



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

TEMA

**PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL USO DE LA
COMUNICACIÓN HUMANA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL. 2013**

AUTORAS

**YANINA ALEXANDRA DÍAS MONTES
MARJORIE MICHELLE VAQUE FREIRE**

TUTORA

LIC. ESPERANZA AYALA LOOR. MSC.

**GUAYAQUIL – ECUADOR
2013**

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Maestros quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente. Un agradecimiento especial a mi tutora Lic. Esperanza Ayala Loor Msc. por hacer posible esta tesis. A mis compañeros de clases quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, que no necesito nombrar, sé que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo pero sobre todo cariño y amistad.

Yanina Alexandra Días Montes

Sobre todo quiero agradecer a Dios por darme la fuerza necesaria de seguir luchando por mis metas no fue nada fácil el camino, pero con la ayuda de mi familia, y las ganas de llegar a ser mejor cada día no deje decaer mis ganas de seguir el camino trazado gracias Dios tú y nadie más que tú sabes la lucha que he tenido durante estos años de estudio.

Agradezco a los maestros que de una u otra forma compartieron sus conocimientos con nosotros, la paciencia que han tenido con cada una de las estudiantes, gracias a todas las docentes por su apoyo día a día. A los compañeros que tuvimos en las aulas de clase y a las amigas que siempre estuvieron ahí en el dolor y las alegrías.

En especial agradezco a la familia que tengo por su apoyo incondicional y a la ayuda brindada todos estos años gracias hijas mías y adiós por darme esa familia no puedo pedir más, el resto se logra con esfuerzo.

Marjorie Michelle Vaque Freire

DEDICATORIA

La concepción de esta tesis está dedicada a mi madre y mi hija, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellas, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellas el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. También dedico esta tesis a mi esposo, compañero inseparable de cada jornada. El representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos esta tesis, que sin ellos, no hubiese podido ser.

A la Lic. Esperanza Ayala Loor por su paciencia, su tenacidad sin su orientación jamás hubiera podido concluir mi tesis mil gracias.

Yanina Alexandra Días Montes

La realización de esta tesis está dedicada en su totalidad a mis hijas las cuales son mi apoyo en cada momento, son el motor que me han impulsado cada uno de mis días, en los momentos difíciles siempre he encontrado una sonrisa en ellas mi alegría es su bienestar, a mi esposo que me supo apoyar en el inicio de carrera llevándome día a día a clases confiando en mi deseo de superación gracias son mi vida, ¿Qué más le puedo pedir a Dios? El resto solo es trabajo y esfuerzo.

Marjorie Michelle Vaque Freire

ÍNDICE

Contenido	pág.
Certificado del tutor	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	V
Índice general	VII
Índice de gráficos	IX
Resumen - Abstract	X
Introducción	1
CAPÍTULO I	
1. Planteamiento del problema	3
1.1. Enunciado del problema	6
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivo Específicos	8
CAPITULO II	
2.1. Marco teórico	9
2.1.1. Línea epistemológica	9
2.1.1.1. Modelo Contextual	9
2.1.1.2. Teoría Eco- Sistémica	10
2.1.1.3. MODELO DE IMONEGE KING. "TEORÍA DEL LOGRO DE METAS"	11
2.1.1.3.1. Meta Paradigma	12
2.1.1.4. La Comunicación Humana	13
2.1.1.4.1. Axiomas exploratorios de la comunicación	14
2.1.1.4.2. Es imposible no comunicarse	15

2.1.1.4.3. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una meta comunicación	15
2.1.1.4.4. La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos	15
2.1.1.4.5. La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica.	16
2.1.1.4.6. Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios	16
2.1.1.4.7. Los fracasos en la comunicación entre individuos se presentan, cuando	16
2.1.1.4.8. La comunicación entre individuos es buena cuando	17
2.1.1.5. Tipos de comunicación	17
2.1.1.5.1. Comunicación verbal o digital	17
2.1.1.5.2. La comunicación directa	17
2.1.1.5.3. La comunicación Indirecta	17
2.1.1.5.4. Enmascarada directa	18
2.1.1.5.5. Enmascarada indirecta	18
2.1.1.5.6. Comunicación no verbal o analógica	18
2.1.1.5.7. Características de la comunicación no verbal	18
2.1.1.5.8. Comunicación Analógica no Verbal de Gestos	19
2.1.1.5.9. Comunicación Analógica no Verbal de Aceptación	19
2.1.1.5.10. Comunicación Analógica no Verbal de Rechazo	19
2.1.1.5.11. Comunicación Analógica no Verbal de Confirmación	19
2.1.1.5.12. Comunicación Analógica no Verbal de Descalificación	20
2.1.1.5.13. Comunicación Analógica no Verbal de Posturas corporales	20
2.1.1.6. MODELO DE PEPLAU	20

2.1.1.6.1. Bases Teóricas	20
2.1.1.6.2. Presunciones y Valores	21
2.1.1.7. Modelo de Martha Rogers	21
2.1.1.7.1. Bases Teóricas	21
2.1.1.7.2. Presunciones y Valores	22
2.2. Contexto político	23
2.2.1. Constitución nacional	24
2.2.2. La sociedad del buen vivir	25
2.2.2.1 Sección séptima del buen vivir	26
2.3. Diagnostico situacional	27
2.3.1. Reseña histórica	27
2.3.2. Organigrama estructural del Hospital Guayaquil	28
2.3.3. Vías de acceso	29
2.3.4. Misión	29
2.3.5. Visión	29
2.3.6. Valores institucionales	30
2.3.7. Infraestructura del edificio principal	30
2.3.8. Almacenamiento y control de gases	31
2.3.9. Foda	31
2.4. Variables a investigar	32
2.5. Operacionalización	33
CAPÍTULO III	
3.1. Metodología	34
3.1.1. Generalidades	34
3.1.2. Abordaje	34
3.1.3. Tipo de Estudio	34
3.1.4. Diseño de Estudio	34
3.1.4.1. Sujetos	34
3.1.4.2. Técnicas	34
3.1.4.3. Instrumento	34
3.1.5. Procedimiento	35

3.1.5.1. Consideraciones Éticas	35
3.1.5.2. Estudio Pilotó	35
3.1.6. Procesamiento de datos	35
3.1.7. Exposición de Resultados	35
CAPÍTULO IV	
4.1. Análisis e interpretación de resultados	36
4.2. Discusión Científica	47
CAPÍTULO V	
5. Conclusiones y recomendaciones	50
5.1. Conclusiones	50
5.2. Recomendaciones	51
Referencias bibliográficas	52
Bibliografías	54
Anexo	56

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO # 1: Pacientes de medicina interna según sexo	36
GRAFICO # 2: Familiares de medicina interna según sexo	36
GRAFICO # 3: Edad de pacientes de medicina interna	37
GRAFICO # 4: Edad de familiares de medicina interna	37
GRAFICO # 5: Estadía de pacientes en el área de medicina interna	38
GRAFICO # 6: Estadía de familiares en el área de medicina interna	38
GRAFICO # 7: estado civil de pacientes ingresados en medicina interna	39
GRAFICO # 8: estado civil de familiares en el área de medicina interna	39
GRAFICO # 9: familiares que acompañan a pacientes de medicina interna	40
GRAFICO # 10: relación familiar con el paciente de medicina interna	40
GRAFICO # 11: Comunicación Digital (Verbal) clara directa paciente	41
GRAFICO # 12: Comunicación Digital (Verbal) clara directa familiar	41
GRAFICO # 13: Comunicación Digital (Verbal) clara indirecta paciente	42
GRAFICO # 14: Comunicación Digital (Verbal) clara indirecta familiar	42
GRAFICO # 15: ENMASCARADA INDIRECTA paciente	43
GRAFICO # 16: ENMASCARADA INDIRECTA familiar	43
GRAFICO # 17: Analógica Gestual Aceptable paciente	44
GRAFICO # 18: Analógica Gestual Aceptable familiar	44
GRAFICO # 19: Rechazo y descalificación paciente	45
GRAFICO # 20: Rechazo y descalificación familiar	45
GRAFICO # 21: Inflexión de Voz Adecuada paciente	46
GRAFICO # 22: Inflexión de Voz Adecuada familiar	46

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL USO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL 2013

AUTORAS: Yanina Alexandra Días Montes, Marjorie Michelle Vaque Freire

TUTORA: Lic. Esperanza Ayala Loor. MSc.

RESUMEN

Partiendo que la comunicación humana es el acto central de la interacción entre los miembros del sistema del cuidado, y con los Diagnósticos Enfermeros de NANDA – I, estamos convencido que podríamos como profesionales ser el factor relacionado del **Deterioro de la comunicación verbal** con pacientes y familiares ; de allí que el objetivo del presente trabajo fue conocer la percepción de los pacientes y familiares sobre el uso de la comunicación humana del personal de enfermería de Medicina Interna del Hospital Guayaquil. El sustento teórico del presente trabajo fue bajo una visión Ecosistémica, Contextual de esta la Ética Relacional, de Relación entre enfermera y paciente, consecución de metas mediante comunicación, premisa de la Comunicación Humana. La metodología fue con abordaje cuantitativo, con un método de muestra no probabilístico, tipo de muestra a conveniencia de allí que se decidió al grupo presente en un día definido en todos sus turnos; por la dinámica y disposición de los involucrados y condiciones del servicio y obedeciendo. Se aplicó una encuesta dirigida con consentimiento informado de los involucrados y los datos se procesaron en Microsoft Excel. Los familiares que más acompañan a sus pacientes son hombres y esto el 50% dicen que la comunicación de las licenciadas con ellos es clara y directa, en cambio dicen que con ellos el 39% es y que eventos que tienen que ver con ellos solo se dirigen el 8 %, definitivamente la comunicación tanto analógica como digital es mejor con los pacientes, en cambio los familiares el nivel de percepción de la comunicación humana disminuye significativamente tanto digital como analógica

Palabras Claves: Comunicación, enfermera (o), paciente, familiar.

ABSTRACT

Communication is the central act of our daily professional activity, allows us to exchange information about us and the environment we live in, hence their difficulties affecting the quality and care that we give to patients and families, the presence of this study on the subject, was to: To know the perception of patients and families on the use of human communication nursing staff of the Hospital internal medicine Guayaquil. The staff spends as much time with the patient and should be communicative answer with respect and courtesy and to be assertive in the comments says it can hurt feelings must understand the language of patients to help them restore their health. Communicating with patients not only occurs with words. This present study was conducted a cross sectional study corresponding to quantitative research, using variance of 1.96 and a margin of error of 0.0025, which is left to take 36 patients and 36 relatives belonging. The communication was between the patient and the nursing staff of Internal Medicine area was not good but now has changed, because the voice of patients is heard, may ask, review its procedures with a 90% acceptance.

Keywords: Communication, nurse (or), patient, family.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería en su práctica profesional se han encontrado con muchos dilemas éticos, con el paso de los años la toma de decisiones se ha influenciado de manera creciente por valores culturales, religioso, políticos en los que intervienen, los factores sociales. La calidad humana con una conducta ética de la que influyen positivamente en la psiquis del enfermo, y por qué no decirlo, ayudan a su pronta recuperación, condición ya estudiada hasta la saciedad desde muchos ángulos y desde distintas voces; de allí que el presente trabajo insiste en tomar la voz de pacientes y familiares, y de ellos tomar la percepción sobre el uso de la Comunicación Humana.

Las habilidades comunicativas en la relación enfermera-paciente, influyen en el logro de los mejores resultados de la salud física, mental, funcional y subjetiva de los pacientes de larga y corta estadía hospitalaria y en cualquiera de las etapas de su enfermedad. El nivel de satisfacción de pacientes y familiares constituye el marco elemental para un fluido, eficiente y eficaz desarrollo del Sistema de Cuidados. El adelanto tecnológico y dentro de éstos la tecnología de punta y el precipitado desarrollo de la informática nos hace confundir y pensar que ya todo el tratamiento de los pacientes se realiza solo, “casi ya no se necesita hacer nada porque todo hace la máquina y el sistema informático, ¡Craso error! pues es justamente de ese ahorro de tiempo para dar rienda suelta al uso de la tecnología blanda que es la que el presente estudio le está dando espacio.

En la NANDA 2014 dominio 5: “ Percepción/Cognición”, clase 5 comunicación; en la etiqueta diagnóstica: **”Deterioro de la Comunicación Verbal, está considerado como característica definida la “Incapacidad para hablar el idioma del cuidado”**, indicadas que en esta taxonomía evidencia el análisis solo desde el paciente como una interacción comunicativa con el profesional de enfermería razón por la cual el presente trabajo abordó desde una perspectiva contextual dentro de la ética relacional a **“El otro”**(paciente y familia) como determinadas de la consistencia

del profesional, es decir que en este estudio consideramos al paciente y familiar como cofundador del profesional.

En esta misma línea, en el caso no consentido que el profesional de enfermería no practique una comunicación humana, se convertiría, frente a esa misma etiqueta diagnóstica “Deterioro de la comunicación verbal” como un factor relacionado del deterioro y uno como el medio para una comunicación saludable propia de la interacción de los miembros del equipo de salud. Como el determinante de la existencia del profesional, es decir que en este estudio concebimos al paciente y familiar como cofundador del profesional, está considerado como característica definitoria la incapacidad para hablar el idioma del cuidador; indicador que esta taxonomía evidencia el análisis del paciente como actor una interacción comunicativa con el profesional de enfermería, razón por la cual el presente trabajo aborde de una perspectiva contextual dentro de la ética relacional.

Por lo que se realizó un estudio dirigido con abordaje cuantitativo. Capítulo I encontraremos el planteamiento del problema, justificación, introducción y objetivos que determinaron la dirección del trabajo. Capítulo II se trató el marco teórico dentro de este la línea epistemológica que sustenta nuestra investigación, diagnóstico situacional y la Operacionalización de variables utilizadas. Capítulo III se hizo referencia a la metodología, gráficos y análisis de tablas.

CAPÍTULO I

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Guayaquil atiende a nivel nacional y por ser de especialidades tiene pacientes de todas las regiones, de esta manera el personal profesional debe aplicar las destrezas y sus habilidades para relacionarse con la diversidad de personas que al hospital acuden. El área de Medicina Interna recibe a pacientes clínicos de diferentes diagnósticos I.R.C., I.R.A., D.M.II, TB-VIH., NEFROPATIAS, CARDIOPATIAS, ACV ISQUEMICOS-HEMORRAGICOS, brindando atención gratuita con calidad y calidez. Sobre la política de bioseguridad se puede apreciar un control estricto como llevar los desechos contaminados ya que existe un incinerador central del hospital y las normas de asepsia. El personal que laboran en esta área es altamente calificado con una licenciada líder, licenciadas en el cuidado directo, auxiliares tituladas, con médicos tratantes, internos de medicina y enfermería, personal de servicios, ellos conforman el equipo de salud de medicina interna.

Debido al regionalismo al que pertenecen cada grupo social, y sus costumbres creencias, y maneras de expresarse el profesional de enfermería debe adecuar el cuidado a cada persona y utilizar un dialogo claro, interpretar los comportamientos verbales y no verbales de un individuo, identificar lo que desea o necesita y responderle de una manera clara y directa.

