serie de problemas o necesidades para los que necesita ayuda y que de alguna manera le sitúan en una “situación de inferioridad”, siendo el profesional el que se debe de responsabilizar de promover una mayor equidad en la relación. (Ruiz, 2004)

Practicar la escucha activa: Escuchar activamente representa mucho más que oír a alguien, es un proceso psicológico que partiendo de la audición implica otras variables que tienen que quedar patentes en la relación como son la atención y el interés y que van encaminadas a comprender al otro. Para poder llevar a cabo la escucha activa es importante poner en

práctica una reactividad baja, dejando pasar un tiempo suficiente entre las respuestas del paciente y las siguientes preguntas, sin interrumpir y utilizar los silencios funcionales para que la otra persona elabore su discurso y verbalice sus pensamientos. Una escucha eficaz ayuda a establecer una relación de confianza y respeto y a conocer mejor al paciente (cómo se siente, su opinión, dificultades y sus dudas) permitiéndole desahogarse y sentirse acompañado en el proceso. (Ruiz, 2004)

Mostrar empatía: La empatía es la disposición que tiene una persona (la enfermera en este caso) para ponerse en la situación existencial de otra, comprender su estado emocional, tomar conciencia de sus sentimientos, meterse en su experiencia y asumir su situación lo cual no implica que la enfermera empática acepte o esté de acuerdo con lo expuesto por el individuo, ni que comparta sus planteamientos, tampoco se debe confundir empatía con simpatía. La empatía aparte de ser la llave que abre la puerta de la comunicación terapéutica, crea un ambiente seguro y ayuda a que el paciente confíe en el profesional de enfermería; comparta su realidad, aumente su autoestima y se sienta más comprendido y aceptado. Para el profesional supone una probabilidad para reforzar su identidad y su satisfacción, comprender mejor al paciente, centrarse en él y reducir las tensiones que pudieran surgir. (Ruiz, 2004)

Preguntar de forma eficaz: La forma más obvia y directa de obtener información es preguntando al paciente, pero para hacerlo de forma adecuada se recomienda utilizar la técnica de cono, partiendo de preguntas abiertas al principio de la entrevista, para ir según vaya transcurriendo y el tipo de respuestas obtenidas, realizando preguntas más dirigidas finalizando con las de tipo cerrado. En cualquier caso, las preguntas han de estar encaminadas a ayudar al paciente a resolver su problema, sin dejar que el deseo del profesional de investigar puede llevarle a convertir la entrevista en un interrogatorio policial; por esta razón ha de reflexionar antes de preguntar y tener claro por qué y para qué hace las preguntas. (Ruiz, 2004)

Integrar la información: Consiste en integrar los problemas en las circunstancias personales del paciente y entender que estos son únicos para cada persona. Saber lo que piensa y siente el paciente, qué le pasa, cómo le impacta el problema, sus valores y creencias, qué necesita y cuál sería el objetivo terapéutico, son los pasos esenciales de este proceso. Una vez integrada la información, el profesional debe de transmitir al paciente un resumen claro y conciso de ésta, lo cual le permitirá comprobar si la hipótesis sobre el problema es la acertada o no y poner de manifiesto que el paciente ha sido escuchado con interés y respeto. Al devolver al paciente la información se le da la oportunidad de corregir cualquier impresión equivocada. Las habilidades esenciales en esta fase son la cordialidad, la empatía, el asertividad y la baja reactividad. (Ruiz, 2004)

Negociar: La base de la relación terapéutica es el trabajo en equipo entre paciente y enfermera y la identificación de objetivos en común. “Cuando dos personas interactúan para conseguir un objetivo común siempre existe un proceso de negociación”. Para que esta interacción resulte eficaz se requiere por parte del profesional considerar que el paciente es valioso que posee sus potencialidades y recursos para afrontar el problema, esto no significa que ignore los límites y las dificultades que puedan presentarse, y que el paciente ante la responsabilidad de asumir el problema y tomar decisiones puede sentirse desasosegado e inseguro. El que el profesional se interese por corresponsabilizarse y muestre interés en la resolución de los problemas es un aspecto de la comunicación que los pacientes valoran positivamente. (Ruiz, 2004)

Motivar: Para que una persona decida realizar un cambio, no es suficiente que sepa que debe de llevarlo a cabo, ni siquiera cómo hacerlo; es necesario que la persona desee realizarlo y que tenga motivación para ello. Se entiende por motivación un estado interno de disposición al cambio influenciado por múltiples factores y que fluctúa de una situación a otra o de un momento a otro. Entre los factores que influye en la

motivación los hay que dependen del paciente y otros que van a depender del profesional que le trate. (Ruiz, 2004)

Con respecto al paciente:

El nivel de malestar o amenaza que le produce el problema (en una situación de crisis es habitual que en un principio exista una alta motivación).

El locus control (si piensa que el control de la situación está en él y no depende de agentes externos, mejora la motivación).

La capacidad de flexibilizar (las personas flexibles suelen estar más motivadas).

Los valores y creencias, si el cambio está de acuerdo con sus creencias y valores es más fácil realizarlo.

Las expectativas.

Por parte del profesional:

Estar capacitado para crear las condiciones favorables para que el paciente exponga su realidad.

Mostrar empatía y respeto.

Crear en el potencial del paciente.

Ser consciente del miedo que puede existir al cambio.

Para aumentar la motivación del paciente por parte del profesional resultan útiles las siguientes intervenciones: mostrar interés de cómo vivencia el paciente el problema, invitarle a la reflexión sobre las ventajas y desventajas del cambio propuesto, permitirle que exponga sus propias estrategias, dudas y dificultades, evitar las prisas en la consecución de objetivos, tanto por parte del profesional como del paciente, y reforzar la autoeficacia. (Ruiz, 2004)

Teorías de la comunicación

Desde el inicio de la enfermería con F. Nightingale, ya se planteaba la importancia y la necesidad de la comunicación en la relación con el paciente. Años después, pensadoras como H. Peplau consideraban la comunicación como la base del modelo enfermero, describiendo en el rol de enfermería la capacidad de conocer y comprender la conducta y los sentimientos de los demás a partir del conocimiento de la propia conducta, para poder establecer así la relación de ayuda. Analizando el resto de teorías influyentes, como la Teoría de las Necesidades de V. Henderson o la Teoría General de la Enfermería de D. Orem, todas se relacionan de algún u otro modo con la parte psicosocial del ser y proponen el establecimiento de una relación (de ayuda, suplencia, apoyo, etc.) entre enfermería y paciente. Ello implica la influencia comunicativa, las relaciones interpersonales y los valores morales y éticos del ser humano. Con el surgimiento de la bioética y de las necesidades del conocimiento moral y ético en la labor asistencial, cobra verdadera sentido toda relación interpersonal, poniendo de manifiesto el valor único de cada uno la dignidad, y otros como son la justicia, la intimidad, la verdad, o el afecto. La instrumentalización del sistema, limita la dignidad del paciente, quien confía en el profesional que lo atiende para restaurar su salud; lo que nos aporta una importante responsabilidad. Con Rander y Weiss en 1959, surge el término “relación terapéutica”, por influencia de las corrientes psiquiátricas emergentes en Estados Unidos. Se definió “relación” como los medios para conseguir un efecto, y “terapéutica” como el efecto que se pretende conseguir. Su desarrollo posterior ha ido modificándose al mismo tiempo que lo ha hecho el concepto de salud y el de la disciplina enfermera, centrándose en la actualidad en el individuo como ser biopsicosocial. (Benavent & Ferrer, 2001)

Dimensiones de la comunicación terapéutica

Dimensión comunicación verbal.

La comunicación verbal puede realizarse de dos formas: Oral: a través de signos orales y palabras habladas o escrita: por medio de la representación gráfica de signos. Hay múltiples formas de comunicación oral. Los gritos,

silbidos, llantos y risas pueden expresar diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más primarias de la comunicación. (Valverde, 2007)

La forma más evolucionada de comunicación oral es el lenguaje articulado, los sonidos estructurados que dan lugar a las sílabas, palabras y oraciones con las que nos comunicamos con los demás.

Las formas de comunicación escrita también son muy variadas y numerosas (ideogramas, jeroglíficos, alfabetos, siglas, graffiti, logotipos...). Desde la escritura primitiva ideográfica y jeroglífica, tan difíciles de entender por nosotros; hasta la fonética silábica y alfabética, más conocida, hay una evolución importante. Para interpretar correctamente los mensajes escritos es necesario conocer el código, que ha de ser común al emisor y al receptor del mensaje. (Valverde, 2007)

Como proceso

Existen 2 grupos de mensajes: Mensajes internos, aquellos que nos enviamos a nosotros mismos, y los mensajes externos, aquellos a los que reaccionamos de nuestro entorno.

La comunicación humana no comienza ni termina

Está ligada al contexto en el que ocurre

La creación de significado no es un proceso mecánico; forma parte de un proceso aprendido de comunicación.

Dentro de la comunicación verbal se encuentran los siguientes indicadores:

Precisión: La palabra precisión es aquella que se utiliza para hablar de la exactitud o la puntualidad que una persona, un sistema, una institución pueden tener en su funcionamiento o en su comportamiento. La precisión es un elemento fundamental de muchos fenómenos que tienen que ver con nuestra vida cotidiana y sin ella pueden fácilmente perder todo sentido o convertirse en otra cosa. (Pérez y Gardey, 2010)

Claridad: La claridad consiste en que el texto o la forma verbal sean entendible en la expresión de las ideas contenidas. Para que lo que se escribe o se habla tenga claridad se organizan las oraciones y palabras de forma tal, que el lector o receptor pueda acceder al contenido mediante una lectura fluida y fácil de comprender. (Pérez y Gardey, 2010)

Tono de voz: El tono de voz es básicamente definido como la cualidad de la voz de una persona. Dichas cualidades están compuestas por el tono, las características y el volumen de la voz. La forma en la cual se envían las palabras y la manera en la cual hablas también conforman el tono. (Pérez y Gardey, 2010)

Oportunidad: Se denomina oportunidad a toda circunstancia en la cual existe la posibilidad de lograr algún tipo de mejora de índole económica, social, laboral, etc. Una oportunidad implica además una acción por parte del sujeto afectado: es el momento a partir del cual una determinada acción puede lograr un cambio significativo en la vida. (Pérez y Gardey, 2010)

Dimensión comunicación no verbal

Vivimos en un tiempo en que la comunicación está en una etapa de grandes avances; pero debemos comprender que no es algo inventado en este siglo ni en el anterior. Existe desde que el género humano apareció sobre la tierra. Los humanos somos seres sociales por naturaleza y, por lo tanto, tenemos la necesidad de relacionarnos con los demás y dejar constancia de nuestra existencia. En la antigüedad, Aristóteles estableció un modelo y la importancia de la comunicación. Sirve para influir en las personas; los mensajes comunicativos, al ser un estímulo, buscan provocar una conducta deseada en el receptor, el hombre, para comunicarse mejor, se puso a estudiarla. Así es como en su clasificación encontramos una diversidad de calificativos. (Valverde, 2007)

Hay comunicación tanto intrapersonal como interpersonal; con la primera hacemos una interiorización a nuestros pensamientos; con la segunda, nos comunicamos con quienes están a nuestro alrededor y se divide en escrita y oral.

Con el desarrollo de la investigación en comunicación aparece: la intercultural, la gráfica, la no verbal, en grupos pequeños y la de masas, entre otras. Para comunicarnos no basta escribir o hablar. Es pertinente considerar los aspectos culturales de los pueblos y sociedades, las características personales de los individuos, hasta el lugar donde viven y su naturaleza étnica, sin olvidar la estratificación social. (Valverde, 2007)

En términos individuales, el hombre se comunica con sus actitudes, con los movimientos de su cuerpo, de sus manos o movimientos de los ojos, la expresión de su cara. Lo anterior nos lleva a concluir que, aunque la comunicación adopta múltiples formas, las más importantes son la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

Cuando hablamos con alguien, sólo una pequeña parte de la información que obtenemos de esa persona procede de sus palabras. Los investigadores han estimado que entre el sesenta y el setenta por ciento de lo que comunicamos lo hacemos mediante el lenguaje no verbal; es decir, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión. (Valverde, 2007)

La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc.

Características de la comunicación no verbal:

Mantiene una relación con la comunicación verbal, pues suelen emplearse juntas.

En muchas ocasiones actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.

Los sistemas de comunicación no verbal varían según las culturas.

Generalmente, cumple mayor número de funciones que el verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones.

Entre los sistemas de comunicación no verbal tenemos:

El lenguaje corporal. Nuestros gestos, movimientos, el tono de voz, nuestra ropa e incluso nuestro olor corporal también forman parte de los mensajes cuando nos comunicamos con los demás.

