

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**PERCEPCION DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO  
ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA**

**Por**

**ARCELIA LIÑAN ZAMARRIPA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Administración de Servicios**

**SEPTIEMBRE, 2002**

TM  
RT86  
.3  
.L5  
c.1

SEPTI

PERCEPCION DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO  
ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

A.L.Z.



1080116245

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PERCEPCION DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO  
ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

Por

ARCELIA LIÑAN ZAMARRIPA

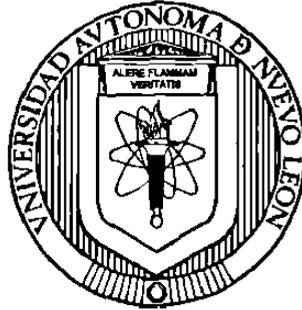
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Administración de Servicios

SEPTIEMBRE, 2002

TM  
RT 8  
.3  
L5



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO  
ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

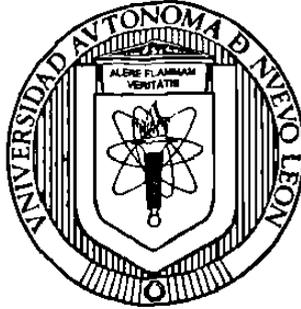
Por

ARCELIA LIÑÁN ZAMARRIPA

Como requisito para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Administración de Servicios

SEPTIEMBRE, 2002

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO ACERCA DEL  
CUIDADO DE ENFERMERÍA

Por

LIC. ARCELIA LIÑÁN ZAMARRIPA

Director de Tesis

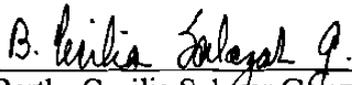
BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Administración de Servicios

SEPTIEMBRE, 2002

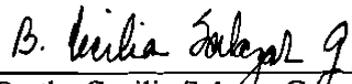
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO  
ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Aprobación de Tesis



---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD  
Director de Tesis



---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD  
Presidente



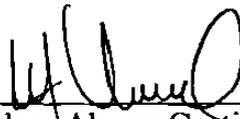
---

ME. Ma. Guadalupe Martínez Martínez  
Secretario



---

Esther C. Gallegos Cabriaes PhD  
Vocal



---

MSP. Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **DEDICATORIA**

**A Dios por todos los regalos que hasta hoy me ha dado, por guiar e iluminar mi vida, por estar siempre conmigo y escucharme**

**A mi familia porque son un regalo de Dios, que iluminan mi vida con su presencia y son mi mas valioso motivo para continuar y crecer profesionalmente, con todo cariño.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Imposible llegar a la meta que hoy he llegado sin la ayuda de algunas personas es por ello que quiero dar gracias, gracias:

A mi familia por darme su apoyo, cariño, comprensión y consejos.

A todo el personal que labora en esta facultad, principalmente al personal docente por transmitirme y compartir conmigo sus conocimientos.

Un especial agradecimiento con cariño y admiración a mi Director de Tesis la Dra. Bertha Cecilia Salazar González por brindarme su apoyo, sus consejos, su tiempo y sobretodo su paciencia.

Gracias, muchas gracias.

## RESUMEN

Arcelia Liñán Zamarripa  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre 2002

Título del estudio: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO  
ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Número de Páginas: 25

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de  
Enfermería con Énfasis  
en Administración de Servicios

Área de Estudio: Administración de Servicios

**Propósito y método de estudio:** Los objetivos del presente estudio fueron determinar que dimensiones del cuidado de enfermería obtenían mayor puntaje, explorar si existían relaciones entre las variables demográficas edad, escolaridad y número de internamientos previos y el cuidado de enfermería así mismo, explorar si existían diferencias en la percepción del cuidado de enfermería por parte del paciente hospitalizado según institución y sexo. El marco conceptual se basó en los conceptos del trabajo de Wolf et al. (1994) que desarrollaron el Inventario de Conductas del Cuidado (CBI), dado que esas autoras se basaron en la teoría del cuidado transpersonal de Watson también se basó en esta última teórica. El diseño fue descriptivo exploratorio, el muestreo fue por conveniencia con un tamaño de muestra de 100 pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud de segundo nivel (dos públicas y una privada).

