



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Tesis*

*Construcción y validación del instrumento Percepción de  
Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente*

Presenta:

LE. Verónica Ivon López Arévalo

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Noviembre 2022



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Tesis*

*Construcción y validación del instrumento Percepción de  
Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente*

Presenta:

LE. Verónica Ivon López Arévalo

Director de Tesis:

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Protocolo de investigación: Construcción y validación del instrumento Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente

Número de registro: SIEP/ME/116/2022

### **Jurado de Examen de Grado**

---

DCE.  
Presidente

---

ME.  
Secretario

---

ME.  
Vocal

---

ME.  
Vocal

---

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández  
Director de Tesis

---

MCE. Erika Pérez Noriega  
Directora

---

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
Secretario de Investigación y  
Estudios de Posgrado

## Resumen

Nombre: Verónica Ivon López Arévalo

Candidata para el grado de Maestra en Enfermería

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería

Área de estudio: Intervenciones Educativas para la Promoción a la Salud

Título: Construcción y validación del instrumento Percepción de Enfermería sobre el Diálogo

Vivido con el Paciente

Número de páginas:

**Introducción:** El objetivo de enfermería es brindar cuidados a todas las personas para mantener y restablecer la salud o ayudar al buen morir. El cuidado es la esencia y núcleo fundamental de enfermería, es mejor aplicado si es de forma interpersonal. La Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad, esclarece el rumbo del cuidado interpersonal, describe el cuidado como una experiencia vivida entre seres humanos, donde se genera un encuentro entre dos personas multidimensionales que tienen una transacción intersubjetiva, este encuentro lo denominan Diálogo Vivido. Existen pocos estudios que han abordado este concepto y no se han encontrado instrumentos empíricos que lo midan, por lo que se destaca la necesidad de construir uno. **Objetivo:** Construir y validar el instrumento Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente. **Metodología:** Diseño polietápico: 1) construcción del instrumento, 2) validación lingüística 3) validación de contenido 4) prueba piloto, 5) aplicación del instrumento. Muestreo probabilístico,  $n=119$  enfermeras(os) a razón de 5:1. **Resultados:** primera etapa: se construyó un instrumento de 26 ítems distribuido en cuatro dimensiones. Segunda etapa: se envió el instrumento a una lingüista para su validación. Tercera etapa: se obtuvo un Índice de Validez de Contenido de .84 y se eliminaron tres ítems. Cuarta etapa: se determinó la confiabilidad del instrumento ( $\alpha = .72$ ,  $n=30$ ). Quinta etapa: se eliminaron cuatro ítems y se

obtuvo un alfa de .88 y un AFE con una estructura de cuatro factores con una VTE 62.24%.

**Conclusión:** el instrumento es válido y confiable para medir la percepción de enfermería durante el Diálogo Vivido con el paciente.

## Tabla de Contenido

	Página
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Propósito de estudio	4
1.3 Marco teórico	4
1.3.1 Teoría de Enfermería Humanística de J. Paterson y L. Zderad	4
1.3.2 Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	13
1.4 Estudios relacionados	14
1.4.1 Estudios directamente relacionados	14
1.4.2 Estudios indirectamente relacionados	16
1.5 Definición de términos	17
1.6 Objetivos	19
1.6.1 Objetivo general	19
1.6.2 Objetivos específicos	19
<b>Capítulo II</b>	
Metodología	20
2.1 Diseño de estudio	20
2.2 Procedimientos	20
2.2.1 Primera etapa: construcción del instrumento	20
2.2.2 Segunda etapa: validación lingüística	21
2.2.3 Tercera etapa: validación de contenido y percepción cualitativa	22

2.2.4 Cuarta etapa: prueba piloto	23
2.2.5 Quinta etapa: aplicación del instrumento en una muestra representativa para realizar un análisis estadístico	25
2.2.5.1 Población	25
2.2.5.2 Muestreo y muestra	25
2.2.5.3 Criterios de selección	26
2.2.5.4 Pasos para la recolección de datos	27
2.3 Ética de estudio	30
2.4 Plan de Análisis Estadístico	30
<b>Capítulo III</b>	
Resultados	33
3.1 Primera etapa: construcción del instrumento	33
3.2 Segunda etapa: validación lingüística	35
3.3 Tercera etapa: validación de contenido y percepción cualitativa	37
3.3.1 Características generales de los jueces	37
3.3.2 Resultados del Índice de Validez de Contenido	38
3.3.3 Percepción cualitativa: observaciones y recomendaciones	41
3.4 Cuarta etapa: prueba piloto	44
3.4.1 Características sociodemográficas	44
3.4.2 Análisis estadístico	44
3.4.3 Instrumento	47
3.4.4 Aportaciones cualitativas	49
3.4.5 Hallazgos y modificaciones	50

3.5 Quinta etapa: aplicación del instrumento en una muestra representativa para realizar un análisis estadístico	50
3.5.1 Características sociodemográficas	51
3.5.2 Análisis estadístico	52
3.5.3 Instrumento	59

## **Capítulo IV**

Discusión	61
4.1 Conclusión	
4.2 Recomendaciones	
4.3 Limitaciones	

## **Referencias**

## **Anexos**

## Lista de Tablas

	Página
1. Características generales de los jueces	38
2. Puntuaciones de los jueces sobre los ítems	39
3. Índice de validez de contenido por ítem y del instrumento en general	40
4. Percepción cualitativa de los jueces	42
5. Servicio asignado	45
6. Turno asignado	45
7. Correlación total de elementos	46
8. Resultados del instrumento categorizado	48

## Lista de Figuras

	Página
1. Diagrama representativo de la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (1976)	11
2. Estructura Conceptual–Teórica–Empírica	13
3. Representación de las etapas	29
4. Variables predictoras	

## Lista de Apéndices

	Página
A. Cédula de datos generales sobre jueces expertos	61
B. Invitación para jueces	62
C. Composición del instrumento	63
D. Instrucciones y evaluación del instrumento para jueces	65
E. Consentimiento informado	69
F. Primera versión del instrumento	71
G. Segunda versión del instrumento	74
H. Tercera versión del instrumento	77
I. Cuarta versión del instrumento	80
J. Instrumento final	

# Capítulo I

## Introducción

### 1.1 Planteamiento del problema

En el mundo existen aproximadamente 27.9 millones de profesionales de enfermería, 19.3 millones tienen licenciatura o grado superior, 6 millones son auxiliares y 2.5 millones tienen una clasificación diferente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020); de esta cantidad, el 30% (8.4 millones) se encuentra en la región de las Américas (Cassiani et al., 2020); y alrededor de 300 mil pertenecen a México, donde del 82 al 85% son del género femenino y del 15 al 18% del masculino, con una edad menor de 40 años (61%); además, 43 de cada 100 enfermeras son licenciadas o especialistas (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020; Giles, 2020).

Dicho personal de salud tiene como función la “atención autónoma y en colaboración a personas de todas las edades, familias y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Además, comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” (OMS, s.f.). Además, requiere tener conocimiento científico, socio-político y teórico, así como, moralidad, compasión, intuición, comprensión, reflexión, ética, imaginación, armonía y significancia (Rodríguez-Bustamante & Báez-Hernández, 2020) para poder brindar atención y cuidado a la población.

La atención y cuidado se realiza en establecimientos para la atención médica en el sector público, social y privado del Sistema Nacional de Salud (Secretaría de Salud [SS], 2013), y tiene como objetivo brindar cuidados a la población, para mantener y restablecer la salud o ayudar al bien morir; por lo que, el cuidado de enfermería es una “acción encaminada a hacer

por alguien lo que no puede hacer por sí sola con respecto a sus necesidades básicas” (SS, 2013).

Asimismo, el cuidado es la esencia y el núcleo fundamental de la profesión de enfermería y puede ser mejor demostrado y practicado eficazmente si es de modo interpersonal (Watson, 2008). De igual forma, Rodríguez–Bustamante y Báez–Hernández, (2020) refieren que el cuidado consiste en las labores diarias y se manifiesta en la relación interpersonal a través de vínculos de intersubjetividad con las personas. Por lo tanto, el cuidado de enfermería se evidencia por medio de la relación enfermera(o)-paciente, y es por medio de esta relación que el diálogo vivido emerge.

Es aquí donde cobra importancia el uso de modelos teóricos, como la Teoría de la Enfermería Humanística (TEH) de Paterson y Zderad (2008), la cual describe que la relación enfermera(o)–paciente es “una experiencia vivida entre seres humanos”, como un encuentro más allá de lo procedimental, una experiencia entre persona–persona, donde ambos individuos (enfermera(o) y paciente) son considerados iguales, con todas las dimensiones que catalogan al ser humano: biológica, psicoafectiva, sociocultural y cognitiva (Abarca-Castro, Villalobos y Reyes, 2021).

De esta manera, la TEH denomina a este encuentro como Diálogo Vivido (DV), el cual es una transacción intersubjetiva (*estar con y hacer con*) que se da a través de la interrelación enfermera(o)–paciente (individuo, familia o comunidad), que desencadena un intercambio de ideas, sentimientos, emociones, creencias y valores; creando una afectación psicoafectiva mutua entre las personas involucradas (enfermera(o)–paciente) (Paterson y Zderad, 2008). La psicoafectividad involucra todo lo referente a los sentimientos, emociones, sensaciones, percepciones, representaciones, pensamientos, conocimientos, conducta, razón, socialización,

educación emocional, relaciones interpersonales, aprendizaje vivencial y existencial (Abarca-Castro, Villalobos y Reyes, 2021).

De esta forma, el diálogo vivido implica un involucramiento existencial hacia la otra persona y una afectación psicoafectiva que se desencadena durante la relación de cuidado. Los elementos que componen el diálogo vivido son la reunión, relación, presencia, llamada y respuesta, que se dan a través del fenómeno de la enfermería.

En este sentido, algunos investigadores han profundizado y recabado información sobre estos elementos; donde se encuentra que la TEH y el diálogo vivido son relevantes y de utilidad para la práctica de enfermería (França et al., 2018; Silva et al., 2018). No obstante, la mayoría de los estudios encontrados están enfocados a la percepción de cuidado que tienen los pacientes en relación con la atención otorgada y el trato recibido (Zha et al., 2020; Boscart et al., 2016; Morales–Castillo et al., 2016) por parte de los profesionales de enfermería, así como, la comunicación ejercida durante el cuidado (Morales–Castillo et al., 2016; Müggenburg et al., 2015). Igualmente, existen instrumentos que, sí son aplicados al profesional y abordan su percepción del cuidado (Allande–Cussó, Macías–Seda y Porcel–Gálvez, 2020; Chung et al., 2018); sin embargo, no abordan la implicación existencial manejada en la TEH con el Diálogo Vivido.

Por todo lo anterior, es necesario conocer cómo percibe el personal de enfermería el diálogo vivido, con esto, determinar si se ven afectadas sus emociones, sentimientos, pensamientos, conductas, ideas y cognición en el cuidado con el paciente.

A su vez, puede ayudar a entender el comportamiento y actitudes que presentan dicho gremio en la práctica real, así como, orientar sobre las razones por las que brinda o no un cuidado humanizado, o bien, determinar el impacto negativo que le provoca el DV; ya que en diversos estudios se puede observar cada vez más despersonalización en el personal de

enfermería en su práctica diaria (Ochoa et al., 2020; Vinueza-Veloz et al., 2020), además de un desuso del cuidado humanístico (Rojas, Godínez & Regalado, 2020; Ochoa et al., 2020).

Ante la falta de indicadores cuantitativos que midan la implicación existencial y afectación psicoafectiva del personal de enfermería en la relación de cuidado, es necesario construir y validar un instrumento para ello, que además permitirá dar continuidad al DV y a la TEH. Por lo que se realiza el siguiente propósito de investigación.

## **1.2 Propósito de estudio**

Construir y validar el instrumento Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente, mediante la perspectiva de la Teoría de la Enfermería Humanística de Paterson y Zderad.

## **1.3 Marco Teórico**

### **1.3.1 Teoría de Enfermería Humanística de J. Paterson y L. Zderad**

Para la presente investigación se considera la Teoría de la Enfermería Humanística (TEH), misma que se desarrolló en Estados Unidos de América (EUA) por Josephine Paterson y Loretta Zderad en 1976, la cual tiene sus bases filosóficas en el humanismo, existencialismo y la fenomenología, estos enfoques hacen posible que el personal de enfermería se relacione con las personas creando un conocimiento humano de sí mismo y del otro. Asimismo, la teoría tiene como objetivo el bienestar y el *ser más*, nutrir y ser nutrido, así como, desarrollar el potencial humano, para llevar a la práctica una enfermería humanística.

De esta manera, el marco de la TEH establece la unión entre paciente y enfermera(o) en un encuentro hacia el objetivo de nutrir *el bienestar y ser más* en una transacción intersubjetiva, que sucede en un tiempo y espacio determinado (Paterson y Zderad, 2008). En otras palabras, la relación enfermera(o)–paciente (individuo, familia y/o grupo) se caracteriza por

interacciones de intercambio subjetivo con el fin de promover la salud y el crecimiento personal en el mundo real (Hung-Lan & Volker, 2011).

De acuerdo con Fawcett (2013), la TEH está ubicada en la visión del mundo de simultaneidad; dado que la teoría afirma que el hombre (ser humano) es único y holístico, además, el desarrollo del conocimiento humano se genera por el *ser más* (bien-estar/llegar a ser), la autoconciencia y reflexión.

La teoría incluye constructos y conceptos filosóficos de relevancia para esta investigación. El primero y más importante es la enfermería; la cual es “una experiencia vivida entre seres humanos” (Paterson y Zderad, 2008), es decir que tanto enfermería como el paciente son considerados individuos que se encuentran en una relación de cuidado, donde cada uno tiene su propia perspectiva de la situación vivida.

Asimismo, se describe a enfermería como un acto humano vivo, este acto es visto como un fenómeno que ocurre en una situación compartida entre dos o más seres humanos (enfermera y paciente); cada uno de ellos participa en esa relación según su propio modo de ser, creando una transacción intersubjetiva; es decir, el personal de enfermería es considerado una persona que brinda cuidados y no solo una función o hacedor de actividades, por lo tanto, el actuar enfermero implica que un ser humano ayude a otro. Este planteamiento es de gran relevancia, ya que en efecto los cuidados de enfermería los lleva a cabo una persona y el actuar estará influido por el carácter de ese individuo; como también por sus creencias, valores, prejuicios, pensamientos, ética, sentimientos y emociones; esto, a su vez repercutirá directamente sobre su práctica disciplinar y sobre su relación con el paciente.

De esta manera, la transacción intersubjetiva ejercida en la relación de cuidado entre enfermera(o)-paciente, es de afectación mutua. En otras palabras, el personal de enfermería con sus acciones y actitudes al brindar el cuidado interfiere en el mundo del paciente y a su

vez, el paciente con su idiosincrasia y su proceso de salud–enfermedad interfiere en el mundo del enfermero.

Por otro lado, el paciente es un ser humano y es visto como único, en una situación exclusiva; es decir, no hay otra persona igual, ni otra situación como la que se vive en ese momento, pues cada persona actúa y siente desde su propia visión. Por lo tanto, el abordaje del cuidado es individualizado y personalizado a cada paciente y situación.

De esta manera, tanto el personal de enfermería como el paciente son considerados seres humanos; los cuales tienen una experiencia de vida única, su propia individualidad es una característica similar con otras personas (singularidad–alteridad). Cada individuo único tiene una *vista angular* particular mediante la cual observa, escucha, siente, percibe y experimenta el mundo para interpretar los significados de la realidad; y es a través de esta visión que las personas pueden experimentar su yo auténtico (autenticidad–experimentar) para apreciar las particulares del mundo y ser conscientes de sí mismos.

De igual forma las personas son holísticas, dinámicas y multidimensionales, deben ser valorados, nutridos y comprendidos; además, tienen libertad en la toma de decisiones y capacidad de asumir responsabilidad respecto a su propia salud.

Otro componente importante en la teoría es el diálogo vivido, que se da a través de los actos del personal de enfermería con el paciente (individuo, familia o comunidad), en una llamada y respuesta de cuidado a través de las transacciones intersubjetivas; esto significa ver a la otra persona como un individuo único, distinto y entrar en relación con él. En otras palabras, la enfermería es un modo dialógico de estar en una situación intersubjetiva. Las relaciones de diálogo son las experiencias vividas en la relación enfermera(o)–paciente, lo cual representa que la enfermería fenomenológica es la práctica e instrumento de la enfermería

humanística para describir una situación disciplinar. En este sentido, la enfermería humanista se considera un diálogo vivido.

Por lo tanto, en el fenómeno de la enfermería, el diálogo vivido se da en términos de llamada y respuesta, a través de las transacciones intersubjetivas (estar con y hacer con) que ocurren entre enfermero–paciente (individuo, familia o comunidad); es decir, el diálogo vivido de enfermería son aquellas experiencias vividas entre dos o más personas, cada uno con una forma única de ser, en una situación de cuidado que no se repetirá, donde abiertamente se recibe el mundo del otro, permitiendo así, afectar y ser afectado, con la finalidad de nutrir y ser nutrido, así como, fomentar el bienestar y el *ser más* (desarrollar del potencial humano y el crecimiento).

Para la comprensión y establecimiento de un diálogo vivido óptimo se deben considerar algunos elementos que lo componen: reunión, relación, presencia, llamada y respuesta. La reunión, es un encuentro especial entre seres humanos que se relacionan con un propósito; el objetivo de la(el) enfermera(o) es nutrir y del paciente ser nutrido, cada uno se involucra con su propia historia, con todo lo que es y lo que no es, ambos se ven afectados y afectan el mundo del otro.