El lenguaje icónico. En él se engloban muchas formas de comunicación no verbal: código Morse, códigos universales (sirenas, Morse, Braille, lenguaje de los sordomudos), códigos semi universales (el beso, signos de luto o duelo), códigos particulares o secretos (señales de los árbitros deportivos). (Valverde, 2007)

Dentro de la comunicación no verbal se encuentran los siguientes indicadores:

Pertinencia: La pertinencia es la oportunidad, adecuación y conveniencia de una cosa. Es algo que viene a propósito, que es relevante, apropiado o congruente con aquello que se espera. (Retamal, 2012)

Mirada: La mirada es la observación visual que se efectúa de algo. La mirada también implica una expresión de quien la emite, y así se habla de miradas frías y distantes, o de miradas que manifiestan enojo, tristeza, dolor; y de otras miradas de amor, de protección o de consuelo. La mirada es la ventana de nuestro cuerpo que nos permite divisar nuestro interior. En ella se reflejan nuestros sentimientos y emociones, y junto con los gestos, les proporcionan a los demás el modo de descubrir lo que nos pasa, aunque no lo manifestemos verbalmente. (Retamal, 2012)

Expresión facial: La expresión facial, otro recurso del lenguaje corporal con el cual podremos comunicar emociones y estados de ánimo ante eventos o personas. Normalmente se la usa para enfatizar el contenido del mensaje hablado. Tanto es así que con ella podremos demostrar disconformidad, atención al interlocutor, reproche, entre otros. (Retamal, 2012)

Gestos: Los gestos son sin dudas uno de los recursos más presentes en el lenguaje corporal ya que implican el movimiento de alguna parte de nuestro cuerpo, articulaciones, músculos de brazos, manos, cabeza, para expresar una sensación o sentimiento al respecto de algo o de alguien y tienen la misión de demostrar la aprobación o el rechazo a ellos. (Retamal, 2012)

2.1.2. Satisfacción de las necesidades del paciente

Según Mejía y Manrique (2011) mencionaron que:

La satisfacción del paciente es una sensación de placer o de decepción en la cual compara la experiencia del servicio brindado con las expectativas que uno esperaba. Si el servicio brindado es inferior a las expectativas, el cliente queda insatisfecho. Si los resultados están a la altura de las expectativas, el cliente queda satisfecho. Si los resultados superan las expectativas, el cliente queda muy satisfecho o encantado.

El autor manifestó que la satisfacción de un consumidor es el resultado de comparar su percepción de los beneficios que obtiene, con las expectativas que tenía de recibirlos.

Según Calva (2009) mencionó que:

El sujeto inicia el proceso de búsqueda de información para satisfacer sus necesidades, esta búsqueda es constante en nuestra sociedad y en las diversas comunidades de sujetos. Entonces el surgimiento de estas necesidades y su manifestación

a través de un comportamiento informativo llevan al individuo a buscar satisfacción.

Ante ello Calva (2009) afirmó:

Se entiende la satisfacción como la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Nuestra sensación de estar satisfecho, la reducimos, por tanto, a lo que nos es grato, próspero o bien nos conduce a sentirnos complacidos o simplemente contentos. Sin embargo, esta concepción de satisfacción es muy limitada ya que no se trata sólo de que el sujeto esté complacido o contento, sino de que responda a necesidades que se formaron a través de todo un proceso.

En este sentido los autores manifestaron que la satisfacción no solo es complacer al cliente o usuario sino el de cubrir sus necesidades o expectativas ofreciendo un servicio o producto de calidad.

Según Pinto (2010) mencionó que la satisfacción:

Es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo a los fines que la reducen. Es decir, satisfacción es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos.

Según el autor la satisfacción busca crear un equilibrio entre lo que ofrece y lo que el usuario necesita o por lo menos cubrir la mayoría de sus expectativas y/o necesidades ofreciendo una motivación relativa.

Kotler y Keller (2006) definieron a la satisfacción del usuario como:

Una sensación de placer o de decepción que resulta de comparar los resultados percibidos con las expectativas del servicio. Si los

resultados son inferiores a las expectativas, el usuario queda insatisfecho. Si los resultados están a la altura de las expectativas, el usuario queda satisfecho. Si los resultados superan las expectativas, el usuario queda muy satisfecho .

En este sentido el autor manifestó que el usuario mide su satisfacción en base al grado de cómo son cubiertas sus expectativas depende de ello si queda satisfecho o insatisfecho.

Según Mejía y Amaya (2011) mencionaron que:

La satisfacción se obtiene de un proceso de confirmación o disconfirmación positiva de las expectativas previas a la recepción del servicio. Es decir, una vez recibido el servicio, los resultados son confrontados con las expectativas y, si se produce coincidencia entre ambos, tiene lugar la confirmación. Pero, si existen discrepancias entre los resultados y las expectativas, lo que se produce entonces es la disconfirmación, que puede ser negativa si el rendimiento es inferior a lo esperado o positiva si el rendimiento supera a lo esperado.

El autor manifestó que la satisfacción se mide en base a cubrir las expectativas obteniendo resultados negativos o positivos de acuerdo a su conformidad con lo ofrecido.

Hoffman y Batesón (2002) afirmaron que:

La satisfacción del usuario contribuye a las percepciones que éste tiene sobre la calidad por cuanto las percepciones se basan en experiencias o satisfacciones pasadas, las cuales son revisadas en cada encuentro posterior, definiendo a su vez las expectativas e intenciones de utilización del servicio.

El autor manifestó que la satisfacción no solo se basa en cubrir las necesidades del usuario sino que las experiencias que él tuvo influyen en su percepción actual de la calidad, por este sentido su percepción de la calidad es más alta en algunos casos.

Con respecto a la necesidad del paciente García (1983) manifiesto que:

El concepto de necesidad se refiere intrínsecamente a la interrelación entre el sistema cuerpo-mente de cada ser vivo y el ecosistema del que forma parte y que le provee los recursos para autorregularse y así conservar su integridad e identidad como organismo.

Cuando nos referimos al ser humano podríamos agrupar los niveles de complejidad en tres ámbitos que se superponen:

Las necesidades exclusivamente fisicoquímicas comunes a todos los seres vivos.

Las necesidades derivadas de los mecanismos básicos de placer y dolor comunes a todos los mamíferos por el hecho de poseer un sistema diferenciado de control e interrelación con el medio como es el sistema nervioso.

Y las necesidades derivadas de la memoria y la imaginación, como productos emergentes del hiper desarrollo del sistema nervioso en los homínidos que traducen y hace trascender los mecanismos fisiológicos de placer y dolor a un espacio nuevo e inmaterial de creciente complejidad: el cerebro humano que se transmuta en psique y las necesidades se hacen emocionales y psicológicas, dando lugar a un concepto puramente antrópico como es el de deseo.

Dimensiones de la satisfacción de necesidades

Dimensión de la necesidad psico emocional.

Las necesidades psicológicas del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, así como de las pruebas y tratamientos médicos que esté recibiendo y la fase de enfermedad que esté viviendo. No se limitan únicamente al momento del diagnóstico, sino que surgirán a lo largo de todo el proceso. Si queremos garantizar la mejor adaptación posible del paciente a la enfermedad, será preciso que intervengan en su apoyo todos los profesionales implicados en la relación terapéutica.

Diversos autores han planteado el análisis de las necesidades del ser humano. El paciente de cáncer tiene, como cualquier persona, un conjunto de necesidades físicas y psicosociales por satisfacer, y cuya detección temprana y cobertura puede mejorar su calidad de vida.

García (1983) resaltó que Maslow, dentro de su teoría de la motivación humana, plantea una serie de necesidades que atañen a toda persona y que se encuentran organizadas de forma estructural. Su teoría fundamenta mucho, el desarrollo de la escuela humanista y permite adentrarse en las causas que mueven al ser humano. La jerarquía se describe como una pirámide que consta de cinco niveles. En la base estarían las necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (respirar, beber, alimentarse, dormir, descansar, evitar el dolor, tener relaciones sexuales,...). A continuación y en un orden superior, estarían las de carácter Psicoemocionales, social y espiritual que le confieren seguridad y protección (física, de salud, de trabajo, de recursos, moral, familiar...). En otro nivel se colocan las de tipo social, de afiliación y afecto (amistad, amor, asociación, aceptación...), de autoestima y reconocimiento (autovalía, confianza, respeto, independencia, prestigio...) y finalmente, en el nivel más elevado estarían las de autorrealización (de ser, de crecimiento, de lo que uno es, considerando que conforme se satisfacen las más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados, y que éstos sólo ocuparían nuestra atención cuando se hayan satisfecho las necesidades

inferiores. Este punto es uno de los más criticados de su teoría. (OMS, 2011), basándose en dicha pirámide, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan de: seguridad (buscar en quien apoyarse), la sensación de pertenencia (demostrar que no es una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo). Requieren sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor). Agradecen comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren. Precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (familia, amigos y profesionales que le atienden) va a estar con ellos (confianza). Evidentemente, el paciente estará más dispuesto a transmitir y comunicar sus necesidades emocionales y espirituales cuando experimente alivio de los síntomas fisiológicos más molestos y encuentre que el profesional o el equipo sanitario sean sensibles a las mismas, interesándose por otros elementos que completen su bienestar.

Debemos tener en cuenta las necesidades de las necesidades Psicoemocionales de los enfermos si queremos ayudar de un modo eficiente y efectivo al enfermo por lo que será objetivo de los profesionales sanitarios tratar de descubrir las necesidades del paciente y ayudarle en los procesos de adaptación con el menor coste emocional posible. De la forma cómo se aborden o satisfagan dichas necesidades dependerá la calidad de vida del paciente, su bienestar, la adherencia al tratamiento y la respuesta a la intervención. Este abordaje sólo es posible desde una perspectiva integradora, interdisciplinaria e individualizada que tenga en cuenta la multidimensionalidad de las necesidades a las que se enfrenta un paciente con cáncer. Abordar sus necesidades psicoemocionales no siempre será fácil para el profesional sanitario, más aun para aquellos que tengan una formación basada en conceptos biomédicos tradicionales. (Astudillo, 2005)

Dentro de la necesidad psicoemocional se encuentran los siguientes indicadores:

Seguridad: La seguridad es asumida como una cualidad de los sujetos que están libres de amenazas o de agresiones a su individualidad. Desde esta perspectiva la seguridad se puede distinguir como nombre y como adjetivo. En efecto, el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española recoge “seguridad” como cualidad de seguro y “de seguridad” como locución que se aplica a un ramo de la Administración pública cuyo fin es velar por la seguridad de los ciudadanos. (Adler, 2002)

Aceptación: La aceptación supone haber erradicado culpabilidades insanas que me impedirían esa palabra maduramente, al no poderme relacionar conmigo mismo y con mi pasado. La aceptación es la capacidad de ver lo que considero “limitación” sin que me oculte mis posibilidades reales. (García, 2013)

Amor: Si bien se asocia el amor al amor de pareja, hay muchas clases de amor: el amor paternal, filial, fraternal, a Dios, a la Patria o nuestras mascotas. Definir el amor no es tarea fácil como difícil es encontrar las palabras que expliquen un sentimiento sin confundirlo con otro, y ello sucede habitualmente en la práctica. (García, 2013)

Pertinencia: La pertinencia es la oportunidad, adecuación y conveniencia de una cosa. Es algo que viene a propósito, que es relevante, apropiado o congruente con aquello que se espera. (Retamal, 2012)

Autoestima: Es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica. En otras palabras, la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales (García, 2013)

Dimensión de la necesidad de seguridad y confianza.

Satisfacción con la atención recibida. Investigaciones empíricas realizadas en muy distintos contextos culturales. (Rodríguez, 2012), comprueba que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida, tanto en hospitales como en centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que les atiende, destacándose como elementos fundamentales de este trato la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el enfermo y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse. La confianza en la relación con los profesionales que le atienden es una de las grandes necesidades del paciente y se sustenta en una comunicación médico-paciente idónea. En este sentido, la comunicación en el contexto clínico, aparece como un instrumento fundamental que puede constituirse como factor de protección o factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales en el paciente en función de cómo se utilice. (Arraz P, 1996) Refiere que la comunicación constituye el núcleo esencial en la relación de ayuda y, sin embargo, suele ser la herramienta terapéutica más improvisada. (Trill, 2013) Manifiesta que para ser eficientes en los encuentros con los pacientes, los profesionales centrados en la relación de ayuda debemos poner en funcionamiento habilidades de comunicación que nos permitan escuchar mensajes verbales (con contenidos cognitivos y afectivos), percibir mensajes no verbales (con contenidos conductuales y afectivos), y responder de manera verbal y no verbal (y con congruencia entre las dos) a ambos tipos de mensaje. En definitiva, se trata de estar atentos a lo que se dice, a cómo se dice, lo que no se dice y también a lo que sentimos.

Astudillo (2005) al respecto refirió que la comunicación dispone de tres recursos fundamentales: la escucha activa, la empatía y la aceptación. La escucha activa, o escuchar con atención, implica estar disponible, atentos a los mensajes que nos envía el paciente, para no perder aspectos importantes de la conversación. Nos permite conocer qué es lo importante para el enfermo, lo cual muchas veces no se corresponde con lo que se presupone. La escucha activa consiste en utilizar todos los

sentidos para captar la experiencia de quien se comunica. Por eso no se escucha únicamente con los oídos sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, con la proximidad física adecuada, con la atención al lenguaje no verbal del paciente, con la lectura atenta de sus silencios y con la atención al para lenguaje (tono, ritmo, volumen de voz.). La empatía es escuchar activamente las emociones y sentimientos del enfermo y entender los motivos de los mismos, aunque no los compartamos. Consiste en ponerse en el lugar del otro, reconociendo que tiene razones o motivos para sentirse como se siente. Es el acto de manifestarse próximo a la persona en sus emociones y sentimientos. Finalmente, la aceptación nos permite mostrar interés por lo que el paciente dice sin juzgarle y facilita la expresión de sus sentimientos. La comunicación con el paciente, necesaria para afrontar positivamente el proceso y reducir la incertidumbre, el miedo y la indefensión ante el cáncer, le permite expresar preocupaciones, miedos, dudas... a alguien que sepa escuchar, que facilite que lo haga para que, de forma gradual y a su ritmo, vaya adaptándose a la situación y a la comprensión de lo que está pasando. Si no se lleva a cabo una buena comunicación con el paciente, si no se realiza una exploración individualizada de las necesidades, preocupaciones y dificultades, difícilmente podremos cubrirlas o atenuarlas. La escucha, la empatía y la aceptación permiten conocer las necesidades del paciente a la vez que estimulan sus recursos personales y sociales, activan su propia capacidad de cuidarse y favorecen la expresión de emociones (incertidumbre, miedo, ansiedad entre otros). La comunicación se asocia a numerosos beneficios en la calidad asistencial. Así se ha señalado que una mejor comunicación entre médico-paciente se asocia a una mayor satisfacción, una mayor adherencia a los tratamientos y mejor adaptación psicológica de los pacientes con cáncer. Sin embargo, la comunicación entendida como lo que es, atención, escucha, explicación, contención emocional, compasión, consuelo, implicación, requiere un esfuerzo que a menudo resulta incómodo. El proceso de comunicación en Oncología es especialmente difícil debido a la enorme carga afectiva que conlleva y a la cronicidad de la enfermedad, que favorece el

desarrollo de vínculos afectivos significativos entre el personal sanitario y el paciente que pueden dificultar aún más la comunicación. Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad no sólo permite cubrir una importante necesidad emocional. Es un compromiso ético de la profesión sanitaria. Las habilidades comunicativas deben formar parte de la práctica médica de todos los profesionales implicados en la relación de ayuda al paciente, ya que además resultan de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona, así como para recoger información de utilidad diagnóstica y para lograr una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente. (Nouvilas, 2003)

Dentro de la necesidad de seguridad y confianza se encuentran los siguientes indicadores:

Recibir información: está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento. (Pérez y Gardey, 2008)

Asesoría profesional: Se conoce como asesoría al trabajo y el despacho de un asesor, que es una persona dedicada a brindar recomendaciones, sugerencias y consejos en su ámbito de especialización. Empresas de todos los rubros contratan servicios de asesoría para optimizar su funcionamiento. (Pérez y Gardey, 2008)

Trato: Refiere a la acción y efecto de tratar. Este verbo tiene diversas acepciones, como el proceder con una persona (ya sea de obra o de palabra) o la relación con un individuo. Puede entenderse al trato como la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona. (Pérez y Gardey, 2008)

Empatía: Se refiere a la habilidad cognitiva de una persona para comprender el universo emocional de otra. (Pérez y Gardey, 2008)

Interes: Hace referencia a la afinidad o tendencia de una persona hacia otro sujeto, cosa o situación. (Pérez y Gardey, 2008)

Necesidad de aceptación.