**Contribución y conclusiones:** Se probó por primera vez el CBI con un coeficiente de confiabilidad de .98. La media de edad fue de 43.35 años (DE = 15.92) los valores oscilaron entre 17 y 79 años de edad. Poco más de la mitad de la muestra (57%) corresponde al sexo femenino, el 37% señaló haber estudiado la primaria o menos. En la mayoría de los participantes (95%) el número de internamientos osciló entre uno y cinco. Todas las dimensiones del cuidado de enfermería obtuvieron medias altas. La dimensión del cuidado de enfermería que obtuvo mayor puntaje fue la de empatía y la más baja fue la de conocimientos y habilidades profesionales. La prueba de Kolmogorov Smirnov no mostró distribución normal. El coeficiente de correlación de Spearman no mostró relación significativa entre las variables demográficas y el cuidado de enfermería. La prueba U de Mann-Whitney no mostró diferencia de medias entre la percepción del cuidado de enfermería por género ( $U = 1124$ ,  $p = .52$ ); tampoco la prueba de Kruskal Wallis mostró diferencias entre la percepción del cuidado de enfermería según institución. La confiabilidad tan alta del inventario sugiere repetición de preguntas, hecho que fue apoyado por los comentarios de los pacientes. Una aproximación cualitativa tal vez brinde una panorámica mejor acerca del cuidado de enfermería.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS

*B. Verónica Salazar G.*

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	2
Estudios relacionados	4
Definición de términos	5
Objetivos	6
Capítulo II	
Metodología	7
Diseño de estudio	7
Muestreo, población y muestra	7
Selección de participantes	7
Recolección de la información	8
Instrumento	8
Consideraciones éticas	9
Análisis de resultados	10
Capítulo III	
Resultados	11
Características de la muestra	11
Capítulo IV	
Discusión	15
Conclusiones	16
Recomendaciones	16
Referencias	17

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Apéndices</b>	<b>20</b>
<b>A. Consentimiento informado</b>	<b>21</b>
<b>B. Cédula de identificación</b>	<b>23</b>
<b>C. Inventario de conductas del cuidado</b>	<b>24</b>

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1.- Características sociodemográficas de los participantes	11
2.- Resultados de la confiabilidad	12
3.- Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad para los índices de cuidado de enfermería	13
4.- Matriz de correlación entre variables demográficas y cuidado de enfermería	13
5.- Datos descriptivos del índice del cuidado de enfermería según institución	14

## Capítulo I

### Introducción

El cuidado ha sido definido en términos genéricos como un fenómeno universal que influye en las formas como piensa, siente y se comporta la gente en relación de uno con otro Heidegger (citado por Dyson, 1996). Dicho concepto ha predominado desde Florencia Nigthingale hasta el presente en la disciplina de enfermería; muchos autores han coincidido en que el cuidado es el dominio central de la enfermería (Brody, 1988; Fry, 1989; Kyle, 1995; Leininger, 1984). Al respecto Morse, Bottorff, Neander y Solberg (1991) enfatizan que si el cuidado realmente es la esencia de la enfermería entonces debe demostrarse y no simplemente proclamarse. Si el cuidado es la característica central, dominante y unificadora de enfermería, debe ser relevante para la práctica y para el paciente; y no simplemente un sentimiento interiorizado por parte de la enfermera.

Griffin (1980, 1983) también, coincide en que los aspectos principales del cuidado en enfermería son actividades y actitudes mediadas a través de la relación enfermera-paciente. Se pierde legitimidad como profesión y como disciplina si el cuidado no tiene resultados conductuales (Ben-Sira, 1990). Para todos los autores anteriores el cuidado rebasa una serie de acciones o procedimientos, involucra respeto, empatía y atención que se dan en las relaciones interpersonales, además de conocimiento y habilidades profesionales, entre otros.

En otro orden de ideas, Duck y Copp (1992) manifiestan que el cuidado de enfermería es visto como un hilo que sostiene las piedras de un collar, que generalmente esta oculto y de manera similar el cuidado implica o tiene más aspectos de los que se observan. En ese sentido Wolf (1999) señala que con frecuencia el trabajo de enfermería no es apreciado y por lo tanto es devaluado por la sociedad.

Por ello es importante conocer si el cuidado de enfermería resulta visible ante los

ojos del paciente. Surge entonces, la siguiente pregunta de investigación. ¿Qué dimensiones del cuidado de enfermería son mas visibles para el paciente?

Debido a que se desconoce como es captado el cuidado de enfermería por el paciente que lo recibe, se propone un estudio exploratorio.

### Marco conceptual

Las dimensiones (habilidades y conocimientos profesionales, atención prestada, trato respetuoso, tranquilidad y empatía) del cuidado de enfermería propuestas por Wolf, Giardino, Osborne y Ambrose (1994) son adecuadas para enmarcar este estudio. Dado que estas autoras se basaron en la teoría del cuidado transpersonal de Watson (1988), se revisará brevemente.

Watson (1988) ve el cuidado como el atributo de mayor valor que la enfermera puede ofrecer, y que puede ser demostrado de manera efectiva. Ella ve a la enfermería como un proceso terapéutico interpersonal que va más allá de acciones y procedimientos. En este proceso se da una interacción entre el que es cuidado y el que cuida. El cuidado preserva la dignidad humana en los sistemas de salud dominados por el enfoque curativo.