La percepción a más de ser un proceso mental, es una categoría cualitativa que en esta oportunidad ha sido tomada en cuenta para conocer el pensamiento de pacientes y familiares a la hora de recibir atención del personal profesional de enfermería del Hospital Guayaquil en la sala de Medicina Interna, sala en la que durante la práctica de formación profesional como estudiantes de enfermería observamos **el Deterioro de la Comunicación Verbal** entre las licenciadas de enfermería los pacientes y sus familiares, observando casi “una barrea física” barrera que mantenía al paciente y familiar como receptores de atención, mas no

seres actuantes y copartícipes de un proceso terapéutico, motivo de su estadía hospitalaria.

Cabe traer a colación y tener presente que la dinámica social va determinando las conductas de las personas y por ende su percepción, pues varía en cada momento y en cada contexto, de allí que consideramos oportuno hacer un corte en el tiempo y tomar la percepción de la comunicación humana desde la voz de pacientes y familiares y poder cotejar la percepción de estudiantes que estando dentro del sistema de cuidados no podíamos reemplazar el sentimiento y pensamiento de ellos, quienes pernoctaban en esa unidad de salud en rangos de días a semanas; si sumamos a estas variables que hay pacientes que llegan de otras provincias y su necesidad de atención humanizada es prácticamente una necesidad terapéutica.

Weir-Hughes ⁽⁵⁾ presidente de la “North American Nursing Diagnosis Association” (NANDA) Internacional, con el equipo de investigadores están empeñados en asegurar una asistencia sanitaria de alta calidad, basada en la evidencia y en la seguridad del paciente como trabajo fundamental para el futuro de enfermería; nivel de coincidencia en este trabajo, puesto que el prestar atención a los actores de la asistencia sanitaria en la sala de Medicina Interna del Hospital Guayaquil, específicamente a las licenciadas de enfermería en la asistencia con pacientes y familiares, contribuye también como trabajo fundamental para el futuro de enfermería.

La palabra paciente viene del latín *patiens* (“padecer”, “sufrir”), es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia, y capacidad de soportar o padecer algo, por ejemplo: de esperar en una sala de consulta ambulatoria o en una unidad hospitalaria hasta que buenamente lo atienda un miembro del equipo de salud, y lo que es peor sin ser consciente que está siendo irrespetado. Esta palabra hoy tiene connotación diferente, los que acuden a recibir servicio se llaman *usuarios*, pues esas características de paciente pertenecen al pasado, las personas que acuden a

las unidades de salud ahora ya no necesitan tener ese perfil de soportar y padecer con mucha paciencia para recibir a través de la comunicación digital y analógica una atención oportuna.

Desde los años 80 se ha realizado estudios a nivel mundial, demostraron intervenciones de éxito a pacientes para mejorar los resultados biomédicos demostrando la importancia que tiene la comunicación humana como acto central en la relación Enfermera-paciente, principalmente en el bienestar psicosocial del paciente y familiar. En nuestro país se han hecho estudios con respecto a la comunicación humana en la relación enfermero-paciente, en la atención primaria de salud, fue realizado por la Lic. "Villa Clara" en el año 2004, donde se evidencian insuficiencias en los conocimientos del personal de enfermería sobre el proceso de comunicación y las relaciones enfermero-paciente, es uno de los puntos más importantes, ya que si no se tiene comunicación entre el profesional de enfermería con paciente o familiar no se podría dar una buena atención al mismo.

Es indudable que el ejercicio de enfermería tiene un alto compromiso con la ética pues compartimos con WILSON ⁽¹⁰⁾ que dice que la sensibilidad moral deriva del "sentido moral" e involucra la percepción de aspectos situacionales que afectan el bienestar y la mejoría de un individuo. A un sabiendo que la moral es dinámica y que camina paralelo a la dinámica social, la comunicación humana es uno de los puntos más importantes, ya que si no se tiene comunicación entre el profesional de enfermería con paciente o familiar no se podría dar una buena atención al mismo. La interacción entre el personal de enfermería y familiar puede darse de varias maneras ya sea de forma verbal o no verbal directa o indirecta, los profesionales de enfermería son la voz, manos del paciente y la tranquilidad del familiar.

La enfermería ya no solo es una profesión si no una disciplina profesional por lo que es una integración de la teoría y la práctica en la formación académica, es una de las mayores preocupaciones de las instituciones docentes. Las escuelas de enfermería

no son una excepción y el contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se aprende en los centros asistenciales forman las bases de un profesional humanista, al querer llegar a un nivel de concordancia perfecta entre la teoría y la práctica, en la actualidad el profesional de enfermería tiene un gran valor ya que ha sabido ganarse su espacio en muchos ámbitos laborales, tales como gerencia, docencia, investigación y cuidado directo, ya que es una de las profesiones con calidad humana y trabaja en mantener la coherencia entre la práctica y la teoría.

2.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En el trabajo se planteó como problema la incomunicación que existía entre los profesionales de enfermería y los “pacientes”, en la sala de Medicina Interna del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, el trabajo se observaba de manera mecánica y rígida con la única responsabilidad de cumplir tareas administrativamente encomendadas, de pronto aplicando técnicas eficientemente con tecnología de punta, utilizando también la última tecnología informática para realizar los informes de actividades mecanizadas, dejando un vacío que da la falta de interacción entre los miembros que hacen el sistema de cuidado de allí la intención de evaluar la Operacionalización de una comunicación humana.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo perciben los “pacientes” y familiares de los usuarios la comunicación del personal profesional de enfermería en la dinámica del cuidado durante su estancia hospitalaria?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La comunicación se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción, entre la relación enfermera(o), paciente y familiar. El deterioro de la comunicación verbal de la enfermera, paciente y familiar fue motivo de inspiración para la realización de este trabajo de investigación, la comunicación humana es vital para todas las personas, es la manera como se relacionan los seres de manera verbal y no verbal, para lograr la interacción que necesita el equipo de salud para mantener un entorno agradable.

En este trabajo se tomó como referencia la etiqueta diagnóstica de la NANDA **deterioro de la comunicación verbal** y como característica definitoria ***incapacidad para hablar el idioma del cuidador***, indicador que evidencia la observancia del equipo de investigadores solo desde el ángulo del paciente como actor en una interacción comunicativa con el profesional de enfermería, razón por la cual el presente trabajo sirve para hacer un llamado para abordar una perspectiva cualitativa desde la ética relacional de considerar a el otro como cofundador del yo.

Esta investigación tuvo la factibilidad para realizarlo porque se contó con recursos de las autoras durante la realización del internado rotativo obligatorio, en el área de medicina interna del hospital Guayaquil, el presente estudio permitirá que se considere y se **escuche la voz de los pacientes y familiares**, aportando a la dimensión cualitativa de enfermería y dar espacio a elementos de la tecnología blanda.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Conocer la percepción de los pacientes y familiares sobre el uso de la comunicación humana del personal de enfermería de medicina interna del Hospital Guayaquil.

1.4.2. Objetivo Específicos

1. Conocer la percepción de los pacientes hospitalizados sobre el uso de la comunicación humana en el servicio de Medicina Interna del Hospital Guayaquil.
2. Conocer la percepción de los familiares de los pacientes hospitalizados sobre el uso de la comunicación humana en el servicio de Medicina Interna del Hospital Guayaquil.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEORICO

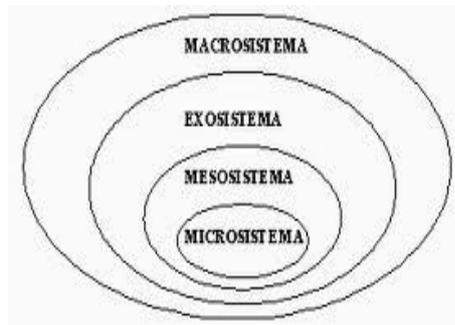
2.1.1. LINEA EPISTEMOLÓGICA

2.1.1.1. Modelo Contextual

BOSZORMENY - NAGY Su tesis central es que las perturbaciones de los individuos y las familias son la manifestación y consecuencia de un desequilibrio entre el dar y el tomar, de ahí el objetivo de equilibrar el “registro de méritos”, uno de sus conceptos centrales es la lealtad. La visión contextual permite encontrar una nueva perspectiva para la comprensión del funcionamiento de las relaciones interpersonales, internacionales y globales se trata de una visión que impulsa y sostiene las leyes de las relaciones y se introduce en el campo de la ética relacional, su esencia es una relación dialéctica de la relación, la presencia del otro es la condición sine qua non de la definición de sí mismo , al permitir establecer los límites de sí mismo el otro se vuelve cofundador de este yo, la antinomia dialéctica yo/ otro va a resolverse en una síntesis donde el otro se vuelve una parte constructiva del yo, allí que el contexto se refiere al conjunto de individuos que se encuentran en una relación de espera o de obligación o de cuyos actos tienen un impacto sobre los demás .Coincidimos con la línea de pensamiento de Nagy(1) para que exista el YO debe existir el OTRO. Esta dependencia ontológica (de la existencia en general, del ser) del YO/OTRO es absoluta y no se basa en ninguna necesidad funcional concreta, la individuación solo puede ser vista en el marco relacional.

Los profesionales de enfermería deben aplicar la individualidad y la autonomía en cada uno de los pacientes, pues la Ética Relacional (9), plantea que la justicia y la injusticia deben estar en el centro de la preocupación de los miembros del equipo de salud, ya que la individuación y autonomía existe en dependencia del otro de allí que sin referirse a la dimensión Ética no es posible comprender con exactitud la complejidad de las relaciones interpersonales.

2.1.1.2. Teoría Eco- Sistémica



Los seis niveles y el modelo ecológico de Bronfenbrenner.

El nivel más cercano al individuo, el cual generalmente abarca la familia, el aula, los compañeros de la escuela, los maestros y los vecinos es el nivel que conocemos como el **microsistema**.

El **mesosistema** comprende las interrelaciones de los dos o más ambientes en los que la persona se desenvuelve y realiza sus actividades tales como el hogar y los padres de familia que interaccionan para ayudar al individuo. El **exosistema** incluye ambientes más amplios en los cuales el individuo no está necesariamente activo.

El **macrosistema** que lo compone la cultura y la subcultura en la que se desenvuelven todos los individuos de una misma sociedad.

Hay dos sistemas adicionales a los cuatro mencionados arriba, y estos son el **cronosistema** el cual tiene que ver con la época histórica en que vive el individuo y el **globo sistema** el cual tiene que ver con la condición ambiental tal como el clima ambiental y los desastres naturales.

Coincidimos con Bronfenbrenner (2) dice que cada individuo es un sistemas y debe haber la interdependencia entre sus miembros. En el modelo ecológico de Bronfenbrenner los cuatro niveles dependen unos de otros y por lo tanto es necesario que exista una comunicación entre ellos. Bronfenbrenner (1977-1979) plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia crucial que da al estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Algo que

considera imprescindible, especialmente si queremos evitar perdernos en descripciones excesivamente detallistas y en el estudio de procesos sin sentido. Bronfenbrenner defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él.

El postulado básico del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner viene a decirnos que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. El propio autor aclara esta definición resaltando varios aspectos. En primer lugar, señala que hemos de entender a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive.

2.1.1.3. MODELO DE IMONEGE KING. “TEORÍA DEL LOGRO DE METAS”

Sigue un modelo inductivo. Las practicas inductivas no definen, por tanto, no define que es enfermería. King, intenta definirlo desde la teoría del logro de metas, que se basa en los conceptos de sistemas personales e interpersonales, entre ellos interacción, percepción, comunicación, rol de transacción, estrés, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio. Coincidimos con la línea de pensamiento de king(5) ya que nos enfocamos en la percepción de los pacientes. La enfermería, seria para ella, el estudio de las conductas y del comportamiento, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales

Se observa, por tanto, una clara dependencia de las teorías de la psicología.

2.1.1.3.1. Meta Paradigma

Persona: Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo.

Correcto autoconocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud.

Tiene tres necesidades de salud fundamentales:

- Información sanitaria útil y oportuna.
- Cuidados para prevenir enfermedades.
- Ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.

Sistema abierto con tres subsistemas: Personal, interpersonal y social.

Salud: La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima. La salud es contemplada como los ajustes a los agentes estresantes del entorno interno y externo, ajustes que se realizan a través de la optimización del uso de los recursos para lograr el máximo potencial para la vida diaria. Es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.

Entorno: No lo define explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y ambiente externo, en su enfoque de los sistemas abiertos.

Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

Enfermería: Hace relación a la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol

apropiado. Se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación. Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones si las percepciones son acertadas, se alcanzaran las metas, se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo.

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

2.1.1.4. La Comunicación Humana

Paul Watzlawick, Teoría de la comunicación humana, las primeras definiciones de comunicación apuntan a su vertiente interpersonal, relacional, más que a la concepción mediada que ha prevalecido y dominado el pensamiento sobre comunicación a lo largo de su existencia como campo académico.

La reflexión en torno a la comunicación, desde una perspectiva constructivista y sistémica. Se exponen las aportaciones concretas de la obra referida, que permite complejizar el concepto de comunicación, visto como un fenómeno sistémico que va mucho más allá de los medios.

La comunicación es un componente básico dentro de la enfermería. El profesional sanitario debe saber escuchar y entender al paciente. La comunicación juega un

papel fundamental en la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, y en los enfermos y sus familias en particular.

La comunicación no solo consiste en el diálogo entre dos o más personas, sino también los gestos, posturas, las miradas.

La comunicación es la que establece la diferencia entre la asistencia sanitaria eficaz y no eficaz.

Es importante darse cuenta que cada persona con la que nos comunicamos posee un conjunto de percepciones a través de las cuales mira al mundo. Cada uno de los seres humanos debe llegar a conocer y apreciar las percepciones de los demás.

No es tarea fácil, pero el personal sanitario puede obtener información continua acerca de cómo otras se perciben a sí mismos, a su trabajo, a su vida, y a su salud, mediante la búsqueda de caminos para conocerlos mejor.

La retroalimentación que un individuo recibe en la comunicación a menudo lo alienta a continuar y buscar otras relaciones. A veces la retroalimentación es negativa; entonces la comunicación cesa por un tiempo o es permanente. Con frecuencia, no se recibe retroalimentación en los intentos de comunicación y el indicador queda en un dilema. En estos casos, deben realizarse otros intentos para comunicarse o buscar alguna solución con un receptor diferente.

Los usuarios de los servicios sanitarios esperan una comunicación útil, comprensible, y eficaz por parte del personal que trabaja en estos servicios. Por todo eso hay que tener en cuenta que la enfermería juega parte importante en el proceso de comunicación. En la vida diaria y en la práctica de la enfermería, las comunicaciones pueden ser eficaces, de intercambios productivos o ser causas de confusión y desaliento. El arte de la comunicación es un componente esencial en la vida del personal sanitario.

2.1.1.4.1. Axiomas exploratorios de la comunicación

Los axiomas de la comunicación humana se dividen en 5 los cuales mencionamos a continuación

2.1.1.4.2. Es imposible no comunicarse

Todo comportamiento es una forma de comunicación. Como no existe forma contraria al comportamiento (no comportamiento o anti-comportamiento), tampoco existe no comunicación humana.

