



Ambiente de la práctica de enfermería

Y RESULTADOS DEL CUIDADO

Gloria CARVAJAL CARRASCAL,¹ Olga Lucia LAVERDE CONTRERAS,¹ Miriam Cecilia ESCOBAR RAMÍREZ,² Nelly JAIMES CARVAJAL,³ Ligia Patricia ARROYO MARLES⁴

Resumen Abstract

Objetivo: comparar el ambiente de la práctica de enfermería y los resultados del cuidado en un grupo de servicios de hospitalización de instituciones clínicas públicas y privadas de segundo y tercer nivel de atención. **Metodología:** estudio descriptivo comparativo. Muestra intencionada de 210 enfermeras y aleatoria simple de 1576 pacientes. Para la recolección de la información se utilizó el PES-NWI, un registro de datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes y un registro de los indicadores de resultado de cuidado. **Resultados:** se encontró que las instituciones clínicas mostraron ambientes de la práctica de enfermería favorables y mixtos para el desempeño del rol profesional de enfermería. Se observaron diferencias significativas por carácter de la institución (privada/pública) en la muestra de pacientes hospitalizados respecto a presencia de complicaciones, conocimiento de la enfermedad y el tratamiento y satisfacción con el cuidado. **Conclusión:** es importante la implementación de medidas de mejoramiento de los entornos del ambiente de la práctica que promuevan la calidad del cuidado, la satisfacción de los usuarios y de los profesionales de enfermería. **Palabras clave:** Cuidado. Resultados del cuidado. Enfermería. Ambiente de trabajo.

NURSING PRACTICE ENVIRONMENT AND NURSING OUTCOMES

Aim: to compare the nursing practice environment and nursing care outcomes in a group of inpatient services from public and private clinical institutions of secondary and tertiary care. **Methodology:** comparative descriptive study with a purposive sample of 210 nurses and patients, and simple random of 1576 patients. In order to get data collection PES-NWI, a record of socio demographic and clinical data of patients and a record of care outcome indicators was used. **Results:** It was found that clinical institutions showed favorable and mixed clinical practice environments for the performance of the professional nursing role. Significant differences were observed depending on the institution (private / public) in the sample of hospitalized patients regarding presence of complications, knowledge of the disease and treatment and satisfaction with care. **Conclusion:** It is important to implement improvement measures in the surroundings of the practice environment that foster the quality of care and the satisfaction of users and nurses.

Keywords: Care. Care outcomes. Nursing. Work environment.

Introducción

Lake define el ambiente de la práctica de enfermería como “las características organizacionales del ambiente de trabajo que facilitan u obstaculizan la práctica profesional de enfermería”.¹ La literatura documenta los aspectos que garantizan su cumplimiento:^{2,3} (a) Una estructura organizacional que promueve la práctica profesional de enfermería; (b) una filosofía del cuidado que incluye calidad, seguridad, continuidad, responsabilidad y colaboración interdisciplinaria; (c) reconocimiento de la contribución del conocimiento y experticia clínica del profesional de enfermería a la calidad del cuidado y los resultados de los pacientes; (d)

¹Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana. Bogotá (Colombia). ²SEDE Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S. Bucaramanga (Colombia). ³Facultad de Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga (Colombia). ⁴Departamento de Enfermería, Clínica Universidad de La Sabana. Bogotá (Colombia).

CORRESPONDENCIA: Gloria Carvajal Carrascal
Gloria.carvajal@unisabana.edu.co

Manuscrito recibido el 22.1.2015
Manuscrito aceptado el 15.5.2015

Index Enferm (Gran) 2016; 25(1-2):14-17

liderazgo efectivo en los profesionales de enfermería; (e) empoderamiento de los profesionales para participar en los programas y políticas institucionales; (d) programas basados en educación, certificación y preparación avanzada para apoyar el desarrollo profesional de enfermería; (e) uso de tecnologías clínicas y sistemas de información.

La naturaleza multidimensional de las situaciones de cuidado de enfermería exige analizar sus resultados teniendo en cuenta variables derivadas del ambiente de la práctica, de la ejecución del rol profesional y de los pacientes. Contar con ambientes de la práctica favorables es una prioridad para muchos hospitales dado su impacto en el desempeño de los profesionales y así en los resultados del cuidado.^{1,4}

Los efectos beneficiosos de los entornos positivos de la práctica sobre los resultados de profesionales y pacientes están bien documentados. Las enfermeras reportan mayor satisfacción laboral, empoderamiento, autonomía, control sobre la práctica, oportunidades profesionales, colaboración interprofesional y menor reporte de burnout, frustración con el trabajo e insatisfacción laboral.^{5,6} Así mismo, se observa adecuada cantidad y cualificación del personal y uso de modelos de enfermería para la atención, aspectos que afectan directa y positivamente los resultados de calidad y seguridad de los pacientes.^{4,7,8} Por el contrario en los entornos desfavorables de la práctica se documentan insatisfacción e intención de abandonar el lugar de trabajo y alta rotación de profesionales. En los pacientes se registran tiempos de reacción más lentos en la atención, eventos adversos, mayor riesgo de mortalidad e insatisfacción con el cuidado recibido.⁹⁻¹¹

Esta investigación tuvo como objetivo comparar el ambiente de la práctica de enfermería y los resultados del cuidado en un grupo de servicios de hospitalización de instituciones clínicas públicas y privadas de segundo y tercer nivel de atención de dos ciudades de Colombia.

Metodología

Diseño: cuantitativo descriptivo comparativo.

Población y muestra: muestra intencionada de 210 enfermeras (totalidad de enfermeras de los servicios de hospitalización) y muestra aleatoria simple de 1576 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y fueron ingresados en los servicios de hospitalización en 8 instituciones clínicas públicas y privadas de 2º y 3º nivel de atención de Colombia. Para el cálculo

del tamaño de muestra los parámetros fueron: confianza 95%, error en la estimación de promedios y proporciones 5% y factor de corrección por finitud sujeto a la dinámica de ingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización. La información fue recolectada en 12 meses.

Instrumentos: Se utilizaron el PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index), instrumento válido y confiable utilizado para medir la extensión con la cual el ambiente de trabajo facilita la práctica profesional de enfermería.^{12,13} Además un registro de datos sociodemográficos y clínicos y un registro de indicadores de resultado de cuidado de enfermería derivado de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.¹⁴

Análisis de la información: los datos se procesaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 20.0). Teniendo en cuenta el nivel de escalamiento de las variables y la verificación de criterios de normalidad y homocedasticidad se eligieron las pruebas estadísticas para el análisis univariado y bivariado.

Esta investigación se acogió a los lineamientos de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y el Reglamento de Propiedad Intelectual de la Universidad de La Sabana. Este proyecto fue financiado por Convocatoria Interna de Menor Cuantía, Universidad de La Sabana, Código ENF-13-2010.

Resultados

Ambiente de la práctica de enfermería. La caracterización sociodemográfica de las enfermeras mostró una media de edad de 33.62 (DS 9.702), mediana de 6 años de experiencia laboral total y de 3 años para la experiencia laboral en la institución actual. El 27.1% acreditaron título de especialista y el 7.6% título de magister.

El análisis descriptivo de los ítems del PES-NWI mostró diferencias en términos del personal de supervisión que apoya a las enfermeras, disponibilidad y accesibilidad de la enfermera directora o coordinadora, trabajo con profesionales clínicamente competentes, disponibilidad de un programa de orientación a la institución para los profesionales recién contratados, seguimiento de planes de cuidado escritos y actualizados y diferencias educativas entre profesionales que dificultan las relaciones laborales ($p \leq 0.05$).

Las subescalas *Liderazgo y apoyo de las enfermeras*, *Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital*, *per-*

sonal y recursos adecuados y Habilidad de la enfermera directora mostraron las menores puntuaciones. En la comparación paramétrica y no paramétrica la única subescala que mostró una diferencia estadísticamente significativa por carácter de la institución fue *Habilidad de la enfermera directora* ($p = 0.013$).

El PES – NWI clasificó el ambiente de la práctica en desfavorable, mixto y favorable a partir de su punto de corte teórico, todas las instituciones reportaron un ambiente de la práctica *favorable*. Posteriormente, se realizó una nueva clasificación de los puntos de corte tomando como base el comportamiento de los puntajes promedio de la muestra de estudio y estableciendo a través de un método de interpolación lineal un punto de corte ajustado al comportamiento de la muestra. A partir de esta, 4 instituciones reportaron un ambiente de la práctica de carácter *mixto* (tabla 1).

Resultados de los pacientes. El 52% de los pacientes fueron mujeres, la mediana de la edad fue 52 años y un promedio de 9 días de hospitalización. Se cuantificó la ocurrencia de caídas, alteraciones en la integridad de la piel e infecciones asociadas al cuidado de la salud. El 43.4% de los pacientes de las instituciones privadas y el 56.6% de las públicas presentaron complicaciones, con diferencia estadísticamente significativa por carácter de la institución ($p = 0.004$). Se evidenciaron diferencias significativas en alteraciones de la integridad de la piel ($p = 0.077$), evaluación del riesgo de alteración en la integridad de la piel ($p = 0.000$) y presencia de infecciones asociadas al cuidado de la salud ($p = 0.000$).

En el egreso el 20.69% de los pacientes reportaron que durante la hospitalización no conocieron al grupo de profesionales de enfermería responsables de su cuidado. Este porcentaje de pacientes fue excluido del análisis de las variables control del dolor, conocimiento de la enfermedad y el tratamiento y satisfacción con el cuidado recibido.

Respecto al dolor, el 72.4% de los pacientes refirió que sintió dolor durante la hospitalización, de estos el 67.4% consideró que dado el nivel de dolor requería atención del equipo de salud para su manejo y de ellos solo el 50% manifestó atención del profesional de enfermería. La atención incluyó: valoración del dolor (42%), manejo farmacológico (43%), solicitud de atención al médico tratante (31%) y manejo no farmacológico por parte de enfermería (4%), todas estas con diferencias significativas por carácter de la institu-

Tabla 1. Ambiente de la práctica de enfermería en las 8 instituciones clínicas participantes (H). Clasificación por punto de corte teórico y por punto de corte ajustado

H	Clasificación del Ambiente ¹	Subescalas con menor puntuación	Clasificación del Ambiente ²	Subescalas con menor puntuación
H1	Favorable	Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras	Favorable	
H2		Sub1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, personal y recursos adecuados Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras	Mixto	Sub1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, personal y recursos adecuados Sub2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado
H3		Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras	Favorable	Sub2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado
H4		Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras	Mixto	Sub2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras
H5		Sub1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, personal y recursos adecuados Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras	Mixto	Sub1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, personal y recursos adecuados Sub2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado Sub3. Habilidad de la enfermera administradora
H6		Sub1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, personal y recursos adecuados Sub3. Habilidad de la enfermera administradora Sub4. Liderazgo y apoyo de las enfermeras	Mixto	Sub1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, personal y recursos adecuados Sub2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado
H7			Favorable	Sub2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado
H8			Favorable	

Fuente: Carvajal, Laverde, Arroyo-2013. ¹Punto teórico para todas las subescalas (2.5); ²Punto teórico ajustado: Sub 1 (2.6), Sub 2 (3.1), Sub 3 (2.7), Sub 4 (2.4), Sub 5 (2.8)

ción ($p < 0.000$).

En cuanto al rol educativo se encontró con diferencias significativas por carácter de la institución ($p < 0,000$) que los profesionales de enfermería no dieron información a los pacientes sobre recomendaciones de alimentación (52.5%), aspectos relacionados con la enfermedad (44.4%), actividad física (58.3%), exámenes y procedimientos (35.1%). Por el contrario se brindó información sobre los medicamentos prescritos en un 68.6%. Finalmente los pacientes reportaron alto grado de satisfacción con el cuidado de enfermería recibido (tabla 2).

Discusión

Es conocida la importancia de las prácticas organizativas de gestión, liderazgo de enfermería y suficiencia de personal en la calidad, seguridad y resultados del cuidado de enfermería, aspectos que son evidentes en los hospitales con buenos ambientes de la práctica.¹⁵ Las instituciones hospitalarias participantes mostraron ambientes de la práctica favorables y mixtos, sin embargo, se observó la necesidad de trabajar en aspectos como *Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital*, *Habilidad de la enfermera administradora*, y *Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado*.

Particularmente se evidenció la necesidad de establecer planes de mejoramiento para la subescala *Liderazgo y apoyo de las*

enfermeras dado que fue una de las que recibió menor puntuación, al respecto la literatura señala que en los entornos positivos para la práctica los líderes de enfermería son elementos clave de la organización para mejorar el reclutamiento y la retención del personal a través de la promoción de una práctica profesional autónoma. Además son responsables de gestionar un nivel óptimo de dotación de personal, la disminución de las cargas de trabajo, la resolución de las preocupaciones del personal, el mejoramiento de los programas de educación continua, garantizando así un ambiente de trabajo positivo y mejores resultados del cuidado.^{16,17} Al respecto, el liderazgo es considerado un proceso emocional que se convierte en una vía para que

el líder de enfermería influya en sus subalternos. Una relación de desconfianza entre los jefes de enfermería y su equipo en el marco del ambiente de trabajo puede generar sentimientos de rabia, humillación, baja motivación hacia el trabajo y como consecuencia pueden evidenciarse reacciones emocionales como restricciones en la comunicación del equipo y conductas evitativas, estas emociones y cogniciones contribuyen al síndrome de estrés laboral.¹⁸

La subescala con mejor puntuación fue la denominada *Relación entre médicos y enfermeras*, en este sentido la literatura indica la necesidad reforzar este aspecto dado que la comunicación y trabajo efectivo entre médicos y enfermeras es un factor significativo asociado con disminución en los errores en la atención en salud y disminución de la mortalidad en entornos de cuidado agudo.¹⁹

Si bien la variable nivel de formación no reportó diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones clínicas públicas y privadas, la cualificación de las enfermeras es una característica definitoria de las instituciones que tienen buenos ambientes de la práctica^{4,8} aspecto contrario a lo encontrado en esta investigación en la cual una baja proporción de enfermeras tenía título de especialista o magister. La literatura reporta que a mayor nivel educativo se observan mejores resultados derivados del cuidado, mayor prevención de complicaciones en pacientes hospitalizados en entornos de cuidado agudo y menor mortalidad.^{8,20,21}

La presencia de complicaciones es un resultado sensible al cuidado de enfermería, en los pacientes se observaron alteraciones en la integridad de la piel, infecciones

Tabla 2. Satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido

Grado de satisfacción respecto a:	Muy Satisfecho	Satisfecho	Poco Satisfecho	Insatisfecho	Valor p
Cortesía, amabilidad y respeto que demostraron las enfermeras y enfermos jefes del servicio	52.4%	42.8%	4%	0.72%	0,000
Interés que demostraron las enfermeras y enfermeros jefes del servicio respecto a sus sentimientos, opiniones y necesidades individuales	43.36%	47.44%	7.36%	1.84%	0,000
Seguimiento y control diario de su estado de salud por parte de las enfermeras y enfermeros jefes del servicio	46.8%	44.48%	6.96%	1.76%	0,000
Rapidez de la respuesta al llamado y solución de las inquietudes, dudas o preguntas por parte de las enfermeras y enfermeros jefes del servicio	36.72%	47.92%	11.12%	4.24%	0,000
Apoyo emocional recibido por parte de las enfermeras jefes del servicio	35.44%	49.6%	10.08%	4.88%	0,000
Apoyo proporcionado por parte de las enfermeras y enfermeros jefes del servicio en la visita de familiares y amigos	36.48%	50.48%	8.96%	4.08%	0,000
Información proporcionada por parte de las enfermeras y enfermeros jefes del servicio respecto a las opciones de cuidado, grupo de auxiliares y procedimientos	37.44%	46.96%	11.2%	4.4%	0,000

Fuente: Carvajal, Laverde, Arroyo-2013

asociadas al cuidado de la salud y limitación en la valoración del riesgo asociado a estas. La evidencia empírica relaciona cuidado directo de enfermería y seguridad del paciente, documentando que la falta de eventos adversos como úlceras por presión, caídas, errores en la medicación e infecciones de las vías respiratorias y urinarias se atribuyen al cuidado de enfermería.²²

Respecto al dolor como indicador de cuidado de enfermería, Achury afirma que en el día a día de la práctica clínica el abordaje de este por parte de las enfermeras se ha limitado al control fisiológico y farmacológico, dejando atrás el componente social, emocional y sus repercusiones y olvidando que disponen de herramientas que les permiten hacer una valoración integral y un manejo multidimensional.²³

Por otro lado, la educación al paciente pretende proporcionar a este los conocimientos y las habilidades necesarias para mejorar su autocuidado y el cumplimiento terapéutico. Cuando los pacientes están informados pueden enfrentar con éxito la enfermedad, cumplir con el tratamiento y mejorar su estado general de salud y bienestar.²⁴ En esta investigación se observó que las enfermeras no brindaron educación a los pacientes más allá de la medicación prescrita. Este dato coincide con los resultados del estudio de Moreno y cols. quienes indican que este cuidado se omite constantemente durante la hospitalización, afirman que los pacientes señalan la omisión en la educación acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico.²⁵ Se hace necesario retomar el rol de enfermería como educador durante la estancia hospitalaria y en la preparación para el alta y determinar cómo afectan los resultados de calidad y seguridad del cuidado de enfermería. La literatura evidencia que esta es la opción más eficaz para la disminución de quejas, readmisiones hospitalarias y para mejorar la adherencia al tratamiento.^{25,26}

A excepción del porcentaje que manifestó no conocer durante la hospitalización al grupo de enfermeras responsables de su cuidado, los demás pacientes del estudio reportaron alto grado de satisfacción con el cuidado recibido, este es un indicador de la calidad y efectividad organizacional como también predictor de disposición para seguir el régimen de tratamiento y de recomendar a la institución de salud.²⁷ Del mismo modo se observa que el mayor predictor de satisfacción en los pacientes con la atención en el hospital es la satisfacción

con el cuidado de enfermería, indicador mediado por la variable "comunicación enfermera" y más importante que manejo del dolor, comunicación acerca de los medicamentos, y comunicación con los médicos, dado que las enfermeras son el principal punto de contacto interpersonal y el único recurso "24-7" para el cuidado y asistencia inmediata del paciente.²⁸ Según De la Cuesta, es por medio de la comunicación como la enfermera puede cumplir con el objetivo de su profesión, ayudando a los individuos y a las familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a dar sentido a estas experiencias.²⁹

Desafortunadamente se observa que la responsabilidad de más pacientes obliga a las enfermeras a centrarse en la coordinación y ejecución de cuidados instrumentales, limitando así las interacciones con los pacientes, aspecto necesario para conocerlos, crear confianza, individualizar la atención, interactuar de una forma integral y dar cuidado.^{28,30}

Acorde con los indicadores NOC que evaluaron la satisfacción del paciente con el cuidado recibido en este estudio, McLeod afirma que los principales predictores de satisfacción general en los pacientes incluyen: "la preocupación que muestra el personal, cuando el personal trata al paciente como una persona y no como una condición, el personal que hace sentir seguro y protegido al paciente, que se anticipan a sus necesidades, que se comunica eficazmente, que ayuda a calmar los temores y que responde oportunamente a las solicitudes".²⁸ Hallazgos similares se evidencian en el estudio de Moreno e Interrial, quienes afirman que la conjugación de los aspectos técnicos e interpersonales del cuidado mejoran la percepción de bienestar del paciente durante la hospitalización.³¹

El conocimiento derivado de este estudio puede orientar la implementación de medidas de mejoramiento que promuevan la calidad del cuidado, la satisfacción de los usuarios, la satisfacción de los profesionales de enfermería y de esta manera mejorar los resultados del cuidado de enfermería.

Bibliografía

1. Lake E, Friese C. Variations in Nursing Practice Environments. Relation to staffing and hospital characteristics. *Nurs Res*. 2006; 55 (1): 1-9.
2. International Centre for Human Resources in Nursing. Positive Practice Environments: Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background. Toronto, Canada: RNAO. 2006. Disponible en: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241> [acceso: 15/09/2014].

3. American Association of Colleges of Nursing. Hallmarks of the Professional Nursing Practice Environment. *J Prof Nurs*. 2002; 18(5):295-304.
4. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Lake E, Cheney T. Effects of Hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008; 38 (5): 223-229.
5. Friese Cr. Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 32:765-72.
6. Upenieks VV. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)*. 2003; 22(2): 83-98.
7. Laschinger HK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *J Nurs Adm*. 2006; 36: 259-67.
8. Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D, Silber J. Educational levels of hospital nurses and surgical patients mortality. *JAMA*. 2003; 290 (12): 1617 - 1623.
9. Hayesa L, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamianc J, Buchand J, Hughese F, Spence Laschinger H, Northf N, Stoneh P. Nurse turnover: A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2006; 43:237-263.
10. Tourangeau A, Doran D, McGillis Hall L, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu Jv, Cranley L. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*. 2007; 57(1):32-44.
11. Ann Kutney-Lee, Matthew D. McHugh, Douglas M. Sloane, Jeannie P. Cimiotti, Linda Flynn, Donna Felber Neff, and Linda H. Aiken Nursing: A Key To Patient Satisfaction. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28(4): 669-677.
12. Lake, E. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Health*. 2002; 25:176-188.
13. Warshawsky N, Sullivan D. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2011; 60(1): 17-31.
14. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Elsevier, 2005.
15. Papastavrou E, Efsthathiou G, Acaroglu R, DA Luz MD, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Kanan N, Katajisto J, Leino-Kilpi H, Lemonidou C, Sendir M, Sousa VD, Suhonen R. A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment. *J Nurs Manag*. 2012; 20: 236-248.
16. Vanoyen Force M. The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *J Nurs Adm*. 2005; 35(7/8): 336-341.
17. Duffield C, Roche M, O'Brien-Pallas L, Catling-Paull C, King M. Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian*. 2009;16(1):11-17.
18. Yáñez R, Valenzuela S, Dagnino P, Cuadra R. Las consecuencias emocionales de desconfiar en las jefaturas de enfermería. *Index de Enfermería* 2012; 21(1-2):28-32.
19. Manojlovich M, De Cicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):536-43.
20. Kane RI, Shamiyyan T, Mueller C, Duval S, Wilt Tj. Nurse staffing and quality of patient care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;(151):1-115
21. Estabrooks Ca, Midodzi Wk, Cummings Gg, Ricker KI, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res*. 2005; 54(2):74-84.
22. D'Amour D, Dubois Carl-Ardy, Tchouaket E, Clarke S, Blais R. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(6): 882-891.
23. Achury-Saldaña D. Dolor: la verdadera realidad. *Aquichan* 2008; 8(2): 146-158.
24. Bulut H, Tanrikulu G, Dal Ü, Kapucu S. How much do ed patients know about medication prescribed for them on discharge? *J Emerg Nurs*. 2013; 39(3):27-32.
25. Moreno Monsiváis MG, Moreno Rodríguez C, Interrial Guzmán MG. Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados. *Aquichan* 2015; 15 (3): 329-338.
26. Zavala, Sandra; Shaffer, Carol. Do patients understand discharge instructions? *J Emerg Nurs*. 2011; 37 (2): 138-141.
27. Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Health*. 2004; 27(4):254-68.
28. MacLeod L. Three Keys to Patient Satisfaction: Nursing, Nursing, and Nursing. *Nurse Leader* 2012; 10 (5): 40-43.
29. De la Cuesta C. Cuidado artesanal la invención ante la adversidad. 3 ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
30. Godkin J, Godkin I, Austin P. Nursing presence, patient satisfaction, and the bottom line. *J Hosp Mark Public Relations*. 2002; 14: 15-33.
31. Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería* 2012; 21(4):185-189.