El paciente puede adoptar diversas actitudes ante la enfermedad, expresarse sobre la información que desea recibir y su manejo, etc. Existen los que solicitan información, se adaptan fácilmente a la situación y ponen en marcha sus recursos de afrontamiento y su disposición para colaborar con los tratamientos, mientras que otros son mucho más reacios, niegan su situación, se deprimen y no son capaces de afrontarla adecuadamente. El paciente no debe sentirse culpable o rechazado por no ser capaz de afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo o como su entorno desearía, siendo fundamental que todos aquellos que rodean al paciente, tanto familiares como profesionales sanitarios, traten de conocer las necesidades, motivos y las reacciones del paciente para así poder entenderle y ayudarlo en el proceso. Todo ello desde la acogida y la aceptación incondicional. No debemos olvidar que una persona aceptada aprende a aceptarse a sí misma y a los demás, lo que facilita la comunicación con el entorno y mejora su satisfacción y bienestar. Ser capaces de aceptar su enfermedad, es el primer paso para hacerle frente. La aceptación facilita una actitud de acercamiento y acogida incondicional del paciente, de su modo de vivir, sin evaluaciones morales y sin juzgarle. Es mostrar interés por lo que el paciente dice sin realizar juicios de valor y facilita la expresión de sentimientos sobre la enfermedad o la vida, sin forzar al paciente a resignarse ante una situación si se resiste y sin reaccionar de una forma que pueda ser interpretada como un rechazo; (Astudillo, 2005), se basa en la consideración del otro como una persona que posee diversas capacidades y recursos, valorarlo y reconocer sus derechos ante la información, la toma de decisiones y que asume su responsabilidad. Una relación con el profesional, y por supuesto con la familia y su entorno, en la que el enfermo no se sienta juzgado ni marginado, sino entendido y ayudado, permite poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades a la vez que ayudan a mantener la dignidad

del enfermo, en estos momentos en los que experimenta una mayor desprotección por ser la fase final de la vida.

Dimensión de la necesidad de Apoyo Emocional

Necesidad de pertenencia estabilidad y adaptación socio familiar; necesidad que tiene relación con el valor que la compañía tiene para el ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. El enfermo requiere comunicarse con otras personas, establecer amistad o relación con ellas, manifestarles y recibir afecto, vivir en familia o en comunidad, pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de éste, lo que hace que el apoyo emocional y social sea clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales estresantes como puede ser un diagnóstico de cáncer. En la medida en que la que el enfermo cuente con apoyo externo, la adaptación será más fácil y con menos implicación emocional. Una definición de apoyo social frecuentemente utilizada en la literatura es la que lo conceptualiza como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de las relaciones interpersonales tanto en el plano emocional como en el instrumental para una situación específica. La mayoría de los autores enfatizan la importancia de la percepción del apoyo por parte del paciente, ya que la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida. Por lo tanto, se puede hablar de la objetividad y subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido del apoyo social percibido. Ambos son fundamentales para la persona y repercuten sobre su bienestar²⁶. El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos lazos sociales presentan con menor frecuencia conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, se adhieren menos al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más negativo. En concreto, numerosas investigaciones muestran que el apoyo social está relacionado con el malestar emocional en pacientes de cáncer. (Hernández, 2011)

Para Gomez (2012), el apoyo social y familiar se considera como un factor de protección frente al malestar del paciente, lo cual orienta hacia la

necesidad de una intervención más amplia e integral para el paciente con cáncer con menos apoyo externo, que incluya atención psicológica, contacto con su red social y búsqueda de nuevos lazos de apoyo. La familia del paciente y su entorno más cercano (red social, laboral, etc), serán los principales precursores del apoyo emocional y social. Ellos tratarán de cubrir a lo largo de todas las fases de la enfermedad, las necesidades de afecto, de amor y de pertenencia del paciente. La respuesta de la pareja, padres, hermanos o hijos ante la enfermedad es fundamental para la adaptación del paciente, por lo que la estructura familiar ha de ser evaluada como un predictor de la calidad de vida y del afrontamiento a la enfermedad. El impacto del cáncer puede ser tan devastador para cada uno de los miembros de la familia como para la persona afectada directamente por la enfermedad y por ende, para la relación entre ellos. El temor de la familia, a veces también del equipo sanitario, de hablar sobre temas delicados o especialmente difíciles como la muerte, y la falta de entendimiento de cómo realizarlo, son desencadenantes de malestar en el paciente que dificulta la calidad de la asistencia y la consecución de objetivos positivos de cara a la adaptación. La incomunicación con su familia, la percepción de falta de apoyo emocional, puede generar soledad y aislamiento justo cuando más necesita de su compañía (conspiración de silencio). El profesional sanitario tiene la obligación ética de saber facilitar unos mínimos de apoyo emocional al paciente y su familia porque éste potencia la eficacia preventiva y curativa del tratamiento médico, les permite afrontar una variedad de fuentes de estrés, así como manejar más efectivamente los procesos de toma de decisiones y solución de problemas. Los sanitarios tienen que perder el miedo a hablar a nivel emocional y facilitar la expresión de los sentimientos de los pacientes, que movilizan y orientan adecuadamente su comportamiento en la medida en que se permita expresarlos.

Dentro de la necesidad de apoyo emocional se encuentran los siguientes indicadores:

Conyugue: Es uno de los dos miembros de una pareja. Para ser más precisos, es el término legal que se utiliza para referirse a cada individuo en la institución matrimonial. Los cónyuges establecen un vínculo de carácter civil o religioso, lo cual se plasma en una ceremonia en la que

ambos se comprometen a respetarse y darse apoyo mutuo. (Méndez, 2014)

Hijos: Hijo se llama a aquel individuo o animal respecto de su madre y de su padre; esta situación implica una relación de consanguinidad entre padres e hijos. De alguna manera, todos los seres humanos somos hijos de alguien, ya que todos tenemos padres, aunque los mismos ya hayan fallecido o se encuentren lejos de sus hijos porque viven en un lugar lejano, o en su defecto porque se hayan peleado y no tengan contacto. (Méndez, 2014)

Familia: La familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad suele tener uno o más tipos de organización familiar, pero algo muy importante es que, en la familia, sea del tipo que sea, las personas que conforman ese grupo, tienen relaciones de parentesco y afectivas. (Méndez, 2014)

Necesidad de equilibrio emocional y de adaptación.

Necesidad de autoestima. La adaptación normal o exitosa se produce en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo la alteración en sus distintas áreas de funcionamiento, de manejar su malestar emocional y de continuar implicados y participando en los aspectos de la vida que aún están revestidos de significado y les sean de importancia. Como ya se ha destacado, la principal problemática detectada en estos pacientes son los trastornos adaptativos, caracterizados por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios en la conducta), en respuesta a un factor externo identificable (p.ej. diagnóstico de cáncer). (Hernández, 2011). Otros temas diagnosticados con menor frecuencia son la depresión, ansiedad, miedos y fobias, etc. A las implicaciones derivadas para el enfermo (peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria,...) se unen otras como una mayor utilización de servicios médicos, mayores dificultades a la hora de tomar decisiones, menor adherencia a los tratamientos y mayor insatisfacción con la atención recibida. Puesto que el mantenimiento del equilibrio emocional es una

de las necesidades esenciales del paciente, la prevención, detección precoz y el control del malestar psicológico deben ser parte fundamental de la intervención.

La derivación a las unidades de psico oncología permitiría su cobertura y tratamiento. La evaluación del estado psicológico del paciente, su adaptación al pro eso de enfermedad y la identificación de los factores que sobre ella inciden, permitirá poner en marcha actuaciones eficaces que potencien su bienestar y prevengan la aparición de problemas de ajuste o los traten en caso de que ya hayan aparecido. Facilitar la adaptación a la enfermedad es una labor importante para el profesional debido a las fuertes repercusiones que ello puede tener sobre el bienestar e incluso sobre la supervivencia de las personas, (Ibañez, 2000) refiere que la intervención psicológica se dirige a:

Aliviar y tratar los trastornos psicológicos y/o las alteraciones cognitivas, conductuales y/o emocionales de los enfermos de cáncer y sus familiares, que pueden surgir a lo largo del proceso de enfermedad, así como en la fase final de la vida.

Apoyar y ayudar a los enfermos de cáncer y sus familiares en el afrontamiento de situaciones difíciles, facilitando la adaptación a la enfermedad y favoreciendo que la persona pueda alcanzar el nivel óptimo de calidad de vida que las circunstancias permitan. No parece que exista un tipo de intervención psicológica claramente más eficaz (en todos los casos) para ayudar a los pacientes. Unos se beneficiarán más de un abordaje individual y otros, de la participación en grupo. Sí que es probable que la intervención psicoeducativa sea el procedimiento a seguir ante problemas de información y comunicación (especialmente en la fase diagnóstica), como lo es el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para mejorar el control de síntomas, efectos secundarios y problemas concretos de la vida cotidiana (fase de tratamiento). Es básico en todo caso, proporcionar apoyo emocional para los problemas psicológicos, de relación interpersonal (recidiva e inicio de nuevos tratamientos) y la intervención psicoterapéutica ante trastornos psicológicos o desadaptativos como consecuencia de la enfermedad oncológica (fase de remisión principalmente). En cualquier caso, el

tratamiento más efectivo para cada paciente será el que considere todas sus necesidades e intente cubrirlas con todas las formas de intervención psicológica que sean precisas. (Lopez, 2006), manifiesta que sin embargo que todavía se continúan detectando dificultades para la adecuada derivación y orientación de los pacientes con problemas psicológicos, debidas a la variabilidad en la prevalencia de los síntomas psicopatológicos de los pacientes, a la facilidad con que los síntomas relacionados con la enfermedad física, pasan desapercibidos por el médico, a la escasa formación del médico para reconocer y tratar la naturaleza emocional de ciertos problemas del paciente y a aspectos personales de ciertos pacientes, reacios a hablar de sus problemas psicológicos o a aceptar la derivación al psico oncólogo. Los profesionales de la salud, especialmente desde Atención Primaria, pueden realizar un cribado de los posibles síntomas ansiosos y depresivos que se presenten en el paciente durante el proceso oncológico y que le incapacitan para su adaptación emocional al mismo.

Necesidad de Autorrealización.

Necesidad de sentido; se refiere al modo en que una persona vive la experiencia de la enfermedad está ligado a su biografía y al contexto personal y social en el que vive. Asimismo, está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. La vivencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza al individuo a enfrentarse con temas tan inconmensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para cada uno de los cuales debe encontrar un sentido personal. Surgen miedos y dudas relativas a la pérdida de la identidad y el significado de la enfermedad, así como aspectos relativos a la muerte y al morir.

Fernández (2012) refirió que en este nivel el paciente, especialmente en la fase final de la vida, tiende a necesitar encontrar un sentido a su existencia, dejar huella y si es posible, cumplir algunos de sus deseos. Es preciso que esta persona vea que su vida, aunque corta, tiene sentido y que es importante. Para ello debe integrar la enfermedad a su

identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismo y a los demás y finalmente, el sentido último de su existencia.

Según Calvo (2003), la psicooncología se centra en el “sufrimiento de la muerte” que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.

Teoría de Enfermería que sustenta el Trabajo

La teoría de enfermería que sustenta el trabajo es la Teoría de Virginia Henderson.

Según Virginia Henderson “el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz”

El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales.

El International Council of Nurses en una Declaración de posición adoptada en el año 2000 mantiene que “las enfermeras son miembros clave de los equipos pluridisciplinarios que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias” y “apoya a las enfermeras para que presten cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida, respeten las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo y

aborden las necesidades de los miembros de las familias” además pide “la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación relacionados con los problemas de la muerte y los moribundos”. (Arévalo., 2003)

Los elementos clave en el manejo de estos pacientes son: una valoración cuidadosa, la colaboración, la planificación de intervenciones, la evaluación y la modificación del plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería deben basarse en la respuesta del paciente a los síntomas físicos, psicológicos, sociales, funcionales y espirituales y en el significado que tienen para él.