Del mismo modo, el personal de enfermería y el paciente tienen cierto control sobre la calidad de la reunión, ya que deciden cómo y cuánto estar abiertos al otro, es decir, los dos tienen la decisión de cerrarse o abrirse al diálogo vivo. Además, una reunión prevista influye en el diálogo, pues se tienen expectativas, pensamientos y sentimientos anticipados al evento.

La relación, hace posible que las personas desarrollen su potencial humano a través de la interacción con otros individuos; también, las personas pueden relacionarse entre sí como sujetos (persona, ser humano) o como objeto/función (enfermera, paciente). Las teoristas Paterson y Zderad llaman a la relación sujeto–sujeto, relación Yo–Tú, donde es posible

conocer intuitivamente la individualidad única del otro y de uno mismo. La relación sujeto–objeto la llaman Yo–Eso, en esta relación es posible adquirir conocimiento sobre un individuo por medio de la reflexión y de un auténtico análisis, síntesis e interpretación de la relación Yo–Tú.

Al mismo tiempo se incluye la relación *nosotros*, que son todos los *Tus* interiorizados, esto quiere decir que son aquellas relaciones interhumanas que tiene cada persona dentro de uno mismo; pues la familia, amigos, compañeros de trabajo o personas importantes son parte real del mundo de cada persona, y es a través de las relaciones con otros hombres que una persona desarrolla su potencial humano y se convierte en un individuo único. En consecuencia, el diálogo vivido se ve afectado por las relaciones que tiene cada persona con los demás.

En las situaciones de enfermería, el profesional debe ver la relación como *Yo–Tú*, pero también como Yo–Eso, para poder otorgar un cuidado oportuno y de forma holística, esta forma de relacionarse Paterson y Zderad la llaman *Todo–a–la–vez* y es esencial para el proceso clínico de enfermería; en otras palabras, cuando el enfermero ve *Todo–a–la–vez*, es capaz de distinguir signos de alarma, adquirir conocimiento con base al análisis y reflexión, además de brindar un cuidado humanizado y holístico.

Aunado a esto, la relación se caracteriza por una transacción intersubjetiva entre Yo–Tú, que son interdependientes uno del otro e independientes de su propio actuar, es una relación que siempre se vive en un fenómeno de enfermería. Además, la transacción intersubjetiva, tiene la posibilidad de que las personas involucradas se conviertan en más (crecer) al tomar decisiones responsables en la situación intersubjetiva y transaccional.

La presencia, es una persona abierta o disponible que se revela a sí misma como "presente". Es la apertura, empatía, receptividad, disposición y disponibilidad que tiene un individuo hacia otro; en otras palabras, es *estar con*, en una relación humana de Yo–Tú. La

apertura y empatía es una condición de pensamientos y emociones abiertas ante el mundo del otro, la receptividad y disposición son acciones sin prejuicios, y la disponibilidad es *estar con* el otro, con todo uno mismo, una presencia activa con todo el *ser* de la(el) enfermera(o). De este modo, la presencia involucrada es personal y profesional dada libremente; no se puede asignar ni programar.

Llamada y respuesta, son interacciones con un objetivo, están encaminadas a ayudar a un individuo en una situación de salud y enfermedad; estas interacciones las realiza tanto el paciente como el enfermero, es decir, ambos llaman y responden. De este modo, el diálogo vivido ocurre a través de la llamada y respuesta por medio de los actos de cuidado de enfermería, en las transacciones entre enfermera–paciente, desde los actos más simples y básicos hasta los más especializados.

La interpretación del llamado del paciente, así como las respuestas de enfermería, están influidas por el objetivo y los valores de la práctica profesional. En cambio, las respuestas de enfermería se verán afectadas por su carácter y por aquello que afecta al ser humano (sentimientos, pensamientos, emociones, valores, creencias, cultura, salud). Además, las respuestas de enfermería son un *hacer con* y *estar con*, esto implica ser consciente de sí mismo y del paciente, igualmente, estar abierto a la experiencia. Así pues, la llamada y respuesta vividas reflejan todos los modos de comunicación humana.

Paterson y Zderad (2008) afirman que el diálogo vivido se desenvuelve en el mundo real de cosas, tiempo y espacio, lo cual afecta las transacciones entre enfermera–paciente. Es decir, los pacientes pueden crear una sensación de frustración o incapacidad con relación a ciertos objetos que antes podían usar y ahora no pueden, o bien, que antes no usaban y que ahora deben usar. Asimismo, viven el tiempo con relación al dolor, aburrimiento, soledad, separación y la espera; del mismo modo, el espacio está relacionado al lugar de pertenencia y

confort, por lo que una enfermera y un paciente pueden estar juntos en un mismo lugar, pero uno se siente cómodo y el otro no. Cabe destacar que, mientras enfermería y paciente comparten una experiencia, las cosas del mundo tienen significados diferentes para cada uno (Figura 1).

Con esta descripción del diálogo vivido se puede afirmar que la afectación es de índole psicoafectiva y que se tienen múltiples diálogos en la práctica profesional en un mismo día, ya que un diálogo es único de un paciente con una enfermera, por lo cual, si se tienen varios pacientes a cargo, se tendrán varios diálogos vividos; además, la intensidad o la empatía que se tenga en algunos diálogos son más fuertes que otros, esto significa, que algunas experiencias vividas crean mayor impacto en la psique y en las emociones del personal de enfermería.

De la misma manera, el tiempo de ejercer la profesión es un factor por considerar, ya que la cantidad de diálogos vividos en un día, más la intensidad de estos, por el tiempo que se lleva ejerciendo la práctica profesional, puede arrojar resultados importantes respecto a cómo vive o ha vivido el personal de enfermería la experiencia del cuidado.

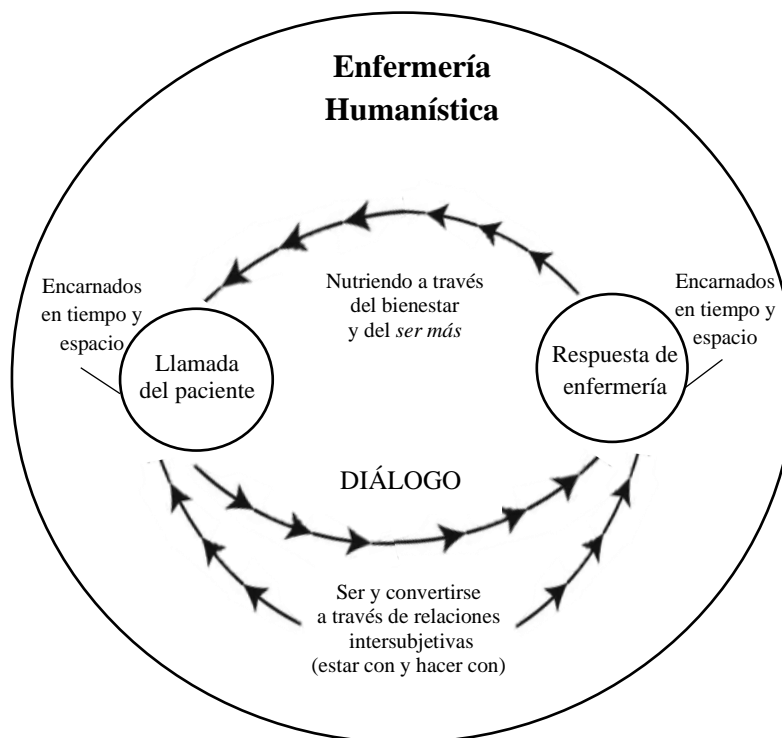
Continuando, las teoristas incluyen conceptos como Confort, Clínico y Comunidad, además, proponen un método fenomenológico para describir la situación clínica profesional basados en una visión subjetiva–objetiva, para lo cual, implementan cinco fases. Esto es de gran relevancia para la práctica clínica y el desarrollo de la profesión, sin embargo, para fines de esta investigación no serán descritos.

Para finalizar, se escriben los supuestos de la TEH (O'Connor, 1993).

- Naturaleza de la realidad: Esta sostenida en ser objetivo, subjetivo e intersubjetivo; todo a la vez. Lo objetivo *ocurre afuera* (del ser humano), puede ser señalado, observado, examinado y percibido con los sentidos. La realidad subjetiva *ocurre de adentro hacia*

## Figura 1

Diagrama representativo de la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (1976).



Nota: Retomado de Parker, 2005, p. 128.

*afuera*, a través de la conciencia y autorreflexión de las experiencias vividas. La realidad intersubjetiva *ocurre entre* (between) dos seres humanos, a través de una relación de sujeto-sujeto. Cuando la enfermera (o) reconoce la naturaleza de estas realidades, es capaz de aplicarlas *todo a la vez*, en un *ser y estar con* el paciente con presencia y empatía. (Paterson Zderad, 2008; O'Connor, 1993).

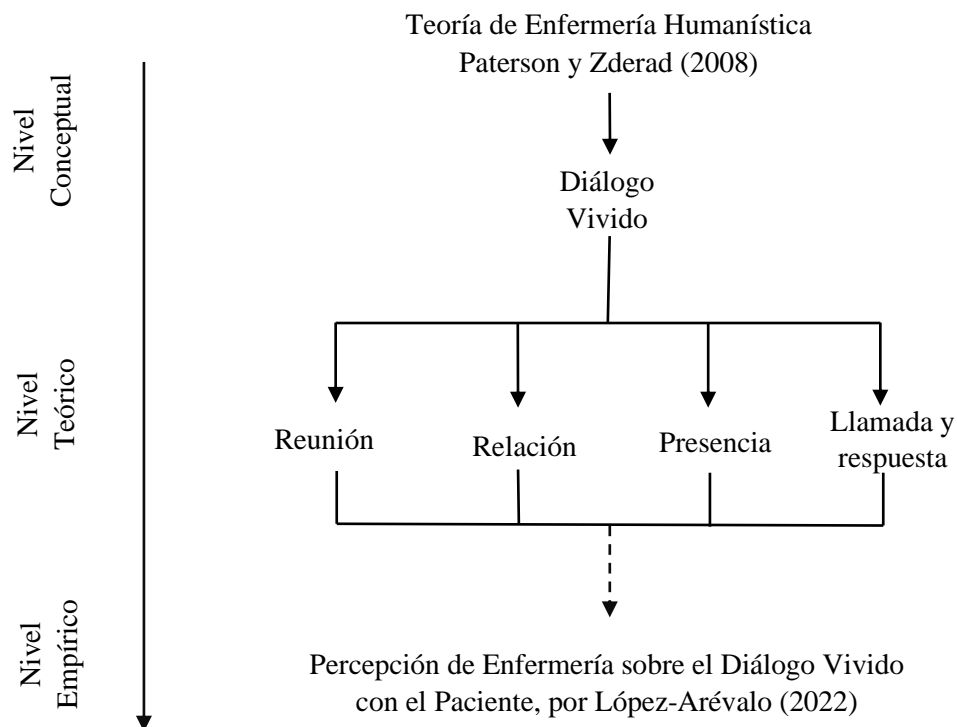
- Uno se vuelve cada vez más: La naturaleza de la persona es *ser y convertirse en más*, esta afirmación está relacionada con el *bienestar* y *el ser más* respectivamente. Las personas son su historia (pasado) con otras personas y sus decisiones (futuro) según sus experiencias vividas (Paterson Zderad, 2008; O'Connor, 1993).

- Resumen del pensamiento existencial: Según Sartre (2009), el principio fundamental del existencialismo es que la existencia precede la esencia; esto significa que el hombre empieza por existir, se encuentra, surge en el mundo y, después se define. De esta manera, no hay una naturaleza humana o determinada, sino que los seres humanos vienen al mundo y son todo lo que ellos quieran ser basados en sus relaciones, decisiones y su continuo hacer. Con base en esto, la TEH describe al ser humano como un ser carente de una naturaleza fija con su propio modo de ser (O'Connor, 1993, citando a Paterson y Zderad, 1988), por lo que, la principal forma de experimentar la conciencia, relaciones auténticas y el crecimiento individual es a través del diálogo vivido.
- Resumen de la tradición fenomenológica: Según Husserl (1991, citado por Lambert, 2006), la fenomenología es el análisis descriptivo de vivencias intencionales. En este sentido, para las teoristas, el acto de enfermería es algo que está vivo, se experimentan vivencias en una relación de cuidado para después analizar la experiencia, describirla y encontrar un conocimiento, por lo tanto, enfermería es considerado un fenómeno (Paterson y Zderad, 2008).

Paterson y Zderad, (1976, p. 49), declararon que la esencia de la teoría brinda una perspectiva de la profesión como una situación que pasa entre seres humanos, donde se involucran de forma existencial; esta visión da el marco de referencia para la interpretación de los supuestos teóricos, ya que ninguno ha sido deliberadamente enlistado por las teoristas (O'Connor, 1993).

### **1.3.2 Estructura Conceptual–Teórica–Empírica**

Se presenta la derivación conceptual teórico empírica del concepto del Diálogo Vivido, con base en la propuesta de Fawcett (2013) (Figura 2).

**Figura 2***Estructura Conceptual–Teórica–Empírica*

*Nota:* Representación conceptual teórica empírica del fenómeno de investigación.

## 1.4 Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados que soportan esta investigación.

### 1.4.1 Estudios directamente relacionados

Allande-Cussó et al., (2020), mediante un estudio que siguió la metodología clásica propuesta por Epstein et al., tuvieron como objetivo realizar la adaptación transcultural de la escala Caring Nurse-Patient Interactions (CNPI–70 ítems) de evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera–paciente en Sevilla, España. Obtuvieron un valor de confiabilidad a través del alfa de Cronbach de .97 y una estructura dimensional de cuatro factores (64.45% varianza explicada). Pasando a través del panel de expertos la versión final consensuada del cuestionario traducido al español.

Zha et al., (2020), en un estudio de diseño secuencial exploratorio tuvieron como objetivo desarrollar y evaluar un instrumento para medir la relación de confianza paciente–enfermera en 120 pacientes de una comunidad médicamente desatendida en Nueva Jersey, EUA. Encontraron coeficientes correlacionales de ítem total, mayores de .5 y un alfa de Cronbach de .95. Confirmando su validez de constructo y de criterio preliminar.

Chung et al., (2018), a través de un estudio transcultural, tuvieron como objetivo investigar la validez y confiabilidad de constructo de la escala china de Confort, Proporcionar, Respeto y Expectativa, en 356 enfermeras de un centro médico en China; donde encontraron que las cargas factoriales estandarizadas oscilaron entre .73 y .95, el valor Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de los 70 elementos fue de .94 ( $p < .001$ ), y el valor de alfa de Cronbach fue de .91, así como, una varianza explicada acumulada de 73.72%.

Borges, Moreira y Andrade (2017), en un estudio de abordaje cuantitativo delineado a partir de los polos teórico, empírico y analítico de la Psicometría; tuvieron como objetivo elaborar y validar un instrumento para la medición de la relación interpersonal en el cuidado de enfermería por medio de la Teoría de la Respuesta al Ítem, en 950 pacientes atendidos en unidades de atención de salud primaria, secundaria y terciaria; en Fortaleza-Ceará-Brasil. Obtuvieron un instrumento final compuesto por 31 ítems, con alfa de Cronbach de .90, Omega de McDonald de .92; Índice de Validez de Contenido (IVC) de  $\geq .78$ .

Boscart et al., (2016), desarrolló y probó una escala para evaluar las opiniones de los pacientes sobre lo que más les importa cuando se relacionan con las(los) enfermeras(os). Con base en la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (1988). Aplicada a 249 pacientes en Ontario, Canadá. Obtuvieron un alfa de Cronbach de .87, las correlaciones ítem-total revelaron varios ítems con un valor mayor a .70.

Morales-Castillo et al., (2016), realizaron un estudio de diseño descriptivo, transversal y de proceso para validar y adecuar la versión en español del Caring Behaviors Assessment, para obtener una versión que evalúe los comportamientos del cuidado otorgado, aplicado en 83 enfermeras en Puebla, México. Encontraron que el índice de validez de contenido fue igual a .96, el coeficiente en la escala general fue de alfa de Cronbach .96, por subescalas osciló entre .75 y .86 respectivamente, el análisis factorial mostró una varianza explicada del 72% para el primer factor.

Parrado et al., (2016), a través de un estudio cuantitativo de abordaje metodológico, tuvieron como objetivo construir, refinar, validar facialmente y de contenido dos instrumentos para medir la relación interpersonal enfermera-familia (VRIEF-UCI) y enfermera-paciente (VRIEP-UCI) en la unidad de cuidado intensivo (UCI), en Bogotá, Colombia. Por medio de una validación facial y de contenido mediante el juicio de 7 expertas. Encontraron un coeficiente de concordancia de Kappa  $>.50$  con una fuerza de concordancia moderada según Landis y Koch.

Müggenburg et al., (2015), diseñaron y validaron un instrumento con base en los lineamientos del catálogo de López y Torres, así como en los supuestos teóricos relacionados con el proceso de comunicación enfermera(o)-paciente, sobre la percepción de los pacientes con el comportamiento de comunicación de las(os) enfermeras(os) (denominado CECOP); el cual se aplicó a 150 pacientes de la Ciudad de México. Obtuvieron una validez del constructo con KMO y prueba de Bartlett estadísticamente significativas ( $p \leq .001$ ). La varianza explicada fue de 54.58%. La correlación entre los puntajes totales fue de .459, el CECOP y la escala de comprensión fue .419; el CECOP y la escala de satisfacción, .495.

Müggenburg et al., (2013), mediante un estudio diseñado a partir de entrevistas exploratorias, y con la aplicación del método de extracción de análisis de componentes

principales con rotación Varimax (con el apoyo de los programas SPSS y R Psych); tuvieron como propósito la descripción sobre la validación del instrumento CECOP y descripción de hallazgos de entrevistas aplicadas a 150 pacientes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en Ciudad de México. Encontraron un valor de KMO de .791 y prueba de Bartlett de .001. El puntaje de los 10 reactivos fue de 42.48. Los valores de comportamientos que miden comprensión oscilaron entre 4.53 y 3.69.