Watson identificó las siguientes dimensiones o factores del cuidado:

1. Formación de un sistema de valores humanístico-altruista.
2. Instalación de fe y esperanza.
3. Cultivo para la sensibilidad de uno mismo y los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza.
5. Promoción de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico de resolución de problemas para la toma decisiones.
7. Promoción del aprendizaje y la enseñanza interpersonal.
8. Promoción de un entorno de apoyo, protección o corrección mental,

físico, sociocultural y espiritual.

9. Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.

10. Aceptación de las fuerzas existenciales fenomenológicas.

Las dimensiones anteriores colocan el cuidado de enfermería desde una perspectiva filosófica; mientras que los factores curativos apuntan hacia la curación de la enfermedad del paciente, los factores del cuidado se dirigen al proceso de cuidar que ayudan a la persona a mantener la salud o a morir en paz (Watson, 1988).

Para Wolf et al. (1994, 1998) el cuidado de enfermería es un proceso interactivo e intersubjetivo que ocurre en momentos de vulnerabilidad compartida entre la enfermera y el paciente y se dirige tanto hacia uno, como hacia el otro. El cuidado se dirige hacia el bienestar del paciente y se da cuando las enfermeras responden al paciente en una situación de cuidado. Este es un ejemplo del trabajo oculto de la enfermera que puede pasar desapercibido por los pacientes y sus familias, excepto cuando las conductas y actitudes que constituyen el cuidado hacen falta; debido a esto Wolf et al. (1994) realizaron un estudio para identificar que palabras y frases consideraban las enfermeras registradas como representativas del cuidado de la enfermera con los pacientes. Este estudio estableció la validez de contenido del Inventario de Conductas del Cuidado (CBI) vinculando los reactivos tanto a la literatura de enfermería como a la literatura filosófica del cuidado; durante el estudio se identificaron 42 reactivos los cuales fueron clasificados dentro de alguna de las cinco dimensiones propuestas por Wolf y colaboradores:

1. Deferencia respetuosa por los demás (trato respetuoso)
2. Tranquilidad por la presencia humana (tranquilidad)
3. Conexión positiva (atención prestada)
4. Conocimientos y habilidades profesionales
5. Atención a la experiencia del otro (empatía)

Una revisión de las cinco dimensiones sugiere una correspondencia de las

dimensiones del cuidado de la enfermera con la teoría de cuidado transpersonal de Watson (1988). Por ejemplo, las siguientes dimensiones Wolf et al.: tranquilidad por la presencia humana (tranquilidad), la conexión positiva (atención prestada) y la atención a la experiencia del otro (empatía) reflejan los aspectos trascendentes del cuidado de la enfermera según Watson. Los reactivos de las otras dos dimensiones de Wolf encajan en diversas dimensiones de la teoría de Watson. Por ejemplo, el reactivo de “supo como aplicar inyecciones intravenosas, intramusculares, entre otros” corresponde a la dimensión de conocimientos y habilidades de Wolf, encaja en la dimensión de asistencia satisfactoria de las necesidades humanas de Watson.

### Estudios relacionados

Los reportes de investigación se organizan en torno a las dimensiones del cuidado de enfermería y al Inventario de Conductas del Cuidado. Este último se ha usado para relacionarlo con la satisfacción del paciente. Wolf et al. (1998) realizaron un estudio en 335 reportes de pacientes acerca del cuidado y la satisfacción con el cuidado de enfermería. Reportaron alta significancia entre el cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente ( $r = 0.78, p < .001$ ). El coeficiente de determinación fue de 61.46%.

En ese estudio las respuestas positivas a una pregunta abierta fueron en términos de excelente y maravillosas. Mientras que las negativas se referían a sobrecarga de trabajo, unidades con poco personal y tiempo excesivo en papeleo. Los recortes del personal y la reforma de salud también se manifestaron como preocupación. Algunos criticaron el ruido y el que las enfermeras hablaran mucho de noche. Algunos señalaron no poder distinguir entre las diferentes categorías del personal de enfermería. Otros indicaron no recibir apoyo emocional y que las enfermeras entraban cuando necesitaba hacer algo y se salían rápidamente. Otro hallazgo, fue que el cuidado percibido en un hospital universitario fue más malo en comparación a un hospital comunitario.

Swan (1998) estudió la relación entre el cuidado de enfermería posoperatorio y los síntomas molestos en 100 adultos. Cuatro días posteriores a la cirugía los participantes mostraron asociación entre los síntomas molestos y la dimensión de respeto hacia otros, asegurando la presencia humana, conexión positiva, salud mental e interacción social ( $p \leq .05$ ). Los pacientes que calificaron más alto el cuidado de enfermería experimentaron menos síntomas molestos y viceversa.