El plan de acción básico será: Cumplimentación de los tratamientos médicos indicados, elaboración y realización del plan de cuidados generales y específicos, apoyo emocional, y educación del paciente y familia de cara a promover el autocuidado. (Arévalo., 2003)

“El objetivo de la educación no es solo dar información, se trata de apoyar a los pacientes y sus familias mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el autocuidado de la manera más eficaz”.

La enfermera debe valorar e identificar las capacidades de los pacientes y sus familias y sus necesidades de aprendizaje, así como los factores ambientales que pueden interferir con su seguridad y bienestar. Las áreas que se deben valorar son: nivel de preparación, motivación, experiencias pasadas, capacidad física e intelectual. Al igual que en el proceso de atención de enfermería, a la hora de hacer educación sanitaria debe hacerse una valoración integral, una planificación, una puesta en práctica y una evaluación. (Arévalo., 2003)

La enseñanza ha de ser progresiva y realista, adaptada a las necesidades de cada familia, se debe ir modificando según vayan apareciendo nuevas necesidades y adelantándose a los problemas

comunes que pueden ir surgiendo, dejando claro en qué casos deben avisarnos.

Al planificar la educación la enfermera debe valorar las creencias y tradiciones familiares y tratar de incluirlas en el aprendizaje para mejorar el cumplimiento. Se deben establecer objetivos a corto plazo y realistas porque su consecución proporciona sensación de éxito y aumenta la autoconfianza; deben revisarse y modificarse con frecuencia. Hay que afrontar las necesidades educativas del cuidador principal que se centran en cómo afrontar las situaciones de la vida diaria, por lo que habrá que atender también sus deseos y necesidades, si queremos que el paciente reciba el cuidado apropiado.

Para trabajar con estos enfermos las enfermeras deben estar preparadas y tener una formación adecuada. Los programas actuales, muchas veces no consiguen proporcionar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para un buen cuidado del paciente y familia. Algunos organismos internacionales propugnan reforzar la formación de los profesionales sanitarios en el ámbito de los cuidados paliativos como la OMS, (2017) o como la Europea Oncology Nursing Society que en el Programa “Europa contra el cáncer” propone una formación específica de tres años con dos núcleos temáticos: La muerte y el dolor y La comunicación entre la enfermera y el paciente.

2.2.- Estudios Previos

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados al tema de investigación:

2.2.1 Internacionales

Santana, Silva, Minamisava, Queiroz y Gomes (2014), Brasil, investigación acerca de la “Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza”. Objetivos: evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos.

Método: estudio trasversal con 275 pacientes internados en un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación simultánea de tres instrumentos. A seguir, fueron digitalizados en un banco de datos electrónico y analizado en función de la positividad, valor de mediana y coeficientes de correlación de Spearman. Resultados: entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Eso puede ser justificado por la correlación débil a moderada observada entre esas variables. Conclusión: A pesar del déficit de calidad, fue encontrado alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la cualidad del cuidado, visando atender a las expectativas de los pacientes

Prado y Rojas (2012), Venezuela, en su investigación acerca “comunicación terapéutica enfermera(o) – paciente. Servicio de Oncología Pediátrica, Unidad Oncológica Centro Virgen del Valle”. Con el objeto de evaluar la comunicación terapéutica enfermera – paciente en el servicio de oncología pediátrica del Oncológico Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, durante el primer trimestre del 2012, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, tomando como muestra a 22 profesionales de enfermería. Como instrumento se utilizó una guía de observación que cuenta con 15 ítems, basada en una escala de estimación. En dicha investigación se obtuvieron los siguientes resultados: género femenino predominó con un 86,36%, de las cuales un 45,45% son Licenciadas y un 40,91% son Técnicos; la edad predominante fue de 21 a 25 años con un 31,82%, de los cuales un 27,27% lo representa el sexo femenino y el 4,45% el sexo masculino; el principio de Interés estuvo presente con 86,36%; el principio de Respeto se evidenció con 100%; del principio de Aceptación se obtuvo que un 100% acepta las creencias del paciente y de sus familiares; en el principio de Honestidad se obtuvo que el 68,18% si orienta y disipa las dudas de los pacientes; tomando en cuenta el principio

de coherencia un 54,55% no expresa información de forma precisa al paciente; en el principio de Seguridad el 50% del personal vigila a los pacientes durante la deambulaci3n y de la poblaci3n estudiada el 100% no coloca las barandas para resguardar la integridad f3sica del paciente; seg3n la aplicaci3n del principio de Permiso se obtuvo que el 77,27% solicita el consentimiento para realizar procedimientos invasivos.

Ibañez (2015), España, en su investigaci3n acerca de “influencia de los patrones de la comunicaci3n entre el personal sanitario, pacientes, y familiares en todo el procedimiento Quir3rgico”. Tuvo como objetivo estimar el impacto de la comunicaci3n verbal y no verbal (CNV) entre el paciente, familiar y personal sanitario en las Unidades Quir3rgicas Hospitalarias. Se concluye que los profesionales sanitarios deber3n establecer una relaci3n de ayuda y confianza con el paciente para poder brindarle un cuidado integral. Los profesionales entienden muchas veces que la relaci3n de ayuda es algo innato, y no una tecnolog3a muy importante en la que tienen que formarse y aprender. Tambi3n que los profesionales sanitarios, en su quehacer diario, interaccionan con la fragilidad y la vulnerabilidad del ser humano, lo que nos lleva a entender la disonancia existente entre su formaci3n inicial en torno a la relaci3n de ayuda y la humanizaci3n de la salud y lo que la sociedad les demanda en la pr3ctica. La comunicaci3n no verbal es importante en el campo de la salud, ya que los pacientes se sienten m3s sensibles y vulnerables. Constatamos que, a este respecto, los profesionales sanitarios tienen: un nivel deficiente de conocimientos, poca formaci3n y s3 mucha interpretaci3n, sin verificar esta con el paciente. En el contexto en el que se desarrolla el estudio, encontramos unos estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la intervenci3n. Los informantes no tienen en cuenta este estado no verbal, sabiendo que esto va a repercutir en la operaci3n, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperaci3n y retrasando el abandono del centro hospitalario, lo que podr3a producir un mayor costo econ3mico.

Salto (2014), Ecuador, en su estudio sobre “la evaluaci3n de la calidad

de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012”, tuvo como objetivo analizar la calidad de la atención ofertada por parte del Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía y la satisfacción de los estudiantes, docentes y administrativos respecto a las expectativas que tienen de sus necesidades de salud en el periodo 2012. Para lo cual se hace un estudio observacional con un diseño epidemiológico analítico transversal en una población de 4822 usuarios potenciales, de los cuales se toma una muestra representativa y aleatoria estratificada de 391 sujetos. Se hace una encuesta con un cuestionario previamente validado, de 20 preguntas, con una confiabilidad medida por Alpha de Cronbach de 0,832. Para el estudio las principales mediciones son calidad y satisfacción. Como resultados se encuentra que al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 92,1% hay satisfacción en la atención, IC95%: 88,97 - 94,36%, y consideran que a mayor indiferencia y descortesía tienen menor grado de satisfacción. ($r = -0,184$; $p = 0,000\dots$). Al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 10,5% IC95% de 7,82-13,92%, hay atención de calidad, donde se considera que a mayor indiferencia y descortesía hay menor grado de calidad en la atención ($r = -0,192$; $p = 0,000$).

2.2.2 Nacionales

Cofreces y Ofman (2014) Perú, en su estudio sobre “La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010”, El objetivo del trabajo fue presentar los principales hallazgos de estudios teóricos y empíricos sobre la comunicación en la relación médico-paciente y su impacto en la satisfacción y adherencia del paciente al tratamiento médico, a partir de la literatura científica publicada entre 1990 y 2010 en la sociedad occidental. Se realizó la búsqueda del material bibliográfico en bases de datos y bibliotecas, durante el periodo febrero – noviembre de 2012. Se consultaron 143 artículos en total y fueron seleccionados 63. Los criterios de inclusión han sido en función de los ejes temáticos emergentes del análisis de contenido previo y de acuerdo al objetivo planteado. Fueron excluidos aquellos con un tratamiento no riguroso sobre el tema y sin un enfoque relacional. La

integración de toda la información sobre el tema, que en otras publicaciones aparecía por separado, es el principal aporte de esta revisión, cuyas principales conclusiones fueron: 1) en la relación médico-paciente se destaca la correlación entre la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos; 2) en la interacción médico – paciente, la satisfacción del enfermo y la adherencia al tratamiento son fenómenos multidimensionales, en los que inciden múltiples cuestiones; 3) se halló un mayor riesgo de abandono al tratamiento en sistemas de salud con una atención centralizada, alta demanda, poco personal, demoras y atención menos personalizada; y 4) altos niveles de adherencia se asociaron con modelos de comunicación que consideran las actitudes, creencias, preferencias de los pacientes y permiten un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión.

Grados (2014) Lima-Perú, en su investigación acerca de las “características de la comunicación enfermero – paciente postquirúrgico mediato: Servicio de cirugía, Hospital Nacional Dos de mayo 2013. Tuvo como objetivo: Determinar las características de la comunicación del enfermero hacia el paciente postquirúrgico mediato en el servicio de cirugía Material y método: Enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 110 pacientes operados de cirugía abdominal. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo no probabilístico, y para tener una representatividad de la población se planteó el muestreo por conveniencia, considerando el 41% de la población. Los 45 pacientes postquirúrgicos mediatos del servicio de cirugía abdominal del HNDM respondieron a los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se usó la técnica de la encuesta y como instrumento se aplicó un cuestionario tipo diferencial semántico, estructurado en dos dimensiones (verbal y no verbal) con un total de 10 enunciados y 4 alternativas cada uno. Resultados: El 100% (45) de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada

“esquiva” y “desatenta Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”. Lo cual indica que no se establezca una relación terapéutica entre enfermero y paciente.

Quiñones (2012), Chiclayo - Perú, en su investigación acerca de “comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente”, Chiclayo. Tuvo como objetivo identificar, describir y analizar la comunicación de la enfermera intensivista durante el cuidado a la persona inconsciente. El escenario donde se desarrolló el estudio fue la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. (HNAA) Chiclayo –Perú. Las bases teóricas se sustentaron en Stefanelli, Jean Watson y Torralba. Los sujetos de investigación lo conformaron 10 enfermeras, obtenidas por saturación. Para la recolección de los datos, previa firma del consentimiento informado, se empleó la entrevista semiestructurada y observación participante. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías: comunicación con el paciente inconsciente: un desafío para la enfermera intensivista, estableciendo estrategias para una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente inconsciente, la sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente. Durante el despliegue de la investigación se consideraron los principios éticos de la Ética Personalista de Elio Sgreccia y el rigor científico de Guba y Lincoln.

López y Rodríguez (2012), Tarapoto- Perú, presentaron su investigación acerca del “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital II 2 Minsa- Tarapoto. Periodo junio - julio 2012”. Tuvo como objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital II 2 Minsa- Tarapoto. Periodo Junio - Julio 2012. El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizó como instrumento la encuesta. La muestra

considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 30 pacientes Adultos Mayores que se encontraron hospitalizados en el Servicio de Medicina General del Hospital II 2 Minsa Tarapoto. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción alto sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HII2 Minsa - Tarapoto.

2.3.- Marco Conceptual

Adulto: Hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado la capacidad de reproducirse. En el contexto humano el término tiene otras connotaciones asociadas a aspectos sociales y legales. La adultez puede ser definida en términos fisiológicos, psicológicos, legales, de carácter personal, o de posición social.

Aceptación: Llamada también Auto aceptación que consiste en aceptar lo que somos ahora mismo y la situación que estamos viviendo, sabiendo que estas cosas son producto de nosotros mismo, nuestras decisiones y lo que atraemos con el pensamiento.

Amor: es un sentimiento de afecto universal que se tiene hacia una persona, animal o cosa. También hace referencia a un sentimiento de atracción emocional esmero y agrado.

Auto estima: Es la valoración que cada uno de los seres humanos tenemos sobre nosotros mismo, lo que somos en lo que nos convertimos como consecuencia de una mezcla de factores físicos, emocionales, y sentimentales a los que nos enfrentamos a lo largo de la vida que moldean nuestra personalidad.

Autorrealización: es un camino de Autodescubrimiento experiencia en el cual contactamos con el Yo real y vivimos desde esa verdadera identidad solo así sentimos íntegramente nuestra vida y la vivimos con gozo y creatividad.

Asesoría profesional: es el ámbito educativo se concibe como proceso en el que se da asistencia, apoyo mediante la sugerencia, ilustraciones u opinión con conocimiento a los y las directivas o colectivos de las instituciones en busca de la mejora.

Biológica: definición relativa o perteneciente a la Biología. Definiendo a Biología como la ciencia que estudia al ser vivo y sus fenómenos vitales.

Bioseguridad: Es una calidad y garantía en el que la vida esté libre de daño, peligros y riesgos. Conjunto de normas y medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos frente a riesgos propios de su actividad diaria, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la seguridad de los trabajadores de la salud, animales, visitantes y el medio ambiente.

Calidad: Atención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzados tomando en cuenta el requerimiento del paciente y su familia.

Cáncer: Tumor maligno, en especial formado por células epiteliales

Cuidados Paliativos.- Los cuidados paliativos consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y en la prestación de apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica la enfermedad y prosiguen al margen del que el paciente reciba o no tratamiento contra la enfermedad.

Comunicación: Actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas.

Complacencia: Es un medio para lograr el placer, y así el que noblemente complace puede lisonjearse de causar placer y agrado

Diagnóstico: En general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Dignidad: Hace referencia al valor inherente al ser humano en cuanto ser racional, dotado de libertad y poder creador, pues las personas pueden modelar y mejorar sus vidas mediante la toma de decisiones y el ejercicio de sus libertades

Equidad: Cualidad que mueve a dar a cada uno lo que merece sin exceder o disminuir.