2.1.1.4.3. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una meta comunicación

Esto significa que toda comunicación tiene, además del significado de las palabras, más información sobre cómo el que habla quiere ser entendido y que le entiendan, así como, cómo la persona receptora va a entender el mensaje; y cómo el primero ve su relación con el receptor de la información. Por ejemplo, el comunicador dice: «Cuídate mucho». El *nivel de contenido* en este caso podría ser evitar que pase algo malo y el nivel de relación sería de amistad-paternalista.

2.1.1.4.4. La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos:

Tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es «la» causa de su propia conducta, cuando lo cierto es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación, o modulación) del intercambio. Un ejemplo es el conflicto entre Israel y Palestina, donde cada parte actúa aseverando que no hace más que defenderse ante los ataques de la otra.

2.1.1.4.5. La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica.

La comunicación no implica simplemente las palabras habladas (comunicación digital: lo que se dice); también es importante la comunicación no verbal (o comunicación analógica: cómo se dice).

2.1.1.4.6. Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios:

Dependiendo de si la relación de las personas comunicantes está basada en intercambios igualitarios, es decir, tienden a igualar su conducta recíproca (p. ej.: el grupo A critica fuertemente al grupo B, el grupo B critica fuertemente al grupo A); o si está basada en intercambios aditivos, es decir, donde uno y otro se complementan, produciendo un acoplamiento recíproco de la relación (p. ej.: A se comporta de manera dominante, B se atiene a este comportamiento). Una relación complementaria es la que presenta un tipo de autoridad (padre-hijo, profesor-alumno) y la simétrica es la que se presenta en seres de iguales condiciones (hermanos, amigos, amantes, etc.).

2.1.1.4.7. Los fracasos en la comunicación entre individuos se presentan, cuando

- Estos se comunican en un código distinto.
- El código en el que transmite el mensaje ha sido alterado dentro del canal.
- Existe una falsa interpretación de la situación.
- Se confunde el nivel de relación por el nivel de contenido.
- Existe una puntuación.
- La comunicación digital no concuerda con la comunicación analógica.
- Se espera un intercambio comunicacional complementario y se recibe uno paralelo (o bien simétrico).

2.1.1.4.8. La comunicación entre individuos es buena cuando

- El código del mensaje es correcto.
- Se evitan alteraciones en el código dentro del canal.
- Se toma en cuenta la situación del receptor.
- Se analiza el cuadro en el que se encuentra la comunicación.
- La puntuación está bien definida.
- La comunicación digital concuerda con la comunicación analógica.
- El comunicador tiene su receptor

2.1.1.5. Tipos de comunicación

2.1.1.5.1. Comunicación verbal o digital

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. 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.

2.1.1.5.2. Comunicación Clara Directa

Es el modo de comunicación humana, que se da mediante una lengua natural y que está caracterizada por la inmediatez temporal. En la comunicación directa la producción del mensaje por parte del emisor y la comprensión del mismo por parte del receptor son simultáneas y se produce mediante la relación interpersonal. Es decir, que la comunicación directa se realiza de forma inmediata, sin intermediarios, cara a cara.

2.1.1.5.3. Comunicación Clara Indirecta

Es aquella donde la comunicación está basada en una herramienta o instrumento ya que el emisor y el receptor están a distancia. Es mediata y se transmite a través de una distancia de espacio y/o tiempo entre las partes.

2.1.1.5.4. Comunicación Verbal Enmascarada Directa

Generaliza el mensaje y está claramente señalado al claramente señalado al receptor.

2.1.1.5.5. Comunicación Verbal Enmascarada Indirecta

Generaliza el mensaje y no señala al receptor

2.1.1.5.6. Comunicación no verbal o analógica

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. 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.

2.1.1.5.7. 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.

2.1.1.5.8. Comunicación Analógica no Verbal de Gestos

Es el movimiento corporal propio de las articulaciones, principalmente de los movimientos corporales realizados con las manos, brazos y cabeza.

2.1.1.5.9. Comunicación Analógica no Verbal de Aceptación

Es la comunicación que al momento de entablar conversación probablemente se odiará a sí mismo y a la otra persona por su propia debilidad. Lo significativo aquí es, no tardará en comprender la sabiduría a lo que nos lleva la comunicación.

2.1.1.5.10. Comunicación Analógica no Verbal de Rechazo

Cuando se da una comunicación en forma descortés, que no le interese conservar, puesto que ello es responsable desde el punto de vista de la buena educación, se necesita valor para hacerlo y dar lugar a un silencio más bien tenso e incómodo y que de hecho no se ha evitado una comunicación.

2.1.1.5.11. Comunicación Analógica no Verbal de Confirmación

Confirmar la relación: por ejemplo, aceptar la definición que A da de sí mismo. Parecería que, completamente aparte del mero intercambio de información, el hombre *tiene* que comunicarse con los otros a fines de su autopercepción y percatación, y la verificación experimental de este supuesto intuitivo se hace cada vez más convincente a partir de las investigaciones de la privación sensorial, que demuestra que el hombre es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante periodos prolongados en que sólo se comunica consigo mismo. Una sociedad puede considerarse humana en la medida en que sus miembros se confirman entre sí.

2.1.1.5.12. Comunicación Analógica no Verbal de Descalificación

Puede defenderse durante la importancia técnica durante la descalificación; esto es, puede comunicarse de modo tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales, tales como auto contradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones oraciones incompletas mal entendidos, estilo oscuro o manierismo idiomático, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales.

2.1.1.5.13. Comunicación Analógica no Verbal de Posturas corporales

Es la teoría que estudia las diferentes posturas del cuerpo y su significado. Está claro que dependiendo de cómo coloquemos los brazos o las piernas nuestra mente estará más abierta o cerrada. Si alguien con el que estás hablando sobre un tema, de repente cruza los brazos y se echa hacia atrás, podemos sospechar que aunque nos sigue prestando atención, no comparte nuestro punto de vista.

2.1.1.6. MODELO DE PEPLAU

En estos modelos el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

2.1.1.6.1. Bases Teóricas

- Modelo de interrelación

2.1.1.6.2. Presunciones y Valores

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades.

La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil.

La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda.

Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- Fase de orientación. El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- Fase de identificación. El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- Fase de aprovechamiento. El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.
- Fase de resolución. El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

2.1.1.7 MODELO DE MARTHA ROGERS

2.1.1.7.1. Bases Teóricas

- Modelo de interrelación

2.1.1.7.2. Presunciones y Valores

El ser humano es un todo unificado en constante relación con su entorno, con el que intercambia materia y energía; y que se diferencia del resto de los seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollarse como persona. La comunicación de los profesionales de enfermería con los pacientes y familiares debe ser armónica para mantener un entorno saludable, tranquilo de interrelación personal e interpersonal, como manifiesta Rogers (5) que el ser humano es un campo energético en interacción con otro campo energético, el entorno. Esto se evidencia en los principios de la termodinámica, sobre los que se fundamenta su marco teórico. El flujo constante de ondas entre las personas y el entorno son las bases de las actividades de enfermería. La vida es un flujo de experiencias. Estar vivo es hacerse irreversiblemente más complejo, diverso y diferenciado nada vuelve a ser lo que ha sido. La capacidad de hacer, describe la forma en que los seres interactúan con su entorno para actualizar sus potenciales que le permiten desarrollarse y participar, por lo tanto, en la creación de la realidad humana y ambiental. La salud es el mantenimiento armónico constante del ser humano con su entorno. Si la armonía se rompe desaparecen la salud y el bienestar.

La comunicación Humana es el acto central del ejercicio de la profesión de enfermería, permite el desarrollo de la interacción entre los miembros del sistema de cuidado, y si relacionamos a Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I (4) el ejercicio de la comunicación humana evita que el profesional en su ejercicio llegue él a constituir un Factor relacionado al *Deterioro de la **comunicación verbal*** con pacientes y familiares.

La comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras, sino con expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación, coincidimos con Naranjo. I. con su pensamiento "El silencio de los pacientes es interpretable, por lo que su aceptación como tal puede ser más una condición de

sordera profesional que de incapacidad de hablar”(6) Los profesionales de enfermería, dentro de la formación y práctica profesionales, se deben adquirir habilidades y destrezas para saber interpretar lo que un paciente nos quiere expresar, para brindar un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera(o) y el paciente una relación de confianza y de ayuda en la que haya disposición al diálogo, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna.

Al igual que Bakhtin (10) consideramos a la palabra como un fenómeno ideológico por excelencia: “a palabras es el modo más puro y sensible de la relación social: “existe un arte muy importante de la comunicación ideológica que no puede ser vinculada a una esfera ideológica particular: se trata de la vida cotidiana. El material privilegiado de la comunicación de la vida cotidiana es la palabra 1986. Este mismo autor define el carácter histórico y social del habla con un campo de expresión y de las relaciones y de las luchas sociales que al mismo tiempo sufren los efectos de la lucha y sirven de instrumento y de material para su comunicación. Cada época y cada grupo social tiene su repertorio, formas de discurso en la comunicación que están enteramente determinadas por las relaciones de producción y por la estructura socio político.” la palabra es la arena” donde se confrontan los valores sociales contradictorios. A través de la comunicación verbal – que es inseparable de las otras formas de comunicación – las personas “reflejan y retractan” conflictos y contradicciones propios del sistema de dominación, donde la resistencia esta dialécticamente relacionada con la sumisión.

2.2. CONTEXTO POLÍTICO

Sección segunda

Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e

integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

2.2.1. CONSTITUCION NACIONAL

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

2.2.2. LA SOCIEDAD DEL BUEN VIVIR

La construcción de otra forma de sociedad, la del Buen Vivir de todas y todos los ciudadanos, está en el centro del debate en Ecuador, América Latina.

No hay un modelo único, ni esquemas predefinidos, hay procesos sociales que deben ser autónomos y soberanos, pero profundamente comprometidos con la transformación de la justicia social, equidad y desarrollo que pone al centro el ser humano sobre todas las cosas. Cada sociedad define sus prioridades y también las formas bajo las cuales se construye los procesos de cambio. Sin embargo, hay algunos pilares que es preciso construir para que se defina el modelo de desarrollo progresista. Una democracia real participativa en la que se logre un empoderamiento a través de la participación de la ciudadanía en todos los ámbitos políticos - públicos, rendición de cuentas y control social. Un modelo económico solidario, no en un modelo de economía de mercado en lo que prevalece es la oferta y la demanda, en la cual no existe ningún tipo de regulación, la propuesta nace que lo primordial es el trabajo y no el capital.

Los profesionales de enfermería deben interactuar con la diversidad de pacientes y familiares, respetando su etnia y sus creencias ya que el estado garantiza individualidad e inclusión para el buen vivir (3). Una forma de sociedad incluyente, no discriminatoria, no racista, que se respete la individualidad del cada ciudadano con la posibilidad de generar y entender todas las cosmovisiones con el propósito de interactuar y convivir entre toda esta maravillosa diversidad. Un proceso de relacionamiento equilibrado entre el entorno y la naturaleza.

El Buen Vivir es entonces vivir a plenitud, integrando todos los actores y factores tanto internos como externos. Se trata de la construcción de un proyecto de ciudadanización en la que primen sus derechos y que estos se han negociables. La mayoría de los ecuatorianos apostó por esta «nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza», establecida en la Constitución de 2008 - 2013 para alcanzar el Buen Vivir. El Gobierno Nacional de la

Revolución Ciudadana, bajo el liderazgo del Presidente Rafael Correa, realiza un trabajo por los más necesitados, por los olvidados, consiguiendo un equilibrio a través de la implementación de las políticas públicas, para construir un desarrollo social sostenido, sustentable, eficiente y efectivo, para lograr la gran transformación histórica que le fue encargado por el pueblo ecuatoriano.

Pero lo más importante es que toda transformación debe establecer un grado de participación incluyente, de una democracia real, de una ciudadanización del poder, no más imposiciones, no más cartas de intención, no más sometimiento a sistema capitalista, el renacimiento de Latinoamérica se la debe a la necesidad de su pueblo de ser libre, libre para decidir su suerte, su camino, su proyecto de vida, en la Patria Grande es grande no por su extensión de tierra o por cuanto producen, lo es por su gente, por un pueblo digno, un pueblo pacífico, un pueblo que ama la paz, por un pueblo solidario, el renacimiento de una Nueva América inicia ahora y la hace con acuerdos como un bloque, como un solo País, se está construyendo el sueño de Bolívar, de Sucre, Monseñor Leónidas Proaño, Dolores Cacuango, de San Martín, de Verón, del Che Guevara.

LA LIBERTAD NO SE IMPLORA DE RODILLAS, SE LA LUCHA DE PIE.

2.1.1.8 Sección séptima del Buen Vivir

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se

regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2.3.1. RESEÑA HISTORICA

El Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón “Guayaquil” se encuentra en el Ecuador provincia del Guayas que pertenece al Ministerio de Salud Pública. El Hospital Guayaquil no ha sido otra cosa que el fruto de esperanzados afanes y esforzados empeños de incansables visionarios, en su búsqueda incesante del bienestar común y, en la exigencia de un derecho universal consagrado ya desde hace algún tiempo, llamado salud. La inauguración oficial fue el 7 de octubre de 1973, interviniendo el Señor General de División Guillermo Rodríguez Lara, Presidente de la República. Su primer Director fue el Dr. Eduardo Iglesias Espinel y 15 fueron los primeros médicos, junto a dos odontólogos y 15 Auxiliares de Enfermería.

El Hospital funcionó como un gran Centro de Salud, atendiendo exclusivamente Consulta Externa y Emergencia desde octubre de 1973 hasta abril de 1975 en que se inició el servicio de internamiento de Pediatría. En julio de ese mismo año se abrió el servicio de Ginecología y en octubre también de 1975, los servicios de Medicina Interna y Fisiatría, llegando a funcionar con capacidad total en 1978, cuando se abre el Laboratorio Patológico en el mezzanine. El Anfiteatro Anatómico y la Capilla fueron construidos en 1982; esta última por entidades religiosas alemanas. El área de medicina interna está conformada por 6 ambientes donde cada ambiente está integrado por 6 camas donde los pacientes están ingresados con distintas patologías reciben su tratamiento médico en su unidad, los médicos pasan visita acompañado de líder del área de enfermería ,licenciadas del servicio, trabajadora social , interno de medicina por lo general los pacientes que encontramos en esa

área están conscientes y orientados y pasaban con su familiar por lo tanto existía comunicación entre familiar y paciente ; actualmente las normas determinan que el familiar debe permanecer en el descanso del piso así que la comunicación entre ellos se ve afectada.