Gavilán et al., (2010), por medio de un estudio observacional descriptivo, tuvieron como objetivo analizar las prioridades psicométricas de una escala de valoración de la comunicación clínica centrada en el paciente. Al aplicarlo a 115 personas en España, identificaron 6 factores que explican el 66,0% de la varianza, la consistencia interna global fue alfa Cronbach de .94, la concordancia global intraobservador, osciló entre .94 y .97, mientras que la concordancia global interobservador estuvo entre .82 y .90. La escala CICAA y el cuestionario GATHA tuvieron una correlación de .67.

#### **1.4.2 Estudios indirectamente relacionados**

França et al., (2018), mediante un estudio de campo, cualitativo y fenomenológico, tuvieron como objetivo comprender la experiencia existencial de once niños con cáncer en Cuidados Paliativos desde el punto de vista de la Teoría de Enfermería Humanista en el estado de Paraíba, Brasil. Obtuvieron como resultado que los niños experimentan miedo, tristeza, angustia e inseguridad ante su diagnóstico y ante la posibilidad de morir. Las evidencias del diálogo aparecieron a través de la demostración de respeto, atención, celo, cariño y sensibilidad en estar genuinamente con el otro. Por esto, concluyen sobre la necesidad de que los niños tengan una presencia y la existencia de una relación de diálogo para fortalecer la confianza entre los niños y el profesional.

Silva et al., (2018), a través de reflexión teórica, tuvieron por objetivo reflexionar sobre la aplicabilidad del turno de escucha fundamentado en la TEH en el proceso clínico de los residentes de enfermería del Hospital Universitario Pedro Ernesto, en Río de Janeiro, Brasil. En sus resultados se destacó la segunda fase del proceso clínico (la enfermera conoce intuitivamente al otro), debido a la relación dialógica y la comprensión empática presentes. Con esto, concluyeron que la utilización de la empatía, como vehículo de la comprensión y de la elaboración, ayuda al cliente atendido; además, trae a sí un potencial terapéutico proporcionando consuelo, comodidad, ampliación de la comprensión de sí, alivio a la soledad, la ansiedad y elevación de la autoestima. Sobre todo, ayuda a elaborar y encontrar un sentido en la experiencia vivida.

### **1.5 Definición de términos**

Diálogo Vivido. Son las experiencias vividas en la interacción e interrelación entre el personal de enfermería y el paciente, familia o grupo; cada uno con una forma única de ser, donde abiertamente se recibe el mundo del otro, permitiendo un intercambio y afectación mutua de pensamientos, ideas, emociones, sentimientos, entre otras, (transacción intersubjetiva); con la finalidad fomentar el bienestar y el crecimiento personal. Está constituido por la reunión, relación, presencia y llamada y respuesta, que en conjunto se identifican como sus elementos (dimensiones) y que a continuación se describen

1. La Reunión. Se precisa como el momento del encuentro de la(el) enfermera(o) con el paciente (familia o grupo), donde ambos se consideran seres humanos únicos, compuestos por distintas dimensiones: biológica, psicoafectiva, sociocultural y cognitiva; a través de las cuales afectan al otro y a su vez, son afectados. Asimismo, entran en interacción con la disposición o no, de vivir la experiencia de cuidado. Tanto enfermera(o) como paciente tienen una expectativa del encuentro, lo que puede influir en generar pensamientos o

emociones previas a la reunión, por lo que ambos tienen la decisión de abrirse o cerrarse al diálogo.

2. La Relación. Se define como la conexión y enlace (interrelación) entre enfermera(o) y paciente, que se da través de un intercambio de ideas, pensamientos, emociones, sentimientos, cultura, creencias y valores, que a su vez provocan una afectación mutua emocional, conductual y psicológica. Pueden relacionarse como *persona a persona* (ambos se consideran seres humanos multidimensionales), como *persona a objeto/función* (uno de los dos se considera ser humano multidimensional, pero considera al otro como un objeto o hacedor de actividades) y como *todo a la vez* (incorporando los dos tipos de relación anteriores)
3. La Presencia. Se concebirá como la capacidad receptiva (apertura y receptividad), disposición y disponibilidad, así como la capacidad de identificación sentimental y psicológica (empatía) que se tiene hacia otra persona. Implica tener una relación de *persona a persona*.
4. Llamada y Respuesta. Se percibe como las interacciones que se dan entre enfermera(o) y paciente, en las cuales se hace posible la reunión, relación, presencia y por lo tanto el diálogo vivido. La llamada es una necesidad o petición que puede realizar el paciente o la(el) enfermera(o), y la respuesta son acciones en consecuencia al llamado; cabe destacar que las respuestas de enfermería se verán afectadas por aquello que afecta al ser humano: el carácter, emociones, sensaciones, pensamientos, sentimientos, salud, creencias, valores, cultura, entre otros. Asimismo, la respuesta implica ser consciente de sí mismo y del paciente (reflexión).

## 1.6 Objetivos

### 1.6.1 Objetivo general

Construir y validar el instrumento Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente, a través de un diseño de cinco etapas que permita evaluar la afectación psicoafectiva e involucramiento existencial que tiene el personal de enfermería durante el cuidado con el paciente.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

1. Construcción del instrumento con base en la revisión de literatura y la Teoría de la Enfermería Humanística de Paterson y Zderad.
2. Validación lingüística del instrumento.
3. Validación de contenido y percepción cualitativa del instrumento por técnica de jueces expertos.
4. Aplicar el instrumento en una prueba piloto que permita identificar errores y/o realizar ajustes a la redacción de los ítems.
5. Aplicar el instrumento en una muestra representativa de la población, para realizar un análisis de consistencia interna, confiabilidad y análisis factorial.

## Capítulo II

### Metodología

#### 2.1 Diseño de estudio

Diseño metodológico polietápico para validación de instrumentos. Se llevó a cabo en cinco etapas: 1) Construcción del instrumento, 2) Validación lingüística, 3) Validación de contenido y percepción cualitativa, 4) Prueba piloto, 5) Aplicación del instrumento en una muestra representativa para realizar un análisis estadístico (se tomó como guía la metodología de Hernández-Sampieri, 2014). A continuación, se describen los procedimientos.

#### 2.2 Procedimientos

##### 2.2.1 Primera etapa: construcción del instrumento

El objetivo de esta etapa fue construir la primera versión del instrumento “Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente” (PEDiViP). Se construyó con base en el análisis de la literatura.

*Pasos:*

1. Se realizó búsqueda de información en las siguientes bases de datos: EBSCO, SCOPUS, CINAHL y PUBMED.
2. Para la búsqueda y análisis sobre la TEH se consideraron los artículos publicados del año 2000 al 2022 en idioma español, inglés y portugués. Las palabras claves fueron Teoría de la Enfermería Humanística, Paterson y Zderad y Diálogo Vivido.
3. Para la búsqueda y análisis de la literatura relacionada con validación de instrumentos se usaron Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS) “Estudio de Validación”, “comunicación” y “Relaciones Enfermero-Paciente”, asimismo se usaron las palabras claves Validación de Instrumento/Escala y Enfermería Humanística. Además, se utilizaron operadores booleanos (AND, OR y NOT).

4. Para la construcción de la escala se consideró el estilo de respuesta, número de alternativas (opciones de respuesta), argumentos de selección, comprensión del enunciado, legibilidad y coherencia del ítem (Matas, 2018).
5. Para la formulación de los ítems, se tomó como guía la metodología de Hernández-Sampieri (2014), misma que dictamina identificar las dimensiones de la variable, posteriormente, de estas dimensiones se derivaron indicadores, de los cuales surgieron los ítems.
6. Con base a la TEH y la revisión de literatura ya mencionada, se construyó la primera versión del instrumento: Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente (apéndice A).

### **2.2.2 Segunda etapa: validación lingüística**

El objetivo de esta etapa fue obtener una validación lingüística de la primera versión del instrumento. Misma que se realizó por un experto lingüista, quien verificó el nivel oracional, supraoracional y la sociopragmática (Según la metodología empleada por Congost-Maestre, 2015).

El nivel oracional incluye tres planos; el primero es el léxico-semántico, que analiza las palabras y expresiones, redundancia léxica y sintáctica, el grado de formalidad, oraciones largas, complejas o equívocas y las opciones de respuesta. El segundo plano es el morfosintáctico, que observa la concordancia gramatical, el modo y tiempos verbales, la voz pasiva, adverbios, conjunciones, preposiciones, gerundios y todas las reglas gramaticales. El último plano es el ortográfico, que verifico las puntuaciones, acentos gráficos y el uso de mayúsculas.

El nivel supraoracional estudia el plano textual y la organización de la escala, como las instrucciones, el cuerpo del cuestionario, las secciones, el tipo de opciones de respuesta, los ítems, las características sociodemográficas, el trato (tú o usted) y la adecuación de género.

La sociopragmática, evalúa cuestiones sociales y culturales que intervienen en la comunicación.

Con esta evaluación, se realizaron las modificaciones pertinentes al instrumento para obtener la segunda versión (apéndice B).

### **2.2.3 Tercera etapa: validación de contenido y percepción cualitativa**

El objetivo de esta etapa fue obtener la validez de contenido y una percepción cualitativa del instrumento por parte de jueces expertos, para determinar el Índice de Validez de Contenido (IVC). Para la selección de los jueces se tuvo en cuenta los siguientes criterios según la metodología de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008: diez enfermeras(os) de ambos sexos, que ejerzan función investigativa, tengan un grado de estudios mínimo de maestría y cuenten con mínimo dos años de experiencia clínica hospitalaria o comunitaria, además, por lo menos uno de ellos deberá contar con experiencia en la construcción o validación de un instrumento. Asimismo, se eliminaron aquellas evaluaciones que no fueron entregadas en tiempo y forma.

*Pasos (se utilizó como guía la metodología de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008; Grant y Davis, 1997):*

1. Se conformo un panel de jueces expertos según criterios antes mencionados.
2. Se les envió un cuestionario para crear un perfil del profesional y a la vez, evaluar si cumplían con los criterios de inclusión (apéndice C).
3. Se invitó a los jueces por oficio (a través de correo electrónico) a participar en la validación del instrumento PEDiViP (apéndice D).

4. Junto con la invitación, se envió la composición del instrumento con las dimensiones que mide (apéndice E), las instrucciones y evaluación del instrumento (apéndice F).
5. Se solicitó a los jueces sean libres de expresar sus observaciones, opiniones y sugerencias en cuanto a la redacción y/o composición de los ítems.
6. Una vez recabados los resultados de la evaluación de los expertos, se calculó el Índice de Validez de Contenido por Ítem (IVC-I) y el Índice de Validez de Contenido (IVC).
7. Con base a los resultados de la validez de contenido y las aportaciones cualitativas que presenten los jueces, se realizaron las modificaciones pertinentes de los ítems y se obtuvo la tercera versión del instrumento (apéndice G).

#### **2.2.4 Cuarta etapa: prueba piloto**

El objetivo de esta etapa fue aplicar el instrumento PEDiViP en una muestra pequeña, se respetó la metodología desarrollada para la muestra final (quinta etapa), lo que incluye las características de la población, los criterios de selección, la ética del estudio, los procedimientos y el plan estadístico; con el fin de encontrar y disminuir posibles sesgos y errores. Asimismo, se pidió a las(os) enfermeras(os) tengan la libertad de generar observaciones cualitativas sobre los ítems, para identificar el grado de comprensión de estos.

La población estuvo conformada por enfermeras(os) de un hospital de segundo nivel del estado de Baja California. El muestreo se realizó por conveniencia, se seleccionaron 30 enfermeras(os) que desempeñaban función asistencial y que estaban en contacto con los mismos pacientes durante al menos 6 horas de su jornada laboral diaria. Se excluyó al personal pasante de servicio social, estudiante de prácticas clínicas, jefes de servicio, supervisores y aquellos que solo realicen función administrativa, docente e investigativa.

*Pasos:*

1. Se utilizó la plataforma de Google Forms para la creación y distribución del instrumento de forma digital.
2. Se creó un enlace digital para acceder al instrumento, aquí mismo, antes del llenado de la escala se encuentra un apartado sobre el consentimiento informado de forma resumida, asimismo, se anexa otro enlace donde se puede acceder al consentimiento completo (apéndice H), y a su vez la aceptación o no del mismo.
3. Se acudió con la jefa de enseñanza e investigación del hospital con el objetivo de identificar los requisitos necesarios para la aplicación de prueba piloto.
4. Se gestionaron los oficios necesarios en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP) y se entregaron en tiempo y forma en el hospital antes mencionado.
5. Se acudió al hospital con la jefa de enseñanza e investigación el día y hora acordado, para informar el inicio de la recolección de datos.
6. Se seleccionaron a las(os) enfermeras(os) que cumplieron los criterios de inclusión previamente mencionados y que tuvieron la disposición de participar.
7. Una vez identificados los participantes y con ayuda de los jefes de servicio, se les envió el enlace digital para el llenado del instrumento.
8. Se dejó un espacio al final del instrumento con el fin de que las y los enfermeros tuvieran la libertad de realizar observaciones cualitativas sobre la composición del instrumento y los ítems, para identificar el grado de comprensión de cada uno de ellos.
9. Una vez que se recolectó la muestra necesaria, se realizó un análisis estadístico para determinar la confiabilidad del instrumento, a través del coeficiente de alfa de Cronbach.
10. Con lo anterior y con las aportaciones cualitativas de los participantes, se realizaron modificaciones en los ítems para obtener la cuarta versión del instrumento (apéndice I).

### **2.2.5 Quinta etapa: aplicación del instrumento en una muestra representativa para realizar un análisis estadístico**

El objetivo de esta etapa fue recolectar los datos resultantes de la cuarta versión del instrumento PEDiViP en una muestra representativa del personal de enfermería, para realizar un análisis factorial, obtener la consistencia interna y confiabilidad de la escala, mediante el estadístico de esfericidad de Bartlett, la prueba de Kaiser-Maeyer-Olkin (KMO), una rotación Varimax y el coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach, respectivamente.

#### **2.2.5.1 Población**

La población está conformada por 360 enfermeras(os) de un hospital de segundo nivel del estado de Baja California.

#### **2.2.5.2 Muestreo y muestra**

El muestreo fue probabilístico, por técnica aleatoria sistemática. Se ordenó por orden alfabético al total de la población ( $N$ ) empezando por el primer apellido y se les asignó un número de menor a mayor. Con el tamaño muestral deseado ( $n$ ), se determinó el salto sistemático ( $k$ ) con la siguiente operación  $k = N/n$ . De esta manera, al tener el valor de  $k$ , se eligió por sorteo un número del 1 a  $k$ , para obtener así el primer seleccionado para la muestra; los demás participantes se obtuvieron sumando el número seleccionado del sorteo con el número del participante anterior hasta llegar a la muestra requerida (Castro, s.f.).

Se consideró la literatura relacionada con la metodología para creación y validación de instrumentos, en la que se recomienda que el tamaño muestral sea al menos de cinco sujetos por cada ítem de la escala (razón 5:1) (Garmendia, 2007; Paniagua, 2015). El instrumento cuenta con 23 ítems, la muestra fue a razón de 5:1, por lo que la muestra representativa final es de por lo menos 115 enfermeras.

#### **2.2.5.3 Criterios de selección**

*Criterios de inclusión:* personal de enfermería de ambos sexos, que laboren en un hospital de segundo nivel del estado de Baja California, de cualquier turno, sin importar grado académico, que funjan función asistencial y que se encuentren a la atención directa de los mismos pacientes por lo menos 6 horas en un turno.

*Criterios de exclusión:* personal de enfermería que esté ubicado en los servicios de consulta externa, clínica de heridas, clínica de catéter, urgencias, quirófano y recuperación, ya que en estos servicios se cambia constantemente de pacientes durante la jornada laboral, lo cual podría alterar los resultados. Asimismo, se excluyó a los estudiantes de prácticas clínicas y pasantes en servicio social, mismos que al no tener las responsabilidades propias de un trabajador, cuentan con más tiempo para dedicarlo a estar con el paciente. También se excluyó al personal que fungía solamente función docente, investigativa o administrativa, por no estar en contacto directo con el paciente.