Empatía: Es la capacidad para ponerse en lugar del otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando.

Enfermedad: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la de "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Investigación: Es considerada una actividad humana, orientada a la obtención de nuevos conocimientos y su aplicación para la solución a problemas o interrogantes de carácter científico.

Información: Es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje

Necesidad: Es una carencia o escasez de algo que se considera imprescindible.

Neoplasia: Es el término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido.

Paciente: Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

Pertenencia: Es la relación de una cosa con quien tiene derecho a ella, también es el hecho o la circunstancia de formar parte de un conjunto ,ya sea un grupo, una comunidad, una organización, una institución.

Quimioterapia: Uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células. Debido a que las células cancerosas en general crecen y se dividen más rápido que las células sanas, la quimioterapia las destruye más rápido que a la mayoría de las células sanas.

Rol de la Enfermera.- Conjunto de prescripciones que definen el comportamiento del Licenciado en Enfermería, miembro del equipo de salud con una determinada posición dentro de éste grupo.

Satisfacción: es un estado del cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema.

Seguridad: se denomina a la circunstancia de verse libre de Circunstancia adversa o de incertidumbre.

Tratamiento: hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos.

Trato: es la acción y efecto de tratar, gestionar algún negocio relacionarse con un individuo, proceder con una persona de obra o de palabra, conferir un asunto.

Terapia: es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

Unidad ambulatoria: donde el paciente recibe su tratamiento para su enfermedad y están un determinado tiempo y luego regresan a casa.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

Existe una relación significativa entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

Existe una relación significativa entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017.

Existe una relación significativa entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el primer trimestre 2017.

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable independiente: Comunicación terapéutica

Variable dependiente: Satisfacción de necesidades del paciente

3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable independiente: Comunicación terapéutica

Según Stanton, Etzel y Walker (2007), la comunicación es "la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera captarla o se espera que la capte", por lo cual la comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. Proceso de compartir información o de generar y transmitir significados. Es el proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas. Es un instrumento para que una persona comprenda a otra, el sujeto acepte a los demás y sea aceptado. Intercambio de información entre dos o más personas.

Variable dependiente: Satisfacción de necesidades del paciente

Según Mejía y Manrique (2011) mencionaron que la satisfacción del paciente es una sensación de placer o de decepción en la cual compara la experiencia del servicio brindado con las expectativas que uno esperaba. Si el servicio brindado es inferior a las expectativas, el cliente queda insatisfecho. Si los resultados están a la altura de las expectativas, el cliente queda satisfecho. Si los resultados superan las expectativas, el cliente queda muy satisfecho o encantado .

Y con respecto a la necesidad del paciente García (1983) manifiesto que el concepto de necesidad se refiere intrínsecamente a la interrelación entre el sistema cuerpo-mente de cada ser vivo y el ecosistema del que forma parte y que le provee los recursos para autorregularse y así conservar su integridad e identidad como organismo.

3.2.3.- Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Comunicación Terapéutica	Verbal	Precisión Claridad Tono voz Oportunidad Pertinencia
	No verbal	Mirada Expresión facial/corporal Gestos
Satisfacción de necesidades	Psicoemocionales	Seguridad Aceptación Amor Pertinencia Auto estima
	Seguridad y confianza	Recibir información Asesoría profesional Trato Empatía El interés
	Apoyo emocional	Conyugue Hijos Familia

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

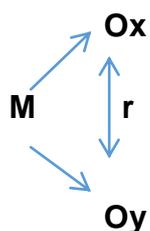
4.1.- Descripción del Método y Diseño

Método: El presente estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal.

Descriptivo; porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad.

Diseño: El diseño que se utilizó en la presente investigación es el correlacional que busca definir la relación entre las variables de estudio.

En este sentido responde al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O_x = Comunicación terapéutica

O_y = Satisfacción de necesidades del paciente

r = Relación

4.2.- Tipo y nivel de Investigación

Es una investigación de tipo cuantitativa por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se derivó (Bernal, 2007)

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de nivel descriptiva - correlacional.

Es descriptivo, por cuanto tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. (Bernal, 2007)

Es correlacional, porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables de estudio, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

4.3.- Población, Muestra y Muestreo

4.3.1. Población

La población estuvo conformada por 450 pacientes que son sometidos a quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica.

4.3.2. Muestra

La muestra fue obtenida aplicando la fórmula para población finita, considerando un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

Dónde:

- n=muestra
- N=población 450
- Z= nivel de confianza 1.96
- E=resto de confianza 0,05
- P=certeza 0,5
- q=error 0,5

Reemplazando:

$$1.96^2 * 450 * 0,5 * 0,5$$

$$0.05^2 * (450-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5$$

$$n=208$$

4.3.3. Muestreo

Para el presente estudio de investigación se tomó en cuenta el muestreo probabilístico, puesto que se realizó a través de una ecuación para determinar la muestra siendo aleatorio, puesto que todos los pacientes tienen la misma opción de ser elegidos.

Criterio de inclusión

Pacientes que deseen participar en el estudio.

Pacientes que han recibido más de un tratamiento con quimioterapia.

Criterios de exclusión

Pacientes que no desean participar.

Pacientes atendidos por primera vez.

4.4.- Consideraciones Éticas.

Autonomía:

Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. En el caso de los pacientes, cuanto más crónica es la enfermedad o más cuestionado es su tratamiento, más veces se reclama la autonomía; ésta será mayor en función de la cantidad de información que se posea.

Beneficencia:

El principio de beneficencia significa hacer el bien en todos y cada una de las acciones que se realizan. Este principio corresponde y va dirigido al deber de contribuir al bienestar del paciente y se basa en, Prevenir el mal o el daño (maleficencia), Contrarrestar el daño, Hacer o fomentar el bien, se fundamenta en la confianza mutua entre Enfermero y pacientes.

La beneficencia pretende la prevención y curación del paciente, pero cuando ello no es factible, garantiza el consuelo y el apoyo que él y su familia requieren. Nuestros profesionales de la salud desarrollan el principio de la beneficencia sobre el fundamento de la solidaridad humana.

No maleficencia:

Es abstenerse de realizar actos inseguros mantenerse competente, investigar en búsqueda de alternativas menos dolorosas ser defensoras del paciente.

Justicia:

El principio de la justicia nos obliga a garantizar la distribución justa y equitativa de los beneficios de los servicios de salud a toda la población, independientemente de su ocupación laboral, clase social y lugar donde resida. Justicia en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso con independencia de su status social y sin reparar en los costos.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos

5.1.1. Técnica

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta, que según (Hernández, et. al, 2014), es una técnica basada en preguntas, aplicada a un grupo de estudio, utilizando cuestionarios, que, mediante preguntas, en forma personal, telefónica, o correo, permiten investigar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada.

5.1.2 Instrumento

El instrumento fue el cuestionario de 26 preguntas politómicas cerradas, 1 a la 4 miden los datos generales, las preguntas de la 1 a la 15 la miden la variable dependiente teniendo como niveles:

Alto (35-45)

Medio (25-32)

Bajo (15-22)

Y de la pregunta 16 a la 26 se tiene la variable independiente; teniendo como niveles:

Bueno (25-33)

Regular (18-24)

Malo (11-17)

El cuestionario será aplicado de manera anónima en un tiempo de duración aproximadamente de 20 a 30 minutos, por paciente.

Previamente se realizó la confiabilidad del constructo utilizando el estadístico Alfa de Cronbach, y la validación del contenido fue realizada por medio del Juicio de expertos.

5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos

Plan de Recolección de datos

Para la Recolección de datos, primeramente realizo las coordinaciones y trámites administrativos con las autoridades del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, presentando una solicitud al Director de esta institución, al mismo tiempo se envió copia del documento a la Jefatura de Docencia e Investigación, Jefatura de Enfermería y a la jefa del Servicio, a fin se estableció el cronograma de recolección de datos con esta última. El tiempo aproximado que hemos considerado durara la aplicación por encuestado es entre 20 y 30 minutos.

Plan de Procesamiento y presentación de resultados

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 22.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Los resultados obtenidos, se presentaron las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman, según el resultado de significancia obtenido en la prueba de normalidad

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

Tabla 1

Distribución de datos según la variable comunicación terapéutica

Comunicación terapéutica	x	%
Buena	59	28,37
Regular	113	54,33
Malo	36	17,31
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

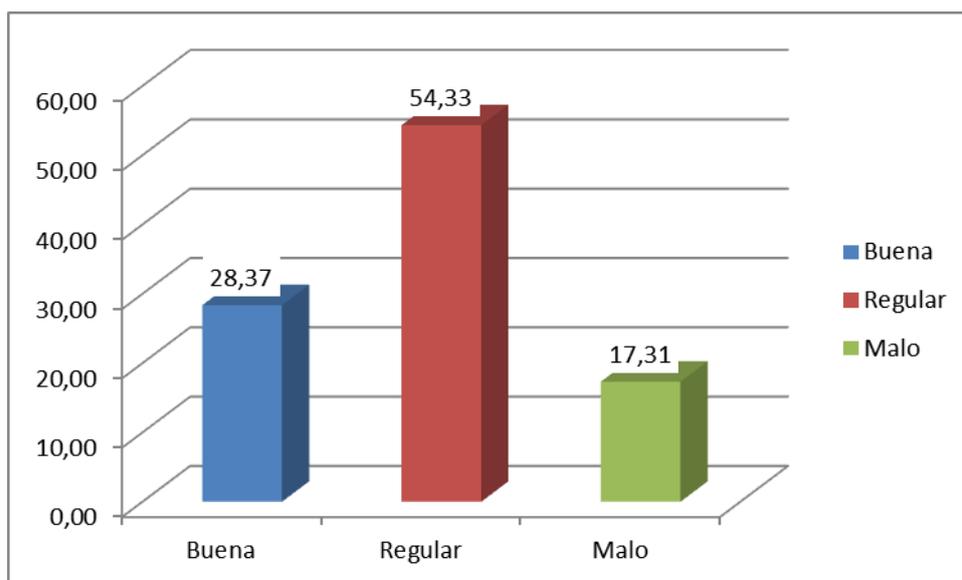


Gráfico 1: Comunicación terapéutica

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28,37% de los entrevistados perciben una comunicación terapéutica de las licenciadas (os) de enfermería en un nivel bueno, el 54,33% perciben un nivel regular y un 17,31% un nivel malo.

Tabla 2

Distribución de datos según la dimensión comunicación verbal

Comunicación verbal	x	%
Buena	48	23,08
Regular	133	63,94
Malo	27	12,98
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

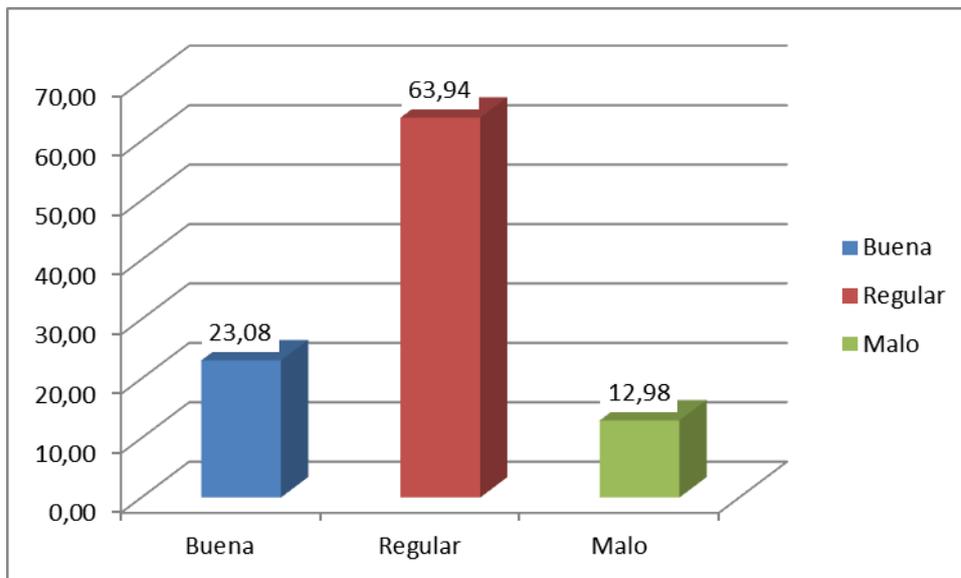


Gráfico 2: Datos según la dimensión comunicación verbal

Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos el 23,08% de los entrevistados perciben una comunicación verbal de las licenciadas (os) de enfermería en un nivel bueno, el 63,94% perciben un nivel regular y un 12,98% un nivel malo.

Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión comunicación no verbal

Comunicación no verbal	x	%
Buena	61	29,33
Regular	103	49,52
Malo	44	21,15
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

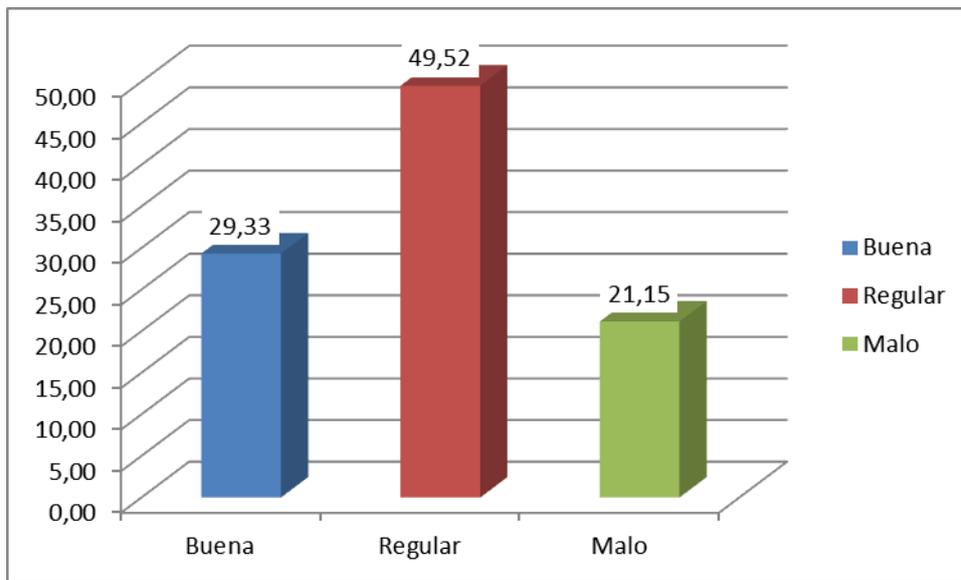


Gráfico 3: Datos según la dimensión comunicación no verbal

Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos el 29,33% de los entrevistados perciben una comunicación no verbal de las licenciadas (os) de enfermería en un nivel bueno, el 49,52% perciben un nivel regular y un 21,15% un nivel malo.

Tabla 4

Distribución de datos según la variable satisfacción de las necesidades del paciente

Satisfacción del paciente	x	%
Alto	55	26,44
Medio	110	52,88
Bajo	43	20,67
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

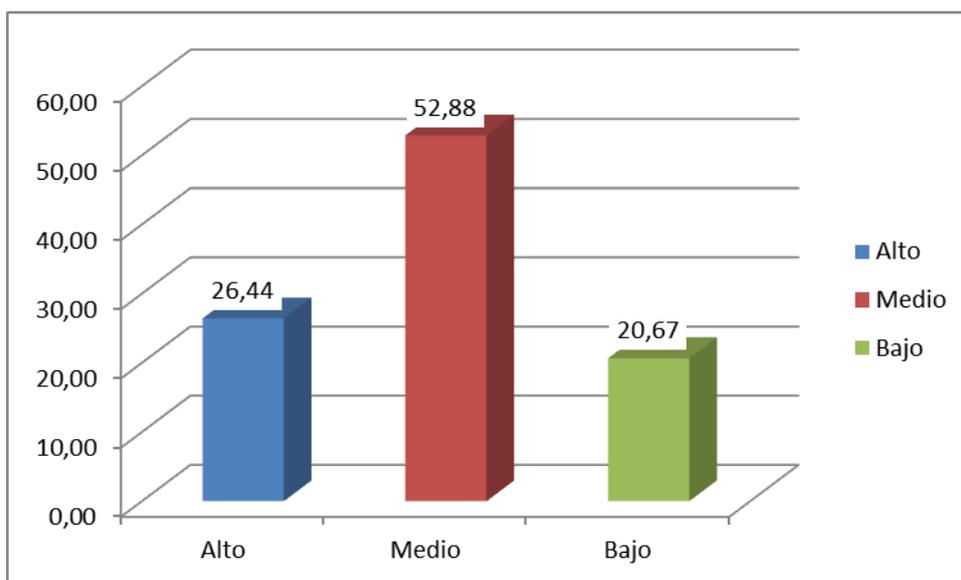


Gráfico 4: Satisfacción de las necesidades del paciente

Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos el 26,44% de los entrevistados presentan un nivel alto de satisfacción, el 52,88% presentan un nivel medio y un 20,67% un nivel bajo.

Tabla 5

Distribución de datos según la dimensión psicoemocionales

Psicoemocionales	X	%
Alto	60	28,85
Medio	100	48,08
Bajo	48	23,08
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

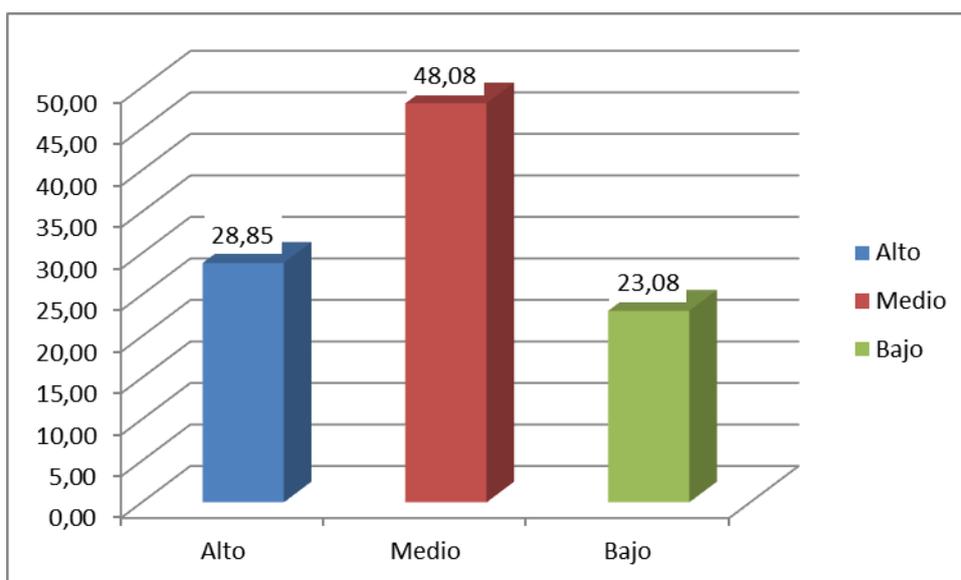


Gráfico 5: Datos según la dimensión psicoemocionales

Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos el 28,85% de los entrevistados presentan un nivel alto de satisfacción con respecto a la dimensión psicoemocional, el 48,08% presentan un nivel medio y un 23,08% un nivel bajo.

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión seguridad y confianza

Seguridad y confianza	x	%
Alto	48	23,08
Medio	116	55,77
Bajo	44	21,15
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

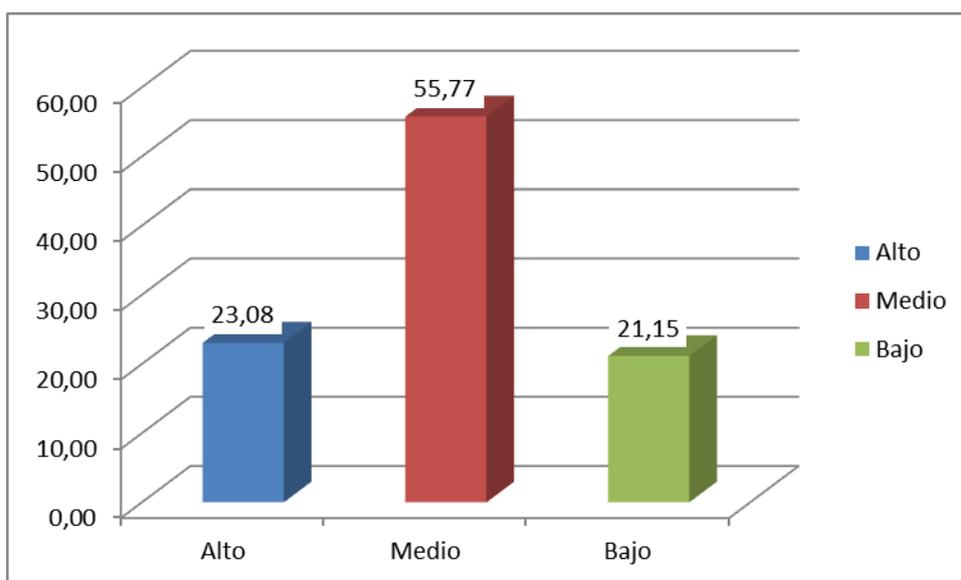


Gráfico 6: Datos según la dimensión seguridad y confianza

Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos el 23,08% de los entrevistados presentan un nivel alto de satisfacción con respecto a la seguridad y confianza brindada por el personal de enfermería, el 55,77% presentan un nivel medio y un 21,15% un nivel bajo.

Tabla 7

Distribución de datos según la dimensión apoyo emocional

Satisfacción del paciente	x	%
Alto	66	31,73
Medio	114	54,81
Bajo	28	13,46
Total	208	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

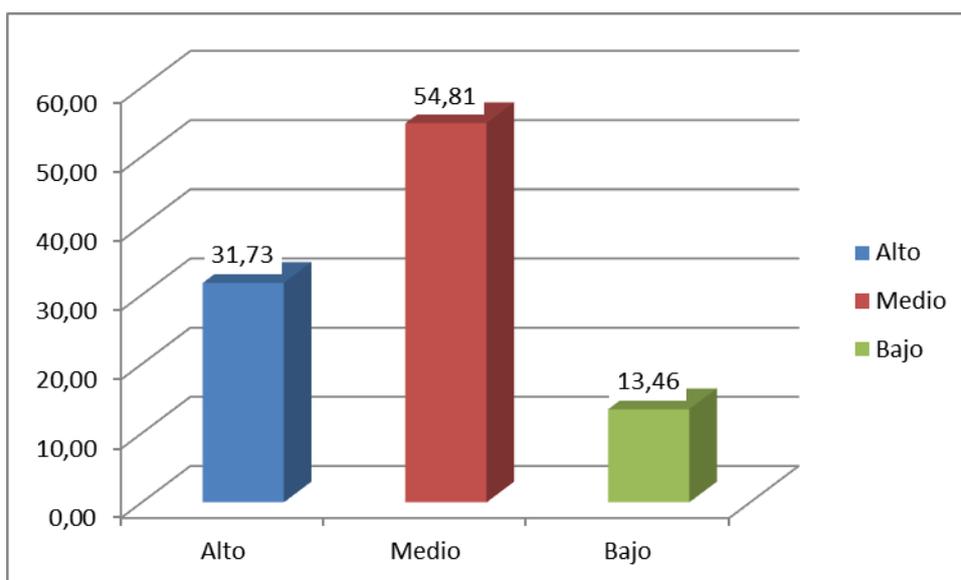


Grafico 7: Datos según la dimensión apoyo emocional

Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos el 31,73% de los entrevistados presentan un nivel alto de satisfacción con respecto al apoyo emocional brindada por el personal de enfermería, el 54,81% presentan un nivel medio y un 13,46% un nivel bajo.

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis principal

Ha: Existe una relación significativa entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

H0: No existe una relación significativa entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

Tabla 8

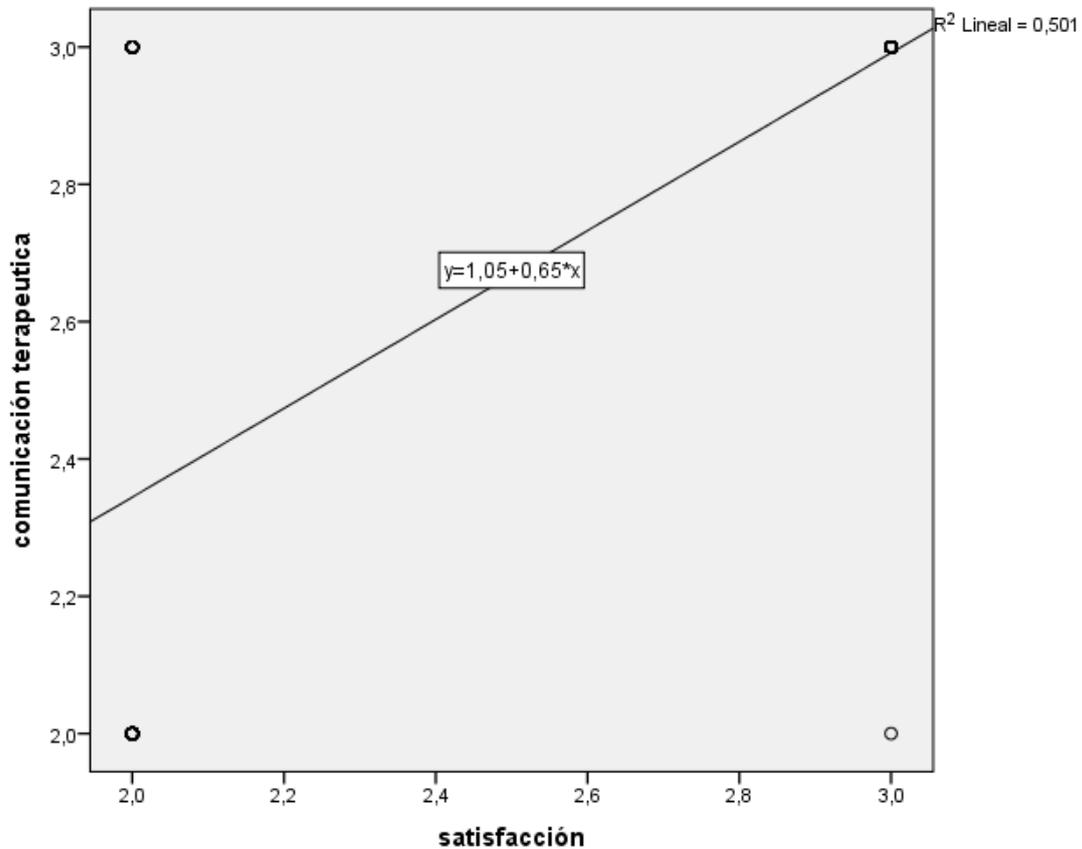
Prueba de correlación según Spearman entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente

			Comunicación terapéutica	Satisfacción de necesidades del paciente
Rho Spearman	de Comunicación terapéutica	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 208	,537** ,001 208
	Satisfacción necesidades paciente	de Coeficiente del de de correlación Sig. (bilateral) N	,537** ,001 208	1,000 . 208

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 8 la variable comunicación terapéutica está relacionada directa y positivamente con la variable satisfacción de necesidades del paciente, según la correlación de Spearman de 0.537 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.



Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe una relación significativa entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

H0: No existe una relación significativa entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

Tabla 9

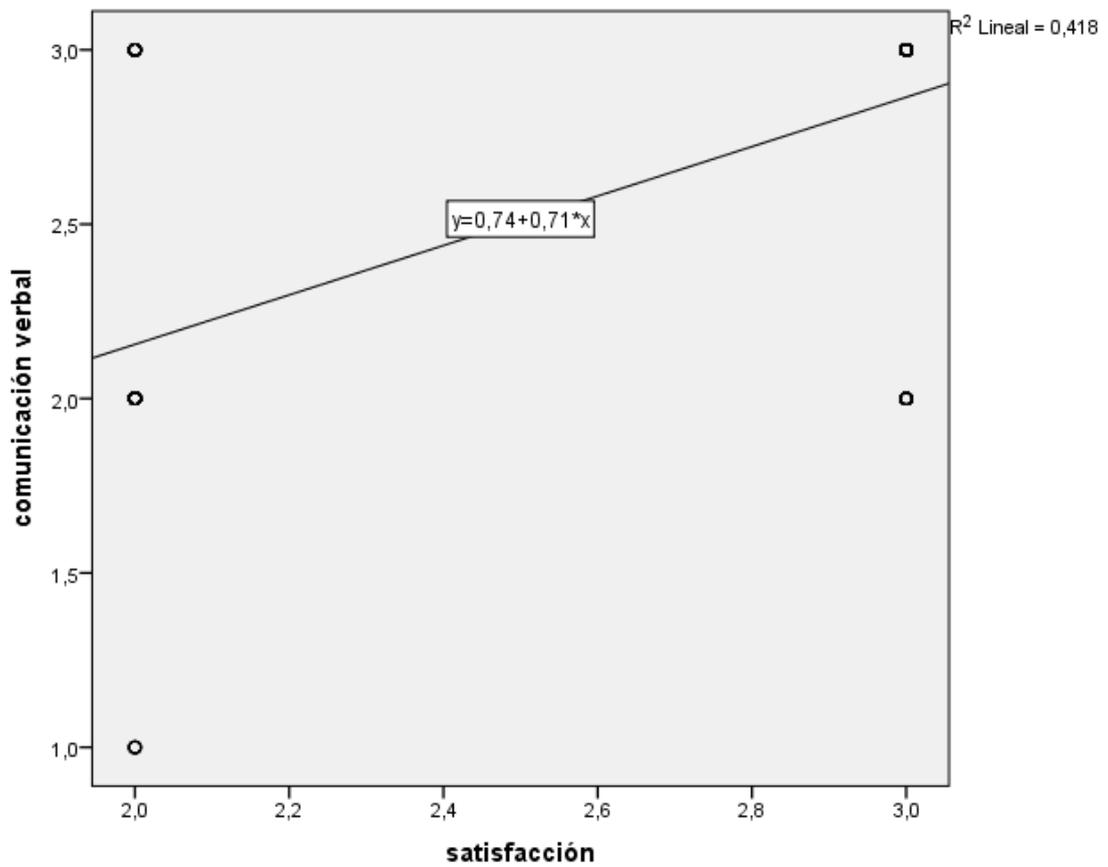
Prueba de correlación según Spearman entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente

		Comunicación verbal	Satisfacción de necesidades del paciente
Rho Spearman	de Comunicación verbal	1,000	,504**
	de Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	208	208
	Satisfacción de necesidades del paciente	,504**	1,000
	de Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)	,001	.
	N	208	208

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 la comunicación verbal está relacionada directa y positivamente con la variable satisfacción de necesidades del paciente, según la correlación de Spearman de 0.504 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.



Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una dimensión de la variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe una relación significativa entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

H0: No existe una relación significativa entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

Tabla 10

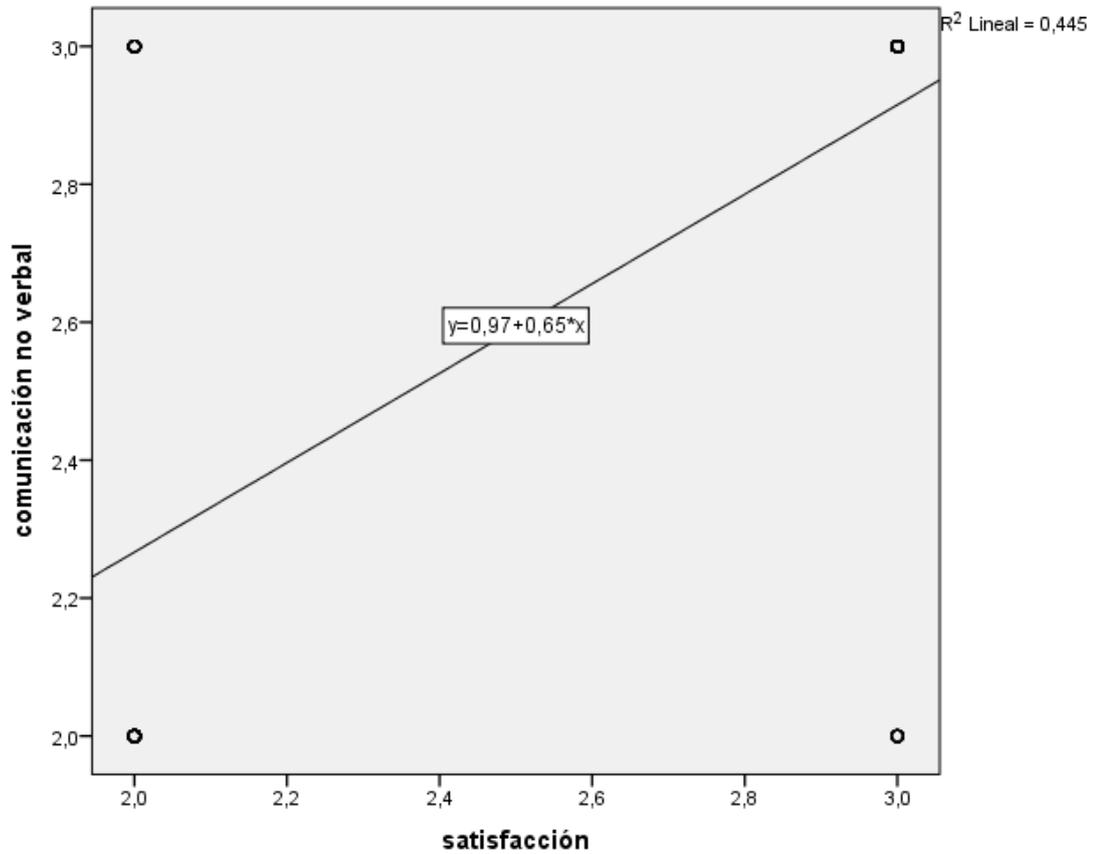
Prueba de correlación según Spearman entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente

			Comunicación no verbal	Satisfacción de necesidades del paciente
Rho Spearman	de Comunicación verbal	no	1,000	,567**
		Coeficiente de correlación		
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	208	208
	Satisfacción necesidades paciente	de	,567**	1,000
		Coeficiente de correlación		
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	208	208

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 la comunicación no verbal está relacionada directa y positivamente con la variable satisfacción de necesidades del paciente, según la correlación de Spearman de 0. 567 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.



Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una dimensión de la variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

6.2.- Discusión

A la luz de los resultados de la presente investigación expreso lo siguiente:

Según la tabla 1 y Gráfico 1 que el 28,37% de los entrevistados perciben una comunicación terapéutica de las licenciadas (os) de enfermería en un nivel bueno, el 54,33% perciben un nivel regular y un 17,31% un nivel malo, también se evidencia en la tabla 4 y Gráfico 4 que el 26,44% de los entrevistados presentan un nivel alto de satisfacción, el 52,88% presentan un nivel medio y un 20,67% un nivel bajo. Con respecto a la correlación de las variables se obtuvo que la variable comunicación terapéutica está relacionada directa y positivamente con la variable satisfacción de necesidades del paciente, según la correlación de Spearman de 0.537 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Sin embargo, en la investigación realizada por Grados (2014) acerca de las características de la comunicación enfermero – paciente. El 100% (45) de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta. Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”. Lo cual indica que no se establezca una relación terapéutica entre enfermero y paciente. De tal manera existe una contrariedad con los resultados obtenidos en la presente investigación.

De esta manera la Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar.

Por otro lado en la investigación realizada por Quiñones (2012), acerca de “comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente”, en la cual el análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías: comunicación con el paciente inconsciente: un desafío para la enfermera intensivista, estableciendo estrategias para una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente inconsciente, la sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente. Durante el despliegue de la investigación se consideraron los principios éticos de la Ética Personalista de Elio Sgreccia y el rigor científico de Guba y Lincoln. Siendo dicho estudio relevante como base fundamental para la presente tesis.

Y con respecto a la satisfacción en el estudio realizado por López y Rodríguez (2012), acerca del “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital II 2 Minsa- Tarapoto. Periodo junio - julio 2012”, donde concluyeron que el paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción alto sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HII2 Minsa – Tarapoto, existiendo una similitud con el presenta tesis, donde se observa un nivel medio y alto de satisfacción por parte de los pacientes.

6.3.- Conclusiones

Primera: Según los resultados obtenidos se determinó que existe una correlación directa y positivamente entre la variable comunicación terapéutica y la variable satisfacción de necesidades del paciente, teniendo un resultado moderado 0.537.

Segunda: Según los resultados obtenidos se determinó que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión comunicación verbal y la variable satisfacción de necesidades del paciente, teniendo un resultado moderado 0.504.

Tercera: Según los resultados obtenidos se determinó que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión comunicación no verbal y la variable satisfacción de necesidades del paciente, teniendo un resultado moderado 0.567.

6.4.- Recomendaciones

Primera: Se recomienda a los directivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas para que tomen en cuenta el presente estudio a fin de asignar una partida presupuestal para la implementación de talleres de manejo de emociones para los licenciados de enfermería, con el fin que lleve una mejor comunicación con el paciente.

Segunda: A los directivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y los profesionales de enfermería para que logren implementar programas de educación donde permitan desarrollar habilidades y destrezas de la comunicación terapéutica de los licenciados de enfermería, como herramienta fundamental para garantizar el cuidado oportuno, continuo y libre de riesgo del paciente que reciben el tratamiento de quimioterapia ambulatoria.

Tercera: A los licenciados de enfermería mantener una comunicación efectiva con los pacientes a las que proporciona atención, identificándose y dirigiéndose con amabilidad, favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas sentimientos y emociones.

Cuarta: A los directivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que consideren reconocer a los licenciados de enfermería mediante incentivos: cartas de felicitación, reconocimientos, cursos de capacitación, celebración de onomástico u otros como estrategia para mejorar las relaciones interpersonales entre ellos y también sea un medio de motivación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, E. (2002) *Security Communities*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002
- Arévalo., F. (2003). *Cuidados de las persona con enfermedad terminal*.
- Arraz P, y. B. (1996). *Aspectos psicolocos del enfermo en situacion terminal*. En M. Gonzales, *Tratado de Medicina paliativa y Tratamientos de soporte enel enfermo con cáncer* (págs. 1104 - 1114). Madrid: Panamericana.
- Astudillo, W. (2005). <http://www.arsmedica>. Obtenido de Necesidades de los enfermos en el final de la vida: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/210>
- Benavent, M., & Ferrer, E. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. En: *Colección de Enfermería 21*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería .
- Bernal, C. (2007). *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación.
- Calva, J. (2009). *Satisfacción de usuarios: la investigación sobre las necesidades de información*. México.
- Calvo, F. (2003). *Comentario al libro Psico-Oncología. Clínica y Salud*, 191-193.
- Cossich, T. y Schofield, P. (2004) *Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting*. Quality of Life Research.
- Cofreces, P. y Ofman, S. (2014). *La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010*. Perú.
- Fernández, C. Y. (02 de mayo de 2012). <https://issuu>. Obtenido de Necesidades Emocionales del Paciente con Cáncer: <https://issuu.com/sovpal/docs/necesidades-emocionales-en-el-cancer>
- García, J. (2013) *La aceptación personal*
- Garcia, J. (1983). <https://psicologiaymente.net>. Obtenido de Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas: <https://psicologiaymente.net/psicologia/piramide-de-maslow#!>
- Grados, B. (2014). *Características de la comunicación enfermero – paciente postquirúrgico mediato* : Servicio de cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo 2013. Lima.

