

Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad

Francisco de Haro-Fernández^a y M. Blanca Martínez-López^b

Diplomados en Enfermería. ^aDepartamento de Cirugía Vascular. ^bDepartamento de Medicina Interna UEL. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Correspondencia:

Francisco de Haro Fernández.

Avda Andalucía, 1, 6.º B. Edificio Presidente. 18014 Granada.

Correo electrónico: fharo@ozu.es

Resumen

Objetivos: Identificar la percepción sobre comunicación del paciente en la relación enfermera-paciente. Detectar puntos críticos que incidieran sobre la comunicación. Verificar el proceso de comunicación establecido por enfermería. Detectar la valoración del paciente sobre su experiencia asistencial.

Material y métodos: Estudio cuantitativo en Unidad de Cirugía Vascular, Hospital Clínico San Cecilio, Granada. Un total de 72 pacientes cumplió criterios de edad, estancia, número de reingresos y nivel de dependencia. Método de recogida de datos: entrevista semi-estructurada. Análisis estadístico SPSS.10.

Resultados: Variables relacionadas con comunicación: el 15% conocía el nombre de la enfermera que le atendía; el 43% identificaba a la enfermera entre otras profesiones, y el 69,4% era informado sobre sus cuidados. Un 48,6% consideraba que había recibido información al alta útil y comprensible, un 84,7% elegiría volver al mismo hospital y unidad. Variable calidad: respuestas positivas entre el 69,4 y el 93,1%, excepto para el trabajo con prisa; el 22,2% respondió que sí. Competencia: los resultados variaron entre el 80 y el 90%, excepto para las actividades básicas de la vida diaria, donde sólo un 54,2% recibió ayuda.

Conclusiones: La valoración del ejercicio profesional fue aceptable, con buen nivel de confianza y seguridad en los cuidados ofertados, en la ayuda para mantener o recuperar su salud y la opinión de que la enfermera está capacitada para resolver algunos de sus problemas, si no todos. En relación con la calidad y la competencia, el resultado fue positivo con posibilidad de mejora en el proceso de relación establecido desde su ingreso y en educación relacionada con el autocuidado.

Palabras clave: Comunicación. Percepción. Relación enfermera-paciente. Calidad.

Introducción

El ser humano es por excelencia un generador de procesos comunicativos, y con ellos participa y transmite sus expectativas, experiencias y habilidades de carácter lingüístico. "Toda cultura constituye una vasta organización comunicativa distinta de cualquier otra, una especie de enorme lengua histórica que aunque se extinga deja sus mensajes globales para quienes lo quieran estudiar"¹; por ello no sería nada descabellado decir que "todo acto de conducta es un acto de habla y que la secuencia de actos de conducta componen el discurso. No es preciso, en este sentido, que la conducta sea conducta

Summary

Background: To identify perception of communication in the nurse-patient relationship, detect critical points affecting communication, verify the communication process established by nurses and to detect patients' evaluation of their experience of healthcare.

Material and methods: We performed a quantitative study in the Vascular Surgery Unit of the Hospital Clínico San Cecilio in Granada (Spain) in 72 patients who fulfilled the criteria for age, stay, annual number of readmissions and dependence level. Data were collected through semi-structured interview. Statistical analysis was performed by SPSS.10 software.

Results: Questions on communication: fifteen percent of the patients knew the name of the nurse who attended them, 43% distinguished nurses from other professionals and 69.4% believed themselves correctly informed about their care. A total of 48.6% found the information received at discharge comprehensible and 84.7% said they would return to the same unit. Questions on quality elicited mainly favorable responses (between 69.4% and 93.1%) except for the question asking patients if they thought nurses worked in a hurry; 22.2% of patients thought that they did. Questions on competence also obtained mainly favorable responses (80% to 90%) except for the question asking about BADL; only 54.2% of patients received help.

Conclusions: Patient's evaluation of nurses' activity of their profession was acceptable. Patients expressed a reasonable level of confidence in the care provided, the help given in maintaining/recovering health and in nurses' ability to solve some of their problems if not all of them. The result for quality and competence was positive, although there is scope for improvement in the relationship established on admission and in self-care education programs.

Key words: Communication. Perception. Nurse-patient relationship. Quality

verbal; también la conducta no verbal se considera habla y en consecuencia discurso"². Resulta evidente entender la comunicación como la suma de todas las vías de transmisión oral, visual y silencial, teniendo en cuenta que esto último es sustancialmente de carácter auditivo y no visual, lo que es un signo recurrente, con el que la enfermería se encuentra casi siempre, cuando establecemos programas de diálogo con el paciente, previos al desarrollo de un plan de cuidados personalizado, que nos permitirá plasmar a través del lenguaje su realidad más cierta; "...las palabras son los embriones de las ideas, el germen del pensamiento, la estructura de las razones..."³.

La comunicación es un recurso trascendental para la enfermería, y con ella, y a través de ella, realizamos una parte esencial de nuestra labor asistencial, permitiéndonos acceder a nuestros pacientes por el lenguaje oral, visual o presencial, que instrumentalizamos favoreciendo la relación enfermera-paciente en todo el proceso de cuidar⁴⁻¹⁴.

Relacionando el conocimiento basado en el contexto de la relación enfermera-paciente, Ruiz observa que ésta se establece entre dos personas de igual dignidad pero con grandes diferencias: una de ellas se define como "un cuerpo deteriorado" mientras que la otra adquiere la categoría de "experto" en la reparación del deterioro, lo que da como resultado una relación humana en la que la persona enferma se entrega a la cuidadora¹⁵. Existe, por tanto, un balance desequilibrado no sólo de poder integral sino también de uno de los aspectos más importantes en cualquier problema de salud, la comunicación entre ambos, lo que afecta de forma directa al grado de satisfacción y a la opinión sobre la competencia en función de cómo hayamos sido capaces de establecer la relación de ayuda. Briant y Freshwater¹⁶ defienden que la relación enfermera-paciente debería basarse en principios de igualdad y continuar manteniendo las fronteras dentro de las que tiene lugar la interacción entre ambos.

La enfermera es la receptora de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso, del médico se espera un diagnóstico y un tratamiento y el paciente asume que puede existir un error; de la enfermera, sin embargo, se espera todo tipo de atenciones técnicas y cuidados humanos pero sin margen para el error. Por otra parte, la llegada a las unidades de encamación, genera en los pacientes inquietud, confusión, deterioro personal producto de su enfermedad, incertidumbre, miedo y, en muchas ocasiones, soledad, lo que hace que su comunicación esté impregnada a veces de una conducta introvertida o cargada de una violencia verbal o gestual, donde los sentimientos entran en conflicto y no alientan a establecer una relación racional y fluida; por ello es importante tener muy clara la definición que da la Real Academia Española sobre el término *comunicación*, describiéndolo como "la ciencia y efecto de comunicar o comunicarse"¹⁷, haciendo de ello partícipe al receptor de todos sus contenidos, desarrollando conductas empáticas y receptivas, personalizando en todo momento nuestras actitudes. En comunicación decir una cosa y no otra es, naturalmente, opción pero es también selección. Por eso, el discurso se compone "de lo que se dice y de lo que se silencia"¹⁸.

Con este trabajo pretendimos medir la percepción de los pacientes descifrando sus carencias, para poderlas modificar y plantearnos estrategias de comunicación, en el interés de transmitir que la enfermería tiene una visión holística en el proceso de cuidar, por tanto la calidad de nuestra comunicación deberá ser el resultado de la que los pacientes han percibido, verdadero indicador de los cuidados que proporcionamos, siendo el referente para que establezcamos las medidas necesarias que nos permitan alcanzar estándares de calidad, y posibilitándonos un clima de confianza y seguridad en la esfera humana de la relación enfermera-paciente.

Los objetivos del estudio se orientaron a:

1. Identificar si en la relación enfermera-paciente la comunicación es percibida por el paciente como una parte esencial dentro del proceso de cuidar.
2. Detectar los puntos críticos que inciden sobre la comunicación en relación con la intimidad, la privacidad y los sistemas de información ofertados, que puedan deteriorar su eficacia.
3. Contrastar si el proceso de comunicación establecido por enfermería con los pacientes ha propiciado una relación de acercamiento, colaboración y seguridad, a través de la percepción del paciente.
4. Detectar la valoración del paciente de su experiencia asistencial en relación con la atención recibida y percibida de enfermería.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte longitudinal. El ámbito del estudio fue el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Se utilizaron variables sociodemográficas, de comunicación, de calidad percibida y de competencia. La comunicación se definió en términos de información, relación interpersonal e identificación profesional. La calidad incluía la percepción del paciente sobre seguridad, la confianza en la resolución de problemas y la colaboración para el autocuidado. La competencia se asoció con el desempeño del papel enfermera en todos sus ámbitos. La población de referencia se definió como todos los ingresos que se realizaran en el Servicio de Cirugía Vascular con relación enfermera-paciente de "alta intensidad". Este término engloba variables como tiempo de estancia, gravedad del proceso, frecuencia de reingresos, grado de dependencia etc., que propician o no la intensidad en la relación entre el paciente y la enfermera. Se aceptaron aquellos pacientes que ingresaron entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2001 y que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: a) estancia superior a 8 días; b) dependencia según Montesinos ≥ 48 , y c) tener entre uno y tres ingresos desde el 1 de enero de 2000. Se decidió que la muestra fuese la misma que la población, sobre la base de que los criterios de inclusión disminuían de forma notable el número de pacientes con opción a ser incluidos en el estudio. Tras consultar distintas escalas en la bibliografía, se decidió diseñar y usar una encuesta de elaboración propia adaptada a las variables que pretendíamos medir. Mediante un muestreo aleatorio de 20 pacientes se validó la encuesta. Como método de recogida de datos se usó la entrevista semiestructurada, basada en una encuesta de preguntas cerradas con cuatro opciones de respuesta para las variables no sociodemográficas¹⁹⁻²². La recogida de datos se realizó de forma personal y directa a los pacientes, por entrevistadores profesionales contratados al efecto.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS,10.

Resultados

En cuanto a los datos sociodemográficos, se entrevistó a 72 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. De ellos, el 65,3% eran varones y el 34,7%, mujeres. La edad media fue de 80,6 años. El 66,7% de los encuestados manifestó que vivía en casa propia, el 25% en la casa de familiares y el 8,3% en residencias. La distribución por edad evidencia que una mayoría vive en casa propia, y la residencia es el lugar menos utilizado por la población del estudio (fig. 1).

La distribución del tipo de convivientes en aquellos cuya residencia continuaba siendo su propia casa evidenciaba una incidencia mayor (27,8%) entre los que vivían en pareja; el 80,6% residía con algún tipo de familia, un 16,7% vivía solo, y un 1,4%, con extraños. El número de convivientes oscilaba entre ninguno (4,2%) y cinco o más (15,3%), siendo el número de convivientes más frecuente dos (33,3%).

La tasa de respuesta fue del 98,9%. Del total de pacientes entrevistados, sólo un 13,9% conocía el nombre de la enfermera que le atendía, frente al 62,5% que no lo sabía, el 22,2% contestó que sólo lo sabía a veces y un 1,4% no contestó a la pregunta. De los que sí conocieron el nombre de la enfermera a su ingreso, no lo olvidaron en un 97,3% (fig. 2).

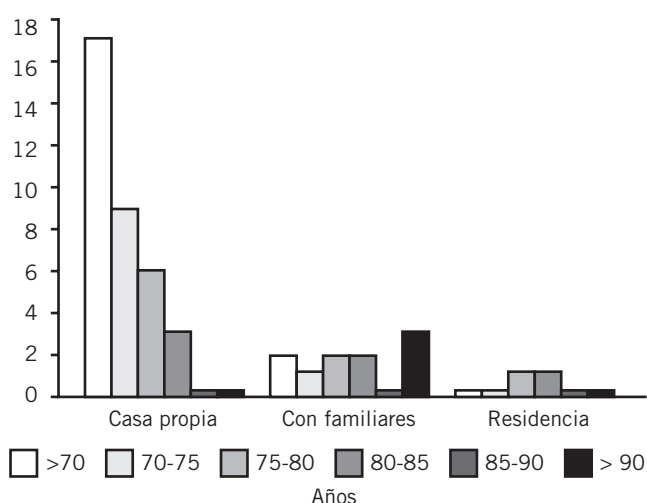
Sólo el 43,1% de los encuestados identificó al profesional de enfermería entre todas las personas que trabajaban en el hospital. De los que sí lo identificaron, el porcentaje de varones fue mayor, con un 30,6% frente al 12,5% de mujeres. Por edad, se identificaba más la profesión cuanto más joven era el encuestado (fig. 3).

A la pregunta de si enfermería respondía ante un problema derivado de la hospitalización, los encuestados respondieron afirmativamente en el 88,9% de los casos frente a un 8,3% que tenía la percepción de que enfermería no le había respondido en la forma esperada. Por sexo, las mujeres son más críticas o esperan mayor respuesta que los varones ya que contestaron afirmativamente a esta cuestión en menor proporción que éstos (tabla 1).

De forma global, el 69,4% de los entrevistados, entendía que la información que recibía sobre los cuidados que se le prestaban era suficiente, mientras que el 15,3% pensaba que no lo era y el 13,9% que sólo lo era a veces. Al desglosar las respuestas por sexo, el varón consideraba suficiente la información recibida en un 76,5% frente a la mujer, que opinaba de igual manera en un 56%. De todos los encuestados, el 87,5% se sentía seguro con los cuidados que recibía de la enfermera; el 1,4% respondió no a esta cuestión, y el 8,3% sólo percibía la seguridad a veces. Por sexo, los varones se sentían más seguros que las mujeres (el 76,6% frente al 53,8%). A un 75% de los encuestados la enfermera le inspiraba confianza para cubrir sus necesidades o consultar sus problemas e inquietudes frente a un 6,9% que no confiaba y un 16,7% que sólo lo hacía a veces (tabla 2).

Al 84,7% de los encuestados le parecía que el comportamiento de la enfermera era sincero y honesto. El 93,1% creía que se respetaba su intimidad. De éstos, globalmente, el 91,5% eran varones frente al 96% de mujeres que contestaron de igual forma. Analizando la proporción de usuarios

Figura 1. Lugar de residencia.



que respondieron afirmativamente a estas cuestiones y que además conocían el nombre de la enfermera que les atendía los resultados evidencian que sólo el 12,9% de los varones entendía que se respetaba su intimidad y que el comportamiento era sincero, frente a un 31,3% de mujeres que respondieron en el mismo sentido. Por grupos de edades, los resultados ponen de manifiesto que los más jóvenes son más críticos que los mayores como se expone en la tabla 3.

El 13,8% afirmaba que se hacían comentarios inapropiados de forma continuada o a veces. El 37,5% de los encuestados creía que siempre o a veces se les atendía con prisa frente a un 61,1% que no lo hacía. Sólo recibía ayuda directa de la enfermera para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) un 54,2% de los pacientes y sólo a un 48,6% de los encuestados les parecía que la información que recibían de la enfermera al alta hospitalaria era clara, útil y suficiente (fig. 4).

Figura 2. Conoce el nombre de la enfermera que le atiende.

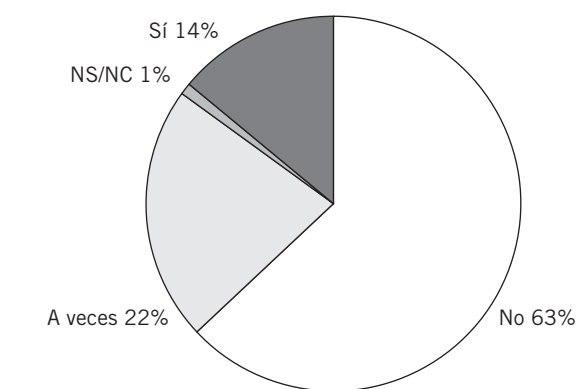


Tabla 1.

Sexo	Enfermería responde			Total
	Sí	A veces	NS/NC	
Varón	45	2		47
Mujer	19	4	2	25
Total	64	6	2	72

Enfermería responde ante un problema derivado de la hospitalización

A los encuestados se les preguntó si volverían al mismo hospital y servicio si tuviesen la opción de elegir en función de la opinión que les merecía el equipo de enfermería. El 84,7% de los pacientes contestó que sí frente el 5,6% que contestó no; un 2,8% no estaba seguro, y un 6,9% no contestó a la pregunta.

Discusión

March et al²³ en el informe sobre la “Imagen de los profesionales de enfermería en urgencias hospitalarias” encontraron similares resultados en cuanto a la valoración de la competencia técnica, la escucha y la pronta atención, coincidencia también en los resultados con los grupos focales en cuanto a comentarios inadecuados –aunque no se expresan porcentajes– se ponen de manifiesto en el mismo informe. Martínez et al²⁴, en un trabajo sobre la opinión de la sociedad sobre enfermería, resaltaba entre sus hallazgos que la profesión enfermera no es reconocida como tal por una parte importante de la población; que ésta tiene una gran confusión al reconocer a los profesionales de enfermería considerando que aún se mantiene como profesión delegada, aunque sí la reconoce con una preparación cualitativamente importante

Figura 3. Identifica al profesional de enfermería.

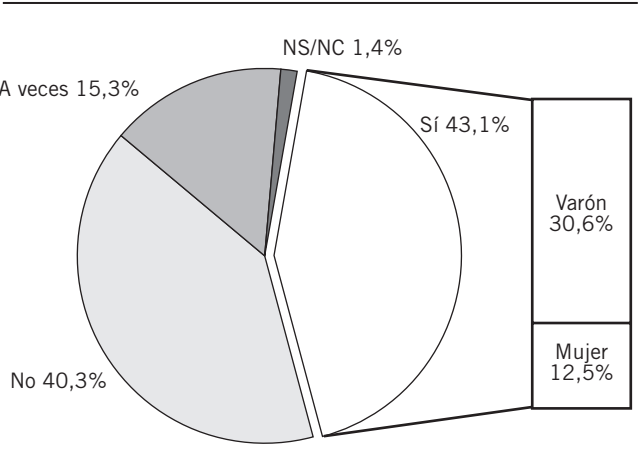


Tabla 2.

	Seguridad y confianza (%)			
	Sí	No	A veces	NS/NC
Tiene seguridad en los cuidados de la enfermera	87,5	1,4	8,3	1,4
Confía en la enfermera para cubrir sus necesidades, consultar sus problemas o inquietudes	75,0	6,9	16,7	1,4

Variables: se siente seguro con los cuidados que recibe. La enfermera le inspira confianza suficiente para resolver sus problemas y dudas así como para cubrir sus necesidades.

dentro del sistema sanitario. Carrillo et al²⁵ encontraron en su estudio “Repercusión de la relación enfermera-paciente y su repercusión en el estado emocional del paciente crítico”, respuestas de ansiedad relacionadas más con la patología que consecuencia de la propia relación interpersonal. Vázquez et al²⁶ en su estudio “La percepción por el usuario de la imagen de enfermería” se centraron más en los aspectos de nomenclatura y actividades propias de la profesión que en la interrelación en el proceso de comunicación en el cuidado.

Entendiendo que la satisfacción o comprensión de nuestra información es el resultado de la confianza que hayamos sido capaces de generar y detectar en todo momento en los pacientes, concretado en las respuestas que hacen referencia a la capacidad de resolución de problemas (88,9%), la información transmitida en relación con los cuidados (69,4%) y la confianza que le inspiraba la enfermera cuando cubría sus necesidades básicas (75%). La comunicación no es sólo un instrumento de relación con el paciente, sino que permite abordar todos los cuidados y evaluarlos desde la percepción

Figura 4. ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

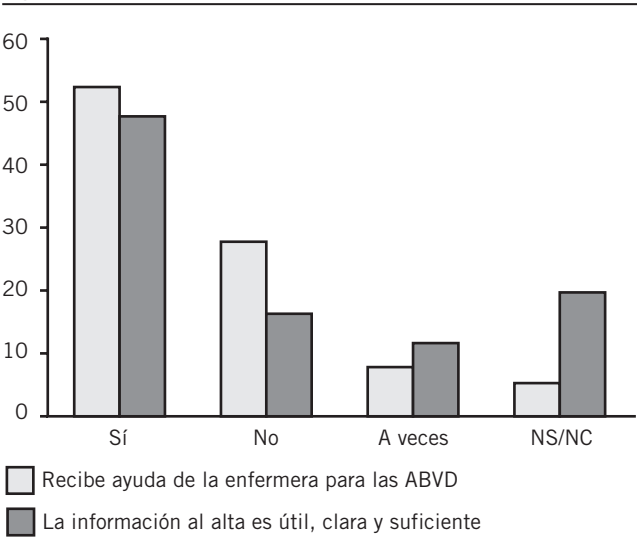


Tabla 3.

Edad (años)		Conoce nombre			
		Sí	No	A veces	NS/NC
> 70	Comportamiento sincero	2	2	1	–
	Se respeta la intimidad	1	1	1	–
70-75	Comportamiento sincero	1	2	1	–
	Se respeta la intimidad	1	2	1	–
75-80	Comportamiento sincero	1	1	2	–
	Se respeta la intimidad	1	1	1	–
80-85	Comportamiento sincero	1	1	–	1
	Se respeta la intimidad	1	1	–	1
> 90	Comportamiento sincero	–	1	–	–
	Se respeta la intimidad	–	1	–	–

que de éstos tenga el paciente, por tanto nuestro estudio abordó la comunicación desde esta perspectiva.

En relación con el primer objetivo del estudio, las respuestas nos permiten tener un moderado optimismo sobre la eficacia de la comunicación percibida por el paciente, sobre todo por la confianza que genera en él la enfermera, por la información que le transmite en relación con los cuidados que le proporciona y, en menor medida, por la comprensión y utilidad de la información facilitada al alta hospitalaria.

No se han detectado puntos críticos relevantes en la comunicación en relación con la intimidad, privacidad y sistemas de información ofertados, ya que la percepción del paciente es positiva en todos ellos. Quizá sería conveniente hacer hincapié en la necesidad de evitar los comentarios ante los pacientes ya que un 13,8% manifestó sentirse molesto cuando los escucharon y ello incide de forma negativa en la imagen del conjunto de los profesionales. Igualmente es preciso mejorar la calidad en el respeto a la intimidad percibida por el paciente.

La relación de acercamiento, colaboración y seguridad, expresada en el tercer objetivo, se ve satisfecha en la confianza que generan los cuidados prestados por la enfermera durante su estancia hospitalaria y su capacidad de resolución de problemas. Sin embargo, en un 37,5% de los pacientes la sensación de que la enfermera trabaja deprisa menoscaba el buen hacer en otros aspectos de la práctica enfermera.

La valoración del paciente sobre su experiencia asistencial vinculada a la atención recibida se concreta de forma explícita, ya que mayoritariamente elegirían volver al mismo hospital y servicio en función del personal enfermero. Sin embargo, continúa existiendo un gran desconocimiento relativo a las identidades profesionales de las enfermeras. Comprobar que sólo un 43% nos excluía correctamente de otras profesiones reafirmó la necesidad de planificar acciones que permitan al paciente y a la comunidad identificar al profesional enfermero de otras disciplinas en orden a certificar nuestra identidad social.

Los resultados obtenidos son un punto de partida para progresar en la línea iniciada, para medir el nivel y calidad de la comunicación que ofrecemos al paciente y concretar acciones más precisas para nuestro trabajo.

El nivel razonable de comunicación detectado en conexión con la confianza y seguridad en los cuidados técnicos que ofertamos, en la ayuda para mantener o recuperar la salud y en la certeza de que la enfermera está capacitada para resolver algunos de sus problemas si no todos, nos permite contemplar el proceso de la comunicación con el paciente desde una óptica positiva.

En relación con la calidad y la competencia, la conclusión es igualmente satisfactoria, aunque el resultado no sea tan definitivo como sería deseable y a pesar de que se desvirtúa en el proceso de la relación humana que establecemos desde su ingreso y en el programa de educación relacionado con el autocuidado. La experiencia asistencial demostró ser significativamente aceptable.

Finalmente resulta imprescindible potenciar y crear vías de comunicación con nuestros pacientes, que nos permitan establecer una relación enfermera-paciente real y compartida, donde la credibilidad, fiabilidad y competencia sean una garantía total del quehacer enfermero en el desarrollo de su profesión, para no tener que asumir como cierta la frase de Mardel et al²⁷: “Si la imagen de la enfermera es sólo la de usar sus habilidades técnicas y no la de resolver los problemas de enfermería de los pacientes, sólo hay un paso para cuestionarse la necesidad de las enfermeras”.

Bibliografía

- Grijelmo A. La seducción de las palabras. 1.ª ed. Madrid: Ediciones Grupo Santillana, S.A, 2000, p. 279-80.
- Castilla del Pino C, compilador. El silencio. El silencio en el proceso de comunicación. 1.ª ed. Madrid: Alianza Universidad, 1992; p. 79.
- Grijelmo A. La seducción de las palabras. 1.ª ed. Madrid: Ediciones Grupo Santillana, 2000; p. 11.
- Taylor M. The nurse. Patient relationship. Sr Nurse 1993;13: 14-8.
- Lifshitz Guinzberg A. Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina. Gac Med Mex 1995;133:237-43.
- Ryan EB, MacLean M, Orange JB. Inappropriate accommodation in communication to elders: inferences about non verbal correlates. Int Aging Hum Dev 1994;39:273-91.
- Corrales D. Organización, funciones y eficiencia de enfermería. Rol 1998;244:11-5.
- Arroyo MP. Cuidados de la imagen enfermera. Metas 1999; 19:3.
- Kunyk D, Olson JK. Clarification of conceptualisation of empathy. J Ad Nurs 2001;35:317-25.
- Jo A. How much do we know about giving and receiving of information? Int J Nurs Studies 2001;38:495-6.
- Cibanal L, Arce MC. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? [Copérnico 2001] 2002, [consultado 02/06/2002]. Disponible en: http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero1/artc_1.htm
- Cibanal L, Arce MC. Comentario al libro *La relación enfermera/paciente*. Trabajo realizado en la asignatura Teoría de la co-

- municación humana. [Copérnico 2001] 2002 [consultado 05/05/2002]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_coment_libr_relac.htm
13. Johnson M, Webb C. The power of social judgement struggle and negotiation in the nursing process. *Nurse Educ Today* 1995;15:83-9.
 14. Godoy JF. Medicina conductual. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI, 1999; p. 871-90.
 15. Ruiz A. El secreto médico. Vol. II. Bioética y ciencias de la salud, 1997; p. 44-51.
 16. Briant S, Freshwater D. Exploring mutuality within the nurse-patient relationship. *Br J Nurs* 1998;7:204-6, 208-11.
 17. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 21.ª ed. Madrid: Espasa-Calpe, 1994; tomo I: 527.
 18. Castilla C. Introducción a la hermenéutica del lenguaje. 2.ª ed. Barcelona: Península, 1974.
 19. Apota Terrón Y, Bellovi Fava C, Serra Ballús M. Grado de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados de Enfermería en una Unidad de Braquiterapia. *Enferm Clínica* 1993;3:96-101.
 20. Weaver MJ, et al. A Questionnaire for patient's evaluations of their physicians humanistic behaviors. *J Gen Intern Med* 1993;8:135-9.
 21. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111:410-6.
 22. Lledó R, et al. La importancia de las encuestas de opinión a los pacientes del hospital sobre la calidad asistencial. *Todo Hospital* 1992;87:9-11.
 23. March JC, Prieto MA, Hernán M. Imagen de los profesionales de Enfermería en Urgencias hospitalarias. *Rev Mex Enferm* 1998;238:49-53.
 24. Martínez JR. Enfermería: opina la sociedad. *Enf Científica* 1996;48:170-1.
 25. Carrillo AG, Esquivel PJ, García AC, Ramírez RP, Ugalde BM, Bautista CG. Relación enfermera-paciente y su repercusión en el estado emocional del paciente crítico. *Rev Mex Enfer Cardiol* 1997;5:99-101.
 26. Vázquez MA, Casals JL, Aguilar P, Ramírez MJ, Gómez MI. Percepción por el usuario de la imagen de la enfermera. *Enf Clínica* 1997;7:105-111.
 27. Mardell A, Rees C. The theatre nurse: getting the image right. *Nurs Stand* 1998;13:46-7.