Watson y Lea (1997) publicaron un estudio realizado a 1430 enfermeras a quienes se les dio a conocer una lista de aspectos de los cuales tenían que indicar cuales consideraban que se llevaban a cabo al proporcionar el cuidado de enfermería, de esta manera se reportó que el aspecto más identificado fue el de escuchar al paciente y el menos identificado fue el de compartir los problemas personales con el paciente.

Cronin y Harrison (1988) realizaron un estudio en una muestra de 22 pacientes el propósito fue que se identificaran la percepción de los pacientes acerca de los comportamientos de enfermería como indicadores del cuidado. Los dos reactivos con escalas más altas fueron “se lo que las enfermeras están haciendo”, “se como proporcionan las inyecciones, etc”; los reactivos con escalas más bajas fueron “ me visitan cuando me cambio a otra unidad hospitalaria”, “me pregunta cómo me gusta que me llamen”.

### Definición de términos

Cuidado de enfermería es la conducta y el grado de percepción que el paciente reconoce/identifica durante la interacción con la enfermera en términos de las habilidades y conocimientos profesionales, atención prestada, trato respetuoso, tranquilidad y empatía.

La edad se registró en años cumplidos referidos por el participante.

La escolaridad fue el número de años de escuela cursados que el participante indicó.

**Sexo se registró en términos de femenino y masculino.**

**El número de internamiento previos fue el número que el paciente refirió haber tenido durante el último año.**

### Objetivos

- 1. Determinar que dimensiones del cuidado de enfermería obtienen mayor puntaje.**
- 2. Explorar si existen relaciones entre las variables demográficas, edad, escolaridad, número de internamientos previos y el cuidado de enfermería.**
- 3. Explorar si existen diferencias en la percepción del cuidado de enfermería por parte del paciente hospitalizado según institución y sexo.**

## Capítulo II

### Metodología

En este capítulo se describe el diseño de estudio, muestreo, población, muestra, selección de participantes, procedimiento, mediciones así como las consideraciones éticas y análisis de resultados.

#### Diseño del estudio

El presente estudio fue descriptivo exploratorio debido a que se describió la percepción del paciente respecto al cuidado de enfermería (Polit & Hungler, 1999).

#### Muestreo, población y muestra

El tipo de muestreo utilizado para el estudio fue no probabilístico por conveniencia. Se estudiaron a pacientes adultos hospitalizados en tres instituciones de salud de segundo nivel (dos públicas y una privada). El tamaño de muestra fue de 100 pacientes, tamaño suficiente por tratarse de un estudio exploratorio con un instrumento nuevo Dr. M. V. Gómez Meza (comunicación personal, Febrero 21, 2002).

#### Selección de participantes

Se revisaron los expedientes de los pacientes con el fin de seleccionar a los participantes que tuvieran mas de 48 horas de haber sido internados.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pacientes que se observaran sin facies de dolor y a pregunta expresa respondieran no tener dolor.
2. Orientados en persona y lugar. Para verificar este aspecto se preguntó su nombre y el nombre de la institución en la que estaba internado(a).
3. Capaz de hablar en forma articulada y oír para lo cual se valoró que el tono de

voz fuera claro y entendible.

### Recolección de la información

Se acudió a las instituciones de salud en horarios que no interfirieran con el trabajo de los profesionales de la salud y la visita de los familiares. La experiencia del autor señaló que por la mañana de 9:00 –13:00 horas y por la tarde de 14:00 – 16:00 horas eran horarios factibles para abordar al paciente. Una vez revisados los expedientes el investigador principal (IP) acudió a cada sala o cuarto de los pacientes y abordó uno por uno de acuerdo a los criterios de inclusión. Se le explicó a cada paciente el objetivo del estudio y se solicitó de forma verbal su consentimiento para participar (Apéndice A). Se le explicó que el IP no pertenecía a la institución, no se anotaría su nombre en los instrumentos y que se tomarían medidas para que sus respuestas no fueran escuchadas.

Si el paciente se encontraba en una sala con mas pacientes, se corría la cortina con el fin de aislarlo visualmente del resto y se le explicó que el IP daría lectura a las instrucciones y cada enunciado con las posibles opciones de respuestas. Si el paciente sabia leer se auxiliaba de un cartoncillo que contenía la escala de respuestas del (1 al 6) de los reactivos, así el paciente podía señalar su respuesta para cada enunciado. Si las circunstancias del paciente y de la institución lo permitían, se le llevaba en silla de ruedas a un lugar mas apartado para que respondieran el inventario.

### Instrumento

La cédula de identificación (Apéndice B) contenía nombre, edad, sexo, escolaridad y el número de internamientos previos.