- Gomez, L. (2012). *El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Avances en Enfermería.*
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación. Sexta edición.* México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Hernández, N. (2011). <http://www.aniorte-nic.net>. Obtenido de metodología de la investigación:
http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_met_investigac4.htm
- Hoffman, D; y Bateson, J. (2002). *Fundamentos de Marketing de Servicios.* Thomson. México.
- Ibañez, D. (2015). *Influencia de los patrones de la comunicación entre el personal sanitario, pacientes, y familiares en todo el procedimiento Quirúrgico.* España.
- INEN,(2016)
<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos epidemiologicos.html>
- Kotler, P; y Keller, K. (2006). *Dirección de Marketing. Duodécima Edición.* Pearson Educación, S.A. México
- Lamb, C., Hair, J., & Mc, D. (2006). *Concepto de comunicación.* Del libro: «Marketing», Octava Edición.
- Lopez. (2006). *La comunicación terapéutica durante instalación.* Rev Latino-am Enfermagem, 658-65.
- Lopez, A. y Rodriguez, K. (2012). *Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital II 2 Minsa.* Tarapoto.
- Mejia, y Amaya, R. (2011). Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe. El Salvador.
- Mejia, A. y Manrique, S. (2011) *Dimensiones de la satisfacción de clientes bancarios universitarios: una aproximación mediante el análisis de factores.* Venezuela.
- Méndez, S. (2014) *Definición de familia: ¿qué es la familia en la actualidad?*
- Méndez, S. (2014) *Definición de conyugue: ¿qué es conyugue?*
- Méndez, S. (2014) *Definición de hijos: ¿qué son los hijos?*

- Mesters I, Borne B. y Boer M, (2001) *Measuring information needs among cancer patients*. Patient Education and Counseling. 2001; 43(Issue 3): 255-264.
- Nouvilas. (2003). *La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. "Enfermería Integral"*.
- OMS.(2011).<http://www.who.int>.Obtenidode:
<http://www.who.int/cancer/treatment/es/>
- OMS(2014) <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- OMS. (2017). *Obtenido de* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Otto, Sh. (1999) *Enfermería Oncológica*. 3ra. Edición. España. Editorial Harcourt Brace.
- Parra, P. (1999) *Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Paciente Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Patrocino Peñuela Ruíz"*. Universidad de Los Andes, Estado Táchira.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. España: Salvat.
- Pérez, J. y Gardey, A. (2008) *Definición de información* (<http://definicion.de/informacion/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2008) *Definición de asesoría* (<http://definicion.de/asesoria/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2008) *Definición de interés* (<http://definicion.de/interes/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2008) *Definición de empatía* (<http://definicion.de/empatia/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2008) *Definición de trato* (<http://definicion.de/trato/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2010) *Definición de precisión* (<http://definicion.de/precision/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2010) *Definición de claridad* (<http://definicion.de/claridad/>)
- Pérez, J. y Gardey, A. (2010) *Definición de tono de voz* ([http://definicion.de/tono de voz/](http://definicion.de/tono-de-voz/))
- Pérez, J. y Gardey, A. (2010) *Definición de oportunidad* (<http://definicion.de/oportunidad/>)
- Pinto, B. (2010). *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz*. Bolivia.

- Prado, D. y Rojas, A. (2012). *Comunicación terapéutica enfermera(o) – paciente. Servicio de Oncología pediátrica, unidad Oncologica Centro Virgen del Valle*. Bolívar.
- Quiñones, S. (2012). *Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente*. Chiclayo.
- Retamal, R. (2012) *Expresión Corporal*. Chile.
- Rodríguez. (10 de setiembre de 2012). <http://www.aecs.es>. Obtenido de http://www.aecs.es/3_2_5.pdf
- Ruiz, R. (2004). *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. . Barcelona: Senfyc.
- Salto, E. (2014) *La evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012*, Ecuador.
- Santana, J., Silva, A., Minamisava, R., Queiroz, A., & Gomes, M. (2014). *Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza*. Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Stanton, W., Etzel, M., & Walker, B. (s.f.). *Definición de comunicacion* . McGraw-Hill Interamericana, 2007, Pág. 511.: Del libro: Fundamentos de Marketing, Decimocuarta Edición .
- Tamburini, M.; Gangeri, L. y Brunelli, C. (2000) *Assessment of hospitalised cancer patient´s needs by the Needs Evaluation Questionnaire*. Annals of Oncology.
- Wen, K. y Gustafson, D. (2004) *Needs Assessment for cancer patients and their families*. Health and Quality of Life Outcomes.
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Editorial: difusión avances de enfermería .

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

TITULO: “COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE EN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS AÑO 2017”

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>Problema General. ¿Qué relación existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017?</p> <p>Problemas Específicos ¿Qué relación existe entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017? ¿Qué relación existe entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación que existe entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar la relación que existe entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017. Identificar la relación que existe entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.</p>	<p>Hipótesis General: Existe una relación significativa entre la comunicación terapéutica y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.</p> <p>Hipótesis Específica. Existe una relación significativa entre la comunicación verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017. Existe una relación significativa entre la comunicación no verbal y la satisfacción de necesidades del paciente en quimioterapia ambulatoria que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.</p>	<p>Variable Independiente Comunicación Terapéutica Dimensiones Verbal No verbal. Variable Dependiente satisfacción de las necesidades del paciente Dimensiones Psicoemocionales Seguridad y confianza Apoyo emocional</p>	<p>Metodología Método Descriptivo Diseño: correlacional Ox M r Oy Tipo y nivel de investigación Tipo, cuantitativo Nivel descriptivo Población.- pacientes sometidos a quimioterapia. N= 450 Muestra La muestra será obtenida aplicando la fórmula para población finita, considerando un</p>	<p>Técnica La Encuesta Instrumento 2 Cuestionario dividido 1 al 15 variable dependiente 16 al de 26 variable independiente preguntas cerradas polítmicas.</p>

				margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. n=208 Muestreo.- al Azar Simple.	
--	--	--	--	--	--

Anexo 02: INSTRUMENTO.

“COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE EN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS AÑO 2017”

PRESENTACIÓN

Sr., Sra., Srta. Soy alumna egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, me encuentro realizando un estudio de investigación, que nos permitirá obtener información sobre “La comunicación terapéutica y nivel de satisfacción de Necesidades del Paciente en Quimioterapia ambulatoria, este será aplicado a pacientes del servicio de quimioterapia ambulatoria. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo, y serán utilizados únicamente para fines de la investigación. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de enunciados a los que debe usted responder eligiendo una sola alternativa como respuesta.

Si, A veces, No. Marcando con una aspa (x)

DATOS GENERALES

- Edad: _____ años.
- Grado de instrucción: _____
- SEXO: M_____ F_____
- N° de sesión de quimioterapia:- _____

VARIABLE DEPENDIENTE

	PSICO EMOCIONALES	No	A veces	SI
1	La enfermera(o) Cuida y provee que usted se encuentre cómodo y confortable antes, durante y después de la quimioterapia.			
2	Cómo lleva su enfermedad ahora, tranquilo			
3	Usted piensa en su estado de salud ,que va mejorando			
4	La enfermera(o) le pregunta sobre su estado físico y emocional cada vez que lo atiende.			
5	La enfermera(o) siempre lo atiende de manera personalizada			
6	La enfermera se muestra cordial y amable con usted.			
	SEGURIDAD			
7	La enfermera(o) le orienta sobre el tratamiento con frecuencia y el tiempo y duración de la quimioterapia.			
8	La enfermera(o) le explica los procedimientos que le va a realizar y reacciones secundarios de la quimioterapia			
9	La enfermera(o) lo atiende de manera oportuna cuando usted lo solicita.			
10	La enfermera(o) lo atiende de manera oportuna cuando presenta efectos secundarios por el tratamiento de quimioterapia			
11	La enfermera(o) se preocupa cuando lo ve inquieto y le presta atención.			
12	El interés que muestra la enfermera le hace sentir cómodo.			
	APOYO EMOCIONAL			
13	Sus familiares Muestran interés en usted.			

14	Sus familiares continuamente lo animan sobre su estado de salud.			
15	Sus familiares lo escuchan y dejan que usted exprese sus pensamientos, sentimientos y preocupaciones			
	VARIABLE INDEPENDIENTE	NO	A VECES	SI
	COMUNICACIÓN VERBAL			
16	El enfermero(a) mantiene una conversación fluida con usted.			
17	El enfermero al conversar utiliza un lenguaje: claro			
18	El enfermero al conversar utiliza un lenguaje: sencillo.			
19	La pronunciación de la enfermera es entendible.			
20	El tono de voz de la enfermera es adecuado.			
21	La información que recibe usted es suficiente y oportuna.			
22	El enfermero (a) Responde a las dudas que usted tiene.			
	COMUNICACIÓN NO VERBAL			
23	La enfermera(o) lo mira cuando se dirige a usted.			
24	La enfermera(o) Adquiere alguna postura expresiva cuando se comunica con Usted.			
25	La enfermera(o) realiza gestos agradables cuando se comunica con usted.			
26	Siente que los cambios en la postura corporal de la enfermera pretenden transmitirle algo.			

Anexo 03: Base de datos de las variable 1

N°	ITEM01	ITEM02	ITEM03	ITEM04	ITEM05	ITEM06	ITEM07	ITEM08	ITEM09	ITEM10	ITEM11
1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2
2	2	2	1	3	2	3	3	3	2	2	2
3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2
4	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	1
5	1	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3
6	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
7	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
8	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
9	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3
10	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
11	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
12	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
13	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
14	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
15	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
16	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
17	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
18	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
19	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
20	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
21	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
22	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
23	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
24	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1

25	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
26	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
27	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
28	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
29	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
30	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3
31	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
32	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
33	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
34	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
35	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
36	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
37	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
38	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
39	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
40	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
41	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
42	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
43	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
44	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
45	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
46	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
47	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
48	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
49	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
50	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
51	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2

52	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
53	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
54	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
55	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
56	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
57	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
58	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
59	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
60	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
61	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
62	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
63	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
64	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3
65	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
66	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
67	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
68	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
69	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
70	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
71	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
72	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
73	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
74	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
75	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
76	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
77	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
78	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2

79	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
80	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
81	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
82	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
83	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
84	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
85	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
86	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
87	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
88	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
89	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
90	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
91	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
92	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
93	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
94	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
95	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
96	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
97	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
98	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3
99	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
100	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
101	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
102	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
103	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
104	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
105	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2

106	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
107	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
108	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
109	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
110	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
111	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
112	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
113	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
114	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
115	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
116	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
117	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
118	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
119	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
120	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
121	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
122	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
123	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
124	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
125	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
126	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
127	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
128	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
129	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
130	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
131	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
132	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3

133	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
134	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
135	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
136	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
137	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
138	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
139	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
140	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
141	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
142	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
143	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
144	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
145	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
146	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
147	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
148	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
149	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
150	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
151	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
152	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
153	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
154	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
155	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
156	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
157	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
158	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
159	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2

160	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
161	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
162	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
163	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
164	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
165	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
166	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3
167	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
168	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
169	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
170	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
171	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
172	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
173	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
174	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
175	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
176	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
177	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
178	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
179	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
180	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
181	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
182	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
183	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
184	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
185	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
186	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2

187	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2
188	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1
189	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
190	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
191	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
192	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2
193	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2
194	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1
195	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
196	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
197	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2
198	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
199	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2
200	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3
201	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
202	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2
203	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2
204	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
205	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3
206	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
207	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
208	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2

Base de datos de las variable 2

N°	ITEM01	ITEM02	ITEM03	ITEM04	ITEM05	ITEM06	ITEM07	ITEM08	ITEM09	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15
1	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3
2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3
3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2
4	3	2	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	1	3
5	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
6	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
7	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
8	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
9	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
10	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
11	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
12	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
13	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
14	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
15	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
16	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
17	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
18	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
19	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
20	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
21	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
22	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
23	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
24	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3

25	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
26	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
27	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
28	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
29	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
30	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
31	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
32	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
33	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
34	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
35	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
36	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
37	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
38	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
39	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
40	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
41	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
42	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
43	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
44	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
45	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
46	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
47	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
48	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
49	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
50	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
51	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3

52	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
53	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
54	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
55	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
56	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
57	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
58	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
59	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
60	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
61	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
62	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
63	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
64	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
65	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
66	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
67	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
68	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
69	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
70	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
71	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
72	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
73	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
74	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
75	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
76	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
77	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
78	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3

79	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
80	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
81	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
82	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
83	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
84	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
85	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
86	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
87	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
88	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
89	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
90	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
91	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
92	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
93	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
94	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
95	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
96	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
97	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
98	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
99	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
100	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
101	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
102	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
103	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
104	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
105	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2

106	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
107	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
108	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
109	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
110	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
111	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
112	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
113	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
114	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
115	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
116	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
117	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
118	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
119	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
120	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
121	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
122	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
123	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
124	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
125	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
126	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
127	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
128	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
129	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
130	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
131	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
132	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3

133	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
134	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
135	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
136	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
137	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
138	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
139	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
140	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
141	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
142	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
143	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
144	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
145	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
146	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
147	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
148	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
149	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
150	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
151	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
152	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
153	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
154	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
155	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
156	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
157	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
158	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
159	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3

160	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
161	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
162	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
163	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
164	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
165	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
166	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
167	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
168	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
169	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
170	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
171	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
172	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
173	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
174	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
175	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
176	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
177	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
178	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
179	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
180	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
181	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
182	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
183	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
184	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
185	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
186	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2

187	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
188	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
189	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
190	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
191	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
192	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
193	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
194	3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3
195	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
196	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
197	3	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3
198	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
199	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3
200	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
201	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
202	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
203	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3
204	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3
205	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3
206	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
207	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
208	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3

Anexo 04: Confiabilidad de los instrumentos

Comunicación terapéutica

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	208	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	208	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	11

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	32,15	31,384	,565	,806
ITEM02	32,40	31,498	,512	,811
ITEM03	32,45	34,760	,423	,819
ITEM04	32,43	32,792	,541	,810
ITEM05	32,28	33,427	,418	,818
ITEM06	32,73	32,063	,551	,808
ITEM07	32,00	32,339	,474	,814
ITEM08	32,38	34,715	,269	,830
ITEM09	32,38	31,461	,592	,804
ITEM10	32,32	30,830	,597	,803
ITEM11	32,48	33,271	,352	,825

Satisfacción del paciente

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	208	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	208	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,815	15

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	50,10	63,210	,392	,807
ITEM2	50,38	63,834	,386	,807
ITEM3	50,62	71,223	-,114	,832
ITEM4	50,33	63,887	,304	,813
ITEM5	50,13	64,897	,247	,816
ITEM6	50,50	59,915	,668	,791
ITEM7	49,97	64,609	,342	,810
ITEM8	50,23	60,995	,612	,795
ITEM9	50,60	62,753	,454	,803
ITEM10	50,30	63,603	,394	,807
ITEM11	50,15	63,011	,447	,804
ITEM12	50,60	62,108	,571	,798
ITEM13	50,13	64,897	,247	,816
ITEM14	50,50	59,915	,668	,791
ITEM15	50,23	60,995	,612	,795

Anexo 05: Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Comunicación terapéutica	,477	208	,000	,488	208	,000
Satisfacción del paciente	,477	208	,000	,488	208	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors