

PERCEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y CUIDADORES DEL TRATO Y
COMUNICACIÓN BRINDADA POR PROFESIONALES DE SALUD EN RELACIÓN
CON SUS NIVELES DE SATISFACCIÓN

Natalia Jaramillo Schmedling

Director: Ernesto Martín Padilla

Universidad de La Sabana

Facultad de Psicología

Chía, Mayo de 2009

PERCEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y CUIDADORES DEL TRATO Y COMUNICACIÓN BRINDADA POR PROFESIONALES DE SALUD EN RELACIÓN CON SUS NIVELES DE SATISFACCIÓN

Resumen

Este artículo describe los hallazgos de la investigación cuyo objetivo fue comprender la relación existente entre la percepción de pacientes hospitalizados y cuidadores sobre el trato y comunicación brindada por los profesionales de salud, y sus niveles de satisfacción con respecto a la atención recibida, teniendo en cuenta que la satisfacción dependerá de las percepciones positivas de estos factores. El método utilizado fue cuantitativo, bajo un diseño descriptivo, correlacional y transversal. Se tomó una muestra de 30 sujetos, 16 cuidadores y 14 pacientes hospitalizados de la Clínica Universitaria. Se diseñó y construyó un cuestionario, con el fin de correlacionar cuatro variables (percepción del trato, percepción de la comunicación, participación activa y nivel de satisfacción). En general, los sujetos tienen percepciones positivas con respecto al trato y comunicación de sus profesionales, siendo el trato de los médicos la mejor calificada. Entre los hallazgos se puede observar que las variables analizadas, se asocian fuertemente entre ellas, por lo que lo que indica que la percepción de los sujetos involucra la importancia tanto del trato como de la comunicación por parte de sus profesionales y que unas se corresponden con las otras, asimismo se puede decir que al haber percepciones positivas de estas, hay altos niveles de satisfacción, para finalizar afirmando que gran parte de esta última depende directamente de la percepción del buen trato de los médicos.

Palabras Clave: Comunicación, Satisfacción del Servicio y Relación Profesional – Paciente - Cuidador

Abstract

Objective: Understanding the relation between the perception of hospitalized patients and attendants, of the treat and communication offered by the professionals of health, and its levels of satisfaction in the attention. Keeping in mind that the satisfaction will depend on the positive perceptions of these factors. Method: is a quantitative study, under a descriptive design, correlational and cross. It was taken a sample of 30 participants, 16 attendants and 14 patients hospitalized of the clinic. It was design and built a questionnaire, with 6 scales, of 37 items in order to correlating 4 variables (perception of the treat, perception of the communication, active participation and level of satisfaction). Results: five of the scales built they were reliable, less that of active participation, for which was ruled out in the study. In general, the participants have positive perceptions of the treat and communication of their professionals, being the doctor's treatment the best qualified, with an average of 44.14. Likewise, all the scales are positive and significantly correlated. Finally, it probed that changes in the variable perception of the treat on the part of the doctors explains in a 85% of changes in the

variable level of satisfaction. Conclusions: it can be observed that the analyzed variables, associate hardly among them, What indicates that the perception of the participants involves the importance of the treat and the communication on from professionals and that some of them correspond with the other. Likewise can be told that upon there being positive perceptions of these, there are high, levels of satisfaction, finally affirming that part of this last one depends directly of the perception of the good doctors treat.

Key words: Communication, Service Satisfaction, Professional- Patient- Attendant Relationship

PERCEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y CUIDADORES DEL TRATO Y COMUNICACIÓN BRINDADA POR PROFESIONALES DE SALUD EN RELACIÓN CON SUS NIVELES DE SATISFACCIÓN

Diariamente los hospitales y clínicas de Colombia reciben a un gran número de personas que van en busca de ayuda y de soluciones a sus problemas de salud. Por lo tanto, se hace necesario establecer una serie de relaciones entre los profesionales, sus pacientes y sus cuidadores, pues en medio de estas se va a dar el manejo para la recuperación o mejoramiento de la calidad de vida de las personas solicitantes del servicio. Por lo tanto, es básico establecer una buena relación entre el profesional, el paciente y su cuidador, la cual según Entralgo (1983) es un vínculo y “antes que a un médico y a un enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos hombres” (Entralgo, 1983, p. 238), es una relación entre individuos, que va más allá de un trastorno. En gran medida la eficacia del tratamiento y la participación activa por parte del paciente y cuidador, están dadas por la satisfacción en esta relación. Basados en esto y con el fin de partir y tener en cuenta la opinión y la representación que tienen los pacientes y cuidadores al respecto, este trabajo pretende comprender cuál es relación existente entre la percepción de pacientes hospitalizados y cuidadores, del trato y comunicación brindada por los profesionales de salud, y sus niveles de satisfacción con respecto a la atención. Adicional a esto, se procura observar si existe una relación entre lo anterior y la participación de pacientes y cuidadores en el tratamiento. El proyecto se desarrolla a partir de un enfoque humanista, donde la persona es considerada como un todo y se caracteriza por una serie de elementos que la hace ser humano.

Para empezar, a su vez es fundamental aclarar que el paciente es quien se encuentra hospitalizado, en situación de enfermedad física, mientras que el cuidador es la persona cercana al paciente, ya sea familiar, amigo o quien se va a hacer cargo del mismo.

Dentro del tema de la relación médico paciente existen una serie de conceptos y términos que son necesarios de describir y definir, así como diferentes visiones de lo que es esta relación, que la caracteriza y que la rodea. Entre estos, existen unos elementos que configuran a la persona y que surgen desde una perspectiva teórica humanista, los cuales son fundamentales de abordar dentro del tema de la relación médico paciente, ya que le dan a este la connotación de ser humano. Estas características son: (a) El hombre vive subjetivamente, percibiendo el mundo externo de acuerdo a su propia realidad y experiencia. Asimismo, “los sentimientos, emociones y percepciones de toda persona están llenos de elementos y matices que los hacen muy personales” (Martínez, 1999, p 67). (b) El hombre tiene la capacidad de libertad y elección. (c) El hombre es capaz de una relación profunda. (d) Cada persona es un sistema de unicidad configurada, por lo tanto no es posible generalizar a los seres humanos y llevar un proceso de intervención igual con cada uno.

Uno de los objetivos principales entre los que se mueve esta relación profesional-paciente-cuidador es la salud, ya que el fin último de esta interacción es mantenerla y/o recuperarla. La salud ha sido definida de varias formas y su definición ha sufrido diversos cambios a lo largo de la historia de acuerdo a la sociedad y sus prioridades. Actualmente, la OMS la define como “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Asimismo, una alteración de la salud puede afectar tanto a un solo individuo como a los que lo rodean, por lo que sus cuidadores, deben ser tenidos en cuenta, ya que estos hacen parte de la dimensión social o familiar del sujeto. Oblitas (2003) argumenta que la salud se divide en diferentes grados de vitalidad y funcionamiento, que van acordes a la adaptación al medio, llevando a que “cada cambio en estado fisiológico sea acompañado por un cambio apropiado en el estado mental, emocional, consciente o inconsciente” (Oblitas, 2003, p.8). Por otro lado, está la enfermedad, que es una desviación del estado de salud, en la que también se incluyen procesos biológicos, psicológicos y

sociales y generalmente es la razón por la que comienza una relación entre un profesional de salud, el paciente y probablemente su cuidador

A su vez, “la relación enfermo-sanador es una relación institucionalizada, que en líneas generales está programada en función del status y las expectativas de rol que ambos participantes en ella tienen asignados y que son por ellos asumidos” (Llor, Abad, García y Nieto 1998, p. 189). En cuanto a esto, es necesario definir lo que significa una hospitalización. Remor, Arranza y Ulla, (2003) afirman que la hospitalización es una situación estresante donde hay que adaptarse a una serie de sucesos nuevos y poco agradables para el paciente y sus cuidadores, tales como la pérdida de la intimidad, un cambio de rutina y dependencia de otros. Por lo tanto:

Los enfermos y familiares, además de desear percibir que el profesional que le atiende es competente, desea que su comportamiento refleje sensibilidad, calidez y preocupación por su persona; y están más satisfechos con profesionales que no se muestran emocionalmente neutrales (Remor, Arranza, y Ulla, 2003, p 40)

Cada persona es diferente, ya sea por su historia de vida o por sus valores, por lo tanto vive desde su perspectiva del mundo como, por ejemplo la salud y la enfermedad dentro de un contexto hospitalario y en la relación con los profesionales. De esta manera, el modelo biopsicosocial, es el que más se acerca a lo que la psicología de la salud pretende, con respecto a esto Oblitas, (2003), afirma “la práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico”. (Oblitas, 2003, p. 12).

Para continuar es fundamental definir la relación médico – paciente, la cual, es vista por Rodríguez (2006), como “una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud” (Rodríguez, 2006, p. 2). Mientras que Ruiz, Rodríguez y Epstein (2003), se refieren a la relación como la forma como interactúan el profesional y el paciente y/o su familia, al trato que se da entre ambos, teniendo en cuenta que es un proceso de comunicación y de intercambio entre individuos. A su vez, se han propuesto diversas formas de clasificar esta

relación, una de ellas planteada por Frank (2006), en la cual hay 4 modelos, el primero es el paternalista, que pone en el paciente la información necesaria y el profesional toma las decisiones, el segundo es el informativo, que recalca la autonomía y capacidad de elección del paciente, luego de obtener toda la información necesaria; en estas dos formas no se tienen en cuenta los valores del paciente, sino que el médico actúa como técnico que pone al servicio su conocimiento y experiencia; el cuarto es el interpretativo, que se centra en los valores del paciente y a partir de esto el profesional interpreta lo que considera mejor para el mismo, aconsejándolo y tomando las decisiones; y el quinto modelo es el deliberativo, en este hay una comunicación bidireccional entre profesional y paciente, donde ambos tienen un papel activo, “posiblemente este es el tipo de relación más adecuado, cuando ambas partes, tanto el médico como el paciente están dispuestos a involucrarse de verdad en el proceso terapéutico” (Frank, 2006, p.19), ya que une la responsabilidad con la autonomía y lo científico con lo humano.

Por lo ende, las características que deben hacer parte de esta relación, Rodríguez (2006) las propone de la siguiente manera: respeto, responsabilidad, significación humana, ayuda, cuidado y protección. Asimismo, le da gran importancia a las características personales de cada sujeto, su estado emocional y afectivo, lo que involucra reconocer al otro como persona. Adicionalmente, se argumenta que es fundamental respetar “su capacidad de hacer elecciones informadas con buen fundamento respecto a su salud” (Fernández (2007, p. 1), de esta manera dándole al paciente y/o a sus cuidadores la posibilidad de ser entes activos en el proceso de recuperación. Romm (2007), añade el factor de la empatía, afirmando que este es esencial, pues genera relaciones positivas y satisfactorias. Con respecto a esta característica, Kane, Gotto, Mangione, West y Hojat, (2007) afirman que “la empatía del médico y la comunicación efectiva mejoran la satisfacción del paciente, mejoran la confianza del paciente y refuerzan la habilidad del médico para diagnosticar y tratar a sus pacientes” (Kane, Gotto, Mangione, West, y Hojat, 2007, p. 82).

De acuerdo a este último aspecto, se puede afirmar que la mayoría de las características se dan o se representan dentro de la comunicación entre los consultantes y sus profesionales de salud. Esta, según Bohórquez, (2004), se refiere a hacer a otro participe de algo que uno tiene e incluye aspectos como: manifestar o hacer saber a otro algo; conversar; transmitir y consultar, llegando a acuerdos. Y afirma que es fundamental formar a los

profesionales de tal forma que en su desempeño logren manejar una buena comunicación con sus pacientes y los cuidadores, ya que esto mejorará sustancialmente el proceso terapéutico y llevará a alcanzar mejores resultados. Asimismo, en una investigación similar, Zakrzewski, Ho y Braga-Mele, (2008) añaden que hacer énfasis en una relación centrada en el paciente mejora estas habilidades. A su vez, Rodríguez (2008), concuerda con esta hipótesis, argumentando que noticias acerca de deterioros graves de salud o enfermedades crónicas y degenerativas generan alto impacto y carga emocional en el paciente y/o sus cuidadores, por lo que es necesario tener un entrenamiento en este tipo de comunicación ya que una adecuada información de la enfermedad y sus síntomas puede mejorar notablemente la percepción sobre la gravedad del proceso. Completando la definición Wainstein (1997), afirma que la comunicación “está determinada a su vez, tanto por las características del médico como por las del paciente y del entorno que condiciona a cada uno de ellos” (Wainstein 1997, p. 1). Adicionalmente, Abaunza, Cuellar, León, Montenegro y Severiche (2005), en su estudio resaltan la importancia de las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud, ya que engloban aspectos cruciales a la hora de atender un paciente, entregarle información, entender su perspectiva y relacionarse con él. Pero, en contraste Sogi, Zavala, Oliveros y Salcedo (2006), al realizar una autoevaluación de los médicos con respecto a sus habilidades en la entrevista, hallaron la existencia de deficiencias en el método clínico, en la obtención de información psicosocial, en la entrega de información al paciente, la comunicación no verbal y el manejo de emociones.

A su vez, para la excelencia del proceso, una buena comunicación debe estar ligada a un buen trato, el cual va representado en una serie de características y valores específicos que se transmiten dentro de la relación. Uno de estos es la ética, que Alonso y Kraftshenko (2003), resaltan como factor esencial en la formación médica, pues abarca los valores y la dimensión afectiva y emocional de la persona, que deben ser incluidas dentro del trato al otro. Asimismo, Loayssa, González y Ruiz (2007) introducen a la relación médico paciente la importancia de tener en cuenta factores psicológicos, sociales y personales de los pacientes, así como sus sentimientos y preocupaciones. Lo que se complementa con la investigación de Tsuchida, Bandres y Guevara (2003), quienes encontraron que lo que más valora el paciente es la actitud del médico hacia ellos y que “en la relación médico paciente,

el abordaje de los aspectos psicosociales mejora la satisfacción del paciente” (Tsuchida, Bandres y Guevara, 2003, p. 179).

Los aspectos expuestos anteriormente hacen parte de un factor macro que es la calidad en el servicio, el cual se puede medir por medio de la percepción del paciente y el cuidador, en relación con su satisfacción. De acuerdo a esto, desde la teoría de la Gestalt, se afirma que la percepción no es una copia de la realidad sino una extracción de la información que es relevante para el sujeto y que genera coherencia para el mismo, en otras palabras “los sujetos perceptuales toman tan solo aquella información susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental” (Oviedo, 2004, p 90). Al respecto, Hernández, García, Anzures y Orozco (2002) y Simón, Barrio, Sánchez, Tamayo, Molina, Seuss y Jiménez (2007) manifiestan la importancia de tener en cuenta la percepción de los usuarios y que tan contentos están con el servicio que le prestan sus médicos y demás profesionales de la salud, con el fin de determinar la calidad del mismo, partiendo de la percepción, opiniones y preferencias de los pacientes, utilizando la satisfacción del usuario como indicador. Siendo esta última, un sentimiento de bienestar, alegría, placer o gusto hacia algo. En relación a lo anterior, otro aspecto a considerar es la visión del consultante como ser humano, ante lo que en su estudio, Mercado, Ramos y Valdez (2000) hallaron, que la gran mayoría de los usuarios están insatisfechos con el servicio de salud, ya que sienten que los profesionales adoptan una única perspectiva científica, la cual es externa al individuo que la padece, es decir se centran en la enfermedad y no en la persona. Ligado a esto, se encuentra la participación en el proceso por parte de los consultantes, quienes deberían ser entes activos y no únicamente receptores de información, Fraenkel y Mc Graw (2007) argumentan que el paciente que tiene la posibilidad de participar en la toma de decisiones respecto a su salud y de exponer sus necesidades y puntos de vista se adhiere más fácilmente al tratamiento y está más satisfecho, de esta forma “los participantes enfatizan la importancia de ser adecuadamente informados para participar en la toma de decisiones” (Fraenkel y Mc Graw , 2007, p. 617).

Teniendo en cuenta a todo lo anterior, se da la necesidad de buscar formas de generar un trabajo basado en buenas relaciones, utilizando el modelo o tipo que se acomode de mejor manera a la interacción entre profesional-paciente-cuidador. Por todo esto es

significativo realizar una investigación donde se especifique, estudie, investigue y argumente la importancia de una buena relación profesional- paciente-cuidador, en este caso partiendo de la perspectiva de los dos últimos, dándoles la oportunidad de dar su opinión acerca de cómo conciben la calidad de la atención, que tan satisfechos están con la misma y que perciben de la comunicación y el trato de los profesionales, dentro de la relación. A partir de esto, se va a lograr un gran aporte al servicio de la salud en todos sus ámbitos, pues se va a comprender que quiere la persona que acude a este, que le produce satisfacción y que espera de la relación con sus profesionales de salud. De esta manera se podrá servir con excelencia, mejorar los aspectos que envuelven la relación médico – paciente, generando una mayor adherencia al tratamiento, un trabajo agradable y placentero, una mejor calidad de vida, un ambiente grato y humano, y una sensación de estar interactuando con otro igual. Esto no solo se verá reflejado en el usuario sino también en el profesional, quien observará, proyectado en la satisfacción de paciente, un mayor éxito en su trabajo. A su vez, lo anterior se reflejará de forma macro, a nivel de institución y así la calidad del servicio va aumentar llegando a la excelencia en cada una de sus áreas. Todo esto teniendo presente que el objetivo último es el bienestar de la persona.

METODOLOGÍA

La presente investigación está construida bajo un método descriptivo, correlacional, de tipo cuantitativo, en el cual se pretende describir y asociar cuatro variables. Para dicha investigación se utilizó un diseño transversal, en el que se recolectaron los datos en un mismo espacio de tiempo, mediante un cuestionario validado (Mendez, 2001 y Lerma, 2007)

Los participantes fueron 30 sujetos hospitalizados o con un familiar en dicha situación en la Clínica Universitaria Teletón de Chía, entre los 20 y 60 años de edad. De estos sujetos, 16 (53%) eran cuidadores y 14 (47%) eran pacientes, la mayoría de ellos se encontraban en piso y algunos pocos en la Unidad de Cuidado Intensivo para adultos. Los requisitos de inclusión para el estudio eran llevar como mínimo 3 días de hospitalización, haber tenido un contacto directo con el médico tratante y con el personal de enfermería, ser

TRATO, COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN 10

autónomos y capaces de tomar decisiones y saber leer y escribir. Asimismo, los participantes no fueron elegidos de manera aleatoria sino de forma intencional, ya que debían cumplir con los criterios de inclusión, estar disponibles para responder el cuestionario y estar de acuerdo con la participación en la investigación.

Por otro lado los sujetos sobre los cuales se construyó el instrumento, eran el o los médicos tratantes, quien estaba a cargo directo del caso y el personal de enfermería a cargo de los pacientes, ya sea en piso o en cuidados intensivos. Por lo tanto, en el instrumento se enfatiza que se deben responder las afirmaciones teniendo en cuenta estos profesionales y no el resto de personas que han estado en contacto con ellos, durante el periodo de hospitalización.

Para el presente estudio se diseñó un cuestionario para evaluar la percepción de pacientes y cuidadores ante el trato y comunicación de profesionales de la salud, en relación con su participación en el tratamiento y a su satisfacción con la atención brindada. El cuestionario fue producto de un primer instrumento validado por jueces, el cual se basó en un 2 cuestionarios previamente validados en investigaciones pasadas, acerca de temas relacionados, en estudios realizados por Kane, Gotto, Mangione, West, y Hojat, (2007) y Abaunza, Cuellar, León, Montenegro y Severiche (2005). Las variables, con la escala tipo likert, en la mayoría de los ítems, se midieron en los siguientes niveles, para comportamiento de los profesionales y satisfacción de los usuarios respectivamente: 5. Siempre y Muy satisfecho, 4. Muchas veces y Satisfecho, 3. A veces y Más o menos satisfecho, 2. Pocas veces y Poco satisfecho, y 1. Nunca e Insatisfecho. Únicamente uno iba en dirección contraria. Y los últimos dos ítems eran de afirmación y negación. Teniendo en cuenta que los números más altos corresponden a percepciones positivas y de satisfacción. El cuestionario, se compone por 37 ítems divididos en 6 subescalas que miden las diferentes variables, asimismo está dividido en dos versiones, una dirigida a pacientes y otra a cuidadores, con las mismas afirmaciones.

El procedimiento que se llevó a cabo para la realización de la presente investigación, comenzó con la revisión teórica de los diversos instrumentos que se han realizado y que ya han sido validados, para medir satisfacción en el servicio de salud, percepción de calidad en

el trato y comunicación de profesionales de la salud y participación de pacientes en el proceso terapéutico. Luego a partir de dichos instrumentos se construyó uno nuevo que reuniera todos los aspectos ya mencionados, el cual fue posteriormente validado por jueces, quienes calificaban las preguntas de acuerdo a su pertinencia, coherencia y redacción. Los jueces fueron tres profesionales expertos en el área de salud, uno de ellos médico especializado en medicina familiar, una psicóloga especializada en psicooncología y otra psicóloga especialista en psicología clínica con énfasis humanista. Una vez validado, el cuestionario pasó de tener 80 ítems a tener 48 y de esta forma fue aplicado a 4 sujetos, con el fin de realizar una prueba piloto que permitiera observar cualitativa y directamente con la población de estudio, que reactivos debían ser eliminados, por no ser bien interpretados o por ser repetitivos. Es fundamental anotar que previo a la aplicación se solicitó autorización en la institución para llevar a cabo el proceso.

Una vez realizados los pasos anteriores, el primer instrumento se dividió en dos uno dirigido a pacientes y otro dirigido a cuidadores. De los 48 ítems, el cuestionario de pacientes terminó conformado por 38 y el de cuidadores por 37, por lo que se vio necesario eliminar una pregunta del primero para no distorsionar los resultados. De esta manera, se agruparon los ítems en seis subescalas diferentes, con el fin de medir las cuatro variables del estudio, las cuales fueron: (a) Percepción del tipo de trato brindado por el profesional de la salud (médico enfermera), la cual hace referencia a la forma como el cuidador y paciente se representan la manera como el médico o enfermero los asiste, siendo positiva o negativa (b) Percepción del tipo de comunicación (médico, enfermera), la cual es la forma como un participante se representa la interacción con otros sujetos, y esta se puede presentar de diferentes maneras, en este caso puede ser percibida como satisfactoria o insatisfactoria; (c) Percepción del Nivel de satisfacción, y (d) Tipo de participación, que hace referencia a la intervención en un suceso o actividad, se da junto con otros sujetos, esta puede ser pasiva o activa

Luego de la construcción final de los cuestionarios, fueron aplicados a otros 26 sujetos en la Clínica, con el fin de completar una muestra de 30. Una vez realizado este paso y con el fin de medir la confiabilidad de las subescalas y de sus ítems se realizó un primer análisis factorial exploratorio, midiendo la consistencia interna del instrumento. Teniendo en cuenta que subescalas eran confiables, se realizó el análisis de resultados comenzando con la

TRATO, COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN 12

descripción para cada variable y luego se llevó a cabo la correlación entre las subescalas para finalizar con la comprobación de hipótesis de causalidad entre las mismas.

El programa con el cual se realizó el análisis estadístico de resultados fue SPSS. Para la medición de la consistencia interna se utilizó el alpha de cronbach y la varianza de los ítems por subescala, siendo el tipo de participación la única no confiable, por lo que sería necesario construir otro instrumento o modificar el presente para medir esta variable y poderla correlacionar de manera efectiva con las demás. Por medio del análisis de varianza se eliminaron 5 ítems del total del cuestionario. Luego se realizó un análisis descriptivo por subescalas, teniendo en cuenta la media y la desviación típica. Partiendo de esto, se hicieron las diferentes correlaciones entre variables, observando entre cuales existían asociaciones significativas y si eran positivas o negativas, para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r). Finalmente se aplicó un modelo de regresión, con el objetivo de medir si se presentaban relaciones de causalidad entre las variables, los estadísticos utilizados fueron el R cuadrado, F y beta.

RESULTADOS

En esta sección se va a hacer un primer análisis de los resultados de confiabilidad de las subescalas, luego el análisis descriptivo de cada una para finalizar con las correlaciones entre las variables, tanto del grupo total de participantes como de cada uno por separado.

En la tabla número 1, se pueden observar los niveles de confiabilidad según la medida de consistencia interna con el estadístico alpha de cronbach, dejando claro que las subescalas de percepción del trato y de comunicación por parte de médicos y enfermeras y la de niveles de satisfacción son altamente confiables, midiendo consistentemente las variables, mientras que la de participación activa tiene un nivel de confiabilidad por debajo de lo exigido, por lo que es necesario replantearla o construir un nuevo instrumento que mida esta variable.

Tabla 1. Análisis de confiabilidad de las subescalas

Subescalas	Fiabilidad (alpha de Cronbach)
Percepción del Trato por parte de Médicos	0,825
Percepción Comunicación por parte Médicos	0,923
Participación Activa	0,484
Percepción del Trato por parte de Enfermeras	0,875
Percepción a la Comunicación con Enfermería	0,851
Nivel de Satisfacción	0,948

La tabla número 2 muestra el análisis descriptivo que se le realizó a cada subescala, se puede observar que la percepción del trato de los médicos por parte de pacientes y cuidadores es la que mejor califican los sujetos, con una media de 4,414. Mientras que el que peor califican es el trato por parte del personal de enfermería, encontrándose una media de 3,86. Con la desviación típica se da el mismo fenómeno, los puntajes que más se alejan de la media son los de la percepción del trato de personal de enfermería y los que menos son los de percepción de trato de los médicos.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables

Subescalas	Media	Desv. Típ
Percepción del Trato por parte de Médicos	4,4143	,67565
Percepción Comunicación por parte Médicos	4,2625	,93446
Participación Activa	4,2810	,48985
Percepción del Trato por parte de Enfermeras	3,8600	1,00776
Percepción a la Comunicación con Enfermería	4,1333	,98883
Nivel de Satisfacción	4,1381	1,01119

En la tabla número 3 se hace un análisis de correlación entre las subescalas con el total de sujetos del estudio y se puede observar que todas las estas tienen asociaciones significativas y positivas por lo tanto si una se encuentra alta la otra también. Se observa que el grado de correlación más intenso se da entre la percepción del trato de enfermería y la

TRATO, COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN 14

percepción de la comunicación por parte de los mismos, con un valor de r de Pearson de 0.878, significativo en 0,00 a un nivel de 0,01, observándose una correlación considerable.

Tabla 3. Análisis de correlación de las variables entre todos los sujetos del estudio

Subescalas		Percepción Comunicación por parte Médicos	Participación Activa	Percepción del Trato por parte de Enfermeras	Percepción a la Comunicación con Enfermería	Nivel de Satisfacción
Percepción del Trato por parte de Médicos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,738(**) ,000	,476(**) ,008	,733(**) ,000	,681(**) ,000	,845(**) ,000
Percepción Comunicación por parte Médicos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	,537(**) ,002	,786(**) ,000	,855(**) ,000	,848(**) ,000
Percepción del Trato por parte de Enfermeras	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)			1	,878(**) ,000	,807(**) ,000
Percepción a la Comunicación con Enfermería	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)				1	,832(**) ,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). N 30

En la tabla 4, se separa a los pacientes y se observa la correlación de las variables en este subgrupo, se encuentra una correlación significativa y muy fuerte entre la percepción de comunicación por parte de los médicos y la percepción del mismo factor por parte del personal de enfermería, con un valor r de Pearson de 0,925. De igual forma, se evidencia una correlación muy fuerte y significativa entre la percepción del trato de enfermería y la percepción de la comunicación de los mismos, con un valor R de Pearson de 0,916.

Tabla 4. Análisis de correlación de las variables entre los pacientes

Subescalas		Percepción Comunicación por parte Médicos	Participación Activa	Percepción del Trato por parte de Enfermeras	Percepción a la Comunicación con Enfermería	Nivel de Satisfacción
Percepción del Trato por parte de Médicos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,698(**) ,005	,611(*) ,020	,727(**) ,003	,629(*) ,016	,858(**) ,000
Percepción Comunicación por parte Médicos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	,384 ,175	,829(**) ,000	,925(**) ,000	,796(**) ,001
Percepción del Trato por parte de Enfermeras	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)			1	,916(**) ,000	,825(**) ,000
Percepción a la Comunicación con Enfermería	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)				1	,829(**) ,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
N= 14

TRATO, COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN 15

En la tabla 5, se observan los puntajes de correlación entre variables en el subgrupo de cuidadores. Se encuentra una correlación muy fuerte y significativa entre la percepción que tienen los cuidadores acerca de la comunicación de los médicos y sus niveles de satisfacción con el proceso, con un valor r de pearson de 0,916.

Tabla 5. Análisis de correlación de las variables entre los cuidadores

Subescalas		Percepción Comunicación por parte Médicos	Participación Activa	Percepción del Trato por parte de Enfermeras	Percepción a la Comunicación con Enfermería	Nivel de Satisfacción
Percepción del Trato por parte de Médicos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,819(**) ,000	,514(*) ,042	,719(**) ,002	,760(**) ,001	,841(**) ,000
Percepción Comunicación por parte Médicos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	,689(**) ,003	,802(**) ,000	,787(**) ,000	,916(**) ,000
Percepción del Trato por parte de Enfermeras	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)			1	,881(**) ,000	,799(**) ,000
Percepción a la Comunicación con Enfermería	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)				1	,840(**) ,000

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

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

N 16

Finalmente, en el análisis de resultados se realizó un modelo de regresión, utilizando R al cuadrado, con el fin de evidenciar la existencia o no de causalidad entre las variables y observar en que porcentaje una variable explica otra. En este caso se tomaron las cuatro subescalas de percepción como variables independientes y se correlacionaron con la de nivel de satisfacción, como variable dependiente. Encontrándose que sí existe una posible causalidad entre las primeras variables y la segunda, con un valor R cuadrado igual a 0,85, una F de 35, 48 significativo al 0,00 a un nivel de significancia de 0,05. Siendo la percepción de los sujetos del trato de los médicos la más alta, con un beta de 0,436. A partir de lo cual se realizó un segundo modelo de regresión, utilizando únicamente esta subescala como variable dependiente y la misma del modelo anterior como independiente, confirmándose, lo encontrado anteriormente, pues se obtuvo un R cuadrado de 0,71, con un F de 69,63 significativo al 0,00 en un nivel de significancia de 0,05 y un beta de 0,845. Lo anterior indica que teniendo en cuenta las cuatro subescalas como variables independientes, la de

percepción del trato por parte de los médicos explica en un 44% los cambios en la variable nivel de satisfacción, y si se mide la primera sola como variable independiente, explica estos cambios en un 85%. Lo que muestra una correlación muy fuerte que puede llevar a explicaciones de causalidad.

DISCUSIÓN

A lo largo del estudio se ha pretendido mostrar que, tanto pacientes como cuidadores son seres humanos que deben ser entendidos y tratados de esta forma, sin unificar o estandarizar un proceso de acuerdo a la enfermedad física. Por lo que es importante ir más allá de una evaluación técnica, dándoles la oportunidad de expresar sus percepciones, evaluando el comportamiento humano de los profesionales, para finalmente asociarlo con la satisfacción de la relación con los mismos. Esto partiendo de la teoría humanista, que es expuesta por Martínez (1999), a través de los pilares básicos de este enfoque, que incluyen la importancia de la persona como ser humano libre, único, subjetivo y con capacidad de relación, que debe ser visto más allá de una enfermedad física y debe ser tenido en cuenta como un ser integral.

Para comenzar es necesario comentar que uno de los objetivos del estudio era relacionar la percepción y satisfacción de los pacientes y cuidadores con su participación activa en el proceso, pero luego del análisis de confiabilidad se encontró que la subescala construida para medir esta variable, no era confiable ni consistente, por lo que es necesario replantearla para futuras investigaciones y fue descartada en la actual.

Teniendo en cuenta lo afirmado por Tsuchida, Bandres y Guevara (2003), una de las variables a calificar en el cuestionario es el trato por parte de los profesionales de la salud, ya que tal como los autores lo afirman, uno de los factores que más valora el consultante es la actitud del profesional hacia él. Con respecto a esto, se pudo observar en los resultados, que los usuarios califican el trato de sus profesionales de forma más positiva que negativa, aunque percibiendo mejor el trato por parte de los médicos que el del personal de enfermería. Lo que podría ser consecuencia de la cantidad de tiempo que están con uno y con otro y el tipo de atención que cada uno debe brindarles. Por otro lado, es posible que los pacientes y cuidadores consideren que las enfermeras, tienen menos en cuenta sus sentimientos y pues tal como Loayssa, González y Ruiz (2007) afirman es uno de los

aspectos más importantes a tener en cuenta a la hora de prestar atención en salud, pues para el paciente y cuidador es fundamental, debido a su difícil situación.

Adicionalmente, otro de los factores fundamentales, tenido en cuenta fue la comunicación por parte de los profesionales, ya que como Abaunza, Cuellar, León, Montenegro y Severiche (2005) afirman, las habilidades comunicativas son esenciales dentro del proceso de tratamiento y pueden generar gran impacto para la recuperación o mejoramiento de la calidad de vida de la persona y para crear una buena relación. Como se pudo observar en los resultados, con respecto a la variable de percepción de comunicación, pacientes y cuidadores la perciben de manera positiva tanto en médicos como en enfermeros, lo contrario a lo que piensan los profesionales de salud en la investigación de Sogi, Zavala, Oliveros y Salcedo (2006), quienes se consideran deficientes en gran parte de los aspectos comunicativos, por esta razón es conveniente hacer estudios que incluyan las percepciones de ambos grupos, pues es importante comprender que piensa de sus habilidades el que presta el servicio y el que lo recibe. Aunque, es claro que para lograr un complemento confiable y válido es necesario realizar las investigaciones dentro de una misma población. Asimismo, se podría pensar que en el contexto de la clínica Universitaria Teletón, se utiliza un modelo deliberativo de relación, señalado por Frank (2006), donde la comunicación entre profesionales y usuarios es bidireccional, lo que mejora la percepción e involucra a ambos en el proceso, arrojando resultados como estos.

Para integrar las percepciones de los comportamientos de los profesionales en un solo aspecto, se relacionaron con la satisfacción de los pacientes y cuidadores al respecto. Ya que como, Hernández, García, Anzures y Orozco (2002) y Simón, Barrio, Sánchez, Tamayo, Molina, Seuss y Jiménez (2007), argumentan, es esencial conocer que tan contento está el usuario con lo que percibe, para lo que el mejor indicador es la satisfacción. Teniendo en cuenta este tema, se realizó la correlación entre las diferentes variables, encontrándose que, tanto en pacientes, como en cuidadores todas las variables de percepción de trato y comunicación de médicos y enfermeras se correlacionan positiva y significativamente y de forma considerable o muy fuerte, con los niveles de satisfacción, indicando una vez más que a una percepción más positiva habrá una mayor la satisfacción, por lo tanto esta es un excelente indicador de la percepción de la atención y el servicio. Asimismo, se pudo observar que los niveles de satisfacción de los pacientes y cuidadores son altos al igual que

sus percepciones de trato y forma de comunicación, argumentándose que dichos sujetos consideran que son vistos y tratados como seres humanos y no únicamente como enfermedades. Lo contrario a lo hallado por Mercado, Ramos y Valdez (2000) en su investigación, quienes observaron que los pacientes se sienten insatisfechos con el servicio, relacionándolo con que sus médicos adoptan una única perspectiva científica, olvidándose de sus sentimientos y su ser interior.

Con respecto al resto de variables, teniendo en cuenta, únicamente el grupo de pacientes, y de acuerdo a las correlaciones fuertes, se encontró nuevamente, que la comunicación es un factor esencial, ya que la percepción de esta variable de médicos y enfermeras se correlaciona de manera importante, observándose que los pacientes asocian la forma como se comunican con ambos profesionales, considerándola positiva en los dos, por que si es buena en unos será buena en los otros. A su vez, puede indicar que el trabajo entre los profesionales es en conjunto y por esta razón dejan esa percepción en los usuarios, pues su comunicación está en el mismo nivel y sigue el mismo camino. Lo que se puede relacionar con lo dicho por Wainstein (1997), la buena comunicación va más allá del mensaje, y está condicionada al entorno, en este caso al trabajo en equipo de médicos y enfermeros, quienes concuerdan en la forma de comunicarse con sus pacientes. Esto demuestra la importancia de una forma de trabajo, donde los profesionales aborden al paciente de forma integral y en equipo y no separando las disciplinas, es decir utilizando un modelo biopsicosocial, tal como Oblitas (2003) lo indica. A su vez señala la importancia de entrenar a los profesionales de la salud en habilidades comunicativas, así como Zakrzewski, Ho y Braga-Mele , (2008), lo exponen, pues entre mejor estén entrenados su trabajo va a ser más productivo, ya que la comunicación con sus compañeros mejorará y por ende eso llevará a mejorarla con sus pacientes. Esto se asocia a otro de los resultados que arrojó correlaciones fuertes y considerables en pacientes y cuidadores respectivamente, que fue entre la percepción del trato y la percepción de la comunicación por parte de las enfermeras, lo que indica que un factor va ligado al otro y talvez los pacientes asocian una buena comunicación a un buen trato, estando el último inmerso en la primera. Lo que concuerda con lo que Ruiz, Rodríguez y Epstein (2003), señalaron, argumentando que la existencia de estas dos características es fundamental en la relación profesional de la salud – paciente. Sumando ambos grupos en un solo análisis de correlación se puede observar que

definitivamente la correlación más alta se da entre percepción del trato de enfermería y percepción de comunicación de las mismas, encontrándose que se le da una mayor importancia a la asociación de estas variables en el grupo de enfermeros que en el de los médicos. Es probable que los pacientes y cuidadores consideren el buen trato de sus enfermeros como una buena comunicación o lo contrario, mientras que la comunicación de los médicos probablemente tenga otras connotaciones, que pueden ser de tipo más técnico y vayan más ligadas a la enfermedad, por lo que el trato se asociaría a lo humano en general y la comunicación a lo que tiene que ver con la enfermedad como tal.

A pesar de que, se discutieron únicamente, las correlaciones más altas, es importante comentar que todas las variables, a excepción de las de participación, se correlacionaron entre ellas de forma significativa y positiva, lo que indica cómo todas se corresponden con todas, siendo importantes, necesarias y fundamentales dentro de la relación profesional-paciente-cuidador y afectándose las unas con las otras, es decir la percepción del trato va asociado a la percepción de la comunicación tanto en grupo como en el otro (médicos y enfermeras).

Finalmente, luego del análisis correlacional, se realizó un modelo de regresión con el objetivo de observar si existían relaciones de causalidad encontrándose que efectivamente la satisfacción de los pacientes y cuidadores depende, en gran medida, de su percepción con respecto al trato de los médicos. Lo que demuestra una vez más lo dicho anteriormente acerca de cómo el trato de los médicos se vincula más a la parte humana y cómo el ser visto y tratado como persona integral genera mayor satisfacción. Por esta razón así como Entralgo (1983), lo afirma, la relación entre un paciente, un cuidador, en este caso y un profesional de la salud es un encuentro entre dos seres humanos y no entre un sujeto y un objeto, por lo que debe ser abordada como tal. Igualmente, se demuestra que los pacientes y cuidadores necesitan sentirse bien tratados y a gusto con el comportamiento de sus profesionales para estar más satisfechos, lo que confirma lo dicho por Remor, Arranza, y Ulla, (2003) que el paciente desea que el comportamiento de su médico, refleje sensibilidad, calidez y preocupación por su persona.

En conclusión, debe tenerse en cuenta la opinión y creencias del usuario, se le debe proporcionar la información necesaria para que tenga la libertad de elegir, se debe crear una

interacción entre dos personas y no entre un sujeto y un objeto (enfermedad) y es preciso saber que el individuo y sus cuidadores están conformados por diferentes dimensiones que también pueden afectar el proceso. Por esta razón, es fundamental conocer cuál es la representación que tiene el consultante de la interacción con los profesionales de la salud, con el fin de observar que es lo que lo satisface, ya que esto puede guiar el desarrollo de un mejor servicio a partir de lo que percibe el sujeto, siendo este el foco más importante en el contexto de salud. Como se pudo observar, si el sujeto tiene una percepción positiva del trato por parte de los profesionales, lo que se asocia a una buena percepción de la comunicación, esto lleva a aumentar su satisfacción con el servicio y todo converge en el mejoramiento de la calidad y en el aumento de la motivación para continuar con el tratamiento.

Para finalizar, cabe recomendar realizar este tipo de estudio comparando diferentes tipos de pacientes y diferentes instituciones, tanto de clases socioeconómicas altas como de bajas, con el fin de relacionar esta variable demográfica. Asimismo, resultaría interesante abordar el tema desde un paradigma interpretativo, con el fin de conocer las creencias y significados que tienen los pacientes y cuidadores con respecto a su relación con los profesionales de la salud y viceversa.

REFERENCIAS

- Abaunza, C., Cuellar, Z, León, M.X., Montenegro, M. B. y Severiche, D. L. (2005). *Competencias comunicativas orales en la relación médico paciente de los estudiantes de último semestre de la facultad de medicina de la universidad de La Sabana, Bogotá 2005*. Tesis de grado profesional no publicada. Universidad de La Sabana, Chía.
- Alonso, M. y Kraftshenko, O. (2003). La comunicación médico paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana educación Media Superior*, 17 (1), 39-46. Recuperado el 13 de Octubre de 2008 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems04103.htm
- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico – paciente. *Revista IERed*, 1 (1), 1-18. Recuperado el 1 de noviembre de 2008 de <http://revista.iered.org/v1n1/pdf/fbohorquez.pdf>
- Entralgo, L. P. (1983). *La relación médico – enfermo: historia y teoría*. Madrid: Alianza.
- Fernandez, J. A. (2007). Relación médico paciente: interacción y comunicación. *Revista Médica de Honduras*: 75 (2), 94-96. Recuperado el 2 de septiembre de 2008. de <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2007/pdf/Vol75-2-2007-9.pdf>
- Frank, A. (2006). La información en la relación médico-paciente. *Neurología Suplementos I*: 1 (4), 2-3. Recuperado el 13 de Octubre de 2008 de http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/NeurologiaSuplementos/2005/01-04/119040500020003.pdf.
- Fraenkel, L. y McGraw, S. (2007) What are the essentials elements to enable patient participation in medical decision making? *Society of General Internal Medicine*, 22, 614-619. Recuperado el 5 de Marzo de 2009 de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1855272>
- Hernández, B., García, C., Anzures, R. y Orozco, M. (2002). Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Revista Médica IMSS*: 40 (5), 373-378. Recuperado el 18 de Octubre de 2008 de <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/8EE8CD99-A34C-48B7-A956-C063F6B82B57/0/satisfaccion.pdf>

- Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S. y Hojat, M. (2007). Jefferson scale of patient's perception of physicians empathy: preliminary psychometric data. *Croat Medical J.* 48, 81-86. Recuperado el 19 de Octubre de 2008 de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2080494>.
- Lerma, H. D., (2007). *Metodología de la Investigación*. (2 ed.) Bogotá: ECOE ediciones.
- Llor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. (1998). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Mc Graw Hill
- Loayssa, J. R., González, F. y Ruiz, R. (2007). Teoría Declarada de los Médicos de Familia Sobre la Relación con el Paciente. *Atención primaria*: 39 (6), 291-297
- Martínez, M. (1999). *La Psicología Humanista, un Nuevo Paradigma Psicológico*. México: Trillas.
- Méndez, C. E., (2001). *Metodología: Diseño y Desarrollo del Proceso de investigación* (3 ed.). Bogotá: Mc Graw Hill.
- Mercado, F. J., Ramos, I. M. y Valdez, E. (2000). La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara *Salude Publica*, río de Janeiro: 16(3), 759-772
Recuperado el 23 de Octubre de 2008 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2961.pdf>
- Oblitas, L.A. (2003). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Mexico: Thomson
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Carta Constitucional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista Estudios Sociales*: 18, 89-96. Recuperado el 20 de Noviembre de 2008 de http://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=../data/Revista_No_18/10_Dossier8.pdf.
- Remor, E., Arranza, P., Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée De Brouwer
- Rodríguez, F. J. (2008). La comunicación del diagnóstico al paciente en las enfermedades neurológicas. *Neurología*, 23 (6), 333-336. Recuperado el 4 de Febrero de 2009 de <http://www.arsxxi.com/Revistas/framesart.php?MTk%3D&MTA5NDM%3D&MA%3D%3D&U1A%3D&QVJUSUNVTE8gREUgUEFHTw%3D%3D&MTk%3D&MTA2Nw%3D%3D>

Rodríguez, H. (2006). La relación médico paciente. *Revista Cubana Salud Pública*: 32

(4). Recuperado el 4 de octubre de 2008 de <http://www.scribd.com/doc/6605761/T01>

Room, J. (2007). Teaching empathy, learning about equanimity. *Arch Women's Ment Health*: 10, 91-92. Recuperado el 18 de octubre de 2008 de

<http://www.springerlink.com/content/637372613r7512p4>

Ruiz, R., Rodríguez, J. J. y Esptein, R. (2003). ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*: 32 (10), 594-602

Simón, P., Barrio, I. M., Sánchez, C. M., Tamayo, M. I., Molina, A. Seuss A. y Jiménez, J. M. (2006). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Anales: Escuela Andaluza de Salud Pública*. Recuperado el 18 de Octubre de 2008 de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2352168>

Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M. y Salcedo, C (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med Lima*: 67 (1), 30-37. 2008. Recuperado el 29 de Septiembre de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n1/a06v67n1.pdf>

Tsuchida, M. B., Bandres, M.P. y Guevara, X. (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización. *Med Herdiana* : 14, 175-180. Recuperado el 1 de octubre de 2008 de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2003000400005&script=sci_arttext

Wainstein, R. (1997). Qué, cómo y cuándo informar al paciente. *Revista Nuestro Hospital*: 1 (1), p 1

Zakrzewski, P. A., Ho, A. L. y Braga-Mele, R. (2008). Should ophthalmologists receive communication skills training in breaking bad news? *Canadian Ophthalmologic Society*: 43, p 419-424. Recuperado el 10 de noviembre de 2008. de

<http://article.pubs.nrccnrc.gc.ca/RPAS/rpv?hm=HInit&calyLang=eng&journal=cjo&volume=43&afpf=i08-087.pdf>