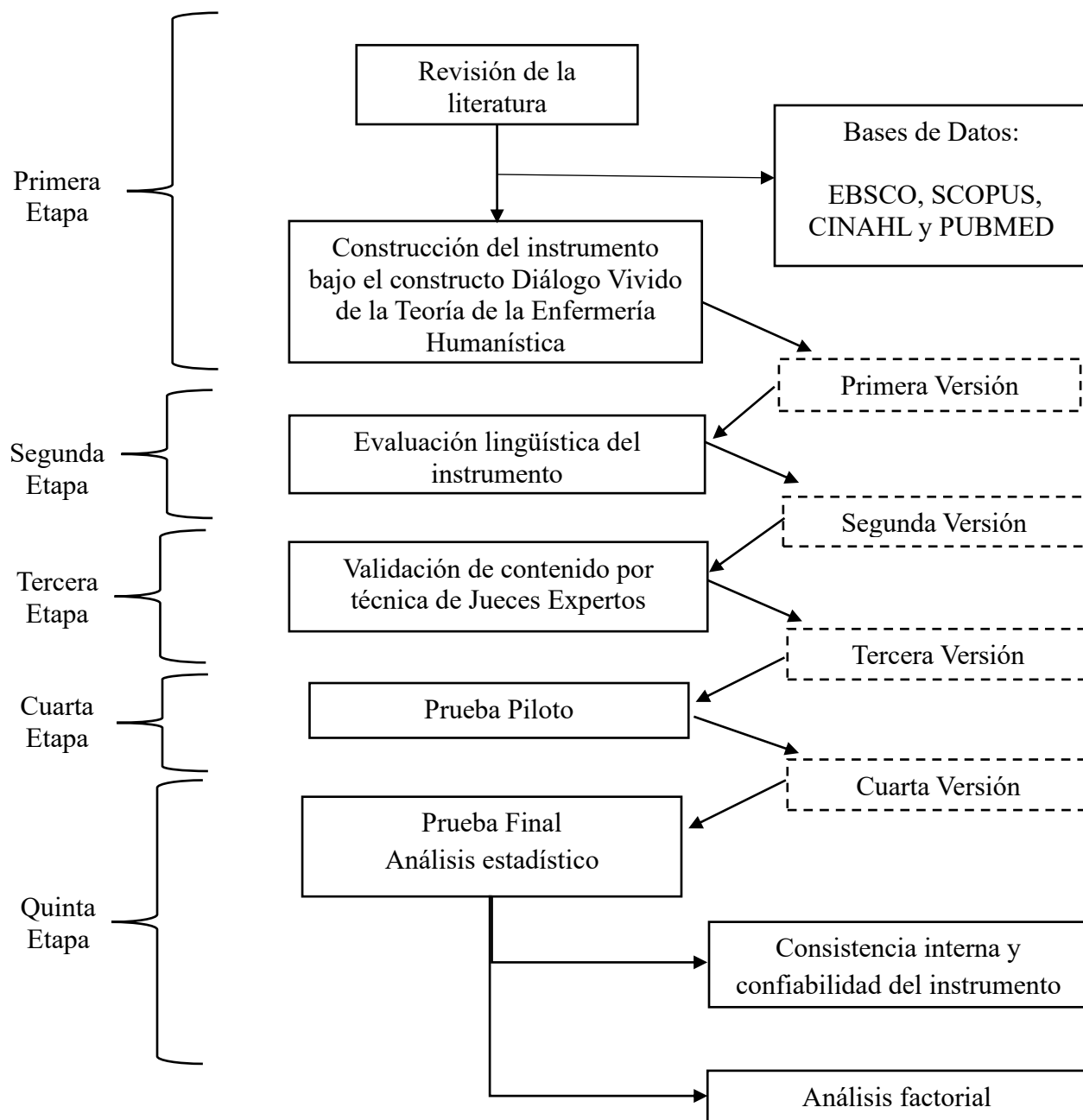
*Criterios de eliminación:* se eliminaron aquellos cuestionarios que no cumplieron los criterios de selección.

#### **2.2.5.4 Pasos para la recolección de datos**

1. Se utilizó la plataforma de Google Forms para la creación y distribución del instrumento de forma digital.
2. Se utilizó un dispositivo digital tipo Tablet para el llenado del instrumento.
3. Se creó un enlace digital para acceder al instrumento, aquí mismo, antes del llenado de la escala se encuentra un apartado sobre el consentimiento informado de forma resumida, asimismo, se anexa otro enlace donde se puede acceder al consentimiento completo (apéndice H), y a su vez la aceptación o no del mismo.
4. Se acudió con la jefa de enfermeras de un hospital de segundo nivel para gestionar los permisos y trámites correspondientes.

5. Se gestionaron los oficios necesarios en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP) y se entregaron en tiempo y forma en el hospital antes mencionado.
6. Se solicitó una lista del personal de enfermería, donde especificaba en qué servicio y turno se encuentra cada uno, para facilitar su localización.
7. Se seleccionó a los participantes según la técnica de muestreo previamente descrita.
8. La investigadora se presentó en el hospital el día y hora establecidos para dar inicio al período de recolección de datos.
9. La investigadora acudió a los turnos y servicios donde este asignado el personal que fue seleccionado para contestar el instrumento. Se les explicó la finalidad de su aportación, así como su derecho a participar o no, en el estudio.
10. Se dejó en claro que sus respuestas son anónimas y solo se usarán para fines de investigación, además, se informó de la presencia del consentimiento informado y el enlace de acceso para consultarlo en su totalidad si así lo desearan.
11. La investigadora permaneció en las instalaciones durante la aplicación del instrumento para resolver dudas y recolectar los formularios.
12. Al término de cada la aplicación, se dieron las gracias a los participantes por su aportación.
13. La investigadora tuvo la apertura y disposición de resolver preguntas o atender cualquier comentario verbal sobre la composición del instrumento.
14. Se continuó realizando los pasos del 9 al 13 para recabar todos los formularios hasta completar la muestra requerida.
15. Una vez recabado todos los formularios, se agradeció a los jefes de servicio y a la jefa de enfermeras por su apoyo y disposición en este estudio.

16. Los datos recolectados se vaciaron en la plataforma Excel y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) para un análisis descriptivo e inferencial.
17. Se obtuvo la consistencia interna y confiabilidad de la escala, además, se realizó un análisis factorial, mediante el coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach, el estadístico de esfericidad de Bartlett, la prueba KMO y una rotación Varimax, respectivamente.
18. Con los resultados adquiridos se realizaron las modificaciones pertinentes en el instrumento para la obtención de la versión final del instrumento PEDiViP (apéndice J).

**Figura 3***Representación de las etapas**Nota:* Descripción grafica de la evolución de las etapas

### **2.3 Ética de estudio**

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Ley General de Salud (2021) y las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), correspondientes al Título Segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Del Capítulo I, Artículo 13 se respetarán los derechos y el bienestar del participante; se contará con el consentimiento informado según lo estipulado en el Artículo 14, Fracción V; y se protegerá su privacidad, de acuerdo con el Artículo 16 ya que en los formularios sólo aparecerá un número de código, omitiendo sus nombres. Asimismo, se considera un estudio sin riesgo, ya que solo se aplicará un cuestionario y no habrá ninguna intervención, según lo estipulado en el Artículo 17, Fracción I.

Del Artículo 20, el participante autorizará su inclusión en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado (apéndice H), con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para lograr esto, se le informará de forma clara y completa el objetivo y justificación del estudio, los procedimientos que se usarán, posibles riesgos, beneficios y su libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que lo desee, esto es de acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV, y VII.

### **2.4 Plan de análisis estadístico**

Para la validación de contenido por técnica de jueces expertos, se obtuvo el Índice de Validez de Contenido (IVC) del instrumento en general, así como, el Índice de Validez de Contenido por Ítem (IVC-I), según la metodología descrita por Polit, Beck y Owen (2007).

Los jueces califican la relevancia de cada ítem en una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1= Irrelevante, 2= Algo relevante, 3= Bastante relevante y 4= Muy relevante. Las puntuaciones de 3 o 4 suman validez, mientras que las puntuaciones de 1 o 2, la disminuyen.

Para calcular el IVC-I se suma el número de jueces que calificaron con 3 o 4 puntos un ítem y se divide entre el número total de jueces, esto se realizó para cada ítem, es decir que:

$$\text{IVC-I} = \frac{\text{Suma de jueces con calificaciones iguales o mayores a 3 puntos}}{\text{Total de jueces}}$$

Para comparar los resultados del IVC-I, se usaron los estándares descritos por Fleiss (1981, citado por Polit, Beck y Owen, 2017) y Cicchetti y Sparrow (1981, citado por Polit, Beck y Owen, 2017), donde el IVC-I se considera Regular si es de .40 a .59, Bueno de .60 a .74 y Excelente si es igual o mayor a .75. Además, un IVC-I mayor a .75 con 10 o más expertos es considerado Excelente, o bien, un valor de .78 con menos de 10 expertos (Polit, Beck y Owen, 2007).

Para calcular el IVC del instrumento en general, se calculó el IVC-I por cada ítem y posteriormente se promedió entre el total de jueces, un resultado de .80 es considerado Bueno, mientras que uno de .90 es Excelente (Polit, Beck y Owen, 2007). En este sentido, la fórmula para obtener el IVC es:

$$\text{ICV} = \frac{\text{Suma del total de IVC-I}}{\text{Total de jueces}}$$

Posterior a la validación de contenido, se recolectaron los datos de la prueba piloto y la muestra final, mismos que se procesaron con el SPSS versión 24 para Windows.

Para el análisis de las características de la población, se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar).

El análisis del instrumento en general y por dimensiones se realizó mediante el estadístico de confiabilidad alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), además se obtuvo la tabla de correlación total por elemento para observar el comportamiento y correlación de los ítems entre sí, esto ayuda a determinar si un ítem es candidato a eliminación. El coeficiente debe resultar entre .70 y .90 para que se considere aceptable, un coeficiente mayor de .90 puede indicar redundancia de ítems (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).

Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de componentes principales, mediante el estadístico de esfericidad de Bartlett, la prueba de Kaiser-Maeyer-Olkin (KMO) y una rotación Varimax. Con los primeros dos, se conocerá si los ítems están lo suficientemente correlacionados entre sí para poder realizar el análisis factorial, de forma que en la prueba de Bartlett se debe obtener significativa estadística ( $p < .05$ ) y el cálculo de medida de KMO se considera apropiado si el valor es igual o mayor a .80 (López-Aguado y Gutiérrez-Provecho, 2019). La rotación Varimax, permite interpretar los factores que componen al instrumento, proporcionando un análisis del comportamiento de los ítems (López-Aguado y Gutiérrez-Provecho, 2019).

Además, se utilizó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov (K-S), con el objetivo de observar la distribución de la variable y aplicar estadística inferencial con las variables sociodemográficas de la población, si se requiere.

## **Capítulo III**

### **Resultados**

Este capítulo describe los hallazgos encontrados de acuerdo con las cinco etapas del proyecto: 1) Construcción del instrumento, 2) Validación lingüística, 3) Validación de contenido y percepción cualitativa, 4) Prueba piloto, 5) Aplicación del instrumento en una muestra representativa para realizar un análisis estadístico.

#### **3.1 Primera etapa: construcción del instrumento**

En relación con la literatura relacionada con la TEH se identificaron un total de 341 artículos, de los cuales se eliminaron 49 duplicados. Se examinaron 293 artículos por título, resumen y palabras clave, de esto se eliminan 83 por tener títulos y/o resúmenes irrelevantes, asimismo se eliminaron 158 por no contener los conceptos de la TEH, esto generó el resultado de 51 artículos para revisión completa del texto.

De los 51 artículos, se eliminaron 25 por contener una estructura y metodología con poca relevancia para este proyecto de investigación, además, el contenido no abordaba el contexto de la TEH. Se conservaron 26 artículos.

Todos los estudios son de diseño cualitativo y utilizan como fundamento teórico o en su metodología la TEH. En sus resultados, se identificó que los elementos del diálogo vivido (la presencia, la relación Yo-Tú, la transacción intersubjetiva, las llamadas y respuestas) así como aspectos del fenómeno de la enfermería como el ser más, nutrir y ser nutrido se evidencian en el cuidado con el paciente (França et al., 2018; Silva et al., 2018).

Respecto a los estudios relacionados con la construcción de instrumentos, se encontraron diversas investigaciones sobre la percepción del cuidado y la calidad del cuidado otorgado al paciente, estos instrumentos son aplicados directamente al paciente (Zha et al., 2020; Boscart et al., 2016; Morales–Castillo et al., 2016; Müggenburg et al., 2015), también, se encontraron

instrumentos aplicados al personal de enfermería, estos abordan su percepción del cuidado hacia y para el paciente (Allande–Cussó, Macías–Seda y Porcel–Gálvez, 2020; Chung et al., 2018). Hasta el momento no se han encontrado instrumentos que midan la percepción e involucramiento emocional, cognición, conducta, pensamientos, sentimientos y razonamiento (psicoafectividad) durante la relación de cuidado con el paciente (diálogo vivido).

Para la construcción de la escala se consideraron cinco opciones de respuesta incluyendo la opción neutral, todos los ítems y las instrucciones se redactaron con un vocabulario sencillo y sin tecnicismos para favorecer la comprensión y legibilidad del enunciado.

Para la formulación de los ítems, se construyó una tabla con la operacionalización de la variable, donde surgieron dimensiones, de estas, emergieron indicadores y a su vez, ítems.

Con base a todo lo anterior se construye la primera versión del instrumento Percepción de Enfermería del Diálogo Vivido con el Paciente (apéndice A).

Este instrumento es tipo Likert de cinco puntos: 1) En desacuerdo, 2) Algunas veces en desacuerdo, 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4) Algunas veces de acuerdo y, 5) De acuerdo. Está conformado por 26 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Reunión (ítems 2, 5, 16, 18, 22), Relación (ítems 4, 6, 11, 14, 21, 24, 25), Presencia (ítems 3, 9, 10, 12, 17, 19, 23, 26), Llamada y Respuesta (ítems 1, 7, 8, 13, 15, 20).

El instrumento mide el Diálogo Vivido por el personal de enfermería con el paciente, es decir, el grado de transacción intersubjetiva o involucramiento psicoafectivo que tienen los(as) enfermeros(as) durante la relación de cuidado. Con los resultados de la prueba piloto y los resultados de la prueba final, se establecerán baremos para determinar la intensidad del Diálogo Vivido.

### **3.2 Segunda etapa: validación lingüística**

Se envió la primera versión del instrumento a una Licenciada en Lingüística y Literatura, para la validación, misma, que se recabó en un período de una semana.

La licenciada en lingüística detectó errores en los aspectos propios del lenguaje y sugirió los cambios pertinentes para mejorar la claridad y sentido del texto. A continuación, se detallan los cambios.

- Ortografía (acentuación, uso correcto de grafías): en la sección de datos generales, se sugirió que, en aquellas opciones de respuesta conformadas por dos palabras como *urgencias pediátricas*, sólo la primera inicie con mayúscula y la segunda, con minúscula. Asimismo, apuntó no colocar abreviaturas, las acentuaciones que se habían pasado por alto y marco que la primera letra después del signo de dos puntos (:) es minúscula.
- Puntuación (uso de coma, punto, punto y coma, paréntesis, comillas): en el párrafo de introducción (primer párrafo) marcó que las comas (,) se habían colocado incorrectamente, por lo que, una se omitió y la otra se cambió por punto y seguido (.). En las instrucciones se cambió el punto y seguido (.) por dos puntos (:), se omitieron los paréntesis y se reestructuró el párrafo (como se menciona más adelante). En la última pregunta de la sección de datos generales, indicó colocar los signos de interrogación (¿?) que se habían omitido. Asimismo, en la sección de los ítems, se colocó punto (.) al final de cada oración.
- Léxico (uso adecuado de vocablos), sintaxis (orden de los elementos de la oración, concordancia de género, número entre sujeto y verbo, uso de tiempos y modos verbales) y semántica (relación entre las palabras, formas y símbolos): se sugirió cambiar el nombre del instrumento de *Percepción de Enfermería del Diálogo Vivido con el Paciente* a *Percepción del personal de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente*, sin embargo, por cuestiones del reglamento de la American Psychological Association (APA)

se redujo la cantidad de palabras del título y se colocó en mayúsculas la primera letra de algunas palabras para identificar su abreviación, con esto el instrumento cambia su nombre a *Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente (PEDiViP)*.

En el párrafo de introducción (primer párrafo) se sugirió cambiar a plural las palabras *paciente* y *familiar*, así como retirar la conjunción “y” de la oración *paciente y/o familiar*, con estas observaciones la oración se modifica a *pacientes o familiares*. De la misma manera, los últimos dos renglones se invirtieron y reestructuraron para mejorar el entendimiento de la idea principal: *les pedimos responder sinceramente a las cuestiones planteadas, dejando en claro que las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas a las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas, por lo que se les pide contestar sinceramente a las cuestiones planteadas*.

En la parte de instrucciones se omitió la palabra “marcada” puesto que la indicación ya revelaba esa acción. De igual forma, se inició el párrafo con la conformación de la escala de evaluación, seguido de la instrucción principal y se finaliza quitando los paréntesis de la última oración, con esto se reestructura el párrafo para mejorar el entendimiento de la indicación.

En la última pregunta de la sección de datos generales, se modificó el verbo para dar mayor coherencia a la interrogación (se quitó *esta*, se introdujo *dedita*).

Los ítems 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 24 y 25 tuvieron modificaciones en cuanto al uso verbal, plural a singular, orden de la oración, tiempo verbal, concordancia gramatical, conjugaciones y preposiciones.

- Pragmática (contexto sociocultural): se instauró una forma de escritura sin género y un tato de *usted* en la sección de introducción, instrucciones y datos generales. En la sección del instrumento, las afirmaciones se redactaron en femenino debido a que la mayoría de las

enfermeras(os) son mujeres, sin embargo, entre paréntesis se colocó la opción de masculino, para incluir a ambos géneros, por ejemplo: enfermera(o).

Se realizaron las modificaciones antes mencionadas y recomendadas por la experta lingüista, además se modificó el orden de los ítems de forma aleatoria para evitar respuestas encadenadas, ya que los reactivos están distribuidos acorde a cuatro dimensiones. Con todo esto se crea la segunda versión del instrumento PEDiViP (apéndice B).

### 3.3 Tercera etapa: validación de contenido y percepción cualitativa

Participaron un total de diez jueces expertos, mismos que cumplieron con los criterios de selección; las validaciones se recolectaron en un tiempo de 34 días.

#### 3.3.1 Características generales de los jueces

La mayoría de los jueces que participaron en la validación de contenido tienen un grado de estudios de maestría (70%), desempeñan función de profesor investigador (70%), han participado como juez experto en otras validaciones (90%) y han creado o validado un instrumento (60%) (tabla 1).

**Tabla 1**

*Características generales de los jueces*

Características de los jueces		<i>F</i>
Grado máximo de estudios	Maestría	7
	Doctorado	3
Función laboral	Docente y enfermera especialista en quirúrgica	1
	Profesor investigador	7
	Área administrativa en universidad	2
Experiencia clínica	Hospitalaria	8
	Comunitaria	2
Participación como juez experto (anteriormente)		9
Creación o validación de algún instrumento		6

*Nota: n=10*

### 3.3.2 Resultados del Índice de Validez de Contenido

Los resultados de las evaluaciones se observan a detalle en la tabla 2, donde la mayoría de los jueces ( $f=9$ ) puntuó con calificación de 3 o 4 más de 17 ítems del instrumento; además los ítems 12, 17 y 23 tuvieron un acuerdo total entre los jueces ( $f = 10$ ) mayor a 3 puntos, mientras que para los ítems 1 y 2 la mayoría de los jueces (7 y 6 respectivamente) estuvieron de acuerdo en calificarlos con 1 o 2 puntos, además, el ítem 11 fue evaluado de la misma manera por la mitad de los jueces ( $f = 5$ ).