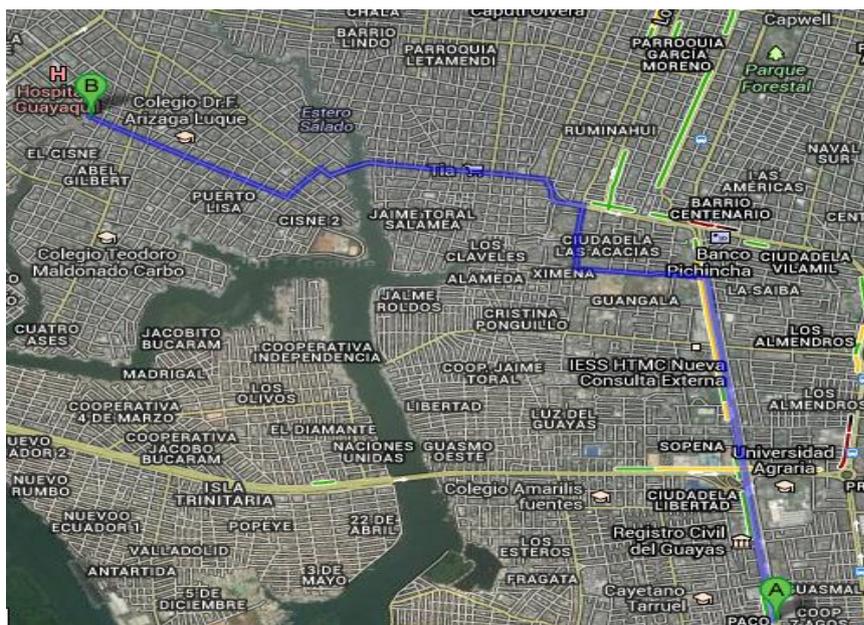
2.3.2. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL GUAYAQUIL



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Guayaquil 2012

2.3.3. VIAS DE ACCESO

El Hospital del Suburbio de Guayaquil, rebautizado Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, se encuentra ubicado en el sector suroeste de la ciudad; exactamente en la parroquia Febres Cordero, en el perímetro comprendido al norte por la calle Oriente, al sur por la calle Galápagos, al este por el callejón Rodríguez y al oeste por la calle 29, hoy conocida también como Ave. Assad Bucaram.



2.3.4. MISIÓN

El Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, es una Unidad Operativa de especialidades de referencia nacional; se rige por políticas y objetivos establecidos por el Ministerio de Salud Pública. A través de las especialidades y Sub Especialidades propias en su nivel y de las funciones de docencia e investigación y servicio, cumple con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud integral, un servicio con calidad y rigurosidad científica y una atención de calidez en el marco de la justicia y equidad social.

2.3.5. VISIÓN

El Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón", será un Hospital de Tercer Nivel de complejidad, líder Nacional en la atención de salud, con autonomía en la Gestión Administrativa y Financiera, enmarcados en los principios fundamentales de la salud pública y bioética. Será un modelo de organización dentro del sistema de salud del

país, ejemplo de solidaridad en la prestación de asistencia integral y especializada, caracterizada por la búsqueda continua de superar las necesidades y expectativas del usuario interno y externo, con el uso relacionado de los recursos existentes y la tecnología de punta.

2.3.6. VALORES INSTITUCIONALES

Respeto.- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión.- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación de servicio.- Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso.- Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

Integridad.- Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.

Justicia.- Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

2.3.7. INFRAESTRUCTURA DEL EDIFICIO PRINCIPAL

Planta Baja: Administración- Comedor- Consulta Externa- Consulta General y de Especialidades- Diagnóstico por Imágenes- Emergencia- Fisiatría - Farmacia
Servicios Básicos -Servicios varios- Cocina -Lavandería

Mezzanine: Docencia- Laboratorios- Patología

Primer Piso: Pediatría

Segundo Piso: Ginecología y Obstetricia

Tercer Piso: Medicina Interna

Cuarto Piso: Cirugía

Quinto Piso: Central de Esterilización- Cirugía General y de Especialidades Quirófanos

2.3.8. ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE GASES

El Hospital cuenta con un sistema de distribución centralizada de gases, los cuales son Oxígeno, Óxido Nitroso, y sistema de vacío; y próximamente en 2 meses también contará con aire comprimido y CO2 centralizado. Las áreas que cuentan con este servicio centralizado de gases son los Quirófanos, Cuidados Intensivos para adultos e infantes y Emergencias pero el Oxígeno llega a la mayoría de los sectores del hospital como las áreas de hospitalización y recuperación. El distribuidor de los tanques de gas para el Hospital es la compañía AGA.

2.3.9. FODA

Fortalezas

- Gran capacidad y prestigio de los docentes, científicos y profesionales que lo integran.
- Equipamiento con tecnología de punta.
- Dar el mejor servicio sin costo.
- Cursos de posgrado en ciencias de la salud y afines al más alto nivel.

Oportunidades

- Trabajan con convenios con otras casas asistenciales públicas o privadas.
- Tratar de reducir la emigración de médicos recién graduados, al dar excelentes programas de posgrados.
- Incrementar la opción académica de los estudiantes, en las diferentes áreas de salud y afines del país y del extranjero de esta forma se facilitara la permanente actualización de los médicos del hospital y más aun de la

comunidad ya que sus puertas están abiertas a la universidad a través de un completo programa de docencia para que los estudiantes de medicina, tecnología y enfermería puedan realizar allí sus prácticas pre profesionales.

Debilidades

- Información estadística no actualizada.
- Capacidad limitada para satisfacer la demanda de todos los sectores y la disminución de la capacidad adquisitiva.

Amenazas

- Intervención de la política en el campo asistencial y docencia.
- Falla en el campo administrativo, operativo, financiero, profesional y científico.

2.4. VARIABLES A INVESTIGAR

Comunicación humana

2.5. OPERACIONALIZACIÓN

Variable: Comunicación Humana

Definición: Es una condición sine qua non de la vida humana y el orden social.

DIMENSION	INDICADOR			ESCALA																				
<p>La comunicación humana es el medio de interrelación social del profesional de enfermería que permite interpretar los tipos de comunicación analógico y digital de los individuos.</p>	<p>Comunicación verbal</p> <p>1. Clara directa.-</p> <p>2. Clara indirecta.-</p> <p>3. Enmascarada directa.-</p> <p>4. Enmascarada indirecta.-</p> <p>Comunicación no verbal :</p> <p>2. 1.- Gestos de:</p> <p style="padding-left: 40px;">2.2..Aceptación</p> <p>2.3.Confirmación</p> <p>2.4. Rechazo</p> <p>2.5 Descalificación</p> <p>2.6. Posturas Corporales:</p> <p style="padding-left: 40px;">2.7. Aceptación</p> <p>2.8.Confirmación</p> <p>2.9. Rechazo</p> <p>2.Descalificación</p> <p>3.-Miradas de:</p> <p style="padding-left: 40px;">Aceptación</p> <p style="padding-left: 40px;">Confirmación</p> <p style="padding-left: 40px;">Rechazo</p> <p>Descalificación</p> <p>4.- Inflexión de Voz.-</p>	<p>1.- Es explícita en la interrelación y se dirige por su nombre.</p> <p>2.- Es explícita pero omite su nombre al dirigirse</p> <p>3.-Generaliza el mensaje y está claramente señalado al receptor</p> <p>4.-Generaliza el mensaje y no señala al receptor.</p> <p>1.- corresponde a la utilización de cara, mirada, cuerpo, manos símbolos y otros gestos.</p> <p>2.1. Es la comunicación gestual que expresa alegría afecto, nervios, sarcasmo, burla, etc.</p> <p>2.2. Es la comunicación gestual que expresa un estar de acuerdo con la persona y el comportamiento de los pacientes y familiares.</p> <p>2.3. Es la comunicación gestual que expresa ratifica y refuerza la aceptación de algún comentario.</p> <p>2.4. Es la comunicación gestual que expresa no estar de acuerdo con algún comentario de los pacientes y familiares.</p> <p>2.5. Es la comunicación gestual que se emite para desmerecer a una persona.</p> <p>2.6.Son posturas que se adoptan como barreras</p> <p>son tonos de voz que utiliza el interlocutor en la comunicación :</p> <p style="padding-left: 40px;">Alto.-</p> <p style="padding-left: 40px;">Bajo.-</p>	<p>1.-Cuando el / la profesional de enfermería se dirige a usted la llama por su nombre es entendible lo que ella le dice.</p> <p>2.- Cuando el/la profesional de enfermería se dirige a usted omite su nombre y es explícito lo que le dice.</p> <p>3.- Cuando el/la profesional de enfermería habla de un evento en general y se dirige a usted.</p> <p>4.- Cuando el/la profesional de enfermería no se dirige a usted y habla de situaciones que tienen directa relación con usted.</p> <p>1.-Cuando el profesional de enfermería se dirige a los pacientes y familiares con gestos, señas o símbolos.</p> <p>2.1. Cuando el profesional de enfermería se dirige a los pacientes y familiares con gestos o señas.</p> <p>2.2. Es cuando el profesional de enfermería se dirige a los pacientes y familiares con gestos de aceptación o desaprobación.</p> <p>2.6. Las barreras cerradas son las que se adoptan con los miembros superiores e inferiores.</p> <p>Barreras abiertas son cuando nos sentamos con cierta relajación.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">SIEMPRE</th> <th style="width: 20%;">CASI SIEMPRE</th> <th style="width: 20%;">FRECUENTE</th> <th style="width: 20%;">A VECES</th> <th style="width: 20%;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE	A VECES	NUNCA															
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE	A VECES	NUNCA																				

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. Generalidades

Este presente trabajo se realizó un estudio transversal que corresponde a la investigación cuantitativa, con un método no probabilístico, tipo de muestra a conveniencia, por la dinámica social que existía en ese momento en el área de medicina interna del Hospital Guayaquil.

3.1.2. Abordaje

Cuantitativo

3.1.3. Tipo de Estudio

Trabajo de investigación explicativa transversal y de campo en la sala Medicina Interna del Hospital Guayaquil.

3.1.4. Diseño de Estudio

3.1.4.1. Sujetos

Nuestro sujeto de estudio fueron 72 personas entre pacientes y familiares, de las cuales se tomó la Percepción sobre el uso de la comunicación humana entre profesional de enfermería pacientes y familiares.

3.1.4.2. Técnicas

Se aplicó entrevista dirigida

3.1.4.3. Instrumento

Cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas para obtener información directamente del paciente y familiar (ver anexo pág.)

3.1.5. Procedimiento

3.1.5.1. Consideraciones Éticas:

Se realizó una solicitud dirigida de institución a institución; a la dirección del hospital y a la líder del servicio.

3.1.5.2. Estudio Pilotó

Se desarrolló una prueba piloto en el área de contingencia servicio que tiene las mismas características del área aplicar la entrevista, que permitió hacer los ajustes necesarios para mejorar la calidad del instrumento la recopilación de información se la efectuó durante el día y la noche en el área mencionada.

3.1.6. Procesamiento de datos

Una vez realizada las encuestas respectivas se procedió a procesar los datos se utilizó el programa de Microsoft Excel para la elaboración de tablas y gráfico.

3.1.7. Exposición de Resultados

El resultado de este trabajo será sustentado frente a un jurado calificador, autoridades de la escuela, docentes, familiares y compañeros.

CAPÍTULO IV

4.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

GRAFICO # 1
PACIENTES

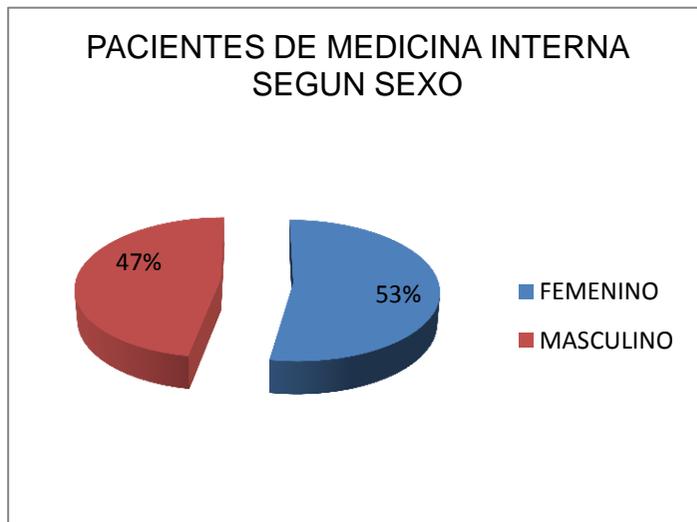
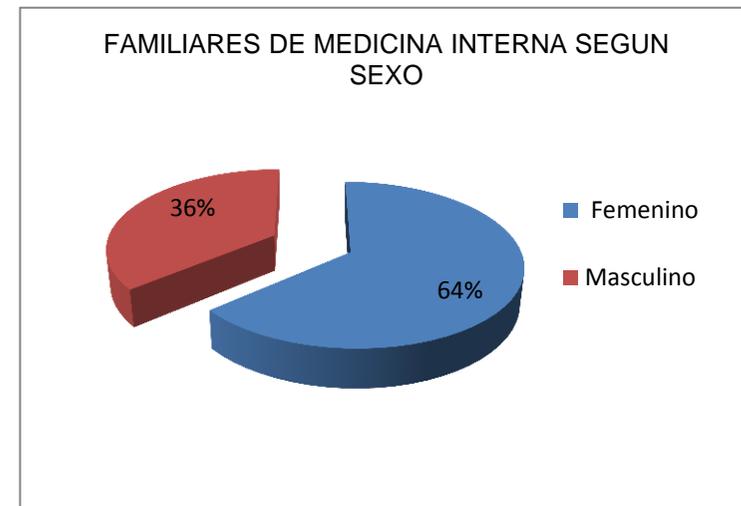


GRAFICO # 2
FAMILIARES



Aquí vemos reflejado en la sala de medicina interna que el mayor porcentaje de pacientes son mujeres con un 53% y en un 64% los familiares son de sexo masculino los que permanecen al cuidado de sus pacientes. Ya que estos son en su mayoría los esposos que quedan al cuidado de ellos.