#### **Inventario de Conductas del Cuidado:**

El Inventario de Conductas del Cuidado (Caring Behaviors Inventory: CBI) (Apéndice C) diseñado por Wolf (1994). Se basó en los resultados de un estudio de tipo fenomenológico. En 1998 el CBI fue aplicado a 541 sujetos de los cuales 278 eran

enfermeras y 263 pacientes, de esta manera obtuvo un Alpha de Cronbach de .98. Dicho instrumento consta de 42 reactivos los cuales se clasificaron en cinco dimensiones mediante análisis de factores:

Deferencia respetuosa por los demás (trato respetuoso), con los reactivos 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 27 y 28.

Tranquilidad por la presencia humana (tranquilidad) dentro de esta escala están los reactivos 16, 18, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37.

Conexión positiva que implica disposición optimista y constante por parte de la enfermera para ayudar a los demás (atención prestada) y corresponde a 9 reactivos que son 5, 6, 12, 13, 14, 17, 21, 23 y 25.

Conocimiento y habilidades profesionales en esta subescala están el 19, 20, 22, 24 y 38.

Atención a la experiencia del otro (empatía) esta subescala abarca los reactivos 39, 40, 41 y 42.

El formato de medición del inventario fue de seis puntos y va desde 1= nunca hasta 6 = siempre; el puntaje osciló de 42 a 252 puntos, a mayor puntaje mayor cuidado percibido por el paciente, a menor puntaje menor cuidado percibido por el paciente.

### Consideraciones éticas

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Secretaría de Salud, 1987) el presente estudio cumplió dicha normativa a través de obtener el consentimiento informado (Apéndice A) de pacientes en el estudio (Título segundo, Artículo 14, fracción V).

Respecto al artículo 16, se protegió la privacidad del participante al omitir su nombre en el instrumento. En relación al artículo 57 que se refiere a los grupos subordinados, las cortinas de su cubículo se corrieron a fin de aislarlo visualmente o bien se le llevaba en silla de ruedas a un espacio mas privado, con el fin de que no sintiera

temor a responder o se sintiera intimidado por la presencia de las enfermeras que lo atendían.

Respecto al artículo 14, fracción VII y VIII se contó con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de la Facultad de Enfermería, así como de la autorización de las jefaturas de los servicios de enfermería, a fin de cubrir con los trámites de los procedimientos administrativos señalados.

De acuerdo al artículo 17, fracción II se consideró de riesgo mínimo por la situación de estar hospitalizado. Cabe mencionar que se anticiparon medidas para que el paciente no fuera perjudicado por las preguntas acerca de la enfermera.

Se solicitó la participación voluntaria de los sujetos de estudio, para lo cual se les explicó en forma verbal y clara el propósito del estudio. Se le señaló que tenía la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que así lo deseara sin que ello repercutiera en su cuidado y tratamiento según el Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV y VI.

### Análisis de resultados

Para el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva para describir las características de la muestra y del inventario.

Se determinó la distribución de las respuestas del inventario mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Se obtuvo la consistencia interna del Inventario de Conductas del Cuidado mediante el Alpha de Cronbach.

Para explorar las relaciones entre las variables demográficas de intervalo edad, escolaridad, número de internamientos previos y cuidado se aplicó el coeficiente de Spearman. Para explorar diferencias por sexo con el cuidado de enfermería se usó la prueba U de Mann Whitney. Mediante la prueba no paramétrica Kruskal Wallis se exploraron diferencias por instituciones con el cuidado de enfermería.

### Capítulo III

#### Resultados

Se presentan las estadísticas descriptivas, la determinación del Alpha de Cronbach y de la prueba de distribución normal. Finalmente, se describen los resultados del coeficiente de correlación de Spearman y Kruskal-Wallis.

#### Características de la muestra

Los datos corresponden a 100 pacientes hospitalizados en dos instituciones públicas y una privada. La media de edad fue de 43.35 años (DE= 15.92) los valores oscilaron entre 17 y 79 años de edad. En la tabla 1 se puede observar que poco mas de la mitad (57%) correspondió al sexo femenino, el 37% señaló haber estudiado la primaria o menos. En la mayoría (95%) el número de internamientos osciló entre uno y cinco.

Tabla 1

#### Características sociodemográficas de los participantes

Variable del estudio	f	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	57	57%
Masculino	43	43%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria o menos	37	37%
Secundaria, técnica, o comercial	34	34%
Preparatoria, profesional, posgrado	29	29%
<b>Internamientos</b>		
De 1 a 5 internamientos	95	95%
De 6 a 10 internamientos	5	5%

Fuente: Cédula de identificación

**n= 100**

Los coeficientes del Alpha de Cronbach por cada dimensión y del inventario total se presentan en la tabla 2. El coeficiente de confiabilidad del Inventario de Conductas de Cuidado sugiere multicolinealidad, es decir que existen preguntas que se repiten.

Tabla 2

Resultados de la confiabilidad

Dimensión	Reactivos	Alpha de Cronbach
Trato respetuoso	1, 2, 3, 4,7, 8,9,10,11,15,27,28	.94
Tranquilidad	16,18,26,29,30,31,32,33,34,35,36,37	.96
Atención prestada	5,6,12,13,14,17,21,23,25	.93
Conocimientos y habilidades profesionales	19, 20,22,24,38,	.73
Empatía	39,40,41,42	.85
Cuidado de enfermería	1-42	.98

Fuente: Inventario de Conductas del Cuidado (CBI)

$n = 100$

En la tabla 3 se muestran las características descriptivas y los resultados de la prueba de normalidad para los índices de cuidado de enfermería. Para el primer objetivo que era determinar las dimensiones del cuidado de enfermería con mayor puntaje, se puede observar que la media más alta fue para la empatía, mientras que la mas baja fue para la dimensión de conocimientos y habilidades profesionales. Cabe aclarar que todas las dimensiones obtuvieron calificaciones altas. El índice total del cuidado de enfermería obtuvo una media de 84.22 (DE =19.27) una mediana de 90.47. Se puede observar que no obtuvieron distribución normal las dimensiones y el cuidado total. Razón por la que se recurrió a la estadística no paramétrica.

Tabla 3

Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad para los índices de cuidado de enfermería

Índice	$\bar{x}$	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Trato respetuoso	84.97	91.67	20.38	8	100	2.30	.001
Tranquilidad	85.17	91.67	21.31	0	100	2.43	.001
Atención prestada	84.62	93.33	21.68	0	100	2.39	.001
Conocimientos y habilidades profesionales	75.28	80.00	15.96	16	100	1.76	.004
Empatía	89.45	95.00	19.03	0	100	2.89	.001
Cuidado de enfermería	84.22	90.47	19.27	5.24	100	2.30	.001

Fuente: CBI

n= 100

Se buscaron correlaciones entre las variables demográficas con el cuidado de enfermería. En tabla 4 se muestra la matriz de correlación de Spearman. El cuidado de enfermería no se relacionó con estas variables.

Tabla 4

Matriz de correlación entre variables demográficas y cuidado de enfermería

	1	2	3
1. Edad	--		
2. Escolaridad	.48**	--	
3. Internamientos	.12	-.23*	--
4. Cuidado de Enfermería	-.12	.07	.07

\* p = .05, \*\* p = .01

n = 100

Fuente: CBI

Según la prueba estadística U de Mann Whitney no existe diferencia del cuidado de enfermería por sexo  $U= 1124$ ,  $Z= -.70$ ,  $p=.52$ . Se buscaron diferencias del cuidado de enfermería por institución. La tabla 5 contiene los datos descriptivos. Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis no muestra diferencia significativa por institución  $H= 1.27$ , gl. 2,  $p= .52$ . Las medianas obtenidas son muy similares para las tres instituciones.

Tabla 5

Datos descriptivos del índice del cuidado de enfermería según institución

Cuidado de Enfermería						
Institución	n	Valor		$\bar{x}$	Mdn	DE
		Mínimo	Máximo			
Privada ( $n_1$ )	20	75.24	99	89.73	90.47	6.62
Población abierta ( $n_2$ )	40	5.24	99	84.71	90.47	20.66
De seguridad social ( $n_3$ )	40	15.24	99	80.97	90.23	21.62

Fuente: CBI

 $n=100$

## Capítulo IV

### Discusión

La dimensión del cuidado de enfermería que obtuvo mayor puntaje es la de atención a la experiencia del otro (empatía), y la que obtuvo menor puntaje es la dimensión de conocimientos y habilidades profesionales; difiere a lo reportado por Cronin y Harrison (1988) donde el mayor puntaje fue para conocimientos y habilidades y el menor para la de respeto, y también difiere con Watson y Lea (1997) que reportaron que el mayor puntaje fue para la dimensión de respeto, mientras que el menor fue para la de conexión positiva.

Respecto al objetivo de explorar si existe relación entre las variables demográficas edad, escolaridad y número de internamientos previos con el cuidado de enfermería se encontró que estadísticamente no existe evidencia de que haya alguna relación entre estas variables y el cuidado de enfermería.

Al explorar si existen diferencias en la percepción del cuidado de enfermería según sexo e institución, se observó que no hay diferencias entre la percepción del cuidado de enfermería por sexo ni por institución, contrario a lo que reportado por Wolf et al. (1998) de que el cuidado percibido de un hospital universitario fue más malo en comparación con un hospital comunitario. En este estudio se esperaba que al menos los pacientes de la institución privada contestaran en forma más crítica en comparación a los pacientes de las instituciones públicas. Llama la atención que sus respuestas fueron altas. No se cuenta con explicación, salvo de que no hayan querido comprometer sus respuestas por encontrarse todavía hospitalizados.