Se determinó el IVC-I según la metodología descrita previamente, se observó que los ítems 1, 2 y 11 aportaban un IVC-I menor o igual a .50, por lo que se decide eliminarlos. En la tabla 3 se visualiza a más detalle los puntajes del IVC-I, así como el IVC del instrumento en general. En este sentido, al eliminar los ítems, el instrumento cuenta con un IVC de .84.

**Tabla 2***Puntuaciones de los jueces sobre los ítems*

Ítems	Jueces expertos										Total de jueces	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	puntuación de	
											3 o 4	1 o 2
1	2	2	4	1	2	2	4	2	3	1	3	7
2	4	2	4	2	3	1	1	2	4	1	4	6
3	3	4	4	1	4	4	4	2	4	4	8	2
4	3	4	4	1	4	4	4	4	4	4	9	1
5	3	3	4	1	4	4	4	4	4	4	9	1
6	4	4	4	1	3	4	3	2	4	3	8	2
7	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	9	1
8	4	3	4	1	4	3	3	4	3	4	9	1
9	4	4	4	3	4	2	4	3	4	4	9	1
10	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	9	1
11	1	2	4	1	4	1	3	4	4	2	5	5
12	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	10	0
13	4	3	4	1	4	4	4	4	4	1	8	2
14	4	3	4	1	4	1	4	4	3	1	7	3
15	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	9	1
16	4	3	4	1	4	3	4	4	3	3	9	1
17	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	0
18	4	4	4	2	4	1	1	3	4	2	6	4
19	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	9	1
20	4	4	3	1	4	4	4	3	4	1	8	2
21	4	4	4	1	4	1	4	4	4	3	8	2
22	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	9	1
23	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	10	0
24	4	2	3	1	4	2	4	3	4	3	7	3
25	4	4	3	1	4	1	4	2	4	2	6	4
26	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	8	2
Total de ítems	Puntuación de 3 o 4	24	22	26	4	25	17	24	21	26	17	
	Puntuación de 1 o 2	2	4	0	22	1	9	2	5	0	9	

**Tabla 3**

Índice de validez de contenido por ítem y del instrumento en general

	Ítem	IVC-I
1	Si siento una emoción fuerte, no lo oculto con los pacientes.	<b>.30</b>
2	Cuando tengo un paciente nuevo, me imagino su personalidad basándome en su aspecto.	<b>.40</b>
3	Pienso continuamente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.	.80
4	Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes.	.90
5	Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.	.90
6	Siento que algunos pacientes y sus familias me tratan como si fuera su empleada(o).	.80
7	Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.	.90
8	Aplico mis propios valores en el cuidado hacia mis pacientes.	.90
9	Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.	.80
10	Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.	.90
11	Me disgusta realizar cuidados en los que los pacientes sufren.	<b>.50</b>
12	Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.	1.00
13	Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye.	.80
14	La experiencia que vivo con los pacientes me deja pensando aún fuera del trabajo	.70
15	Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a mis pacientes.	.90
16	Me gusta conocer a profundidad a mis pacientes.	.90
17	Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, me gusta hablar con ellos para tranquilizarlos.	1.00
18	Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me predispongo a tener cierto trato con él.	.60
19	Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.	.90
20	Cuando me siento mal por problemas personales, disminuye mi tolerancia hacia los pacientes.	.80
21	Me afecta a nivel emocional cuando se complica el estado de salud de mis pacientes.	.80
22	Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.	.90
23	Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes.	1.00
24	Me siento escuchada(o) y valorada(o) por los pacientes o sus familiares cuando les hablo sobre cuestiones de su salud.	.70
25	Me afecta psicológicamente ver morir a los pacientes.	.60
26	Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno.	.80
IVC con ítems removidos		.84

### **3.3.3 Percepción cualitativa: observaciones y recomendaciones**

En la tabla 4 se muestran las aportaciones cualitativas de baja aceptación que realizaron los jueces en cuanto al instrumento en general y a los ítems, cabe mencionar, que las aportaciones para los ítems 1, 2 y 11 se omitieron ya que se han eliminado del instrumento. En este sentido, se atendieron las recomendaciones de los jueces, creando con esto la tercera versión del instrumento (apéndice G).

**Tabla 4***Percepción cualitativa de los jueces*

Área de oportunidad	Observaciones y recomendaciones	Cambios realizados
Ítem 3	“No observo relación con la dimensión de presencia, se sugiere incluirlo en la Llamada y respuesta”. “Eliminar continuamente”.	Cambio de la palabra continuamente por constantemente.
Ítem 6	“Dependerá del contexto público o privado”. “Cambiar la redacción a: <i>siento que algunos pacientes y sus familias minimizan la importancia de mi trabajo</i> ”. “en que esfera se identifica: emocional, conductual o psicológica”.	Se acepta sugerencia de redacción.
Ítem 8	“Se propone: <i>aplico mis propios valores en el cuidado hacia mis pacientes cuando me llaman</i> ”.	Se cambia a: cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta.
Ítem 14	“Se sugiere cambiar la redacción a: <i>la experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral</i> ”.	Se acepta sugerencia de redacción.
Ítem 16	“De qué forma conoce a profundidad a sus pacientes”. “Es una acción que no refleja expectativa”	Se cambia redacción a: me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes.
Ítem 17	“Pudiera ser considerado en la dimensión de Relación”. “Cambiar <i>me gusta</i> , ya que la disposición no siempre indica gusto”	Se cambia redacción del ítem a: cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, hablo con ellos para tranquilizarlos.
Ítem 18	“Falta ser más específico en los pensamientos o emociones que puede generar”.	Se cambia redacción a: si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me da miedo acercarme a él.
Ítem 20	“Se propone: <i>cuando me siento mal por problemas personales, disminuye mi tolerancia hacia los pacientes cuando me llaman</i> ”.	Se cambia redacción a: cuando me siento mal por problemas personales, no tolero que mis pacientes me llamen para cualquier cosa.

## Continuación de la tabla 4

Ítem 21	“Sugerencia: <i>cuando se complica el estado de salud de mis pacientes, esto me afecta emocionalmente</i> ”.	Se cambia a: cuando se complica el estado de salud de mis pacientes me afecta emocionalmente.
Ítem 24	“Sugerencia: <i>Cuando hablo con mis pacientes y sus familiares me siento escuchada(o) y valorada(o)</i> ”.	Se cambia a: cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta.
Ítem 25	Cambiar a: “ <i>Me afecta psicológicamente ver morir a los pacientes que les he brindado cuidados</i> ”.	Se cambia a: me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados.
Dimensiones	<p><u>Llamada y respuesta</u>: “valorar incluir preguntas que se relaciones con el llamado y la respuesta de la enfermera(o)”. “Se sugiere agregar un ítem donde mencione: <i>que, si mis pacientes o sus familiares solicitan mi apoyo, acudo inmediatamente</i>. Ya que se ha observado que se les responde que: <i>acudirán pronto, pero no se realiza</i>”. “En ninguna de las preguntas se observan las necesidades ni las acciones en consecuencia del llamado”.</p> <p><u>Presencia</u>: “agregar algunos ítems en donde mencione: <i>mi presencia brinda confianza en mis pacientes</i>”.</p> <p><u>Relación</u>: “en todos los ítems no queda claro de ideas y pensamientos, solo la afectación, pero no es mutua, sino sentida por uno de los participantes”</p>	Llamada y respuesta: se incluye los términos de “necesidad” “llamar” y “respuesta” a los ítems de la dimensión.
Instrumento en general	“Considero que los ítems 18, 6, 13 y 20 son negativos, imagino que tendrán valoraciones positivas y negativas”. “Colocar una pregunta, para saber si la enfermera durante su jornada laboral entiende ese contacto con el otro”.	
Conceptos	“El termino noológico es obsoleto, sugiero cambiar a comprensión de la mente – inteligencia”. “Eliminar <i>grupo</i> de la definición, es confuso”.	Se eliminan los términos de la definición conceptual.

#### **4.4 Cuarta etapa: prueba piloto**

La recolección de datos se realizó por medio de dispositivos digitales. Se utilizó la plataforma de Google Forms para aceptar el consentimiento informado, contestar los datos sociodemográficos, el instrumento en su tercera versión y se proporcionó un apartado para comentarios y sugerencias cualitativas. Además, se colocó el objetivo del estudio, así como, un enlace digital para el acceso al consentimiento informado completo, para aquellos que quisieran consultarlo a profundidad.

En la prueba piloto participaron 30 enfermeros del estado de Baja California, por medio de un muestreo por conveniencia. Los datos se recabaron en un período de dos semanas. A continuación, se detallan los resultados.

##### **3.4.1 Características sociodemográficas**

Se identificó que la mayoría de los participantes fueron mujeres ( $f= 23$ , 76.7%), con una media de edad de 32 años ( $DE= 4$ ), pertenecientes al sector público ( $f= 17$ , 56.7%) y privado ( $f=13$ , 43.3%), con un promedio de 9.3 años ( $DE= 5.51$ ) de ejercer la profesión de enfermería. Los servicios a los que estuvieron asignados se observan en la tabla 5, donde se aprecia que el servicio de hospitalización fue el más frecuente ( $f= 13$ , 43.3%), los turnos en los que laboran se describen en la tabla 6. El 26.7% ( $f= 8$ ) refiere atender 2 pacientes y el 16.6% ( $f= 5$ ) más de 7 pacientes durante un día laboral, asimismo, dedican en promedio 4.5 horas ( $DE=2.38$ ) a la atención directa con el paciente en un día de trabajo de ocho horas.

##### **3.4.2 Análisis estadístico**

Para determinar la consistencia interna y confiabilidad del instrumento en general de 23 ítems, se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach con un resultado de .72, esto es considerado como una confiabilidad aceptable (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014). En la tabla 7 se observa la correlación de los elementos y el cambio del alfa si algún ítem se

suprime. En este sentido, se observa que los ítems 4 y 17 están correlacionando negativamente, asimismo, el ítem 10, 11, 12, 15 y 18 están aportando correlaciones bajas, menores a .20, por lo que, se considera conveniente la eliminación de los siete ítems. De ser así, se obtendría un alfa de .83 del instrumento de 16 ítems. Este ejercicio soportará la decisión de eliminar los ítems, una vez realizado el análisis factorial.

**Tabla 5**

*Servicio asignado*

Servicio	<i>f</i>	%
Cuneros patológicos	5	16.7
Hospitalización	8	26.7
UCIA	9	30.0
UCIP y UCIN	6	20.0
Urgencias adultos	2	6.6
Sin asignar	8	26.7
Total	30	100.0

*Nota: n=30*

**Tabla 6**

*Turno asignado*

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Jornada acumulada	5	16.7
Matutino	8	26.7
Nocturno	9	30.0
Vespertino	8	26.7
Total	30	100.0

*Nota: n=30*

**Tabla 7***Correlación total de elementos*

Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se suprime
1. Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes	.255	.721
2. Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes	.505	.703
3. Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan	.513	.705
4. Siento que algunos pacientes y sus familias minimizan la importancia de mi trabajo	<b>-.220</b>	.755
5. Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas	.567	.696
6. Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta	.649	.699
7. Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono	.457	.704
8. Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran	.628	.706
9. Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida	.443	.710
10. Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye	<b>.144</b>	.729
11. La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral	<b>.147</b>	.728
12. Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes	<b>.198</b>	.724
13. Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes	.414	.707
14. Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, hablo con ellos para tranquilizarlos	.302	.717
15. Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me da miedo acercarme a él	<b>.023</b>	.738
16. Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores	.435	.706

*Continuación de la tabla 7*

17. Cuando me siento mal por problemas personales, no tolero que mis pacientes me llamen para cualquier cosa	<b>-.239</b>	.764
18. Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes me afecta emocionalmente	<b>.113</b>	.732
19. Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre	.410	.708
20. Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes	.284	.719
21. Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta	.282	.719
22. Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados	.288	.718
23. Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno	.331	.714

Para el AFE se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett, misma que resultó estadísticamente significativa ( $\chi^2= 430.327$ ,  $p < .05$ ), esto significa que los ítems están suficientemente correlacionados entre sí para realizar el análisis factorial; sin embargo, se obtuvo un valor de  $KMO=.417$ , lo cual indica que la matriz de datos no resulta apropiada para realizar el análisis factorial, esto puede ser debido al tamaño muestral.

### **3.4.3 Instrumento**

Para la interpretación del instrumento se realizó una sumatoria total de los ítems, misma que se estandarizó de 0 a 100; con los percentiles de la escala estandarizada se determinaron puntos de corte para la creación de los baremos del instrumento. De forma que, todo lo que esté por debajo del percentil 30 será un diálogo vivido débil, los puntajes que se encuentren entre el percentil 31 al 70, será un diálogo vivido moderado y todo lo que este por arriba del percentil 71, será un diálogo vivido fuerte. En este sentido, en la tabla 8 se muestra lo anterior, junto con los resultados categorizados por dichos puntos de corte.

**Tabla 8***Resultados del instrumento categorizado*

Percentil	Diálogo vivido	Puntuación en escala estandarizada	<i>f</i>	%
≤ 30	Débil	≤ 64.13	10	33.3
31-70	Moderado	64.14 a 70.21	11	36.7
≥ 71	Fuerte	≥ 70.22	9	30.0

*Nota: n=30*

Se observó que la mayoría de los hombres tiene un diálogo vivido de moderado ( $f= 3, 42.9\%$ ) a fuerte ( $f= 3, 42.9\%$ ), mientras que la mayoría de las mujeres tienen un diálogo vivido de moderado ( $f= 8, 34.8\%$ ) a débil ( $f= 9, 39.1\%$ ), dato interesante ya que el género femenino suele ser visto socialmente como más sensible y vulnerable emocionalmente.

En el turno nocturno la mayoría de los participantes tuvieron un diálogo vivido débil ( $f= 5, 55.6\%$ ), esto puede ser debido a que los pacientes suelen dormir y descansar en ese turno, por consecuente, se tiene menos interacción con los pacientes, asimismo, la mayoría de los enfermeros del turno vespertino tuvieron un diálogo vivido fuerte ( $f= 5, 62.5\%$ ).

La mayoría de los participantes pertenecientes al servicio de hospitalización tuvieron un diálogo vivido de moderado ( $f= 5, 38.5\%$ ) a fuerte ( $f= 5, 38.5\%$ ), mientras que en el servicio de urgencias todos tuvieron un diálogo vivido débil ( $f= 2$ ), esto puede ser debido a que el servicio de urgencias es un área de pronta respuesta en actividades y pudiera quedar de lado la oportunidad de crear vínculos psicoafectivos.

También se observó que los enfermeros que estaban en un rango de edad de 25 a 35 años tienen un diálogo vivido de moderado ( $f= 10, 33.3\%$ ) a fuerte ( $f= 9, 30\%$ ), asimismo, aquellos con 0 a 10 años de ejercer la profesión tienen un diálogo vivido de moderado ( $f= 9, 30\%$ ) a fuerte ( $f= 7, 23.3\%$ ), mientras que la mayoría de los enfermeros con más de 10 años de ejercer, su

diálogo vivido fue débil ( $f= 5$ , 16.7%). Con lo anterior se interpreta que a medida que aumenta la edad y los años de ejercer la profesión, el vínculo psicoafectivo disminuye, no obstante, se requiere el uso de estadística inferencial para determinar esa correlación.

Para verificar la normalidad de los datos se aplicó la prueba de ajuste de bondad K-S, misma que resultó en una distribución normal para la escala estandarizada ( $p >.05$ ), las otras variables tuvieron una distribución libre ( $p <.05$ ).

#### **3.4.4 Aportaciones cualitativas**

No se realizaron aportaciones sobre el instrumento o sus ítems, los comentarios estuvieron relacionados con la percepción que tienen sobre brindar cuidados a los pacientes, estos se detallan a continuación:

*“Los pacientes del hospital donde laboro son de un nivel económico muy bajo, procuramos facilitarles el bajar a desayunar o cenar cuando llegan las fundaciones para que no se queden sin comer, trato de ser muy empática, ya que la mayoría están lejos de sus hogares y de su familia”.* La empatía y disposición representan el elemento de presencia del diálogo vivido.

*“Un aporte importante podría ser, que el cuidado que brindó a cada paciente me deja una enseñanza de vida o algún tipo de aprendizaje que pudiera aplicar en mi vida cotidiana y con ello pudiera recordar a ese paciente como una persona importante que me dio gusto conocer”.* Esta aportación indica que hay una transacción intersubjetiva y una afectación psicoafectiva que se da a través del cuidado, asimismo, es por medio del diálogo vivido que se genera el *ser más*, es decir, el crecimiento personal.

*“Considero que la mayoría de las preguntas no aplican en mí, ya que en el servicio de urgencias no tenemos el tiempo suficiente para interactuar tanto con el paciente o sus familiares, pues las patologías con las que llegan los pacientes requieren que los estabilicemos y los*

*mandemos a otro servicio*”. Esta aportación indica que el servicio de urgencias pudiera quedar excluida en la recolección final.

#### **3.4.5 Hallazgos y modificaciones**

Se identificó que el área de urgencias es un servicio donde se recibe y entrega varios pacientes en una misma jornada laboral, es decir, que no se tiene a un mismo paciente durante la mayoría del turno, esto causa que no exista tiempo suficiente para generar un vínculo, por lo que este servicio quedará excluido en la recolección final.

En la sección de datos generales del instrumento, se modificó la parte de servicio asignado ya que se identificó que no hay distinción entre las áreas de hospitalización, asimismo, se amplió la parte de cuidados intensivos para evitar el uso de abreviaturas. La última pregunta de la misma sección, se cambió la redacción de tal forma que fuera más clara, ya que varios participantes reportaron no entender la pregunta.

Se observó que al enviar el instrumento por medio de un enlace digital creaba poco compromiso y procrastinación en los participantes, esto creo que por lo menos la mitad de las personas que aceptaron participar, al final no contestaran el instrumento; para solventar esto, en la recolección de datos final se aplicará el instrumento de forma presencial.

Con todo lo anterior se construye la cuarta versión del instrumento (apéndice I).

### **3.5 Quinta etapa: aplicación del instrumento en una muestra representativa para realizar un análisis estadístico**

Se solicitaron los permisos necesarios en la FE-BUAP, así como, en un hospital de segundo nivel de la ciudad de Mexicali del estado de Baja California para la aplicación del instrumento.

La recolección de datos se realizó de manera presencial en dicho hospital por medio de un dispositivo digital tipo Tablet a través de la plataforma Google Forms para facilitar la aplicación

de la escala, en dicho formato se incluyó el consentimiento informado, los datos sociodemográficos y el instrumento en su cuarta versión.

En total se recolectaron 130 datos, esto coincide con la planeación estadística realizada, donde se estimaba una relación de 5:1, es decir cinco personas por cada ítem, dado que la escala en su cuarta versión contiene 23 ítems, la población mínima requerida era de 115 enfermeros. Cabe destacar que se respetaron los criterios de selección, por lo que se eliminaron aquellas encuestas que fueran del servicio de consulta externa ( $f=2$ ), quirófano ( $f=3$ ) y donde los enfermeros no estuvieran más de 6 horas en contacto directo con el paciente ( $f=6$ ).

Por lo que la población total seleccionada fue de 119 enfermeros de la ciudad de Mexicali, Baja California. Los datos se recabarán en un periodo de tres meses. A continuación, se detallan los resultados.

### 3.5.1 Características sociodemográficas

Se identificó que la mayoría de los participantes fueron mujeres ( $f= 91, 76.5\%$ ), con un máximo de edad de 60 años y mínimo de 21 años ( $X= 33$  años). La mayoría cuenta con un grado académico de licenciatura ( $f= 95, 79.8\%$ ) y una media de 10 años de ejercer la profesión ( $DE= 8$ ), sin embargo, la mayoría cuenta con 0 a 5 años de ejercer la profesión ( $f= 51, 42.9\%$ ). En la tabla 9 se describe la cantidad de pacientes que atienden diariamente.

**Tabla 9**

*Rango de cantidad de pacientes diarios*

	<i>f</i>	%
De 1 a 2	27.7	33
De 3 a 4	35.3	42
De 5 a 6	21.0	25
Más de 7	16.0	19
Total	100.0	119

### 3.5.2 Análisis estadístico

Para determinar la consistencia interna y confiabilidad del instrumento en general de 23 ítems, se aplicó el coeficiente de alfa de Cronbach, mismo que dio un resultado de .84, esto es considerado como una confiabilidad aceptable (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014). En la tabla 10, se observa la correlación de los elementos entre sí y la modificación del alfa si alguno de éstos es eliminado.

De la misma manera como se observó en el pilotaje los ítems 4, 10 y 15 tienen correlaciones menores a .20, mientras que el ítem 17 está aportando de forma negativa, estos ítems continúan con el mismo comportamiento, es por esto por lo que se decide la eliminación de los ítems y se ejecuta nuevamente el alfa en el instrumento de 19 ítems; con esto, se obtiene  $\alpha=.88$ , esto es considerado un alfa excelente según Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2014).

**Tabla 10**

*Estadísticas de total de elemento*

Ítem	Correlación total de elementos corregida	Modificación del alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes. [Respuesta]	.507	.837
2. Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes. [Respuesta]	.492	.836
3. Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan. [Respuesta]	.542	.837
<b>4. Siento que algunos pacientes y sus familias minimizan la importancia de mi trabajo. [Respuesta]</b>	<b>.159</b>	.848

## Continuación de la tabla 10

5. Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas. [Respuesta]	.575	.834
6. Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta. [Respuesta]	.545	.836
7. Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono. [Respuesta]	.452	.838
8. Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran a mí. [Respuesta]	.478	.839
9. Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida. [Respuesta]	.484	.838
<b>10.</b> Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye. [Respuesta]	<b>.045</b>	.855
11. La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral. [Respuesta]	.404	.839
12. Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes. [Respuesta]	.508	.836
13. Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes. [Respuesta]	.477	.836
14. Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes por la condición de salud, me gusta hablar con ellos para tranquilizarlos. [Respuesta]	.447	.838
<b>15.</b> Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me da angustia acercarme a él. [Respuesta]	<b>.129</b>	.852
16. Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores. [Respuesta]	.567	.832
<b>17.</b> Cuando me siento mal por problemas personales, no tolero que mis pacientes me llamen para cualquier cosa. [Respuesta]	<b>-.007</b>	.856
18. Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes, me afecta emocionalmente. [Respuesta]	.461	.837

*Continuación de la tabla 10*

19. Pienso que puedo tener una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre. [Respuesta]	.436	.838
20. Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes. [Respuesta]	.482	.836
21. Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta. [Respuesta]	.466	.837
22. Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados. [Respuesta]	.494	.836
23. Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno. [Respuesta]	.543	.833

Se utilizó el instrumento de 19 ítems para la aplicación del AFE. La prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado significancia estadística ( $\chi^2 = 940.577$ ,  $p < .05$ ), asimismo, se obtuvo un valor de  $KMO = .844$ ; esto indica que los ítems están suficientemente correlacionados entre sí para realizar un análisis factorial.

La rotación Varimax evidenció una estructura de cuatro factores con una VTE de 62.24%. En la tabla 11 se muestra la matriz de componentes rotados, donde se observa que todos los datos están saturando por arriba de .500. El nombre asignado a cada dimensión, así como la distribución de los ítems en cada factor se puede visualizar en la tabla 12.

Con la existencia de estos factores, se determinó el alfa de cada uno para conocer el nivel de confiabilidad de cada dimensión, mismos que se aprecian en la tabla 13. En este sentido, se observa que las dimensiones de presencia (factor 1), relación (factor 2) e involucramiento existencial (factor 3) tienen un alfa mayor a .80, mismo que es considerado aceptable; sin embargo, la dimensión de Llamada y respuesta (factor 4) arroja un alfa de .60.

Para complementar, se realizó un análisis de conglomerado (Clúster bietápico), esto permitió identificar que de manera nativa se crearon dos grupos, identificando las variables predictoras para pertenecer al grupo 1, mismas que se muestran en la figura 4

Según el análisis de clúster, las variables 3, 5 y 6 son las determinantes para decidir si pertenece al grupo 1 y a su vez para determinar si el personal de enfermería tiene un diálogo vivido fuerte.

**Tabla 11**

Matriz de componentes rotados

Ítem	Componente			
	1	2	3	4
8. Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran a mí. [Respuesta]	.810			
3. Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan. [Respuesta]	.774			
6. Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta. [Respuesta]	.770			
1. Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes. [Respuesta]	.646			
9. Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida. [Respuesta]	.637			
5. Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas. [Respuesta]	.622			
7. Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono. [Respuesta]	.606			
13. Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes. [Respuesta]		.777		
14. Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes por la condición de salud, me gusta hablar con ellos para tranquilizarlos. [Respuesta]		.727		
2. Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes. [Respuesta]		.695		

*Continuación de la tabla 11*


---

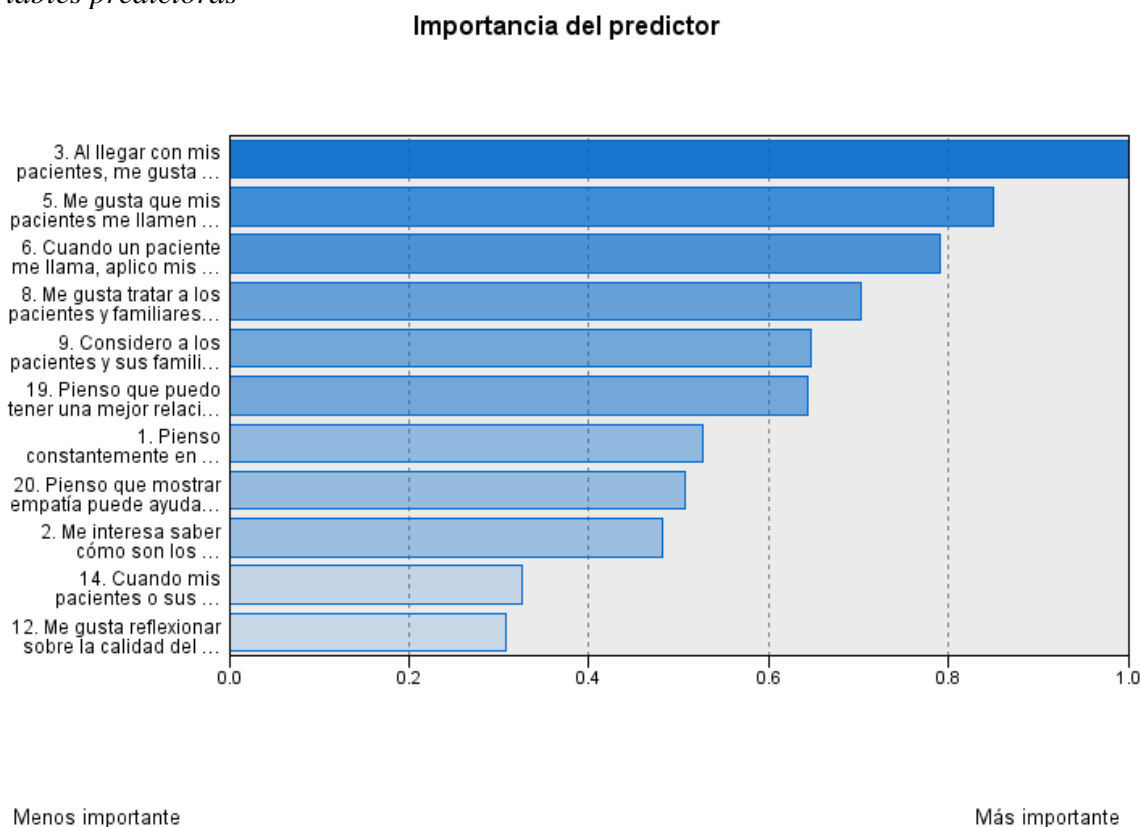
12. Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes. [Respuesta]	.638
16. Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores. [Respuesta]	.526
18. Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes, me afecta emocionalmente. [Respuesta]	.813
23. Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno. [Respuesta]	.801
22. Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados. [Respuesta]	.782
11. La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral. [Respuesta]	.705
21. Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta. [Respuesta]	.503
20. Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes. [Respuesta]	.768
19. Pienso que puedo tener una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre. [Respuesta]	.694

---

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

**Figura 4***VARIABLES PREDICTORAS***Tabla 12**

Estructura de las dimensiones encontradas

Factores	Ítem
Dimensión 1 Presencia	<p>8. Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.</p> <p>3. Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.</p> <p>6. Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta</p> <p>1. Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.</p> <p>9. Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.</p> <p>5. Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.</p> <p>7. Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.</p>

*Continuación de la tabla 12*

Dimensión 2 Relación	13. Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes. 14. Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, hablo con ellos para tranquilizarlos. 2. Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes. 12. Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes. 16. Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.
Dimensión 3 Involucramiento existencial	18. Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes me afecta emocionalmente. 23. Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno. 22. Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados. 11. La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral.
Dimensión 4 Llamada y respuesta	21. Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta. 20. Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes. 19. Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.

**Tabla 13**

Alfa de Cronbach por dimensiones

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Presencia	.863
Relación	.806
Involucramiento existencial	.808
Llamada y respuesta	.602
Instrumento total de 19 ítems	.886

**3.5.3 Instrumento**

Para categorizar el instrumento se creó una escala sumativa de los ítems, la cual, se estandarizó del 0 al 100, con la finalidad de crear una medición más precisa. Se obtuvo los

percentiles de la escala estandarizada para determinar los puntos de corte para la creación de los baremos del instrumento. De forma que, todo lo que esté por debajo del percentil 30 será un diálogo vivido débil, los puntajes que se encuentren entre el percentil 31 al 70, serán un diálogo vivido moderado y todo lo que este por arriba del percentil 71, será un diálogo vivido fuerte. En este sentido, la tabla 14 muestra los resultados categorizados por percentiles.

**Tabla 14**

*Resultados del instrumento categorizado*

Percentil	Diálogo vivido	Puntuación en escala estandarizada según el percentil	<i>f</i>	%
≤ 30	Débil	≤ 66.08	34	28.6
31-70	Moderado	66.30 a 74.34	46	38.7
≥ 71	Fuerte	≥ 75.00	39	32.8

*Nota: n=119*

Una vez categorizada la escala, se observó el comportamiento de la población con respecto a los resultados al diálogo vivido, mismo que se describe a continuación.

La mayoría de los hombres ( $f=12$ , 10.1%) y mujeres ( $f=34$ , 28.6%) tienen un diálogo vivido moderado, además, se observó que la mayoría de las personas menores de 40 años ( $f=100$ ) tienden a tener un dialogo vivido de moderado ( $f=40$ , 33.6%) a fuerte ( $f= 35$ , 29.4%) a diferencia de las personas mayores de 41 años ( $f=19$ ) que crean una tendencia a un diálogo vivido débil ( $f=9$ , 7.6%). La relación del diálogo vivido con los años de ejercer la profesión se visualiza en la tabla 15, en ella se aprecia que a medida que aumentan los años de ejercicio profesional, disminuye el nivel del diálogo vivido (se necesitan pruebas estadísticas inferenciales para confirmar este fenómeno). Con esto, se puede observar que el tiempo de ejercer la profesión, así

como la edad pudieran ser condicionantes para una disminución del diálogo vivido, esto pudiera ser debido a la constante exposición de interacciones e involucramiento existencial entre paciente y enfermera(o).

Con los resultados anteriormente descritos se construye la versión final del instrumento PEDiViP (apéndice J).

**Tabla 15**

*Diálogo vivido y ejercicio profesional*

Años de ejercer la profesión	Diálogo vivido débil		Diálogo vivido moderado		Diálogo vivido fuerte	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
De 0 a 5 años	9	7.6	18	15.1	<b>24</b>	20.2
De 6 a 10 años	8	6.7	<b>16</b>	13.4	6	5
De 11 a 15 años	3	2.5	6	5	2	1.7
De 16 a 20 años	<b>5</b>	4.2	1	.8	3	2.5
Más de 21 años	<b>9</b>	7.6	5	4.2	4	3.4
Total	34	28.6	46	38.7	39	32.8

## Capítulo IV

### Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo construir y validar el instrumento de Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente, a través de un diseño de cinco etapas que permitió evaluar la afectación psicoafectiva que tiene el personal de enfermería durante el cuidado con el paciente.

En este sentido, se obtuvo un instrumento válido y confiable, esto contribuye a conocer las emociones, sentimientos, pensamientos, ideas y conductas (psicoafectividad) que generan las(os) enfermeras(os) cuando están al cuidado de un paciente, ya que la mayoría de los instrumentos aplicados en el área de la salud, evalúan la percepción del paciente en cuanto a la calidad del cuidado recibido (Zha et al., 2020; Boscart et al., 2016; Morales–Castillo et al., 2016) o la comunicación (Morales–Castillo et al., 2016; Müggenburg et al., 2015), esto es importante para determinar la efectividad y eficacia de la atención en salud.

No obstante, es relevante conocer la forma en la que percibe, se involucra y se ve afectado el personal de enfermería en la relación de cuidado con el paciente, caso contrario a los instrumentos que se enfocan en la percepción de enfermería para evaluar el humanismo y el trato brindado (Allande–Cussó, Macías–Seda y Porcel–Gálvez, 2020; Chung et al., 2018), mismos que están diseñados desde una visión donde se antepone el paciente sin considerar que quien brinda el cuidado es una persona también.

De esta forma, el instrumento PEDiViP aborda un área poco explorada, donde se considera a las(os) enfermeras(os) como seres humanos que se ven afectados en todas sus esferas (biológica, psicoafectiva, sociocultural y cognitiva) durante las situaciones diarias que surgen en el cuidado con los pacientes.

Asimismo, este instrumento puede ayudar a explicar junto con otros estudios, el comportamiento del gremio, ya que se ha observado un aumento en el síndrome de burnout, (Alzate, 2021) ausentismo laboral (Alzate, 2021), estrés, despersonalización (Ochoa et al., 2020; Vinueza-Veloz et al., 2020) y desuso del cuidado humanizado (Rojas, Godínez & Regalado, 2020; Ochoa et al., 2020).

En este sentido, la dimensión de Presencia fue la mejor evaluada en la etapa de validación de contenido por jueces expertos, esto coincide con los resultados de Silva et al. (2018) y Franca et al. (2018), quienes encontraron como principal hallazgo la necesidad de la empatía en la relación de cuidado. Asimismo, encontraron la importancia de la Llamada y respuesta y la Relación intersubjetiva del tipo persona a persona en la relación entre enfermera(o) y paciente.

En este mismo orden de ideas, Franca et al. (2018), encontraron que enfermería es un diálogo vivido, a través del cual se brinda cuidado al paciente por medio del encuentro, la presencia, la relación de intercambios dialógicos y la llamada y respuesta. Esto coincide con los elementos descritos en la TEH y a su vez con las dimensiones propuestas en este instrumento.

Con base a lo anterior, este instrumento representa una oportunidad original para evaluar el diálogo vivido entre enfermera y paciente, conocer las ideas, pensamientos, emociones y conductas que se pueden generar al estar al cuidado de un paciente es un campo de suma importancia y poco abordado. A su vez, una limitación del estudio es que no se han encontrado otros instrumentos que midan este tipo de percepción en el personal de enfermería, por lo que los hallazgos encontrados aún no pueden ser contrastados con estudios similares.

## **4.2 Conclusión**

El instrumento es una escala tipo Likert de 19 ítems, con cinco opciones de respuesta que van de 1= Nunca a 5= Siempre y está conformado por cuatro dimensiones: Relación, Presencia, Involucramiento existencial y Llamada y respuesta. Con base a los resultados obtenidos se

concluye que el instrumento de Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente es válido y confiable por Índice de Validez de Contenido (.84) y por alfa de Cronbach (.88), para medir afectación e involucramiento existencial del personal de enfermería durante el cuidado con el paciente.

#### **4.2 Recomendaciones**

Se sugiere realizar más estudios utilizando este instrumento, para conocer de forma más amplia el comportamiento de la población diana con respecto al Diálogo Vivido con el paciente. Adicionalmente, realizar estudios correlacionales con las características de la población puede ayudar a entender el comportamiento del personal de la salud antes mencionado. Asimismo, se recomienda utilizar el instructivo del autor para utilizar correctamente el instrumento.

#### **4.2 Limitaciones**

La originalidad del proyecto, ya que no existen estudios precedentes que midan lo descrito en este estudio.

## Referencias

- Abarca-Castro, E. A; Villalobos Monroy, G; y Reyes Fabela, A.M. (2021). *Implicaciones de la psicoafectividad en el desarrollo humano*. Revista electrónica de psicología Iztacala, 24(2). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/79786>
- Allande-Cussó, R; Macías-Seda, J y Porcel-Gálvez, AM. (2020). *Adaptación transcultural de la escala Caring Nurse–Patient Interactions para la evaluación de la competencia en la relación enfermera–paciente*. Enfermería Clínica, 30(1), 42–46.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.005>
- Alzate-Cardona, D. (2021). *Revisión bibliográfica sobre el síndrome de burnout en los profesionales de la salud en Latinoamérica según la literatura disponible en los últimos 5 años* [Tesis de especialista, Universidad de Antioquia] Repositorio institucional-Universidad de Antioquia.  
[https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/25159/2/AlzateDaniel\\_2021\\_Revisi%00nBurnoutLatinoamerica.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/25159/2/AlzateDaniel_2021_Revisi%00nBurnoutLatinoamerica.pdf)
- Borges JWP; Moreira TMM y Andrade DF. (2017). *Cuestionario de relación interpersonal en el cuidado de enfermería: elaboración y validación*. Rev. Latino–Am. Enfermagem, 25(e2962), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2128.2962>
- Boscart, VM; Pringle, D; Peter, E; Wynn, F y McGilton, KS. (2016). *Development and Psychometric Testing of the Humanistic Nurse-Patient Scale*. Canadian Journal on Aging, 35(1), 1–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26880206/>
- Castro, IT. (s.f.). *Capítulo 1. Muestreo Sistemático*. Universidad de Extremadura, Departamento de Matemáticas.  
[http://matematicas.unex.es/~inmatorres/teaching/muestreo/assets/cap\\_5.pdf](http://matematicas.unex.es/~inmatorres/teaching/muestreo/assets/cap_5.pdf)

- Chung, HC; Hsieh, TC; Chen, YC; Chang, SC y Hsu, WL. (2018). *Cross-cultural adaptation and validation of the Chinese Comfort, Afford, Respect, and Expect scale of caring nurse–patient interaction competence*. Journal of Clinical Nursing, 27(17-18), 3287–3297.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14196>
- Congost-Maestre, N. (2015). *La Validación Lingüística en los Principales Cuestionarios de Salud y Calidad de Vida*. Lebende Sprachen, De Gruyter, 60(2), 307-325.
- Escobar-Pérez, J y Cuervo-Martínez, A. (2008). *Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización*. Avances de Medición, 6(27), 27-36.
- Fawcett, J y DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3ª ed). Philadelphia: F. A. Davis.
- França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, Batista PSS y Oliveira RC. (2018). *Existential experience of children with cancer under palliative care*. Rev Bras Enferm, 71(3), 1320-7. <https://www.scielo.br/j/reben/a/gfL7Qyv86FRpqMXgmPFfNnQ/?lang=en>
- Garmendia, ML. (2007). *Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas*. Rev Chil Salud Pública, 11(2), 57-65.
- Gavilán, EM; Ruiz, RM; Perula, LAT; Parras, JMR y Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (redIAPP). (2010). *Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICA*. Atención Primaria, 42(3), 162- 168.
- Giles, CN. (2020). *Las remuneraciones del personal de la salud en México: entre el amor al arte y los esfuerzos débilmente recompensados*. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, Notas estratégicas, 78, 1–8.  
[http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4824/Nota\\_RemuneracionesSalud78.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4824/Nota_RemuneracionesSalud78.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Grant, JS y Davis, LL. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269–274. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3%3C269::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3%3C269::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G)
- Hernández-Sampieri, R; Fernández-Collado, Carlos y Bautista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed). México: McGraw Hill
- Hung-Lan, W y Volker, D. L. (2011). *Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care*. *Journal of Advanced Nursing (JAN)*, 68(2), 471-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *6 de enero, Día de la Enfermera y Enfermero*. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/avisos/3950-6-enero-dia-enfermera-enfermero.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20datos%20del%20INEGI%3A,de%2040%20a%C3%B1os%20de%20edad>
- Lambert, C. (2006). *Edmund Husserl: La idea de la fenomenología*. *Teología y Vida*, 47(4), 517-529. <https://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492006000300008>
- Ley General de Salud. (19 de febrero de 2021). *Diario Oficial de la Federación*. México: Cámara de Diputados del H. congreso de la Unión.
- López-Aguado, M y Gutiérrez-Provecho, L. (2019). *Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS*. *REIRE Revista d’Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1–14. <http://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- Matas, A. (2018). *Diseño del formato de escalas tipo Likert; un estado de la cuestión*. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
- Morales-Castillo, FA; Hernández-Cruz, MC; Morales-Rodríguez, MC y Landeros-Olvera, EA. (2016). *Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los*

*comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas*. Enfermería

Universitaria, 13(1), 3-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005>

Müggenburg, C; Robles, R; Valencia, A; Hernández-Guillén, MC; Olvera, S y Riveros-Rosas, A.

(2015). *Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana*.

Salud Mental, 38(4), 273-280.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0185-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-)

[33252015000400273&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252015000400273&lng=es&nrm=iso)

Müggenburg, MC; Nava-Galán, MG y Riveros-Rosas, A. (2013). *Percepción de los pacientes*

*sobre la forma de comunicación de las enfermeras en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*. Enfermería Neurológica (Mex), 12(2), 79-83.

Ochoa, BA; Elizalde, HO; Guamán, AC y Torres ES. (2020). *Factores influyentes en la*

*desnaturalización de la experiencia humana desde la práctica enfermera*. Revista

Ocronos, 3(4), 445.

O'Connor, N. (1993). *Paterson and Zderad: Humanistic Nursing Theory. Notes on nursing*

*theories, Volume 7*. EUA: Sage Publications, Inc.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Enfermería*. Temas de salud Por: Kjeldsen, J.L.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo. Resumen de orientación. Invertir en educación, empleo y liderazgo*. Nursing now. Pág. 7, 10.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>

Paniagua SER. (2015). *Metodología para la validación de una escala o instrumento de medida*.

Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia.

Parker, ME. (2005). *Nursing Theories and Nursing Practice*. EUA: F.A. Davis Company (2ª ed),

sección II, capítulo 11, pp. 125-137.

- Parrado, YML; Sáenz, XM; Soto, VIL; Guáqueta, SRP; Amaya, PR; Caro, CVC; Parra, MV y Triana, MCR. (2016). *Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo*. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 18(1), 115-28. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.vimr>
- Paterson, J y Zderad, L. (2008). *Humanistic Nursing*. Proyecto Gutenberg, eBook #25020, del libro original de 1976. <https://www.tagusbooks.com/ebook-humanistic-nursing-ebook/cdlpg00025020/1910176>
- Paterson, JG y Zderad, LT. (1976). *Humanistic nursing*. New York: Wiley.
- Polit, DF y Beck CT. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer (10ª Ed), E-Book 2015033543, Capítulo 17, pp. 703-705.
- Polit, DF; Beck, CT & Owen, SV. (2007). *Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations*. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459–467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (02 de abril de 2014). *Diario Oficial de la Federación*. México: Cámara de Diputados del H. congreso de la Unión.
- Rodríguez-Bustamante, P y Báez-Hernández, FJ. (2020). *Epistemología de la profesión de enfermera*. *Revista ene De Enfermería*, 14(2), 1-15. <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/958>
- Rojas, JOS; Godínez, MAR y Regalado, LAR. (2020). *Cuidado humanizado de enfermería: ¿utopía o realidad?* *Revista electrónica de PortalesMedicos.com*, 15(11), 473.
- Sartre, JP. (2009). *El existencialismo es un humanismo*. España: Edhasa.

Secretaria de Salud. (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud*. Sección 4.1 y 5.1, pp. 9, 13.

<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR41.pdf>

Silva, AV; Santos, I; Kestenberg, CCF; Caldas, CP; Berardinelli, LMM y Silva LPS. (2018).

*Plantão de escuta: uma aplicação da Teoria Humanística no processo clínico de enfermagem*, *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 6(33586), 1-5.

<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33586>

Vinueza-Veloz, AF; Aldaz-Pachacama, NR; Mera-Segovia, CM; Pino-Vaca, DP; Tapia-Veloz, EC y Vinueza-Veloz, MF. (2020). *Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. EUA:

University Press of Colorado (3<sup>a</sup> Ed). pp. 17–20.

Zha, P; Qureshi, R; Sickora, C; Porter, S; Chase, S y Chao Y. (2020). *Development of A Patient-Nurse Trust Scale in Underserved Community Setting*. *Journal of Community Health*

## Apéndice A



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
 Facultad de Enfermería  
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
 Maestría en Enfermería

### Cedula de datos generales sobre Jueces Expertos

El objetivo de este cuestionario es indagar sobre las cualidades de los jueces expertos para conocer su trayectoria como profesionista, así como, determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_
2. Grado máximo de estudios: Licenciatura\_\_\_ Maestría\_\_\_ Doctorado\_\_\_ Postdoctorado\_\_\_
3. Escriba el título de su grado (ejemplo: Maestría en Ciencias de Enfermería): \_\_\_\_\_
4. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
5. Lugar de trabajo actual: \_\_\_\_\_
6. Función que desempeña en el lugar de trabajo antes mencionado: \_\_\_\_\_
7. ¿Desempeña actualmente función de investigación? Si\_\_\_ No\_\_\_
8. ¿Tiene experiencia laboral clínica hospitalaria o comunitaria mínima de 2 años? \_\_\_\_\_
9. En caso de contestar *SI* a la pregunta anterior, ¿En qué institución genero esa experiencia?  
 \_\_\_\_\_
10. ¿Ha participado anteriormente como juez experto en la validación de algún instrumento? \_
11. ¿Ha usted creado o validado algún instrumento? \_\_\_\_\_
12. En caso de contestar *SI* a la pregunta anterior, ¿Cuál es el nombre y año del instrumento generado?

## Apéndice B



Asunto: Invitación

**ME. Alejandro Torres Reyes**  
**Docente de la Facultad de Enfermería BUAP**  
**PRESENTE**

Por este medio reciba cordiales saludos, asimismo, en reconocimiento a su trayectoria en el desarrollo de la investigación en posgrado, nos es grato invitarlo como **Juez Experto**, en el proceso de la validación de la Construcción del instrumento: **"Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente"**, que realiza para su trabajo de tesis la **Lic. Verónica Ivone López Arévalo**, estudiante del PA de Maestría en Enfermería, con n° de matrícula **220450046**, generación **2020-2022**.

El propósito de su participación es asesorar y sustentar de manera teórica, metodológica y disciplinaria la estructura y desarrollo del trabajo de Maestría en Enfermería, de la alumna referida.


Se anexa copia electrónica del trabajo de la estudiante.

Sin otro particular, como siempre quedamos de usted.

**Atentamente**

*"Pensar bien, para vivir mejor"*

H. Puebla de Z. a 30 de noviembre 2021

  
**MCE. Erika Pérez Noriega**  
**Directora**



Cc: Arline  
 MCE ERMDCCE Cabring



**Apéndice C**  
**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
 Facultad de Enfermería  
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
 Maestría en Enfermería

**Composición del instrumento**

**“Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente”**

Se trata de un instrumento de nueva creación que mide la afectación psicoafectiva que tiene el personal de enfermería durante el cuidado con el paciente, a través del Diálogo Vivido. Un concepto manejado en la Teoría de la Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (2008). El instrumento está conformado por 26 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones: 1) Reunión, 2) Relación, 3) Presencia, 4) Llamada y respuesta (según lo marca la teoría).

Se requiere que antes y durante la evaluación del instrumento se analice la definición de estas dimensiones y de la variable principal, que a continuación se detallan.

**Definición de la variable principal**

*Diálogo Vivido:* son las experiencias vividas en la interacción e interrelación entre el personal de enfermería y el paciente, familia o grupo; cada uno con una forma única de ser, donde abiertamente se recibe el mundo del otro, permitiendo un intercambio y afectación mutua de pensamientos, ideas, emociones, sentimientos, entre otras; con la finalidad fomentar el bienestar y el crecimiento personal. Está constituido por la Reunión, Relación, Presencia y Llamada y respuesta, que en conjunto se identifican como sus elementos (dimensiones) y que a continuación se describen:

**Definición de las dimensiones**

*Reunión:* Se precisa como el momento del encuentro de la(el) enfermera(o) con el paciente (familia o grupo), donde ambos se consideran seres humanos únicos, compuestos por distintas dimensiones: biológica, psicoafectiva, sociocultural y cognitiva; a través de las cuales

afectan al otro y a su vez, son afectados. Asimismo, entran en interacción con la disposición o no, de vivir la experiencia de cuidado. Tanto enfermera(o) como paciente tienen una expectativa del encuentro, lo que puede influir en generar pensamientos o emociones previas a la reunión, por lo que ambos tienen la decisión de abrirse o cerrarse al diálogo (ítems 2, 5, 16, 18, 22).

*Relación:* es la conexión y enlace (interrelación) entre enfermera(o) y paciente, que se da través de un intercambio de ideas, pensamientos, emociones, sentimientos, cultura, creencias y valores, que a su vez provocan una afectación mutua emocional, conductual y psicológica. Pueden relacionarse como *persona a persona* (ambos se consideran seres humanos multidimensionales), como *persona a objeto/función* (uno de los dos se considera ser humano multidimensional, pero considera al otro como un objeto o hacedor de actividades) y como *todo a la vez* (incorporando los dos tipos de relación anteriores) (ítems 4, 6, 11, 14, 21, 24, 25).

*Presencia:* es la capacidad receptiva (apertura y receptividad), disposición y disponibilidad, así como la capacidad de identificación sentimental y psicológica (empatía) que se tiene hacia otra persona. Implica tener una relación de *persona a persona*. (ítems 3, 9, 10, 12, 17, 19, 23, 26).

*Llamada y Respuesta:* son interacciones que se dan entre enfermera(o) y paciente, en las cuales se hace posible la reunión, relación, presencia y por lo tanto el diálogo vivido. La llamada es una necesidad o petición que puede realizar el paciente o la(el) enfermera(o), y la respuesta son acciones en consecuencia al llamado; cabe destacar que las respuestas de enfermería se verán afectadas por aquello que afecta al ser humano: el carácter, emociones, sensaciones, pensamientos, sentimientos, salud, creencias, valores, cultura, entre otros. Asimismo, la respuesta implica ser consciente de sí mismo y del paciente (reflexión). (ítems 1, 7, 8, 13, 15, 20).

## Apéndice D



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
Maestría en Enfermería

### **Instrucciones y evaluación del instrumento para jueces expertos**

Lea cuidadosamente cada uno de los ítems y conteste con una X sí la afirmación es relevante para el concepto de Diálogo Vivido y sus elementos (según las definiciones del documento de *Composición del instrumento*), de acuerdo con la siguiente escala:

**1= No relevante**

**2= Algo relevante**

**3= Bastante relevante**

**4= Muy relevante**

Al finalizar la evaluación hay un espacio asignado para que pueda realizar comentarios, sugerir cambios y/o realizar observaciones sobre áreas de oportunidad identificadas que considere importante señalar, esto, con la finalidad de mejorar la redacción y el sentido de los ítems.



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
 Facultad de Enfermería  
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
 Maestría en Enfermería

**Instrumento de “Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente”**

Nº	Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente		No relevante	Algo relevante	Bastante relevante	Muy relevante
	Dimensión	Ítem	1	2	3	4
1	Reunión	2. Cuando tengo un paciente nuevo, me imagino su personalidad basándome en su aspecto.				
2		5. Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.				
3		14. La experiencia que vivo con los pacientes me deja pensando aún fuera del trabajo				
4		16. Me gusta conocer a profundidad a mis pacientes.				
5		18. Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me predispongo a tener cierto trato con él.				
6		22. Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.				
7	Relación	4. Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes.				
8		6. Siento algunos pacientes y sus familias me tratan como si fuera su empleada(o).				
9		11. Me disgusta realizar cuidados en los que los pacientes sufren.				
10		21. Me afecta a nivel emocional cuando se complica el estado de salud de mis pacientes.				
11		24. Me siento escuchada(o) y valorada(o) por los pacientes o sus familiares cuando les hablo sobre cuestiones de su salud.				
12		25. Me afecta psicológicamente ver morir a los pacientes.				

13	Presencia	3. Pienso continuamente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.				
14		9. Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.				
15		10. Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.				
16		12. Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.				
17		17. Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, me gusta hablar con ellos para tranquilizarlos				
18		19. Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.				
19		23. Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes.				
20		26. Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno				
21	Llamada y respuesta	1. Si siento una emoción fuerte, no lo oculto con los pacientes.				
22		7. Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.				
23		8. Aplico mis propios valores en el cuidado hacia mis pacientes.				
24		13. Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye.				
25		15. Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a mis pacientes.				
26		20. Cuando me siento mal por problemas personales, disminuye mi tolerancia hacia los pacientes.				

Comentarios, observaciones y/o sugerencias:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¡Muchas Gracias por su participación!**

*Dudas o aclaraciones:*

Investigadora: LE. Verónica Ivon López Arévalo. Correo: [veronica.lopeza@alumno.buap.mx](mailto:veronica.lopeza@alumno.buap.mx)

Directora de tesis: MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández. Correo: [rosa.tlalpan@correo.buap.mx](mailto:rosa.tlalpan@correo.buap.mx)



## Apéndice E

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
Maestría en Enfermería

### Consentimiento Informado

Estoy siendo invitada(o) a participar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado: “Construcción y validación del instrumento Percepción de Enfermería del Diálogo Vivido con el Paciente”, con el objetivo de conocer la factibilidad y confiabilidad de este instrumento de nueva creación.

*Criterios de selección.* He sido invitada(o) a participar porque soy una(un) enfermera(o) que se encuentra al cuidado de pacientes en el campo hospitalario.

*Procedimientos.* Estoy de acuerdo en contestar de forma honesta el cuestionario “Percepción de enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente”, lo cual me llevará un tiempo de 10 minutos como máximo, además tengo libertad de realizar observaciones y sugerencias con el fin de mejorar el cuestionario.

*Riesgos.* Estoy consciente de que contestar el cuestionario no conlleva ningún riesgo a mi integridad como persona.

*Beneficios.* Se me notifico que mi participación no me generará ningún beneficio ni pago alguno.

*Procedimientos alternativos.* Se me informó que mi participación en la presente investigación no conlleva otros procedimientos, consultas o actividad adicional.

*Costos.* Me han explicado que mi participación no me generará gasto alguno y no recibiré compensación económica. Además, soy consciente que los costos de la investigación los absorberá el equipo de investigación.

*Confidencialidad.* Soy consciente de que toda la información que yo proporcione será anónima. El cuestionario por responder no pedirá mi nombre, solo tendrá un código de

identificación a base de letras y/o números en lugar de nombre, además, la información será manejada de forma confidencial y guardada en un lugar seguro, solo la investigadora y personas autorizadas tendrán acceso a ella.

*Participación voluntaria.* He leído y declaro que se me ha informado ampliamente sobre mis derechos, además, mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en el momento que yo lo desee.

*Resultados.* Se me ha informado que los resultados de la investigación se presentarán de forma anónima y que de ninguna manera se mostrarán mis datos personales, asimismo, se protegerán mis intereses y confidencialidad en todo momento.

*Preguntas y garantías de recibir respuesta.* Estoy consciente de tener la total libertad de realizar cualquier pregunta o aclaración sobre los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier cosa relativa a esta investigación; además, puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que por ello se creen perjuicios hacia mi persona. Entiendo que si tengo preguntas o dudas puedo comunicarme con la investigadora titular al correo [veronica.lopeza@alumno.buap.mx](mailto:veronica.lopeza@alumno.buap.mx).

Al firmar este documento doy mi autorización plena y voluntaria para que se utilicen mis datos para fines investigativos, mismos que serán anónimos. Además, estoy enterada(o) sobre mi derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte mis intereses personales. Asimismo, se me informó verbalmente y ahora por escrito sobre la naturaleza de la investigación, el propósito, los procedimientos y la confidencialidad del estudio.

---

Nombre y firma  
del participante

---

Fecha

## Apéndice F

### Percepción de Enfermería del Diálogo Vivido con el Paciente

Esta escala se realiza como parte de un proyecto de tesis que busca evaluar la percepción que tiene el profesional de enfermería en la relación de cuidado entre enfermera (o) y paciente y/o familia; por lo que, su participación es de suma importancia, les pedimos responder sinceramente a las cuestiones planteadas, dejando en claro que las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas.

*Instrucciones. Marque con una X la casilla correspondiente y escriba en la línea marcada lo que se solicita.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer  Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Tiempo de ejercer la profesión en años y meses: \_\_\_\_\_

Antigüedad en la institución en años y meses: \_\_\_\_\_

Turno: Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada acumulada  Otro \_\_\_\_\_

Antigüedad en el turno en años y meses: \_\_\_\_\_

Servicio: Urgencias Adultos  Urgencias Pediátricas  UCIA  Medicina

Interna  Cirugía (Hospitalización)  Pediatría  Terapia Intensiva

Neonatal/Pediátrica  Ginecología  Nefrología  Oncología  Otro: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio en años y meses: \_\_\_\_\_

Número aproximado de pacientes que atiende al día: \_\_\_\_\_

En un turno de 8h, cuantas horas y minutos considera que esta en atención directa al paciente:

—

*Instrucciones. Marque con una X la casilla que mejor describa su opinión en este momento, conforme a la escala donde 1 es “Nunca” y 5 “Siempre” (le recordamos que las respuestas son anónimas).*

Nº	Percepción de Enfermería del Diálogo Vivido con el Paciente	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Cuando tengo un paciente nuevo, me imagino su personalidad basándome en su aspecto.					
2	Al llegar con mis pacientes me gusta presentarme para que me conozcan					
3	Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes					
4	Si siento una emoción fuerte, no lo oculto con los pacientes.					
5	Siento que los pacientes y sus familias nos tratan como si fuéramos sus empleados					
6	Pienso continuamente en como brindar un mejor cuidado a los pacientes					
7	Me disgusta realizar cuidados donde los pacientes sufren					
8	Me gusta conocer a profundidad a mis pacientes					
9	Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, le ayudo					
10	La experiencia que vivo con los pacientes me deja pensando aún fuera del trabajo					
11	Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me predispongo a cierto trato con él.					
12	Me afecta emocional cuando se complica el estado de salud de mis pacientes					
13	Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran a mi					
14	Considero a los pacientes y familiares como personas que viven un momento difícil en su vida					
15	Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes me gusta hablar con ellos para tranquilizarlos					
16	Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas					

<b>17</b>	Aplico mis valores propios en el cuidado hacia mis pacientes					
<b>18</b>	Me siento escuchada(o) y valorada(o) por los pacientes o sus familiares cuando les hablo sobre cuestiones de su salud					
<b>19</b>	Cuando un paciente tiene un problema, busco como ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores					
<b>20</b>	Siento que existe una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre					
<b>21</b>	Me afecta psicológicamente ver morir a los pacientes					
<b>22</b>	Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes					
<b>23</b>	Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral baja.					
<b>24</b>	Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brinde a mis pacientes					
<b>25</b>	Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada por ellos al terminar mi turno					
<b>26</b>	Cuando me siento mal por problemas personales disminuye mi tolerancia hacia los pacientes					

## Apéndice G

### Percepción de Enfermería sobre el Diálogo Vivido con el Paciente

Esta escala se realiza como parte de un proyecto de tesis que busca evaluar la percepción que tiene el personal de enfermería en la relación de cuidado entre enfermera (o) y pacientes o familiares; por lo que su participación es de suma importancia. Las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas, por lo que se les pide contestar sinceramente a las cuestiones planteadas.

*Instrucciones: marque con una X la casilla correspondiente y escriba en la línea lo que se solicita.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer  Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Tiempo de ejercer la profesión en años y meses: \_\_\_\_\_

Antigüedad en la institución en años y meses: \_\_\_\_\_

Turno: Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada acumulada  Otro \_\_\_\_\_

Antigüedad en el turno en años y meses: \_\_\_\_\_

Servicio: Urgencias adultos  Urgencias pediátricas  UCIA  Medicina interna

Cirugía (hospitalización)  Pediatría  Terapia intensiva neonatal/pediátrica

Ginecología  Nefrología  Oncología  Otro: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio en años y meses: \_\_\_\_\_

Número aproximado de pacientes que atiende al día: \_\_\_\_\_

En un turno de 8 horas, ¿cuántas horas y minutos considera que dedica a la atención directa al paciente? \_\_\_\_\_

*Instrucciones: conforme a la escala, donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”, marque con una X la casilla que mejor describa su opinión en este momento. Le recordamos que las respuestas son anónimas.*

Nº	Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente					
		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Si siento una emoción fuerte, no lo oculto con los pacientes.					
2	Cuando tengo un paciente nuevo, me imagino su personalidad basándome en su aspecto.					
3	Pienso continuamente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.					
4	Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes.					
5	Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.					
6	Siento algunos pacientes y sus familias me tratan como si fuera su empleada(o).					
7	Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.					
8	Aplico mis propios valores en el cuidado hacia mis pacientes.					
9	Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.					
10	Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.					
11	Me disgusta realizar cuidados en los que los pacientes sufren.					
12	Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.					
13	Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye.					
14	La experiencia que vivo con los pacientes me deja pensando aún fuera del trabajo					
15	Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a mis pacientes.					
16	Me gusta conocer a profundidad a mis pacientes.					
17	Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, me gusta hablar con ellos para tranquilizarlos.					
18	Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me predispongo a tener cierto trato con él.					
19	Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.					

- 20 Cuando me siento mal por problemas personales, disminuye mi tolerancia hacia los pacientes.
- 21 Me afecta a nivel emocional cuando se complica el estado de salud de mis pacientes.
- 22 Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.
- 23 Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes.
- 24 Me siento escuchada(o) y valorada(o) por los pacientes o sus familiares cuando les hablo sobre cuestiones de su salud.
- 25 Me afecta psicológicamente ver morir a los pacientes.
- 26 Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno.

**¡Gracias por su participación!**

## Apéndice H

### Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente

Este cuestionario se realiza como parte de un proyecto de tesis que busca evaluar la percepción que tiene el personal de enfermería en la relación de cuidado entre enfermera (o) y pacientes o familiares; por lo que su participación es de suma importancia. Las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas, por lo que se les pide contestar sinceramente a las cuestiones planteadas.

*Instrucciones: marque con una X la casilla correspondiente y escriba en la línea lo que se solicita.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer  Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Tiempo de ejercer la profesión en años y meses: \_\_\_\_\_

Antigüedad en la institución en años y meses: \_\_\_\_\_

Turno: Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada acumulada  Otro \_\_\_\_\_

Antigüedad en el turno en años y meses: \_\_\_\_\_

Servicio: Urgencias adultos  Urgencias pediátricas  UCIA  Medicina interna

Cirugía (hospitalización)  Pediatría  Terapia intensiva neonatal/pediátrica

Ginecología  Nefrología  Oncología  Otro: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio en años y meses: \_\_\_\_\_

Número aproximado de pacientes que atiende al día: \_\_\_\_\_

En un turno de 8 horas, ¿cuántas horas y minutos considera que dedica a la atención directa al paciente? \_\_\_\_\_

*Instrucciones: conforme a la escala, donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”, marque con una X la casilla que mejor describa su opinión en este momento. Le recordamos que las respuestas son anónimas.*

Nº	Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.					
2	Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes.					
3	Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.					
4	Siento que algunos pacientes y sus familias minimizan la importancia de mi trabajo.					
5	Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.					
6	Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta.					
7	Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.					
8	Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.					
9	Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.					
10	Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye.					
11	La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral.					
12	Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes.					
13	Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes.					
14	Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, hablo con ellos para tranquilizarlos.					
15	Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me da miedo acercarme a él.					
16	Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.					

17	Cuando me siento mal por problemas personales, no tolero que mis pacientes me llamen por cualquier cosa.					
18	Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes me afecta emocionalmente					
19	Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.					
20	Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes.					
21	Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta.					
22	Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados.					
23	Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno.					

### **Comentarios y sugerencias**

Este es un apartado para que comparta libremente comentarios y sugerencias sobre el cuestionario en general o específicamente sobre alguna pregunta, siéntase libre de aportar sus ideas con el fin de mejorar este instrumento.

---



---



---



---



---

Ante cualquier duda o aclaración puede comunicarse con la responsable de la investigación al siguiente correo electrónico: [veronica.lopeza@alumno.buap.mx](mailto:veronica.lopeza@alumno.buap.mx)

**¡Gracias por su participación!**

## I. Cuarta versión del instrumento

### Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente

Este cuestionario se realiza como parte de un proyecto de investigación que busca evaluar la percepción que tiene el personal de enfermería en la relación de cuidado entre enfermera (o) y pacientes o familiares; por lo que su participación es de suma importancia. Las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas, por lo que se les pide contestar sinceramente a las cuestiones planteadas.

*Instrucciones: marque con una X la casilla correspondiente y escriba en la línea lo que se solicita.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer  Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Tiempo de ejercer la profesión en años y meses: \_\_\_\_\_

Antigüedad en la institución en años y meses: \_\_\_\_\_

Turno: Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada acumulada  Otro \_\_\_\_\_

Antigüedad en el turno en años y meses: \_\_\_\_\_

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA)

Unidad de Cuidados Intensiva Neonatal/Pediátrica (UCIN/UCIP)

Hospitalización (Medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía)  Otro: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio en años y meses: \_\_\_\_\_

Número aproximado de pacientes que atiende al día: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo considera que dedica al cuidado directo con el paciente? Sí el turno durará 8 h

\_\_\_\_\_

*Instrucciones: conforme a la escala, donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”, marque con una X la casilla que mejor describa su opinión en este momento. Le recordamos que las respuestas son anónimas.*

Nº	Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.					
2	Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes.					
3	Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.					
4	Siento que algunos pacientes y sus familias minimizan la importancia de mi trabajo.					
5	Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.					
6	Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta.					
7	Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.					
8	Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.					
9	Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.					
10	Cuando tengo problemas personales, mi desempeño laboral disminuye.					
11	La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral.					
12	Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes.					
13	Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes.					
14	Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, hablo con ellos para tranquilizarlos.					
15	Si mis compañeros de trabajo me dicen que un paciente se ha comportado agresivo, me da miedo acercarme a él.					
16	Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.					

<b>17</b>	Cuando me siento mal por problemas personales, no tolero que mis pacientes me llamen por cualquier cosa.					
<b>18</b>	Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes me afecta emocionalmente					
<b>19</b>	Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.					
<b>20</b>	Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes.					
<b>21</b>	Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta.					
<b>22</b>	Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados.					
<b>23</b>	Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno.					

Ante cualquier duda o aclaración puede comunicarse con la responsable de la investigación al siguiente correo electrónico: [veronica.lopeza@alumno.buap.mx](mailto:veronica.lopeza@alumno.buap.mx)

**¡Gracias por su participación!**

## J. Instrumento final

### Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente

Este cuestionario se realiza como parte de un proyecto de investigación que busca evaluar la percepción que tiene el personal de enfermería en la relación de cuidado entre enfermera (o) y pacientes o familiares; por lo que su participación es de suma importancia. Las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas, por lo que se les pide contestar sinceramente a las cuestiones planteadas.

*Instrucciones: marque con una X la casilla correspondiente y escriba en la línea lo que se solicita.*

Sexo: Hombre  Mujer  Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Grado académico: \_\_\_\_\_ Hospital en el que labora: Privado  Público

¿Cuántos años tiene de ejercer la profesión de enfermería? \_\_\_\_\_

Antigüedad en la institución en años: \_\_\_\_\_

Turno: Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada acumulada  Otro \_\_\_\_\_

Antigüedad en el turno en años: \_\_\_\_\_

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA)

Unidad de Cuidados Intensiva Neonatal/Pediátrica (UCIN/UCIP)

Hospitalización (Medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía)  Otro: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio en años: \_\_\_\_\_

Número aproximado de pacientes que atiende al día: \_\_\_\_\_

¿En su trabajo ¿se encuentra al cuidado directo con el paciente durante al menos 6 horas en un turno? Si  No

*Instrucciones: conforme a la escala, donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”, marque con una X la casilla que mejor describa su opinión en este momento. Le recordamos que las respuestas son anónimas.*

N°	Percepción de enfermería sobre el diálogo vivido con el paciente	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Pienso constantemente en cómo brindar un mejor cuidado a los pacientes.					
2	Me interesa saber cómo son los sentimientos y emociones de mis pacientes.					
3	Al llegar con mis pacientes, me gusta presentarme para que me conozcan.					
4	Me gusta que mis pacientes me llamen para responder sus dudas.					
5	Cuando un paciente me llama, aplico mis valores en la respuesta.					
6	Si un paciente necesita ayuda, aunque no esté a mi cargo, se la proporciono.					
7	Me gusta tratar a los pacientes y familiares como me gustaría que me trataran.					
8	Considero a los pacientes y sus familias como personas que viven un momento difícil en la vida.					
9	La experiencia que vivo con los pacientes está presente en mi vida personal después de mi horario laboral.					
10	Me gusta reflexionar sobre la calidad del cuidado que brindo a los pacientes.					
11	Me interesa conocer la forma de ser de mis pacientes.					
12	Cuando mis pacientes o sus familiares están tristes, hablo con ellos para tranquilizarlos.					

<b>13</b>	Cuando un paciente tiene un problema, busco cómo ayudarlo, aunque no sea parte de mis labores.					
<b>14</b>	Cuando se complica el estado de salud de mis pacientes me afecta emocionalmente.					
<b>15</b>	Pienso que puede haber una mejor relación con los pacientes si desde el inicio los llamo por su nombre.					
<b>16</b>	Pienso que mostrar empatía puede ayudar a mejorar el estado de salud de los pacientes.					
<b>17</b>	Cuando hablo con mis pacientes o sus familiares sobre cuestiones de salud, me siento tomada(o) en cuenta.					
<b>18</b>	Me siento triste cuando muere un paciente al que le he brindado cuidados.					
<b>19</b>	Si tuve pacientes graves, me quedo preocupada(o) por ellos al terminar mi turno.					

**¡Gracias por su participación!**