GRAFICO # 3
PACIENTES

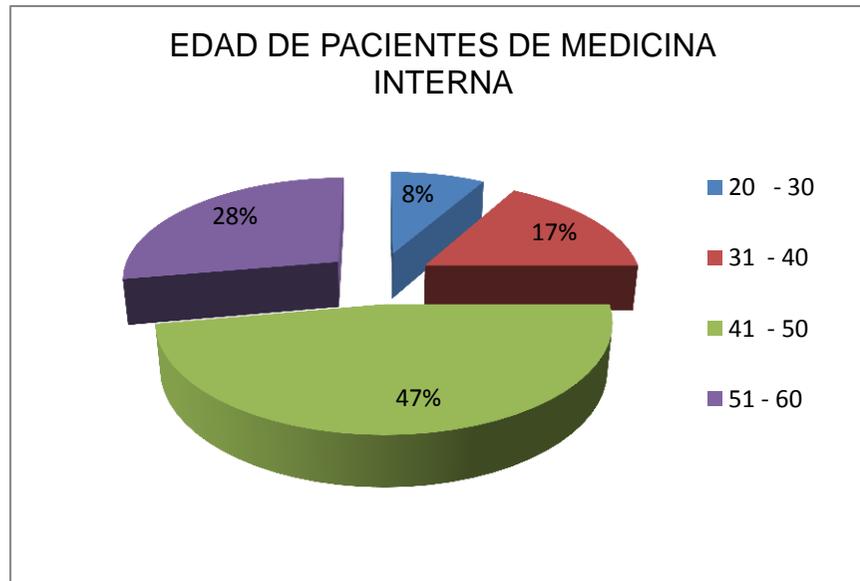
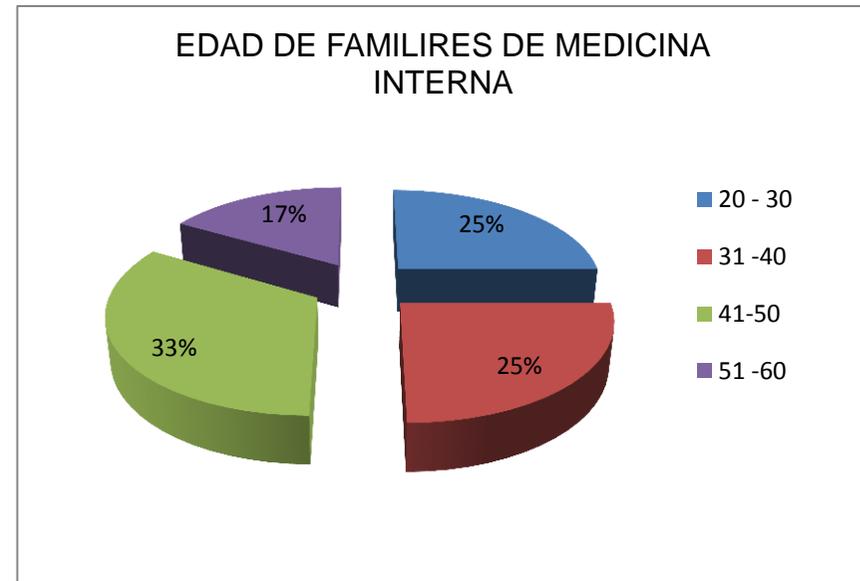


GRAFICO # 4
FAMILIARES



Observamos que un mayor porcentaje de edad de los pacientes oscila en un 47% entre las edades de 41 a 50 años, pero no dejamos atrás un 28% las edades de 51 a 60 años que también prevalece. También nos damos cuenta que un 25% de los cuidadores están entre las edades de 20 a 30 años y de 31 a 40 con su mismo porcentaje respectivamente.

GRAFICO # 5
PACIENTES

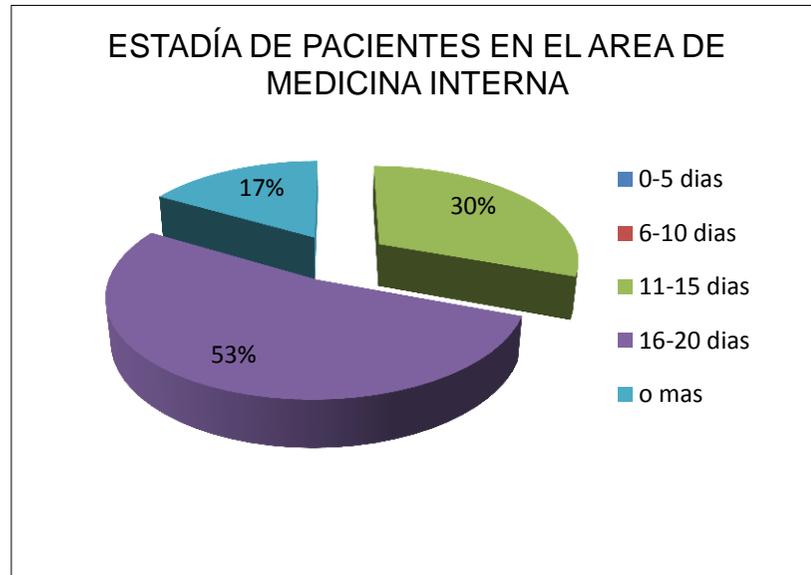
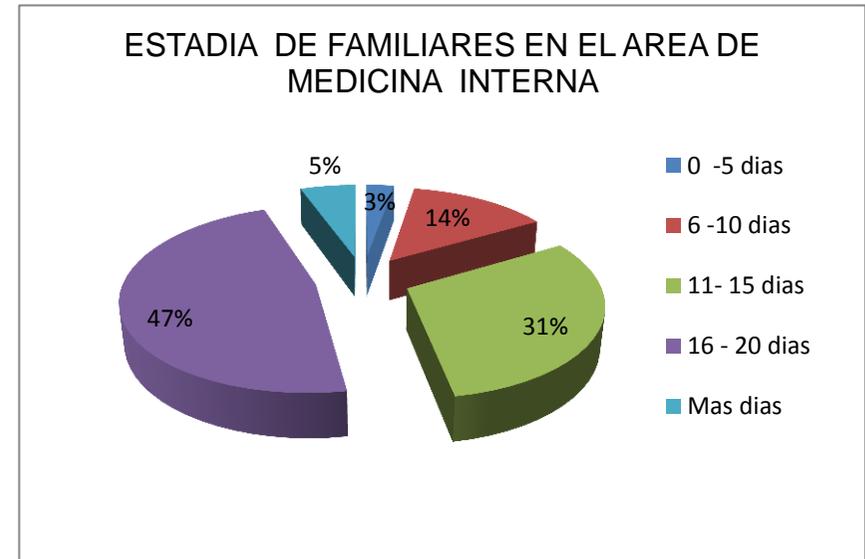


GRAFICO # 6
FAMILIARES



De acuerdo al análisis realizado podemos decir que los pacientes que se encuentran en el área de medicina interna es de 16 a 20 días con el 53% comparando con la estadía de los familiares tenemos el 47%, los pacientes con estadía de más de 20 días es del 17% cuyo porcentaje en la comparación con los familiares es del 5%, teniendo en cuenta que el mayor tiempo de estadías de pacientes y familiares es del 53% con 16 y 20 días.

GRAFICO # 7
PACIENTES

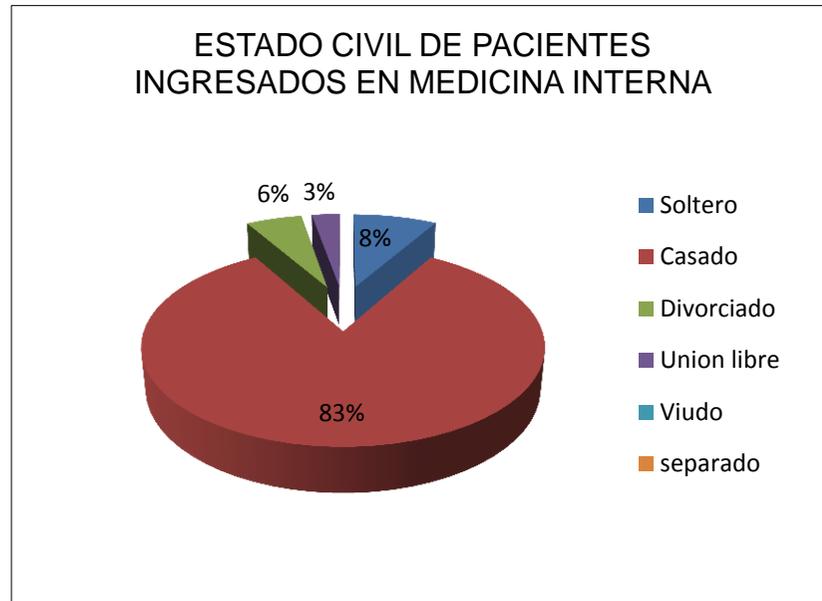
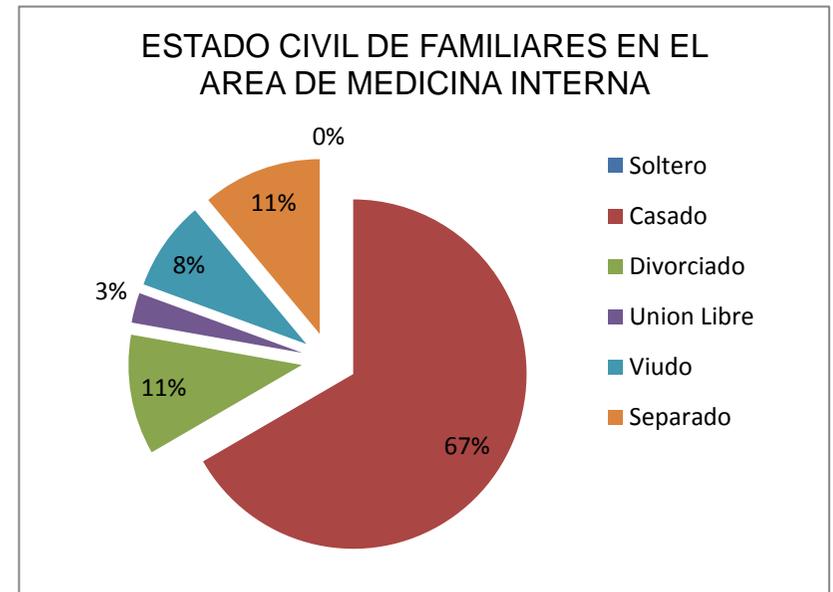


GRAFICO # 8
FAMILIARES



En el análisis realizado observamos que el estado civil de pacientes con mayor prevalencia es el casado con el 83% y los familiares con el 67%, tanto pacientes como familiares con menor porcentaje es de estado civil de unión libre teniendo un 3%. Por esa razón podemos acotar que el estado civil que prevalece entre pacientes y familiares es el casado con el 83 y 67%.

GRAFICO # 9
PACIENTES

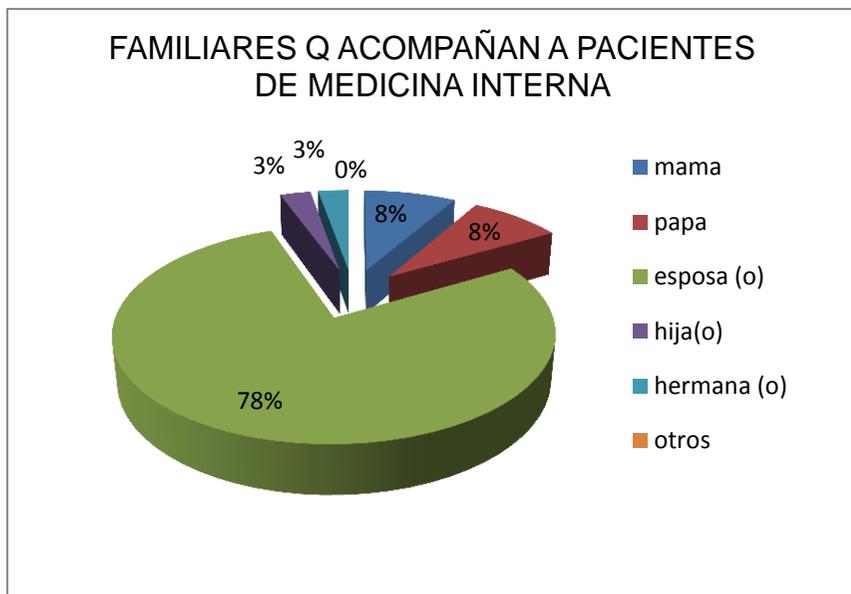
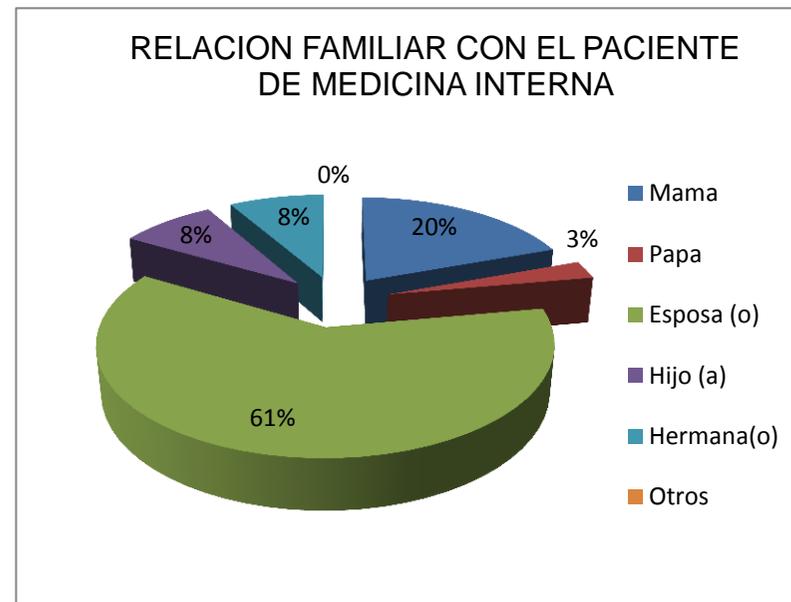


GRAFICO # 10
FAMILIARES



Se observa que los familiares que están en el área de medicina interna son esposos con un 61% y con un menor porcentaje son los padres con un 3 %.

Comunicación Digital (Verbal)

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN CLARA DIRECTA

GRAFICO # 11
PACIENTE

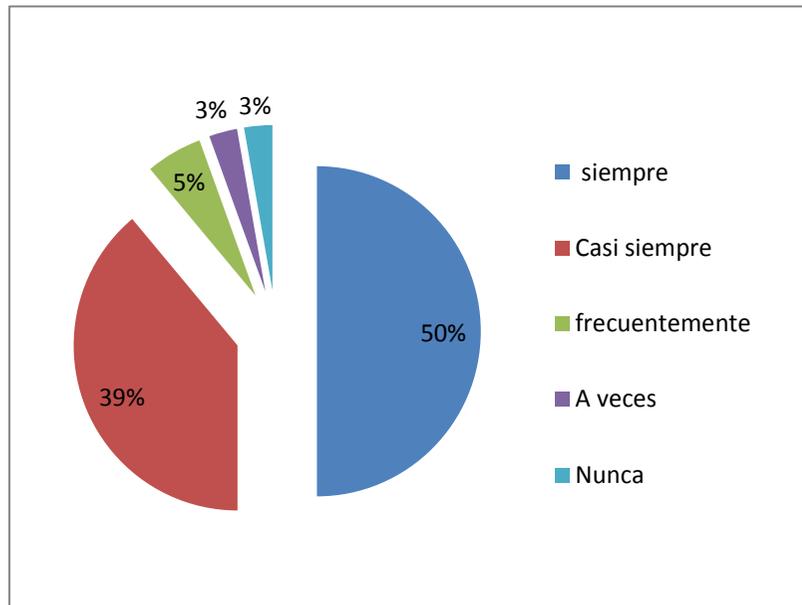
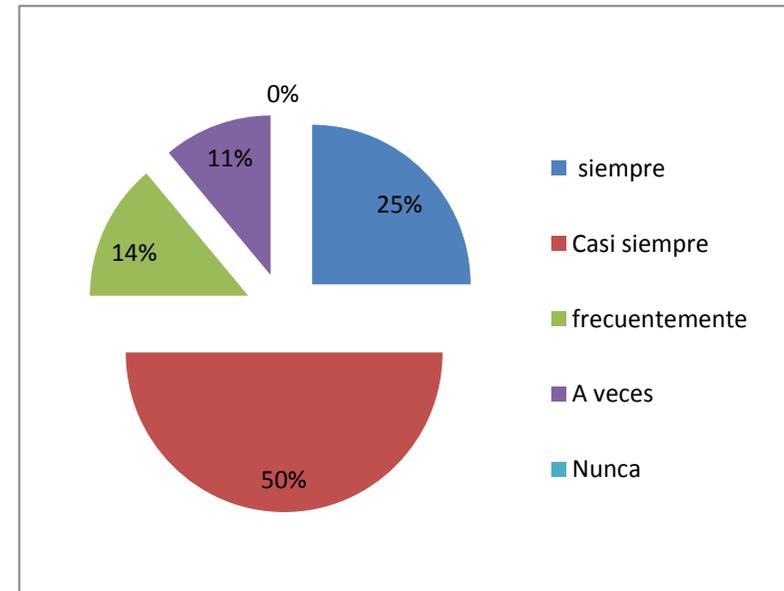


GRAFICO # 12
FAMILIAR



Se observa que la comunicación verbal que existe entre pacientes/profesional es del 50% siempre, mientras que con los familiares es de casi nunca con el 50%, realizando una comparación en cuanto a la comunicación verbal es de a veces con el 3% para los pacientes, y a veces con el 11% para los familiares.

Comunicación Digital (Verbal)

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN CLARA INDIRECTA

GRAFICO # 13
PACIENTE

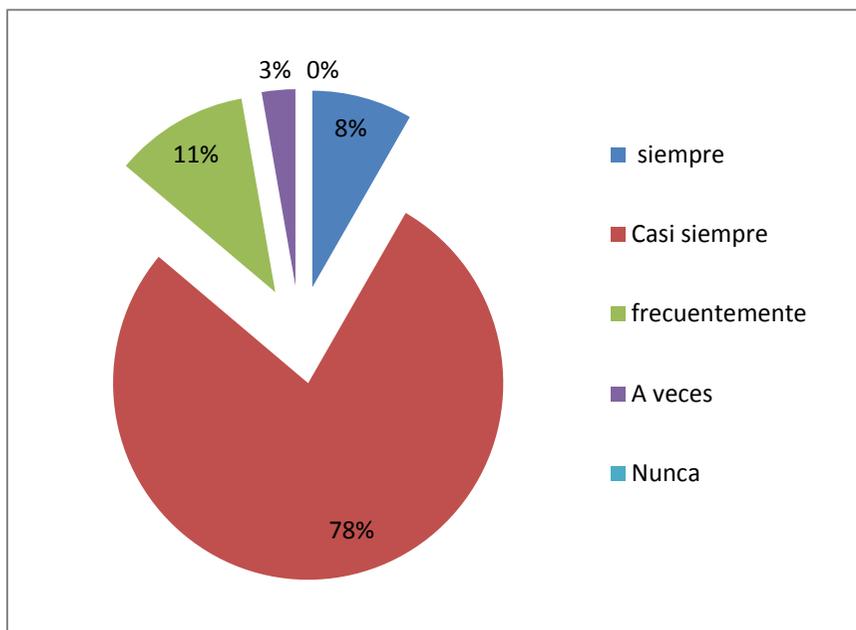
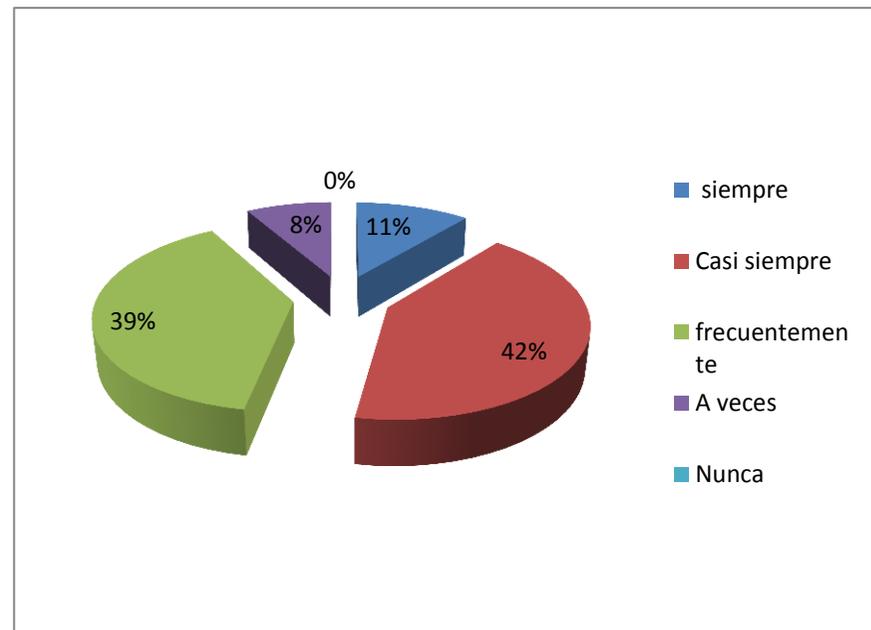


GRAFICO # 14
FAMILIAR



De acuerdo al estudio realizado podemos acotar que la comunicación indirecta entre los pacientes/profesionales tenemos que es el 78% de casi siempre, y con los familiares es del 42%, realizando una comparación entre los pacientes y familiares de a veces es del 8 y 3%.

Comunicación Digital (Verbal)

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN ENMASCARADA INDIRECTA

GRAFICO # 15
PACIENTE

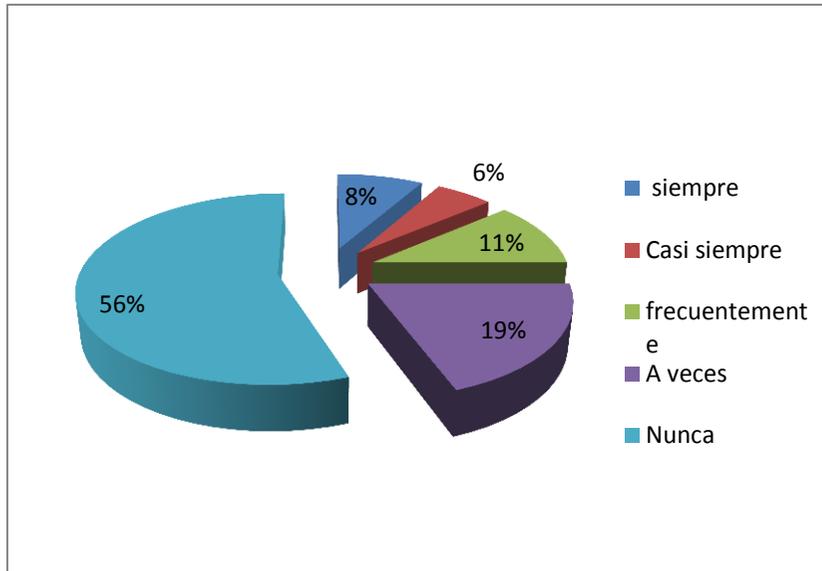
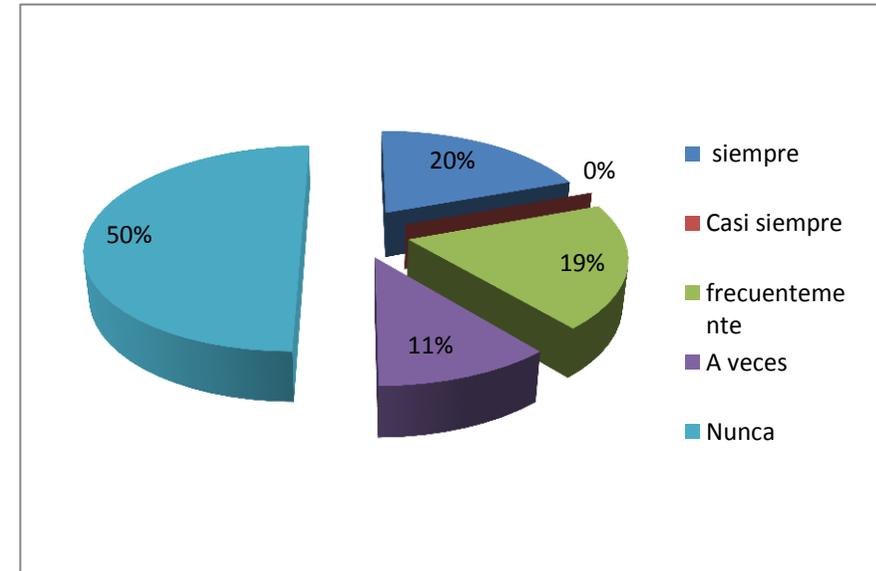


GRAFICO # 16
FAMILIAR



Se observa que de acuerdo a la comunicación enmascarada indirecta con los pacientes/profesionales tenemos el 56% de nunca y con los familiares es del 50%, en relación al estudio realizado con los familiares/profesionales con el 11% y con los pacientes el 8%.

Comunicación Analógica (Gestual) no Verbal

Percepción de los pacientes y familiares sobre la comunicación

Analógica Gestual Aceptable

GRAFICO # 17
PACIENTE

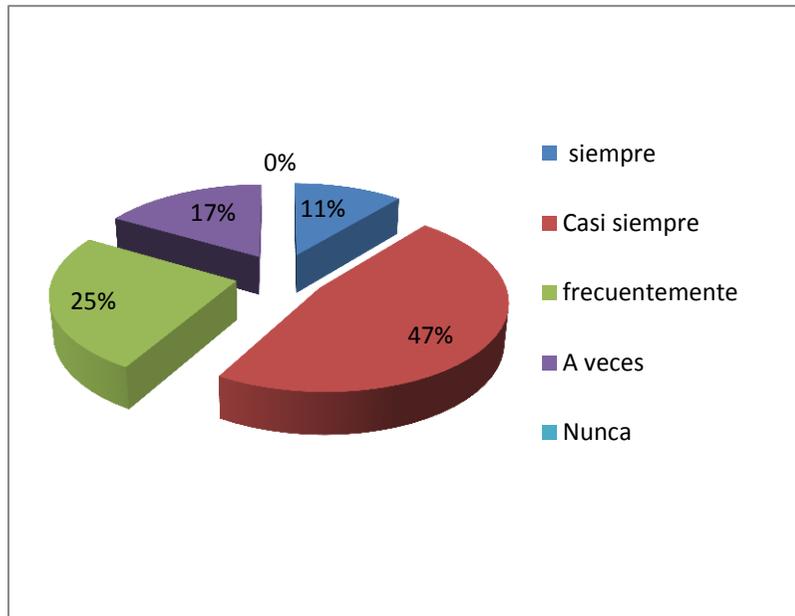
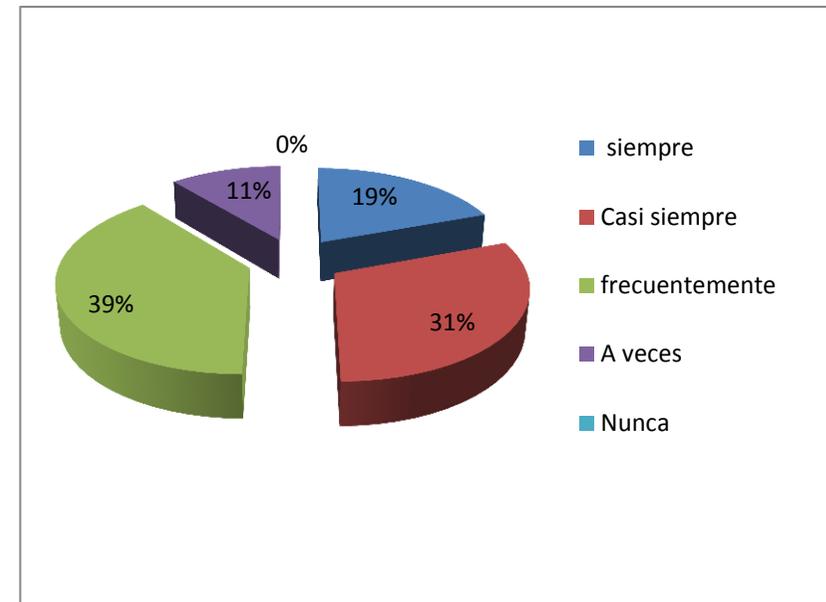


GRAFICO # 18
FAMILIAR



Una vez realizado el análisis nos damos cuenta que existe entre los pacientes y profesionales una comunicación gestual en un 47% de casi siempre, y entre los familiares tenemos el 39% frecuentemente, el 11% de siempre y a veces con los pacientes.

Comunicación Analógica (Gestual) no Verbal

Percepción de los pacientes y familiares sobre la comunicación Rechazo y descalificación

GRAFICO # 19
PACIENTE

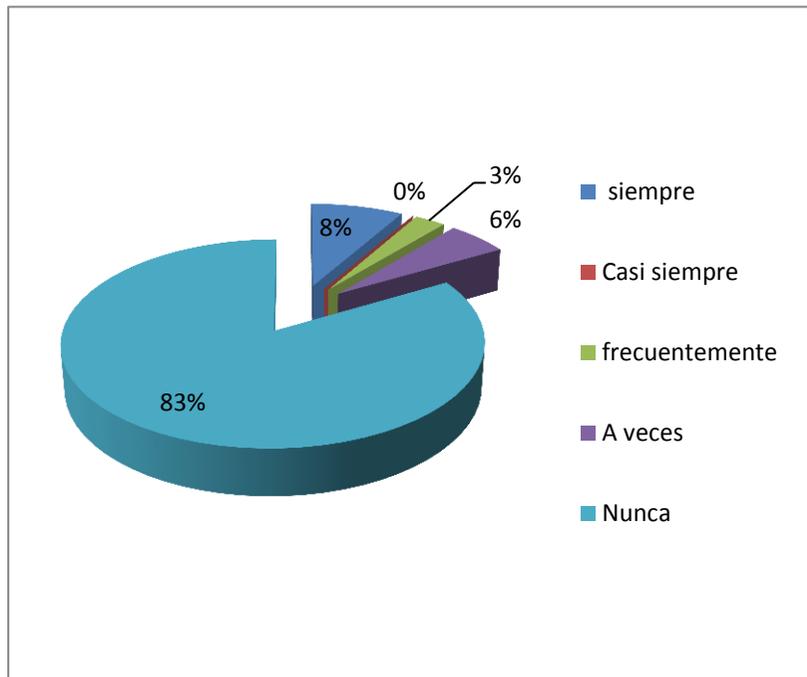
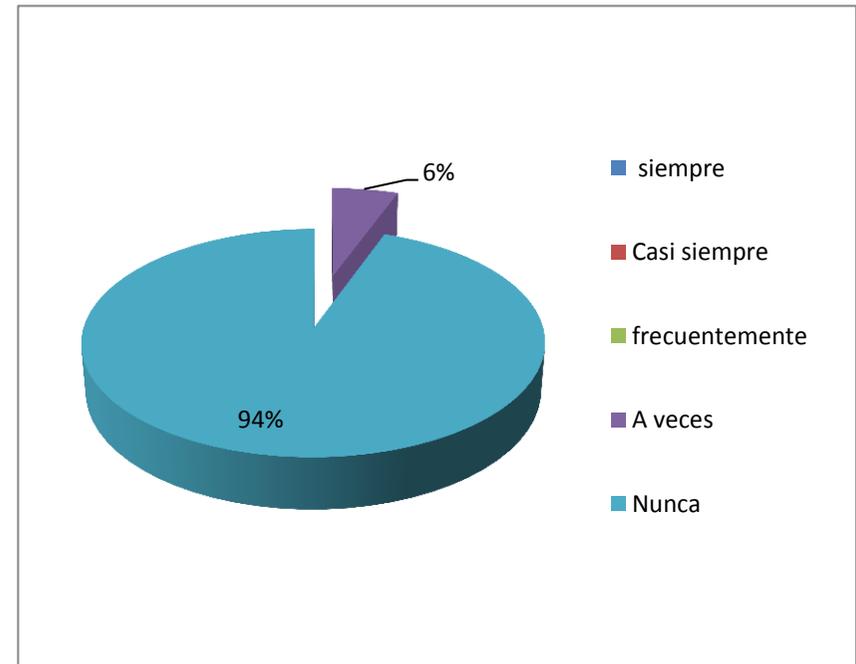


GRAFICO # 20
FAMILIAR



En el análisis realizado podemos observar que la comunicación que existe entre los pacientes de medicina interna es del 83% nunca, y entre los familiares el 94%, haciendo una comparación entre los pacientes y familiares tenemos el 3% de comunicación de rechazo es frecuentemente y el 6% de a veces para los familiares.

Comunicación Analógica (Gestual) no Verbal

Percepción de los pacientes y familiares sobre la comunicación Inflexión de Voz Adecuada

GRAFICO # 21

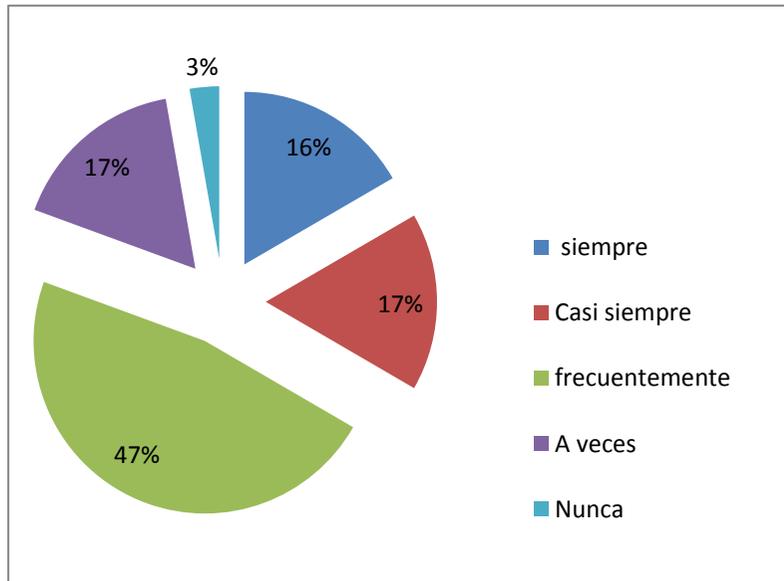
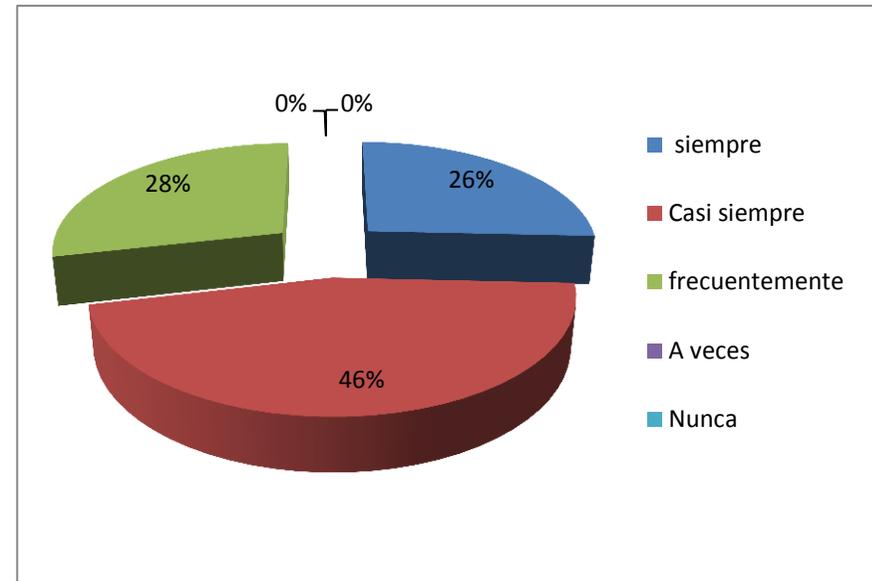


GRAFICO # 22



En este análisis vemos reflejado que la comunicación analógica inflexión de voz adecuada es de 47% frecuentemente, mientras que con un 46% de comunicación entre familiares es de casi siempre, acotando con la comparación realizada de nunca con el 3% en pacientes.

4.2. Discusión Científica

Bajo una visión ecosistemita el equipo de salud juega un papel fundamental en la atención de los pacientes y familiares ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital de Guayaquil ocupándose primordialmente, de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales teniendo como respuesta humana comportamiento, reacciones y sentimiento a nivel cognoscitivo, afectivo y psicomotor que tienen las personas ante distintas situaciones de salud. La percepción de la comunicación implica al medio más idóneo para sostener la interacción entre sus partes y subsistemas, estableciendo se estableció que la comunicación es la dimensión del equipo de salud.

Comunicación Clara Directa entre el profesional de enfermería, pacientes y familiares

La comunicación Humana es el acto central del ejercicio de la profesión de enfermería, que permite el desarrollo de la interacción entre los miembros del sistema de cuidado, y si relacionamos a Diagnósticos de elegir Enfermeros de NANDA-I 2014, el ejercicio de la comunicación humana de los resultados de este trabajo los profesionales no lleguen a constituir un Factor relacionado del diagnóstico del Deterioro de la **comunicación verbal** con pacientes y familiares. De allí que el objetivo del presente trabajo fue Conocer la percepción de los pacientes y familiares sobre el uso de la comunicación humana del personal de enfermería de medicina interna del Hospital Guayaquil, la cual se da en un 50% en familiares y pacientes la cual evidencia que la comunicación humana entre paciente y familiares es saludable por lo tanto no hay riesgo de convertirse en un factor relacionado porque ocupan el 9% en pacientes y 75% en familiares.

Percepción de la Comunicación Analógica de los pacientes, familiares y profesional de enfermería.

La comunicación es un componente básico dentro de la enfermera el profesional sanitario debe saber escuchar y entender al paciente, la comunicación juega un papel fundamental en la calidad de vida y satisfacción de los pacientes y sus

familiares en general, lo cual nos lleva a la idea principal de Watzlawick (8) nos indica que los seres humanos son los únicos que se comunican digital y analógicamente, la comunicación no solo consiste en el dialogo entre dos o más personas si no también los gestos , posturas , miradas, es importante darse cuenta que cada persona con la que nos comunicamos posee uno con los pacientes que dicen que este trabajo la comunicación gestual aceptable en un 72% en pacientes y 70% en familiares, ratificando la teoría de Watzlawick.

Comunicación no Verbal rechazo y descalificación

La comunicación de los pacientes no solo se dan con palabras, sino con expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación, lo cual nos permite traer a colación la idea de Naranjo Bermúdez(6) “El silencio de los pacientes es interpretable por lo que su aceptación como tal puede ser una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar “ el profesional debe adquirir habilidades y destrezas para saber interpretar lo que el paciente nos quiere expresar, el presente trabajo se evidencia que la comunicación de rechazo no existe en un 86% en pacientes y 94% en familiares.

Comunicación verbal analógica gestual

En la comunicación debemos de identificar las necesidades e inquietudes de los pacientes y familiares, los profesionales de enfermería son los guías para liderar la comunicación, el aprendizaje y los resultados que se dan en una interrelación, debemos tener una conexión entre estímulos y respuestas cada reacción especifica es una respuesta exacta de un sentimiento. Al igual que a la idea principal de Peplau (11) “El Ser Humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tenciones creadas por sus necesidades”. Evidenciando 47 % los pacientes y 39 % familiares.

Comunicación verbal analógica - Inflexión de voz

La comunicación de los pacientes y familiares debe de ser armónica con los profesionales de enfermería y su entorno puesto que si se rompe la armonía desaparece el bienestar y la tranquilidad de interrelación personal e interpersonal,

Una de las premisas de Roger (7) dice que “El Ser humano es un campo energético en interacción con otro campo energético” los pacientes y familiares perciben energía positiva y negativa según el entorno que los rodea se obtiene como resultado que el mayor porcentaje que presenta el área sobre la comunicación humana y la percepción de los pacientes 47 % y los familiares se da en un 46%

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Este trabajo investigativo que es percepción de los paciente y familiares sobre el uso de la comunicación humana en el Hospital Guayaquil quedo como corolario que la realidad observada en la comunicación de entre pacientes, familiares y personal de enfermería en el área de medicina interna en este momento historio porque en el trabajo se encontró la comunicación humana entre paciente y familiares, es muy bueno por tanto la comunicación verbal y analógica según la escala de liker es siempre y casi siempre existe la comunicación y las buenas relaciones, la salud ha cambiado para el bienestar del paciente y familiar.

Actualmente la comunicación es clara y directa los gestos entre ellos las miradas, el tono de voz adecuado que se usa en una buena comunicación en el área de medicina interna en la actualidad porque la voz de los pacientes es escucha, pueden preguntar y opinar sobre sus procedimientos.

El familiar decía: “Nosotros teníamos que hacer todo para cuidar a nuestro paciente y no permiten preguntar nada”, actualmente a travez de este trabajo informo que la comunicación humana está en niveles positivos.

5.2. RECOMENDACIONES

Que se realice estudio de campo por medio de la observación en tiempo real sobre el tiempo que utiliza las (o) profesionales de enfermería para la comunicación humana con el paciente y familiar para sostener esta comunicación positiva que se ha encontrado.

Que se considere la presencia del familiar en las áreas, por q ellos son nuestros aliados ayudar en la recuperación del paciente y disminuir su riesgo.

Que se escuche las necesidades del familiar y pacientes para poder responder a las mismas que si los pacientes y familiares son parte del sistema del cuidado colabora, si uno de los miembros está mal todo el sistema se alteraría.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOSZORMENYI-NAGY. (1994). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires: Ed. Amorproratur.
2. BRONFENBRENNER. (1979). *Psicología Social de la Familia*. Barcelona: Ed. Paidós.
3. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Consultado el 3 de Mayo del 2013, Asamblea Nacional República del Ecuador, página web de Servicio Público:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
4. Herdman, T.H. (2012) (Ed.). NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones*. American Psychological Association. Barcelona: Elsevier
5. King, I. (1984). *Teoría de logros de metal*. (1ra ed.). México: Ediciones Limusa.
6. Naranjo, I.C. (2006). *Comunicación con los pacientes*. Medellín: Vol 24, Nº. 1, págs. 94-98.
7. Rogers, M. (1995). *Seres Humanos Unitarios. Modelos y Teorías en Enfermería (3ra ed.)*. Editorial Doyma.
8. Watslawick, P., Beavin, J., Y Jackson, D. (2008). *Teoría de la Comunicación humana (1ra ed.)*. Barcelona: Herder.

9. Wilson J. (1993) Sara T. ética en la práctica de enfermería manual moderno
Organización Panamericana de la salud

10. De Souza, M.C. (2000). *O Desafío Do Conheciminto*. Sao Paulo- Rio de Janeiro: 7.a.edicao

11. Peplau, H.(2002). *psychiatric nurse of the century*. ISBN 0-8261-3882-9

BIBLIOGRÁFICAS

1. BOSZORMENYI-NAGY. (1994). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires: Ed. Amorproratur.
2. BRONFENBRENNER. (1979-1989). *Psicología Social de la Familia*. Barcelona: Ed. Paidós.
3. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Consultado el 3 de Mayo del 2013, Asamblea Nacional República del Ecuador, página web de Servicio Público:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
4. Herdman, T.H. (2012) (Ed.). NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones*. American Psychological Association. Barcelona: Elsevier
5. King, I. (1984). *Teoría de logros de metal*. (1ra ed.). México: Ediciones Limusa.
6. Naranjo, I.C. (2006). *Comunicación con los pacientes*. Medellín: Vol 24, Nº. 1, págs. 94-98.
7. Rogers, M. (1995). *Seres Humanos Unitarios. Modelos y Teorías en Enfermería (3ra ed.)*. Editorial Doyma.
8. Watslawick, P., Beavin, J., Y Jackson, D. (2008). *Teoría de la Comunicación humana (1ra ed.)*. Barcelona: Herder.
9. Wilson J. (1993) Sara T. *ética en la práctica de enfermería manual moderno* Organización Panamericana de la salud
10. De Souza, M.C. (2000). *O Desafío Do Conheciminto*. Sao Paulo- Rio de

Janeiro: 7.a.edicao

11. Peplau, H.(2002). *psychiatric nurse of the century*. ISBN 0-8261-3882-9.
- 12.BOYD, (1974). *Estética del Cambio*. Barcelona: Paidós Saicf.
- 13.Mattelart, A., & Mattelart, M. (1997). "*Historia de las teorías de la comunicación*". (1ª ed.)España: Paidós Comunicación.
14. McCLOSKEY, (2002). *Clasificación de las Intervenciones de Enfermería*. España: Harcout.
15. Núñez de Villavicencio, F. (2001).*Psicología y Salud. Comunicación en la Práctica Médica*. La Habana: Ciencias Médicas
- 16.Pasquali, A. (1997). *Comunicación y cultura de masas*, (3ra ed.). Mexico: MonteAvil Editores CA.
17. Toledo, G. (2004). *Fundamentos de la salud Pública*. Metodología de la Investigación. La Habana: Ed. Ciencias Medicas
- 18..Tomey, A. (2000). *Modelos y Teorías de Enfermería Harcourt*, (4ta ed.). Madrid: Harcourt.
19. Universidad Panamericana. (1988). *Dimensión antropológica del cuidado*. I Reunión interdisciplinaria en enfermería. Misión y valores de una profesión. México.
20. Vacarezza, R. (2000, Dic.). "*De los derechos del paciente*". Rev. Med. Chile V. 128. N.12. Santiago.
21. Vicondell, F. (1996). *Problemas Éticos de la Tecnología. Códigos de enfermería*. Panama: Bol SanitPanam.

ANEXO

ANEXO #1

PERMISO PARA OBTENER LOS DATO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 13 de Diciembre de 2012

SR. DIRECTOR,
HOSPITAL GUAYAQUIL ABEL GILBERT PONTON
CIUDAD.

De mis consideraciones:

Agradeceré a usted y por su digno intermedio a la persona indicada, se permita a las señoritas estudiantes de cuarto año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil, desarrollar su tesis cuyo tema es:

Comunicación asertiva entre el personal de enfermería y el paciente influye en la atención en el área de medicina interna del Hospital Guayaquil 2012 - 2013.

El presente trabajo de investigación constituye un requisito obligatorio para la Incorporación como Licenciadas en Enfermería.