En esta muestra la variación de respuestas fue muy escasa probablemente se debió a que los pacientes se sentían con temor de contestar, a pesar de ser aislados, y de explicarles que el IP no laboraba en la institución de salud. Solamente el enunciado acerca de que si el paciente le platicaba sus cosas personales a la enfermera fue en el que

la mayoría contestó que nunca o casi nunca, es decir se observaron respuestas en las opciones negativas, a diferencia del resto donde el mayor porcentaje respondía en casi siempre y siempre. Es probable que este enunciado posea un referente más concreto para el paciente y sienta que no está calificando a la enfermera y por eso hayan contestado de manera diferente que el resto de los enunciados.

El Inventario de Conductas del Cuidado (CBI) arrojó un coeficiente de confiabilidad alto que sugiere multicolinealidad. Mismo que se confirmó por el hecho de que los pacientes mencionaban que algunas preguntas se repetían.

### Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que el instrumento Inventario de Conductas del Cuidado (CBI) obtuvo un alpha alto lo que indica que existe multicolinealidad, es decir que hay reactivos que miden lo mismo. La dimensión del cuidado de enfermería más visible para los pacientes fue la de empatía y la menos visible fue la de conocimientos y habilidades profesionales, sin embargo las medias no son tan diferentes.

No existe relación significativa entre la edad, escolaridad y número de internamientos previos con el cuidado de enfermería.

No se encontraron diferencias de la percepción del cuidado de enfermería según sexo e institución.

### Recomendaciones

Revisar el instrumento y eliminar algunos reactivos con el mismo significado para evitar multicolinealidad.

Realizar un estudio de tipo cualitativo a fin de explorar el significado que tiene el cuidado de enfermería para la población mexicana.

## Referencias

Ben-Sira, Z. (1990). Review of the primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Social Science and Medicine, 30, 517-519.

Brody, J. K. (1988). Virtue ethics, caring and nursing. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 2, 87-101.

Cronin S. N. & Harrison B. (1988). Importance of nurse caring behaviors a pereceived by patients after myocardial infarction. Heart & Lung 17(4), 374-380.

Duke, S. & Copp, G. (1992). Hidden nursing. Nursing Times 88(17), 40-42.

Dyson J. (1996). Conceptualización de las actitudes y comportamientos del cuidado del personal de enfermería. Journal of Advanced Nursing 23, 1263-1269.

Fry, F. T. (1989). Toward a theory of nursing ethics. Advances in Nursing Science,11(4), 9-22.

Griffin, A. P. (1980). Philosophy and nursing. Journal of Advanced Nursing, 5, 261-272.

Griffin, A. P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. Journal of Advanced Nursing, 8, 289-295.

Kyle, T. V. (1995). The concept of caring: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 21(3), 506-514.

Leininger, M. M. (1984). Care: the Essence of Nursing and Health. Wayne State University Press, Detroit, 133-143.

Morse, J. M., Bottorff, J., Neander, W., & Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 23(2), 119-126.

Nightingale, F. (1969). Notes on nursing: what it is and what it is not. New York: Dover Publications.

Polit, F. D. & Hungler P. B. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta Ed. México: Mc Graw Hill.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (1987). Secretaría de salud. México: Editorial Porrúa.

Swan, B. A. (1998). Postoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status ambulatory surgery. Medical Surgical Nursing the Journal of Adult Health, 7(3), 148-151, 154-158.

Watson, J. (1988). Nursing: human science and human care. New York: National League for Nursing. 73-77

Watson, R. & Lea, A. (1997). The caring dimensions inventory (CDI): content validity reliability and scaling. Journal of Advanced Nursing, 25(1), 87-94.

Wolf, Z .R (1999). Making nursing work visible inside and outside profession.

Pennsylvania Nurse, 54(2), 15-16.

Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A. & Ambrose, M. S. (1994).  
Dimensions of nurse caring. Image: Journal of Nursing Scholarship, 26(2), 107-111.

Wolf, Z. R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F. Ambrose, M. S., &  
Giardino, E. R. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction.  
Medical Surgical Nursing the Journal of Adult Health, 7(2), 99-105.

## Apéndices

## Apéndice A

### Consentimiento informado

Percepción del paciente adulto hospitalizado acerca del cuidado de enfermería

Investigador Lic. Arcelia Liñán Zamarripa

Propósito: La Lic. Arcelia Liñán Zamarripa me esta preguntando sobre mi deseo de participar en un estudio sobre como percibo el cuidado de enfermería.

Yo se que ella usará esta información para cumplir con su grado de Maestría en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Procedimiento: Contestaré preguntas de la cédula de identificación y del Inventario de Conductas del Cuidado.

Riesgos: Entiendo que no corro ningún riesgo ni habrá represalias sobre mi cuidado y/o tratamiento.

Participación voluntaria/Abandono: Entiendo que mi participación es voluntaria y soy libre de dejar el estudio en cualquier momento que yo así lo decida sin que se me perjudique en nada.

Preguntas: En caso de tener cualquier pregunta sobre mi participación en este estudio ahora o en el futuro puedo llamar a la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al Tel. 83-46-18-47 extensión 111.

Confidencialidad: Se me ha explicado que tanto la cédula de identificación como el cuestionario se guardan en un cajón bajo llave, que no aparecerá mi nombre en ellos y que toda la información será absolutamente confidencial.

Consentimiento para participar en el estudio: Se me leyó y explicó toda la

información arriba contenida del estudio y la he entendido. Todas mis preguntas fueron contestadas. Por lo tanto doy mi consentimiento para contestar tanto la cédula de identificación como el inventario.

---

Fecha

---

Firma del participante

---

Firma del Investigador

**Apéndice B****Cédula de identificación****Número de cuestionario** \_\_\_\_\_**Edad** \_\_\_\_\_**Sexo** F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_**Escolaridad** \_\_\_\_\_**Número de internamientos** \_\_\_\_\_

## Apéndice C

## Inventario de conductas del cuidado (CBI)

Wolf (1994)

Favor de leer al paciente cada pregunta que describe el cuidado de enfermería. Para cada pregunta muestre o lea las opciones de respuesta y pregunte al paciente cual opción representa el grado al que la enfermera(o)s hicieron que el cuidado fuera visible durante su hospitalización.

1 = Nunca

4 = Usualmente

2 = Casi nunca

5 = Casi siempre

3 = De vez en cuando

6 = Siempre

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Lo escuchó con atención.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Le dio instrucciones o lo enseñó.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Lo trató como persona.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Pasó o le dedicó tiempo a usted.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Lo tocó para comunicar que se interesa o preocupa por usted.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Se mostró con esperanzas para usted.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Le dio información para que usted pudiera tomar una decisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Mostró respeto por usted.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Lo apoyó.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Lo llamó por su nombre preferido.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Fue honesto(a) con usted.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Confió en usted.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Se puso en su lugar.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Lo ayudó a sobrepasar cosas pesadas.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Hizo que usted se sintiera física o emocionalmente cómodo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Fue sensible con usted.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Fue paciente (mostrar que no cansa) con usted.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- |   |             |
|---|-------------|
| 18. Lo ayudó.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. Supo como aplicar inyecciones intravenosas, intramusculares, etc.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Usted le platicó sus cosas personales.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Uso una voz suave y gentil con usted.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 22. Demostró conocimiento y habilidades profesionales.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 23. Lo vigiló.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 24. Manejo el equipo con habilidad.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 25. Fue animoso (a) con usted.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 26. Permitió que usted expresara sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento.                              | 1 2 3 4 5 6 |
| 27. Lo tomó en cuenta en la planeación de su cuidado.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 28. Trató confidencialmente su información.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 29. Le dio una presencia tranquilizadora.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 30. Le dio vueltas en forma voluntaria.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 31. Habló con usted.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 32. Lo animó a que la llamara si tiene problemas.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 33. Satisfacía sus necesidades expresadas y no expresadas.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 34. Respondió rápidamente a su llamada.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 35. Lo apreció como ser humano.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 36. Lo ayudó a que calmará su dolor.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 37. Mostró preocupación por usted.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 38. Le dio a tiempo sus tratamientos y medicamentos.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 39. Le puso atención especial en las primeras veces que se le administraron tratamientos, como en la hospitalización. | 1 2 3 4 5 6 |
| 40. Alivió sus molestias.   | 1 2 3 4 5 6 |
| 41. Lo puso a usted primero.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 42. Le dio buena atención física.   | 1 2 3 4 5 6 |

## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Arcelia Liñán Zamarripa

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería  
con Énfasis en Administración de Servicios

Tesis: Percepción del paciente adulto hospitalizado acerca del cuidado de enfermería

Campo de estudio: Administración de Servicios.

### Biografía:

Datos Personales: Nacida en San Luis Potosí, San Luis Potosí el 9 de Diciembre de 1973; hija de Francisco Manuel Liñán Padrón y Celia Zamarripa Ramírez.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí con el grado de Licenciatura en Enfermería en 1997.

Experiencia profesional: Enfermera General del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en San Luis Potosí en 1998. Enfermera Industrial en Cigarrera la Moderna planta San Luis en 1999. Auxiliar de Investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León de Febrero del 2002 a la fecha.

[arcelinan@aol.com](mailto:arcelinan@aol.com)