Las alumnas son:
DÍAS MONTES YANINA ALEXANDRA
BAQUE FREIRE MARJORIE MICHELLE

Agradeciéndole de antemano por la favorable acogida a esta petición, le reitero mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,

LCDA. ROSA RÍOFRÍO DE SANCHEZ
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

LCDA. ESPERANZA AYALA LOOR
TUTORA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
"ABEL GILBERT PONTON"
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
RECIBIDO: Tesis de Grado
FECHA: 13/12/2012
HORA: 15:50



Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

Oficio N° 1525-EE

Guayaquil, 29 de noviembre de 2012

Licenciada, **ESPERANZA AYALA LOOR**
 Docente Escuela de Enfermería
 Presente

3-1-2013

Las autoridades de la Escuela y a petición de los/as estudiantes de Cuarto Año, Internado, se la ha designado como Tutora del Trabajo de Investigación, cuyo temas se detallan a continuación, en consideración de sus conocimientos tanto en investigación como en el tópico a tratar en el mismo:

AUTOR/ES	TEMA
YANINA ALEXANDRA DIAS MONTES MARJORIE MICHAEL BAQUE FREIRE	COMUNICACIÓN ASERTIVA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES INFLUYEN LA ATENCIÓN, ÁREA DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL GUAYAQUIL

Cabe mencionar que los estudiantes responsables, se contactarán con usted para que planifiquen conjuntamente las actividades concernientes al desarrollo del Trabajo.

Seguras de una respuesta favorable a esta designación, para que los interesados elaboren un excelente trabajo de investigación bajo vuestra tutoría, nos es grato suscribirnos de usted,

Atentamente,

Lic. Rosa Riofrío de Sánchez, MSc.
 Directora Escuela de Enfermería

Lic. Fátima Morán Sánchez, MSc.
 Subdirectora Escuela de Enfermería

C: Archivo



RECIBIDO
 ASISTENTE INTERNA
 ENFERMERIA
 FECHA 16 oct 13
 HORA 11:15

ANEXO #2

CONSETIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL USO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL. 2013”** Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información y su confidencialidad

Nombre:

Diferentes horarios () Horas de visitas () Nunca ()

9. Rol que desempeña en el Sistema Familiar.

Abuelo (a) () Hermano (a)() Papa ()
 Mama ()

10. nivel de satisfacción

Esta de acuerdo con el confort que le brinda el servicio de medicina interna

Si () No ()

11 Responde usted a la comunicación entre el profesional de enfermería, paciente y familiar con respeto?

Si () No ()

12 Considera que la paciencia, son la base para una buena comunicación entre el profesional de enfermería y los pacientes.

Si () No ()

ITEMS	ESCALA				
	siempre	Casi siempre	frecuente	A veces	Nunca
14. El profesional de enfermería responde a sus inquietudes de manera clara y con agrado.					
15 Al dirigirse a usted lo llaman por su nombre o por el número de cama					
16. Al momento que el profesional de enfermería manifiesta un evento que sucedió se dirige a usted					
17. Al preguntarle algo al profesional de enfermería y le contesta con gestos usted acepta la respuesta					
18. Ud ha recibido de parte del profesional de enfermería algún gesto de rechazo por su condición o enfermedad					
19. Al manifestar su inquietud al profesional de enfermería le presta atención o lo ignora .					
20. Ud cree que el tono de voz que utiliza el profesional de enfermería es el adecuado al responder inquietudes					

ANEXOS # 4

CRONOGRAMA

#	FECHAS	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
	ACTIVIDADES						
1	Revisión y ajuste al proyecto de investigación por el tutor. (Diseño de proyecto de investigación)	X					
2	Trabajo de campo: Recopilación de información.		X				
3	Procesamiento de datos.		X	X			
4	Análisis e interpretación de datos.			X	X		
5	Elaboración del informe final.				X	X	
6	Entrega del informe final (Subdirección).						X
7	Sustentación						X

ANEXOS # 5

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO FINAL
IMPRESIONES B/N	800	0.20	160.00
IMPRESIONES COLOR	100	0.30	30.00
COPIAS B/N	150	0.05	7.50
INTERNET 2 H. X DIA	120	0.50	60.00
ENCUDERNADO	4	6.00	24.00
EMPASTADO	5	18.00	90.00
ALIMENTACIÓN	25	5.00	125.00
TRANSPORTE	5	20.00	100.00
VARIOS	5	20.00	100.00
TOTAL			696.50

ANEXOS # 6

TABLA 1

PACIENTES DE MEDICINA INTERNA SEGÚN SU SEXO

SEXO	Nª PACIENTE	%
FEMENINO	19	53
MASCULINO	17	47
TOTAL	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se evidencia que la mayor cantidad de los pacientes del área de medicina interna son de sexo femenino con un 53%

TABLA 2

EDAD DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

Edades	Nª PACIENTES	%
20 - 30	3	8
31 - 40	6	17
41 - 50	17	47
51 - 60	10	28
TOTAL	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Observamos que la las edades de los pacientes del área de medicina interna tienen una edad de entre 41 años a 50 años.

TABLA 3
ESTADO CIVIL DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

ESTADO CIVIL	Nª PACIENTE	%
SOLTERO	3	8
CASADO	30	83
DIVORCIADO	2	6
UNIÓN LIBRE	1	3
VIUDO	0	0
SEPARADO	0	0
TOTAL	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: De acuerdo al estado civil de los pacientes podemos observar que en el área de medicina interna los pacientes en su mayoría son casados 83%, y solo un 8% son solteros.

TABLA 4
ESTADIA DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

ESTADIA	Nª PACIENTE	%
0-5 días	0	0
6-10 días	0	0
11-15 días	11	30
16-20 días	19	53
o mas	6	17
Total	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis Observamos que los pacientes del área de medicina interna permanecen un periodo de 16-20 días con el 53%

TABLA 5**FAMILIAR QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE MEDICINA INTERNA**

FAMILIARES QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE	Nº PACIENTES	%
mama	3	8
papa	3	8
esposa (o)	28	78
hija(o)	1	3
hermana (o)	1	3
otros	0	0
Total	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Observamos de acuerdo a las tabulaciones que el familiar que acompaña normalmente son los esposo/a con el 78%, y los padres en un 8%

TABLA 6**PERCEPCION DE PACIENTES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMUNICACION VERBAL CLARA DIRECTA**

ITEMS	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUEENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NUMEROS	18	14	2	1	1	36
PORCENTAJE	50	39	5	3	3	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los pacientes sobre la comunicación verbal clara directa de las licenciadas de enfermería, es de un 50% y en menor porcentaje 3%.

TABLA 7

**PERCEPCION DE PACIENTES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA
COMUNICACION VERBAL CLARA INDIRECTA**

ITEMS	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NUMEROS	3	28	4	1	0	36
PORCENTAJE	8	78	11	3	0	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque.

Análisis: Se observa que la percepción de los pacientes sobre la comunicación verbal clara indirecta de las licenciadas de enfermería, es de 78%, y con menor porcentaje de 3%

TABLA 8

**PERCEPCION DE PACIENTES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA
COMUNICACION VERBAL ENMASCARADA INDIRECTA**

ITEMS	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NUMEROS	3	2	4	7	20	36
PORCENTAJE	8	6	11	19	56	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación verbal enmascarada directa de las licenciadas e enfermería, es un 56% y en menor porcentaje es de un 6%.

TABLA 9**PERCEPCION DE PACIENTES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMUNICACION NO VERBAL ANALOGICA GESTUAL**

ITENS	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUEM ENTE	A VECES	NUNCA	
NUMEROS	4	17	9	6	0	36
PORCENTAJE	17	47	25	17	0	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación no verbal analógica gestual de las licenciadas de enfermería, encontramos en un 47% y en menor porcentaje 17%

TABLA 10**PERCEPCION DE PACIENTES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMUNICACION NO VERBAL ANALOGICA RECHAZO/ DESCALIFICACION**

ITEMS	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUEM ENTE	A VECES	NUNCA	
NUMEROS	0	0	1	2	33	36
PORCENTAJE	0	0	3	5	92	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación no verbal analógica de rechazo y descalificación de las licenciadas de enfermería, encontramos en 92% en nunca y el menor porcentaje 3%

TABLA 11**PERCEPCION DE PACIENTES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMUNICACION VERBAL ANALOGICA INFLEXION DE VOZ**

ITEMS	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NUMEROS	17	12	4	3	0	36
PORCENTAJE	47	34	11	8	0	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación verbal analógica de inflexión de voz de las licenciadas de enfermería, ocupa 47% siempre, le sigue casi siempre 34% como mínimos frecuentemente y a veces con 11%y 8% respectivamente.

TABLA 12**FAMILIARES DE MEDICINA INTERNA SEGÚN SU SEXO**

SEXO	Nº FAMILIARES	PORCENTAJE
Femenino	23	64
Masculino	13	36
Total	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: se observa que el mayor porcentaje de familiares que acompañan al paciente en el área de Medicina Interna son hombres

TABLA 13
EDAD DE FAMILIARES DE MEDICINA INTERNA

EDADES	Nª FAMILIARES	%
20 - 30	9	25%
31 -40	9	25%
41-50	12	33%
51 -60	6	17%
TOTAL	36	100%

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: se observa que el mayor porcentaje de edad de los familiares de los pacientes de medicina interna es de 33% en un rango de 41 a 50 años de edad seguido con el 25 % de 31 a 40 años.

TABLA 14
ESTADIA DE FAMILIARES DE MEDICINA INTERNA

TIEMPO	FAMILIARES	%
0 -5 días	4	11
6 -10 días	3	8
11- 15 días	3	8
16 - 20 días	24	67
Mas días	2	6
Total	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: en el área de medicina interna los pacientes tienen una permanencia de 16 a 20 días

TABLA 15**ESTADO CIVIL DE FAMILIARES DE MEDICINA INTERNA**

ESTADO CIVIL	Nº FAMILIARES	%
Soltero	0	0
Casado	24	67
Divorciado	4	11
Unión Libre	1	3
Viudo	3	8
Separado	4	11
Total	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: En el área de medicina interna el mayor porcentaje son casados 67%

TABLA 16**RELACION FAMILIAR CON EL PACIENTE**

ACOMPAÑANTE	FAMILIARES	%
Mama	7	0
Papa	1	3
Esposa (o)	22	61
Hijo (a)	3	17
Hermana(o)	3	19
Otros	0	0
Total	36	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: los acompañantes de los pacientes del área de medicina interna son los esposos en un 61%

TABLA 17**PERCEPCION DE FAMILIARES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMMUNICACION VERBAL CLARA DIRECTA**

	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NÚMEROS	9	18	5	4	0	36
PORCENTAJE	25	50	12	7	6	100

Fecha: Mayo 2013**Fuente:** Medicina Interna del hospital Guayaquil.**Autoras:** Yanina Días / Marjorie Vaque.

Análisis: Se observa que la percepción de los pacientes sobre la comunicación verbal clara directa de las licenciadas de enfermería, se hallan en la escala de casi siempre con -50%, le sigue siempre -25% seguido de frecuentemente 12%. Y con una minoría de a veces-7% y nunca-6% respectivamente.

TABLA 18**PERCEPCION DE FAMILIARES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMMUNICACION VERBAL CLARA INDIRECTA**

	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NÚMEROS	4	15	14	3	0	36
PORCENTAJE	11	42	39	8	0	100

Fecha: Mayo 2013**Fuente:** Encuesta realizadas a los pacientes del área de Medicina Interna del hospital Guayaquil.**Autoras:** Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación verbal clara e indirecta de las licenciadas e enfermería ,en la escala casi siempre ocupa - 42% , le sigue frecuentemente -39% con un 11%en siempre y el mínimos porcentajes a veces 8% .

TABLA 19**PERCEPCION DE FAMILIARES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMUNICACION VERBAL ENMASCARADA INDIRECTA**

ITENS	ESCALA					Total
	siempre	Casi siempre	frecuente mente	A veces	Nunca	
NUMEROS	7	0	7	4	18	36
PORCENTAJES	20	0	19	11	50	100

Fecha: Mayo 2013**Fuente:** Encuesta realizadas a los familiares del área de Medicina Interna del hospital Guayaquil.**Autoras:** Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación verbal clara e indirecta de las licenciadas e enfermería ,en la escala casi siempre ocupa - 50% , le sigue siempre -20% frecuentemente en 19% y mínimos porcentajes a veces 11% .

TABLA 20**PERCEPCION DE FAMILIARES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA****COMUNICACION NO VERBAL ANALOGICA GESTUAL**

	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NÚMEROS	7	11	14	4	0	42
PORCENTAJE	19%	31%	39%	11%	0%	100%

Fecha: Mayo 2013**Fuente:** Encuesta realizadas a los familiares del área de Medicina Interna del hospital Guayaquil.**Autoras:** Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación no verbal analógica gestual de las licenciadas de enfermería, en la escala frecuentemente ocupa - 39%, le sigue casi siempre -31% en la escala de siempre 19% y mínimos porcentajes a veces 11%

TABLA 21

**PERCEPCION DE FAMILIARES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA
 COMUNICACION NO VERBAL ANALOGICA RECHAZO/ DESCALIFICACION**

	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NÚMEROS	0	0	0	2	34	36
PORCENTAJE	0	0	0	6	94	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Encuesta realizadas a los familiares del área de Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación no verbal analógica de rechazo y descalificación de las licenciadas de enfermería, en la escala nunca ocupa -92%, le sigue a veces-5% en la escala de frecuentemente 3% con un mínimo porcentaje.

TABLA 22

**PERCEPCION DE FAMILIARES SOBRE LOS LICENCIADOS DE ENFERMERIA
 COMUNICACION VERBAL ANALOGICA INFLEXION DE VOZ**

	ESCALA					TOTAL
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	A VECES	NUNCA	
NÚMEROS	9	16	10	0	0	35
PORCENTAJE	26	46	28	0	0	100

Fecha: Mayo 2013

Fuente: Encuesta realizadas a los familiares del área de Medicina Interna del hospital Guayaquil.

Autoras: Yanina Días / Marjorie Vaque

Análisis: Se observa que la percepción de los familiares sobre la comunicación verbal analógica inflexión de voz de las licenciadas de enfermería, en la escala casi siempre ocupa -46%, le sigue frecuentemente -28% en la escala de siempre -26%.

ANEXO #
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONTROL DE AVANCE DE TRABAJO DE INVESTIGACION

Estudiantes:
Tutor:

Tema:

DESARROLLO DE TUTORIAS					FECHA		
ACTIVIDADES	HO RA		FIRMA		D	M	A
	INICIO	FINAL	TUTOR	ESTUDIANTE			

FECHA DE ENTREGA:

ANEXO #31

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA SUSTENTACIÓN

FECHA HORA	NOMBRE ESTUDIANTE	TITULO TRABAJO	INTRODUCCION Y PROBLEMA 2	OBJETIVOS 1,5	METODOLOGIA 1,5	ANÁLISIS RESULTADOS 1,5	CONCLUSIONES RECOMENDACIONES 2	PROPUESTA 1	TIEMPO 0,5	TOTAL 10

Tribunal Calificador:

Estudiantes que Sustentan:
