



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

“HABILIDADES COMUNICATIVAS DE LA ENFERMERA Y LA CALIDAD DEL CUIDADO, PERCIBIDA POR EL FAMILIAR CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL HOSPITAL II CLÍNICA GERIÁTRICA SAN ISIDRO LABRADOR – RPA – ESSALUD – AGOSTO – 2016”

Presentado por:

Miriam Yanett Vizcarra Arenas

Tesis desarrollada para optar el Grado Académico de Maestro en
Administración y Gestión de los Servicios de Salud con Mención en
Gerencia en Salud

Docente asesor:

Dra. Teresa Pareja Pera

Chincha, Ica, 2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	4
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	4
1.2 Delimitación de la Investigación	7
1.3 Problema de Investigación (Formulación del Problema).....	7
1.3.1 Problema Principal	7
1.4 Objetivos de la Investigación.....	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
1.5 Hipótesis de la Investigación.....	8
1.5.1 Hipótesis general	8
1.5.2 Hipótesis secundarias	9
1.5.3 Identificación y clasificación de variables e indicadores.....	10
1.6 Diseño de la Investigación	12
1.6.1 Tipo de investigación.....	12
1.6.2 Nivel de la investigación.....	12
1.6.3 Método	12
1.7 Población y Muestra de la Investigación	12
1.7.1 Población	13
1.7.2 Muestra	13
1.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	14
1.8.1 Técnicas.....	14
1.8.2 Instrumentos	14
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	18
2.2 Bases Teóricas	22
2.3 Definición de Términos Básicos	38
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

Desde su origen, la necesidad de comunicación ha estado asociada a la actividad del hombre, siempre ha existido una fuerza imperiosa de relacionarse con otros; al hacerse cada vez más compleja, la necesidad de comunicarse con sus semejantes dio origen al lenguaje.(Barbón, 2011)

Este proceso continuo se viene ejecutando sin siquiera percibirlo, permite compartir mensajes y en ellos van inmersos sentimientos, deseos y emociones; inclusive el silencio transmite un mensaje, es por ello que la comunicación es la base de las relaciones humanas.

Por otro lado el cuidado, es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de las situaciones de enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente a la persona cuidada como receptora de cuidados, sino también a la enfermera como la persona que proporciona los cuidados (Báez et al., 2009)

Esta Tesis nace a partir de la importancia de la comunicación en las relaciones humanas, más aun en situaciones como la hospitalización, donde la persona cuidada, el familiar cuidador primario y el personal de salud interactúan y necesitan que este proceso beneficie a todos, al profesional de enfermería, a la persona cuidada y su familiar cuidador como centro de los mismos. Por ello debe destacar la importancia del desarrollo de las habilidades comunicativas de los enfermeros, así como la calidad del cuidado proporcionado.

El objetivo principal de la investigación es relacionar cómo influyen las habilidades comunicativas de los enfermeros en la calidad del cuidado percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, el interés de esta investigación es tener elementos que demuestren la importancia del desarrollo de las habilidades comunicativas del profesional de enfermería a todos los niveles.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La calidad de atención de salud es un problema transversal y es de interés mundial, en el estudio “In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care”, que examinó el desempeño de los sistemas de salud en 11 países de altos ingresos, observó que el 87% de los pacientes de esos países calificaban la calidad de la atención como “buena”, “muy buena” o “excelente”. (Osborn et al., 2016)

En un estudio reproducido en países de ingresos medianos de las Américas, concluyó que sólo el 40% calificó a la calidad de la atención que recibían de los profesionales de la salud, como “buena”, “muy buena” o “excelente”, también constató que, de las personas que acuden regularmente al mismo centro de atención, el 40% refiere que los profesionales de la salud no les dedican suficiente tiempo, el 26% señala que no les explican las cosas de modo comprensible, y el 36% indica que no revisan su medicación ni les explican los posibles efectos secundarios. Estas variables de la calidad desde la perspectiva de los pacientes, están relacionadas a la esfera comunicacional e interpersonal del cuidado y son los mejores indicadores de confianza; la experiencia de los pacientes en los centros de atención es un indicador fiable del modo en que las personas perciben la calidad del sistema de salud. (Guanais et al., 2016)

Así mismo, se puede definir calidad del cuidado de enfermería como, un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación de este y la satisfacción de los usuarios; para obtener este logro, es necesario tener en cuenta la presencia, la permanencia, la continuidad y la anticipación, que vienen a ser condiciones específicas y distintivas de ese cuidado, a través de las cuales es posible proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad de las personas bajo cuidado. (Cornetto et al., 2011)

En este mundo globalizado la comunicación se hace prioritaria para las relaciones entre personas, ya que esta busca unificar y beneficiar a la sociedad en general; es un elemento clave de la relación con el paciente y sin ella es imposible manifestarle a este la intención de ayuda y el tipo de cuidados que se le ofrece, la esencia de enfermería son las relaciones interpersonales. Por lo tanto, la comunicación es un elemento fundamental

en la preparación profesional de las enfermeras. (Ramírez & Müggenburg, 2015)

El cuidar es la esencia de enfermería y es un modo de lograr salud, bienestar, la conservación de las culturas y de la sociedad (Torres & Buitrago, 2011); pero este debiera estar constituido por acciones que protejan, mejoren y preserven la humanidad del paciente; sin embargo las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de los enfermeros de su visión humanista y holística del cuidado. (Poblete & Valenzuela, 2007)

Por otro lado, investigadores resaltan la importancia de la capacidad o habilidad de la enfermera para comunicarse, esta habilidad puede definirse como el medio a través del cual, expresan, en un contexto interpersonal y en una situación específica, sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones, deseos y derechos, proporcionando una serie de consecuencias en la relación que afectan tanto al paciente, a los profesionales, a la relación entre ambos e incluso al sistema sanitario de manera adecuada dentro de la relación de cuidado, esta interacción o comunicación enfermera-persona cuidada, ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad (Müggenburg & Riveros, 2012)

Seccareccia y colaboradores, en la investigación *Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study*, con la participación de pacientes, familiares cuidadores y profesionales de la salud, realizada en Canadá donde incluyeron a cuatro unidades de cuidados paliativos, evaluaron la comunicación y la calidad del cuidado, concluyeron que la comunicación es el elemento central de la calidad del cuidado y de la satisfacción. (Seccareccia et al., 2015)

Peñacoba y colaboradores (2014), en la investigación realizada en cinco hospitales españoles, que evalúa la comunicación, calidad de vida y satisfacción del paciente hospitalizado en unidades de cuidados paliativos, se observó que en la relación comunicación y calidad de vida, estas tuvieron puntuaciones significativamente menores en aquellos profesionales sanitarios que manifestaban tener el mando y que se sentían incómodos ante las preguntas de los pacientes. (Peñacoba et al., 2014)

Ramírez y colaboradores (2013), en la investigación realizada en Colombia, donde evalúa la Calidad de Cuidado de Enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos, encuentra que la dimensión proceso donde se incluye también el trato humanizado, la capacidad de establecer una relación interpersonal con el paciente, incluir a la familia en el cuidado, obtuvo un 5% como malo y un 95% como regular (Ramirez et al., 2013)

Landman y colaboradores (2015), en la investigación, realizada en Chile titulada Satisfacción Usuaría respecto a Competencia de Comunicación del Profesional de Enfermería, se encontró que casi el 30% de los encuestados se sintió insatisfecho con respecto a la competencia comunicativa de la enfermera. (Landman et al., 2015)

Santana y colaboradores (2014), en la investigación realizada en un hospital docente del Brasil, que evalúa la calidad de cuidado de enfermería y la satisfacción del usuario, se observó que en el dominio educacional del estudio, el rubro de información se destacó negativamente y concluye que esta deficiencia del papel educativo del equipo de enfermería demuestra la no atención, de parte de estos profesionales a uno de los derechos de los pacientes, ya que la información y la educación por si solos, son indicadores de la calidad de la atención de enfermería(Santana et al., 2014)

En el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, en el Informe sobre quejas de usuario de la Jefatura de la División de Planeamiento y Calidad del 2016, indica que el 30% de las quejas presentadas tienen como base la comunicación o información inadecuada.

Por otro lado, al realizar rondas de seguridad en el área de hospitalización, una persona susceptible de cuidado refiere acerca del cuidado de enfermería “la enfermera no me informó qué me está administrando en la vena”, otro refiere “entró la señorita con las medicinas y no me miró”, otra manifiesta “cuando le hablo no me escucha y si insisto se incomoda”, otro refiere “cuando entra no pregunta ¿cómo me llamo?, siempre está con prisa”.

Al revisar el libro de reclamaciones del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador”, se encuentra un registro donde el familiar de una paciente refiere textualmente, “Hago de conocimiento el mal trato de la enfermera de turno a la que le pregunto algo y ella respondió que no tiene tiempo para responderme”, líneas abajo anota que intentó dirigirse a la enfermera más

cercana diciendo “señorita”, por más de 10 veces, y ella no le respondía, luego de la insistencia responde de la siguiente manera “no es mi paciente”. Otra queja que se registró, donde el familiar de una paciente refiere “que al hacer un comentario la enfermera responde una serie de cosas, gritando, no respeta su trabajo ni sus estudios”.

Por lo expuesto la presente investigación busca indagar esta problemática social que involucra a los actores de esta interrelación, es decir la enfermera y su habilidad comunicativa y al familiar cuidador primario del paciente geriátrico, que percibe esta competencia y como esta afecta la calidad del cuidado de enfermería.

1.2 Delimitación de la Investigación

1.2.1 Delimitación espacial: Esta investigación se desarrolló en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – RPA – ESSALUD, ubicado en el Distrito de Santa Anita, Provincia de Lima, Departamento de Lima.

1.2.2 Delimitación temporal: El desarrollo de esta propuesta investigativa se llevó a cabo en el mes de Agosto del año 2016.

1.2.3 Delimitación social: La investigación se realizó en familiares cuidadores primarios de los pacientes geriátricos hospitalizados, debido a que el 70% de los pacientes que ingresan al Hospital son dependientes totales (Katz G) y por esta condición no pueden responder los cuestionarios.

1.3 Problema de Investigación (Formulación del Problema)

1.3.1 Problema Principal

¿Qué relación existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – EsSalud, Agosto del 2016?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador

primario del paciente geriátrico hospitalizado en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – EsSalud.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión es accesible de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.
- Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión explica y facilita de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.
- Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión conforta de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.
- Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión se anticipa de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.
- Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión mantiene relación de confianza de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.
- Determinar la relación que existe entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión monitorea y hace seguimiento de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

1.5 Hipótesis de la Investigación

1.5.1 Hipótesis general

H0: No existe relación entre las habilidades comunicativas del personal de enfermería y la calidad del cuidado percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del personal de enfermería y la calidad del cuidado percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

1.5.2 Hipótesis secundarias

H0: No existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión es accesible de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión es accesible de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H0: No existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión explica y facilita de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión explica y facilita de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H0: No existe relación e entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión conforta de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H1: Existe relación e entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión conforta de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H0: No existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión se anticipa de la calidad del cuidado,

percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión se anticipa de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H0: No existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión mantiene relación de confianza de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión mantiene relación de confianza de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

H0: No existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión monitorea y hace seguimiento de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador. **H1:** Existe relación entre las habilidades comunicativas de la enfermera y la dimensión monitorea y hace seguimiento de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

1.5.3 Identificación y clasificación de variables e indicadores

Variable 1

Percepción de la calidad del cuidado de enfermería:

Es la percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, sobre la calidad de cuidado que le proporciona el enfermero, a través de seis dimensiones.

Indicadores:

- **Es accesible:** Ítems de 1 al 5.
- **Explica y facilita:** Ítems del 6 al 10.

- **Conforta:** Ítems del 11 al 15.
- **Se anticipa:** Ítems del 16 al 20
- **Mantiene relación de Confianza:** Ítems del 21 al 25.
- **Monitorea y Hace seguimiento:** Ítems del 26 al 30

Se utilizará el instrumento Care Q elaborado por Patricia Larson, que fue traducido al español y validado al español por Sepúlveda y colaboradores, en población colombiana (Sepúlveda et al., 2009).

Variable 2

Percepción de las Habilidades Comunicativas del Enfermero

Viene a ser la percepción que tiene el familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, sobre las habilidades comunicativas del enfermero, estas están compuestas por un conjunto de técnicas, conductas verbales y no verbales, que conforman la competencia relacional de los profesionales de la salud a través de las cuales, éstos expresan, en un contexto interpersonal (centrado en el paciente) y en una situación específica, sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones, deseos y derechos, proporcionando una serie de consecuencias en la relación que afectan al propio paciente (mejoría o curación del proceso clínico, satisfacción con la atención, cambios conductuales y emocionales), a los profesionales (satisfacción o bienestar en su trabajo), a la relación entre ambos (reforzamiento, confianza, apoyo, denuncias o reclamaciones) e incluso al sistema sanitario (utilización de recursos, efectividad y calidad en la asistencia) (Leal et al., 2016)

Indicadores:

Comunicación Informativa: Ítems del 1 al 5.

Escucha Activa: Ítems del 6 al 10

Empatía: Ítems del 11 al 15

Respeto y Autenticidad: Ítems del 16 al 20

Asertividad o Conducta Socialmente Habilidadosa: Ítems del 21 al 25

Se utilizará el instrumento EHC-PS, Escala sobre las habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud, que será adaptado por la investigadora, para que sea aplicado a los familiares acompañantes de los pacientes geriátricos hospitalizados.

1.6 Diseño de la Investigación

1.6.1 Tipo de investigación

Esta investigación se desarrolló utilizando la investigación descriptiva correlacional, busca determinar el grado de relación y semejanza que pueda existir entre dos o más variables, es decir, entre características o conceptos de un fenómeno. Ella no pretende establecer una explicación completa de la causa – efecto de lo ocurrido, solo aporta indicios sobre las posibles causas de un acontecimiento.(Rojas, 2015)

1.6.2 Nivel de la investigación

Esta investigación tiene como propósito incrementar conocimientos sobre la relación entre la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa percibida por el familiar cuidador primario, para lo cual se utilizó la investigación aplicada.

1.6.3 Método

De los tres tipos de métodos de investigación, cuantitativo, cualitativo y mixto, para el presente este estudio, se utilizó el método cuantitativo, el cual tiene como características principales medir fenómenos, utilizar estadística, probar hipótesis y realizar análisis de causa – efecto o de correlación. (Hernández et al., 2010)

1.7 Población y Muestra de la Investigación

1.7.1 Población

La población de estudio estará constituida por familiares cuidadores primarios de los pacientes geriátricos hospitalizados del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, haciendo un total de 90 al mes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- ✦ Familiar cuidador primario de pacientes Adultos Mayores de 60 años hospitalizados.
- ✦ Familiar cuidador primario de pacientes geriátricos con tres días o más de hospitalización.
- ✦ Familiar cuidador primario de pacientes geriátricos hospitalizados que acudan de manera diaria y que permanezcan con el paciente al menos cuatro horas consecutivas por día.
- ✦ Familiar cuidador primario de pacientes geriátricos hospitalizados con grado de dependencia II o III
- ✦ Familiar cuidador primario de pacientes geriátricos hospitalizados que acepten voluntariamente participar de la investigación

Criterios de Exclusión

- ✦ Familiar cuidador primario de pacientes geriátricos hospitalizados que no acudan regularmente al hospital.
- ✦ Cuidador primario con remuneración

1.7.2 Muestra.

La muestra será no probabilística, consecutiva.

N	100
P	0.75

Q	0.25
z	2.58
e	0.08
n	62

$$n = \left(\frac{N Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q}{(N-1)e^2 + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q} \right)$$

1.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

1.8.1 Técnicas

La técnica para la recolección de los datos se realizará aplicando dos cuestionarios, uno sobre la calidad de cuidado que brinda el profesional de enfermería y el otro sobre las habilidades comunicativas percibidas por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado.

1.8.2 Instrumentos

Cuestionario N° 1

Descripción del cuestionario sobre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Para la recolección de datos de la percepción de la calidad de cuidados de los familiares acompañantes de pacientes geriátricos hospitalizados, se utilizará el Cuestionario Care Q de Patricia Larson, adaptado, por la investigadora, constituido por 30 ítems diferentes que describen el acto de cuidar, y adaptado para medir la percepción del familiar acompañante del paciente geriátrico hospitalizado, acerca de la calidad de cuidado brindado por el profesional de enfermería. Fue validado por la propia Patricia Larson en 1988. Este cuestionario ha sido utilizado en varias ocasiones y en diversos países, como México donde se determinó la confiabilidad del instrumento en español y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,9054, resultando un nivel de confiabilidad satisfactorio. En un estudio colombiano de validación del

instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 (Sepúlveda et al, 2009).

En esta investigación se ha adaptado este instrumento y se ha reducido el número ítems a 30, para su validez de contenido fue sometido a juicio de expertos, este estuvo conformado por 5 profesionales expertos en el área de investigación y del tema a tratar, se aplicó la V de Aiken teniendo como resultado 1, por lo tanto estadísticamente significativo. Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba estadística, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.97.

Este instrumento de selección múltiple tipo Likert, consta de cinco opciones; cada ítem está calificado en los valores siguientes: Nunca = 1, casi nunca = 2, a veces = 3, casi siempre = 4, siempre = 5.

Si los puntajes obtenidos se encuentran en el rango de 30 a 89 puntos, la calidad del cuidado percibida por el paciente es mala, si el rango se encuentra entre 90 y 112 puntos, la percepción de la calidad de cuidado del paciente es regular o intermedia, si el puntaje se encuentra entre 113 y 150 la percepción de la calidad es Buena.

Cuestionario N° 2

Descripción del cuestionario sobre la percepción de las habilidades comunicativas del personal de enfermería También se aplicará el instrumento para medir las habilidades comunicativas de la enfermera, para ello se usará el cuestionario EHC- PS (Escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud), constituido por 46 ítems, elaborado por César Leal y colaboradores (Leal et al., 2016) es un instrumento de selección múltiple tipo Likert, que evalúa las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud y sus componentes en 5 dimensiones: empatía, escucha activa, comunicación informativa, respeto y autenticidad, asertividad o conducta socialmente habilidosa.

Para fines de este estudio la investigadora ha adaptado el instrumento y ha reducido el número de ítems de 46 a 25, se ha realizado la confiabilidad del instrumento a través de la prueba estadística Alpha de Cronbach obteniendo un valor de 0.93.

Para la validez de contenido, fue sometido a juicio de expertos, los cuales estuvo conformado por 5 profesionales expertos en el área de investigación y del tema a tratar, se aplicó la V de Aiken teniendo como resultado 1, por lo tanto estadísticamente significativo.

Este instrumento consta de cinco opciones, cada ítem está calificado con los valores siguientes: Nunca = 1, casi nunca = 2, a veces = 3, casi siempre = 4, siempre = 5; excepto en los ítems N°1, N°2, N°24, N°25; donde los valores son: Nunca = 5, casi nunca = 4, a veces = 3, casi siempre = 2, siempre = 1.

Si el rango de puntaje se encuentra entre 25 y 74 la habilidad comunicativa del enfermero es baja, si el rango se encuentra entre 75 y 94 es regular o intermedia, si el puntaje se encuentra entre 95 y 125 la habilidad comunicativa es buena.

1.9 Justificación e Importancia de la Investigación

Justificación de la Investigación

Justificación teórica.

El presente estudio es importante porque permite obtener conocimiento acerca de la de las habilidades comunicativas de la enfermera, así como la calidad de cuidado de enfermería, a través de la percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, con grado de dependencia II – III, ya que este tipo de pacientes no se encuentran en condiciones de expresar sus sentimientos y opinión, el familiar cuidador asume con responsabilidad esta función, por lo que se le reconoce su naturaleza y participación directa en el cuidado de enfermos crónicos, sobre todo en una realidad específica como es el caso del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador de EsSalud, siendo este el centro de referencia en la atención geriátrica del Perú y donde nace el proyecto familiar acompañante. Es así que con el propósito de conocer esta realidad se ha estructurado un marco teórico, producto de la revisión de bibliografía actualizada respecto a estas variables de estudio que se pone a disposición de la profesión de enfermería y sobre todo para las especialistas del área

respectiva. Cabe indicar que el presente estudio se constituye en una fuente teórica generadora de nuevas ideas de investigación.

Justificación metodológica.

El presente estudio proporcionará un gran aporte metodológico pues con el propósito de medir las variables habilidad comunicativa de la enfermera y la calidad de cuidado percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, se han utilizado instrumentos adaptados, validados y estadísticamente confiables; los mismos que se ponen a disposición de otras enfermeras para que puedan ser empleados en investigaciones en contextos similares.

Justificación práctica.

El desarrollo de esta investigación es beneficiosa para el personal de enfermería que labora en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, pues facilita una conducta reflexiva acerca de su habilidad comunicativa; igualmente le permite identificar la calidad de cuidado que brinda, a través de la percepción del familiar cuidador. Asimismo los resultados del estudio están a disposición de los Gestores del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador y de la Red Prestacional Almenara, ya que a partir de la realidad encontrada se puedan diseñar e implementar planes de mejora con el propósito de desarrollar las habilidades comunicativas en el profesional de enfermería, lo que permitirá tener un alto nivel de calidad de cuidado, en el cumplimiento de sus funciones especializadas dedicadas al paciente geriátrico y su familia.

Importancia

La importancia de esta investigación se enfoca básicamente en determinar si existe correlación entre la calidad del cuidado de enfermería y la habilidad comunicativa de la enfermera, percibida por el familiar cuidador primario de pacientes geriátricos hospitalizados, también permitirá intervenir la problemática comunicativa de la enfermera desde su formación profesional hasta su desempeño en la práctica, para poder mejorar esta situación, lo que se reflejará en un mejor trato al paciente y a la familia, mejorará la calidad del cuidado interpersonal de la enfermera, así como, las relaciones con los otros

profesionales de la salud, disminuirá los reclamos y quejas, mejorará la satisfacción del usuario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Ramírez y Müggenburg (2015) en el estudio de revisión mexicano **titulado:** Relaciones personales entre la enfermera y el paciente, cuyo **objetivo** fue, centrar en la reflexión sobre las relaciones interpersonales y la trascendencia que tiene la comunicación en la práctica del cuidado. **Metodología:** Se revisaron 120 artículos de investigación cuantitativa y cualitativa, obtenidos a través de Medline, PubMed, y Scielo, de estos se seleccionaron 58 artículos publicados entre el 2008 y el 2013, que cumplieron los criterios de selección, los fundamentos teóricos que se abordan. **Conclusión:** El común denominador es la relación interpersonal que desempeñan las enfermeras cuando brindan los cuidados al paciente, tiene gran potencialidad terapéutica, la misma que deberá de ser considerada en el campo de la práctica profesional y en los espacios de formación de enfermeras (P. Ramírez & Müggenburg, 2015)

Borré (2013) en el estudio **Titulado:** Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla – Colombia, cuyo **objetivo** fue determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados. **Metodología:** Este estudio descriptivo transversal aplicó el cuestionario SERVQHOS-E, obtuvo los siguientes **resultados:** La calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados es “Peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en un 17%, y “Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%; el 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”, este trabajo **concluye** que la calidad percibida de la atención de enfermería por los pacientes hospitalizados, mostró una tendencia buena, oscilando entre el 60% y 100%.(Borré, 2013)

Torres & Buitrago (2011) en un estudio **titulado:** Percepción de la Calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados, realizado en

Colombia, cuyo **objetivo** fue determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de oncología de una institución de salud. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal, aplicó el cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (Cucace). **Resultados:** La valoración que dieron los pacientes sobre el cuidado recibido de parte de las enfermeras en general fue excelente con un porcentaje de 58.7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%. Se obtuvo una puntuación media de 80.4 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 82.7 para la dimensión de la satisfacción con los cuidados, **concluyendo** que la mayoría de pacientes tienen una valoración positiva del cuidado de enfermería respecto a las dimensiones de satisfacción y experiencia.

Rivera & Triana (2007) en el estudio, **Titulado:** Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera, realizado en la clínica el Country en Colombia, cuyo **objetivo** fue describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares en la Clínica del Country. **Metodología:** Este estudio descriptivo transversal utilizó el instrumento PCHE, para medir la percepción de los pacientes y familiares a cerca del cuidado de enfermería, obtuvo los siguientes **resultados**, el 86.7% percibieron siempre un cuidado humanizado por parte de la enfermera, el 12.04% casi siempre percibieron un cuidado humanizado, el 1.09% de los entrevistados solo algunas veces percibieron el cuidado humanizado. **Conclusiones:** Los comportamientos que fueron percibidos en menor medida fueron la empatía, la proactividad, disponibilidad para la atención, este estudio concluye que ninguna de las personas hospitalizadas dejó de percibir los comportamientos de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os), esto contribuye a generar conocimiento respecto a las necesidades de cuidado de nuestros pacientes.(Rivera & Triana, 2007)

Aguirre (2005) en una investigación realizada en Cuba, cuyo **título** es competencias comunicativas de la enfermera, donde el **objetivo** fue determinar el estado de las competencias comunicativas de la enfermera, la **metodología** de este estudio descriptivo transversal, tomó una muestra obtenida de manera aleatoria de 100 enfermeros encontró los siguientes **resultados**, 85% de la

muestra, tiene un bajo desarrollo de sus competencias comunicativas, En relación con los modales de los profesionales estudiados se puede afirmar que 37% tiene modales adecuados, mientras que 63% tiene modales inadecuados o dificultades para mantener una relación adecuada con el enfermo y sus familiares, en la variable escucha se observó que 61% de los profesionales de enfermería escuchan mal o con dificultad, y sólo 39% practica la buena escucha o escucha asertiva, este trabajo **concluye** que existe un bajo desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de enfermería, este problema multifactorial se debe principalmente a la ausencia de programas de comunicación institucionalizados que desarrollen las habilidades comunicativas de los educandos, en los diferentes niveles de enseñanza. (Aguirre, 2005)

Guerrero, Meneses y De la Cruz (2016) en el estudio realizado en Lima, **titulado:** Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, cuyo **objetivo** fue determinar el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería según la teoría de Jean Watson. **Metodología,** este estudio descriptivo transversal, aplicó el instrumento “Escala en la medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Jean Watson”, a una muestra de 46 enfermeras, los **resultados** encontraron que el cuidado humano que ofrece los enfermeros es regular en un 52%, mientras que el 26%, es alto, **concluyendo** que el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente.

Romero, Contreras y Moncada (2016) en el estudio **titulado:** Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes, realizado en Colombia, cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes. Metodología: Este estudio transversal analítico, aplicó encuesta socio-demográfica, encuesta de datos de hospitalización y el instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería a una muestra de 132 pacientes, los **resultados** fueron como sigue, la percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% excelente, 35% bueno, 7.9% aceptable y malo 1.7%, **concluyendo** que el servicio hospitalario y el estado de salud de

pacientes están asociados significativamente con el cuidado humanizado de enfermería percibido. (E. Romero et al., 2016)

Santana y colaboradores (2014) en el estudio realizado en Brasil, **titulado** Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza, cuyo **objetivo** fue evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. **Metodología:** Estudio transversal correlacional, utilizó tres instrumentos en una muestra de 275 pacientes, los **resultados** fueron como sigue, de los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros (higiene - confort físico y nutrición – hidratación), los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional, **concluyendo** que a pesar del déficit de calidad, se encontró un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos, tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la calidad del cuidado.(Santana et al., 2014)

Ibarrola y colaboradores (2011) en el estudio realizado en España, **titulado:** Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología, cuyo **objetivo** fue evaluar la satisfacción de los pacientes y la percepción del personal de enfermería con los cuidados administrados. **Metodología:** Estudio descriptivo prospectivo, se utilizó un instrumento aplicado a una muestra de 133 pacientes, 16 enfermeras y 6 auxiliares, los **resultados** fueron los siguientes, la puntuación media de la valoración global de la satisfacción de los pacientes ha sido 9.24, de las enfermeras 8.50 y de las auxiliares 8.16; en la evaluación por dimensiones, el trato ha sido la dimensión mejor valorada, con una media de 3.91 por el paciente, 3.75 por las enfermeras y 3.61 por las auxiliares, **concluyendo** que la satisfacción del paciente y la percepción del personal son positivas, ha habido concordancia entre los ítems más positivos percibidos por el paciente y el personal. (Ibarrola et al., 2011)

Arenas (2011) en un estudio realizado en Lima, de **título** Calidad del cuidado enfermero en la dimensión interpersonal del paciente hospitalizado en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, cuyo **objetivo** fue valorar la percepción sobre la

calidad del cuidado enfermero en la dimensión interpersonal del paciente hospitalizado. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, comparativo y transversal, aplicó una encuesta y un cuestionario a una muestra de 112 pacientes de cuatro servicios de hospitalización, los **resultados** encontrados fueron que la percepción global acerca de la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal es parcialmente satisfactoria (56,3%), **concluyendo** que existe relación significativa entre el nivel de percepción de la calidad y los días de hospitalización y no existe correlación entre las variables edad, sexo y grado de instrucción con el nivel de percepción de la calidad del cuidado enfermero. (Arenas, 2011)

2.2 Bases Teóricas

El cuidado en enfermería

El origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad (Colliere, 1993)

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería y viene a ser una actividad que requiere de un valor personal y profesional, cuyo objetivo es la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente; su importancia radica en que repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención (Juárez & García, 2009)

Desde el punto de vista del paciente además del cuidado físico, por parte del profesional de enfermería, debe recibir compañía, ánimo, esperanza, consuelo y seguridad, en los momentos de soledad, tristeza, incertidumbre, angustia, dolor, es decir, que deben recibir un cuidado humanizado (Quintero & Gómez, 2010)

Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Los sujetos de cuidado son los individuos sanos o con alguna alteración de la salud, la familia y la sociedad; sus componentes son los conocimientos derivados de la ciencia y los elementos derivados del arte que son necesarios para establecer una relación interpersonal con el individuo al que se cuida, identificados como: Intencionalidad, preocupación, empatía, libertad, opción, responsabilidad y respeto. La conjunción de estos elementos dentro de la complejidad de la relación enfermera-persona cuidada, convierten el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción, ya que en esta interrelación con el otro no nos abstraemos de nuestro propio curso de vida, sino que, siendo parte de ella, influimos recíprocamente en el acto de cuidar. A este momento Jean Watson lo denomina “momento de cuidado” (Watson, 2010)

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales, según Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro y es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, también es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra persona.

Los diez factores de cuidados originales

-El primer factor hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; se puede definir como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor de la enfermera.

-El segundo factor busca inculcar la fe y la esperanza, esto incentiva al paciente a adoptar conductas saludables. El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba un cuidado de enfermería seguro y eficiente, cuyo objetivo será lograr su máximo bienestar.

-El tercer factor busca cultivar la sensibilidad ante uno mismo y en los demás, a medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos hacia los demás.

-El cuarto factor busca desarrollar una relación de ayuda-confianza, esta es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza promueve la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos; está implícito la congruencia, la empatía, el afecto no posesivo y una comunicación

eficaz; Las enfermeras con conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han alcanzado el desarrollo de la capacidad de comunicación y escucha.

-El quinto factor plantea que la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento, predice que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera

-El sexto factor, Jean Watson hace un llamado al uso del método científico para la resolución de problemas y la toma de decisiones. Este está íntimamente relacionado con la motivación y voluntad constante del deseo de estudiar y adquirir nuevos conocimientos para el desarrollo profesional.

-El séptimo factor, busca el desarrollo del proceso enseñanza -aprendizaje, ya que mantiene al paciente informado; el personal de enfermería debe actualizar constantemente sus conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en la práctica profesional.

-El octavo factor de la teoría de Jean Watson, menciona que el personal de enfermería debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas, es necesario conocer las fortalezas y debilidades, para tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias.

-El noveno factor, consiste en la asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocimiento de las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente, es esencial para poder priorizar el cuidado, al proporcionar una visión del cuidado, como un fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado.

-El décimo factor, convoca el fomento o permisión de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, este se traduce en que no sólo basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión. (Watson, 2010)

Modelo de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee

Joyce Travelbee presentó su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal of Nursing*. Ella propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a la persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento, busca encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza (Raile & Marriner, 2011)

Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos, que inicia con el encuentro original, luego progresa a través de fases de identidades emergentes, seguido de sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, compasión, hasta la última fase, que viene a ser la transferencia entre la enfermera y el paciente. Para Travelbee era muy importante solidarizarse y empatizarse para lograr desarrollar una relación entre seres humanos, así mismo destaca la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente, siendo básicos para la atención holística (Travelbee, 1971)

Travelbee manifiesta de manera explícita “que los valores espirituales que mantiene una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones” (Travelbee, 1971)

Estas dos teorías destacan la importancia de la comunicación y de las habilidades blandas que debe desarrollar la enfermera para alcanzar una relación de cuidado con el paciente; sin embargo, la teoría de Jane Watson toca de manera más detallada, dentro de su Teoría del Cuidado Humano, a la comunicación y sus diversos aspectos, como la relación de confianza, la enseñanza- aprendizaje, como parte de la comunicación informativa; la asertividad, como parte de la aceptación de sentimientos negativos y positivos dentro de una relación congruente y empática, dando mayor sustento al cuidado y a la comunicación.

El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido mucho más notorio en los últimos veinte años, hace énfasis en aquello que hasta hoy había permanecido imperceptible en el quehacer de la profesión: el arte de la enfermería, es decir, los aspectos de interrelación entre la enfermera y la persona sujeto de cuidado, como elemento esencial del mismo, por lo tanto podemos afirmar que damos “cuidado de enfermería” solo cuando utilizamos el conocimiento surgido de la ciencia del cuidado, como respaldo de las acciones de cuidar y hacemos un arte de la conjugación de la ciencia con la interrelación enfermera - persona cuidada (Luévano, 2008)

La Calidad

El concepto de “calidad” proviene del latín “qualitis”, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad, también se concibe a la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a los bienes y a los servicios. (Llinás, 2010)

Para Deming la definición de calidad vendría a ser como traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto o servicio puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad sólo puede estar definida en términos del usuario o cliente; por otro lado Deming introduce el término “calidad total”, que inicia con una serie de cuestionamientos hacia la mejora continua, para ello elaboró el ciclo de mejora continua de la calidad actualmente conocido como ciclo de Deming o ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) (Cubillos & Roza, 2009)

La calidad más recientemente se define como la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio y está sustentada en su habilidad para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas (American Society for Quality Control) y según la norma internacional ISO9000, indica que calidad es la totalidad de las características de una entidad (proceso, producto, organismo, sistema o persona) que le confiere aptitud, para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas (Carro & González, 2009)

La calidad en salud, es una propiedad de la atención que brinda el profesional de la salud, que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario, en función de los recursos disponibles y de los valores sociales dentro de la organización. De esta atención se originan dos aspectos: el primero viene a ser la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural entre el profesional de la salud y el paciente (Donabedian, 1988)

La calidad en salud es el resultado de la interacción de múltiples factores los cuales se pueden asociar en dos componentes básicos: componente científicotécnico y componente referido a la calidad percibida, basado en las relaciones interpersonales (observancia de normas y valores sociales) y al entorno en que se desarrolla la prestación del servicio de salud (accesibilidad, condiciones medio-ambientales, adecuación de instalaciones físicas y equipos, entre otras), los cuales son tangibles y por tanto pueden ser medidos. La prestación de servicios de calidad en salud, se puede evidenciar a través de la implementación de un sistema de indicadores de gestión, compuesto por indicadores de estructura, proceso o resultados, que permitirán el control de la calidad del servicio, así como también monitorear el grado de satisfacción del usuariopaciente (V. Vargas et al., 2013)

La calidad del cuidado de enfermería

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que brinda al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valoración del cuidado, la satisfacción de los pacientes usuarios y sus familiares, para el caso de la calidad del cuidado de enfermería, quien valora esta calidad es la persona cuidada y su familia (Santana et al., 2014)

El cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso; también incluye actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del serhaciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir (Torres & Buitrago, 2011)

Para saber si se están proporcionando cuidados de calidad es indispensable la medición y la evaluación, pues solo así detectaremos los puntos vulnerables que requieren una mayor atención. El profesional de enfermería debe cuestionarse frecuentemente sobre la forma de proporcionar un mejor cuidado a los pacientes, con el objetivo de alcanzar la perfección, ya que siempre existe la posibilidad de mejorar la práctica de la profesión (García et al., 2011)

Patricia Larson valora el cuidado de enfermería a través de la percepción por parte de los receptores de este, así como de la conducta o actos de cuidado de enfermería reunidas en seis dimensiones: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento (Guzmán, 2013)

Es Accesible

Tradicionalmente se ha tendido a identificar accesibilidad con aquellas prestaciones específicas que se han de proveer en las edificaciones y entornos públicos para algunas personas, especialmente para las que circulan en silla de ruedas. Esta interpretación es limitada, pues el concepto de accesibilidad ha evolucionado en paralelo a los avances en la integración de las personas, sin discriminación y normalizada en el enfoque del modelo social y al principio de oportunidades, pero accesible, también se refiere a los comportamientos relacionados con la cercanía al paciente, hace referencia a los comportamientos de cuidado administrados de manera oportuna, rápida, se garantiza al usuario la satisfacción de las necesidades en el momento en que lo requiera, y se previenen complicaciones (Alonso, 2007)

Explica y facilita.

La explicación es hacer entender un concepto o una situación. Explicamos cuando creemos que algo no está suficientemente claro o no ha sido comprendido por nuestro interlocutor. Al realizar un acto explicativo ponemos todo el empeño en aclarar aquellas ideas o conceptos que ofrecen alguna dificultad. La explicación está estrechamente unida a la actividad pedagógica. En la enseñanza tan importante como dar información y mostrar nuevos conceptos es hacerlo de forma explicativa, es decir, orientar la presentación de la información de manera que se adecue a las necesidades y los conocimientos de los destinatarios y haga posible la comprensión (Marimón, 2008)

Explica y facilita, comprende lo relacionado con la educación para la salud, y el autocuidado del propio usuario de atención sanitaria. Viene a ser la educación que se le brinda al usuario sobre los aspectos fundamentales, que para él son desconocidos o presenta dificultad para comprender, relacionados con los procesos de enfermedad, tratamiento y rehabilitación, en los cuales se involucra a la familia haciéndola partícipe de estos.

Conforta.

Viene a ser la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia

Se refiere a los cuidados que ofrece enfermería con el fin de que el paciente hospitalizado en el servicio se sienta cómodo, infundiéndole ánimo, aliento, consuelo y vigor al paciente, a su familia y a sus allegados, en un entorno que favorezca el bienestar (Poveda, 2015)

Se anticipa.

Hacer que algo tenga lugar antes del tiempo señalado o previsible, o antes que otra cosa, también es adelantarse a la ejecución de algo (RAE, 2016)

Define los actos que realiza el enfermero, adelantarse a los potenciales problemas y necesidades de los pacientes. Establece la necesidad que los enfermeros planeen con anticipación los cuidados que brindarán a los usuarios, con el fin de satisfacer las necesidades y prevenir las complicaciones.

Mantiene relación de confianza.

La confianza es un término difícil de definir ya que es una vivencia que se siente y no se piensa, es algo parecido al amor, es una experiencia que se da libremente, e implica un sentimiento instintivo, una creencia incuestionable en algo o alguien, que se otorga libremente y su presencia o ausencia puede modificar la vida de las personas; la confianza es un elemento básico de las relaciones interpersonales (Morales, 2000)

Por otro lado, son los cuidados proporcionados por el personal de enfermería que permiten al paciente confiar en que ellos se orientan hacia la recuperación, manteniendo una constante interrelación con él y su familia. La relación de

confianza es elemento importante del cuidado. La confianza es la creencia en que una persona será capaz de actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones.

Monitoreo y Seguimiento.

El monitoreo es el seguimiento rutinario de la información prioritaria de un programa o una tarea, su progreso, sus actividades y sus resultados. El monitoreo procura responder la pregunta “¿qué estamos haciendo?”. Mientras que la evaluación pregunta “¿qué hicimos?”. La recopilación de información es un aspecto o parte normal del trabajo del día a día del proceso de monitoreo. El monitoreo rastrea los insumos y productos a través de un sistema de registro, reporte, observación y encuesta. De esta manera se establece si lo programado está siendo ejecutado según lo planeado. La información recopilada es utilizada para tomar decisiones encaminadas a mejorar la gestión y ejecución del proyecto (UNICEF, 2005)

El monitoreo hace referencia al plano más técnico y científico de la atención de enfermería. Se relaciona con los cuidados de enfermería que implican un dominio de los conocimientos científicos, técnicos, humanos y del paciente a quien se brindan los cuidados (C. Ramírez & Parra, 2011)

La comunicación en enfermería.

La comunicación.

La comunicación es tan antigua como el ser humano. El hombre y la mujer son comunicadores por naturaleza. Nos comunicamos con los ojos, con las manos, con los gestos, con la risa, con la palabra, aun cuando creemos no comunicar nada estamos comunicando. Nuestra vestimenta es una forma de comunicación. Los colores que utilizamos, todo comunica, por lo que un principio fundamental es que siempre estamos comunicándonos y que es imposible no comunicar (C. Báez, 2000). Pero también la comunicación es el campo donde los seres humanos encuentran mayor dificultad y problemas, pudiendo llegar a deteriorar nuestras vidas. Después de dormir y respirar, comunicarnos con las personas que nos rodean es una de las actividades que ocupa la mayor parte de nuestro

tiempo, inicia incluso antes del nacimiento y termina con nuestro último suspiro (Langevin, 2000)

La palabra “comunicación” es definida por la RAE (Real Academia Española) (RAE, 2016), como “la acción y efecto de comunicarse”, si se remite a la raíz latina del término, el vocablo *communis*: entre sus significados destaca el de “recibido y admitido de todos o de la mayor parte”; y es esta idea, la de un todo, una colectividad de participantes; sin la cual la comunicación no sería posible, es lo que confiere a este proceso su carácter social. La posibilidad de respuesta por parte de quien recibe el mensaje y que ésta se traduzca en otro mensaje por parte de quien inició el intercambio hace que el proceso se extienda casi ilimitadamente (Santos, 2012)

La comunicación consiste en un proceso complejo en el cual dos o más personas se relacionan mediante un intercambio de mensajes a través de un código común. De esta manera tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando para ello un canal que actúa como soporte en la transmisión de la información (Berlo, 1984)

Niveles de la comunicación

La comunicación intrapersonal: Es una de las ramas comunicativas más vinculadas al conocimiento y uso del lenguaje, pero desde una perspectiva interior, se refiere al modo en que los individuos seleccionan y articulan cada uno de los signos del lenguaje, pero no sólo para comunicar una idea a otro, sino, también para reflexionar. Los diálogos con uno mismo, en los que uno apela a una voz interior que en algunas ocasiones pregunta y en otras responde acerca del sentido de la vida, o los hechos cotidianos, son ejemplos de la manera en la que hacemos un uso íntimo, intrapersonal, de la comunicación (Santos, 2012)

La comunicación interpersonal aparenta ser fácil cuando, en realidad, presenta sus propios problemas, este proceso se da entre dos o más individuos que intercambian mensajes a través de un canal, el principal problema ha sido delimitar el resultado de tales encuentros a partir de las características de los emisores/receptores, el número y el canal utilizado; este tipo de comunicación se ha venido enriqueciendo gracias a la inclusión de factores como el rol social, la cultura y el modo en que los participantes construyen sus mensajes a partir del conocimiento que tienen del otro (Andreu, 2010)

Elementos de la comunicación.

Para la definición de los elementos de la comunicación se tomó como referencia a (Ongallo, 2007) y (Berlo, 1984); ambos autores refieren que existe una serie de elementos necesarios para que se lleve a cabo la comunicación. Si uno de ellos no está presente, se impide la comunicación, se bloquea o se dificulta, a continuación se mencionará a cada elemento:

Emisor.

Podemos definir al emisor como el elemento o la instancia en que se crea el mensaje, también se refiere a la persona o grupo de personas emisoras como "fuente". El proceso que sigue el emisor para comunicar su idea es el siguiente: la codifica en un sistema de símbolos que deberá ser compartido y claro por quien lo recibe

Receptor.

Es quien recibe el mensaje, se le conoce como "receptor", "destino", "destinatario" o "enunciatario". Se trata de un individuo que conoce los signos que son estructurados con la finalidad de comunicarle un mensaje. Su papel nunca es pasivo, sino, más bien, creativo en todas las formas: cuando el receptor descodifica también reproduce la idea inicial del emisor, sino que reelabora el mensaje y añade a éste parte de su experiencia, sus opiniones, su cultura, su situación **Mensaje.**

Conjunto de signos (lingüísticos) escogidos del código que hacen referencia a algo de la realidad, para que el mensaje sea efectivo y cumpla con el objetivo de quien lo emite, debe "ser transmitido con un mínimo de errores"

Canal

Medio físico por el que el emisor transmite el mensaje y que el receptor capta por los sentidos corporales. El término se refiere al "medio por el cual los mensajes se transmiten a otra persona".

Código

Sistema de signos regidos por unas reglas compartido por el emisor y el receptor.
Por ejemplo: lengua castellana.

Referente

Realidad externa a la que alude el mensaje. La Situación es el conjunto de circunstancias temporales, espaciales y socioculturales en que se desarrolla el acto de comunicación y el Contexto es lo que se expresa antes y después del mensaje (verbal), o las circunstancias previas y posteriores a la situación (comunicación no verbal). Tanto la situación como el contexto aportan significación y, en ocasiones, ayuda a descifrar el mensaje.

Tipos de Comunicación.

Comunicación verbal.

Está compuesta básicamente por las palabras, o códigos. Todos los miembros de una comunidad tenemos acceso a la comunicación verbal y a un gran repertorio de estrategias lingüísticas que se concretan en las diferentes circunstancias en que hacemos uso de la lengua al entrar en contacto con los demás. Cada vez que hacemos uso de la lengua, en forma oral o escrita, llevamos a cabo acciones de índole social cuya finalidad es dar a conocer algo. Por esta razón, una de las funciones que se le atribuye a la lengua, quizás la más importante, es servir de vehículo para comunicar algo a alguien, para compartir con ese alguien nuestros pensamientos acerca de algo, es decir, comunicar algo del mundo que nos rodea a un interlocutor determinado, a través de actos de habla producidos en una lengua particular y referidos a una porción de la realidad, sobre la cual construimos la comunicación (Fajardo, 2009).

Comunicación no verbal

Si hay tres puntos importantes que reconocer sobre la comunicación no verbal, en primer lugar es un tipo de comunicación totalmente inconsciente sobre la que no podemos actuar. En segundo lugar que cada gesto tiene significado dentro de un mismo contexto, por tanto no se pueden analizar gestos aislados sino que deben analizarse en su conjunto. Y en tercer lugar... que la comunicación humana es un proceso muy complejo (Garcia, 2012)

El ser humano antes de comunicarse verbalmente, empleó formas no verbales (gestos, posturas y expresiones faciales, entre otros) con el fin de hacerse entender y relacionarse con los demás miembros de su especie; esta interacción social es fundamental para el hombre ya que necesariamente requiere vivir en grupos y sentir su apoyo. Sin el lenguaje no verbal, sobrevivir como especie probablemente no hubiera sido posible, pues no hubiera existido manera de mantenerse unido como grupo (Corrales, 2011).

Al hablar de comunicación no verbal debemos conocer los factores que intervienen en ella:

La paralingüística

Estudia los aspectos no semánticos del lenguaje, como, por ejemplo, el tono, el ritmo, el volumen de la voz, los silencios y los timbres, estas características no pueden ser caracterizadas como verbales ya que depende de circunstancias del emisor como sus emociones o intenciones al emitir el mensaje, esto es denominado comportamiento para lingüístico. Esta modalidad de comunicación que discurre a la par de la verbal, como forma de acompañamiento. Como su nombre indica, aquello que está más allá de las palabras (Blanco, 2007)

La Kinesia

Se encarga del estudio sistemático de los movimientos corporales no orales humanos, de percepción visual, auditiva o tangible, que aislados o combinados con la estructura lingüístico-paralingüística poseen valor expresivo en la comunicación interpersonal, entre ellos tenemos el movimiento de las manos, el fruncir el ceño, la mirada. (Poyatos, 1968)

La Proxémica

La prosémica deriva del vocablo latín “proximus” que significa cercano, esta expresión indica proximidad, la definición propuesta por el antropólogo Edward T. Hall, para hacer referencia al espacio personal o espacio circundante, todos tenemos un espacio vital mínimo y esta distancia invisible entre nosotros la consideramos como propia, salvo en ocasiones de intimidad o confianza permitimos traspasarla (Corrales, 2011)

Habilidades Comunicativas de los Enfermeros

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes, a hablarles, escucharles y responderles. Por este motivo, si se quiere ser efectivo en su trabajo, esta interacción cara a cara con intercambio de información es esencial. En otras palabras, los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica o también denominada de ayuda, que se establece a través del diálogo y la escucha. Por lo tanto, si el profesional de enfermería sabe comunicarse adecuadamente y entablar una relación acertada dentro del contexto sanitario tiene asegurado su éxito profesional (van-der Hofstadt et al., 2006) .

Además se entiende a la competencia comunicativa del enfermero profesional como: El grado de integración de los conocimientos, habilidades, principios y actitudes desde la unidad de lo afectivo-cognitivo, comunicativo y sociocultural para lograr una adecuada relación interpersonal con la persona sana o enferma (Aguirre, 2005).

Las habilidades comunicativas constituyen un conjunto de conductas emitidas por la enfermera en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Ramón et al., 2012)

La relación entre los profesionales de enfermería y las personas sujetos de cuidado, está experimentando un gran cambio orientado a una relación centrada en el paciente, esta parte de un modelo holístico, donde la responsabilidad y el control son compartidos entre la enfermera y los usuarios de salud, basándose en una relación igualitaria y de equilibrio. Enfermería es uno de los grupos profesionales que más tiempo pasa con los pacientes, por lo que sus habilidades de comunicación son esenciales para brindar una atención integral y establecer una relación adecuada (Leal et al., 2016)

Dentro de las habilidades comunicativas se desarrollan componentes conductuales como la comunicación no verbal: expresión facial, mirada, gestos, proximidad, tono postural y apariencia, comunicación paralingüística: volumen de voz, inflexiones, tono, claridad, ritmo, fluidez y perturbaciones del habla,

comunicación verbal: duración, generalidad, formalidad, variedad, humor y turnos de palabras (Ramón et al., 2012).

Las Habilidades comunicativas de los enfermeros están conformadas por:

La comunicación informativa

Para el profesional de cualquier área del conocimiento humano, es muy difícil exponer sus ideas, articularlas, seleccionar las palabras apropiadas y ordenarlas en un lenguaje argumentativo, coherente y persuasivo (Santos, 2012). Es por ello que la comunicación informativa viene a ser capacidad de los profesionales de la salud para proporcionar información asegurándose que los pacientes la han comprendido, así como de obtener información integral sobre los pacientes.

La escucha activa

Saber escuchar activamente es una práctica de comunicación que exige responsabilidad en cualquier situación, ya que puede ayudar a generar intercambio de información precisa, estableciendo una gran fidelidad en la transmisión y recepción de las ideas que contienen los mensajes. La escucha activa consiste en atender la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico (Subiela et al., 2014)

La empatía

Viene a ser la disposición interior del profesional, que le permite tener la capacidad de sumergirse y observar las cosas que vive el paciente desde su marco de referencia interno, esto es, desde su mundo subjetivo, captando detrás de las palabras, sentimientos, ideas, etc., el significado que tienen para el paciente y cómo éste las experimenta. La actitud empática es la disposición de la persona (en relación con la voluntad y los valores) para captar el marco de referencia interior del otro, los sentimientos y significados. La respuesta empática es la habilidad de comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responderlas, corrientes humanistas introducen a la

empatía como la actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona, además de definir el término hablan de componentes y fases del proceso empático; para que una interacción sea empática se requiere que en ella se dé comprensión en sus niveles cognitivo y emocional de tal forma que se pueda captar el significado de la experiencia ajena y, en segundo lugar, se requiere el componente actitudinal o capacidad de devolver este significado a quien lo vive, para que sienta que está siendo comprendido. (Bermejo et al., 2013)

El Respeto

La palabra respeto proviene del latín “respectus” y significa “atención” o “consideración”. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2016), el respeto se asocia con el acatamiento que se hace a alguien; incluye atención y cortesía.

El respeto es un valor que permite al ser humano reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.(ICE, 2005)

El respeto es uno de los valores más importantes de cualquier sociedad, respeto significa aceptar el valor humano del hombre, es por ello que merece llevarlo a su mayor valiosidad, una persona que no respeta, es ciega a los valores por ello, es ajena a la tarea de humanizarse, este valor nos permite vivir y convivir en sociedad (Palma, 2012)

Así mismo, el respeto es recibir, aceptar y comprender lo que el paciente transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante, esto es, acoger al paciente tal y como es.

Autenticidad y Congruencia

La autenticidad tiene que ver con ese contacto interior, con esa forma de ser particular y original, ser fiel a uno mismo significa ser fiel a la propia originalidad. La configuración de la identidad personal y el establecimiento de nuestro ser en la autenticidad, residiría en la fidelidad a uno mismo, en ese compromiso personal con la naturaleza esencial. Este ideal viene acompañado de un determinado modo de comprender la libertad humana, soy libre cuando decido

por mí mismo sobre aquello que me concierne, sin ser determinado ni coaccionado por influencias externas (Rodríguez, 2013)

La autenticidad es la actitud que lleva al profesional a ser él mismo en la relación tal como es. Consiste en la coherencia exacta entre lo que el profesional vive internamente, piensa y el modo en que lo comunica con su lenguaje verbal y no verbal.

La asertividad

Es el conjunto de conductas emitidas por el profesional en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas, se pueden tomar tres elementos generales: uno, es que el individuo tiene derecho de expresarse; dos, es necesario también el respeto hacia el otro individuo y tres, es deseable que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción (Cañón & Rodríguez, 2011)

2.3 Definición de Términos Básicos

Definición conceptual de términos

Adulto mayor: Viene a ser el último grupo etario del ser humano, constituido por un grupo heterogéneo de personas con características distintivas biomédicas, psicológicas, sociales, económicas, culturales, espirituales, incluso se debe considerar aquellas ambientales y arquitectónicas; reconociendo que todas las personas envejecen de diversa (A. Romero & Espinosa, 2010)

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2016).

Se consideran adultos mayores a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo; sin embargo para los que viven en países desarrollados se considera a los mayores de 65 años (acuerdo en Kiev);

por otro lado, el Ministerio de Salud del Perú, señala dentro de sus lineamientos fundamentales de la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud de la Persona, Familia y Comunidad por Curso de Vida (MCI), donde considera al adulto mayor desde los 60 años a más. Por lo tanto, este término se da a quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. (MINSA - PERÚ, 2016)

Paciente Geriátrico: Por paciente geriátrico se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio sanitarios. Por tanto, es evidente que la definición de paciente geriátrico engloba una serie de aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales de los cuales dista el término anciano.(Martín et al., 2010)

Familiar cuidador primario del paciente adulto mayor hospitalizado: Viene a ser el familiar que acompaña al paciente geriátrico hospitalizado, que asiste a la persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales y asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo (Rivas & Ostiguín, 2011); también pueden ser, amigos, vecinos, compañeros de trabajo u otras personas. Los elementos básicos que lo definen son: su carácter no institucional, la no remuneración; ya que se desarrollan en el terreno de lo privado, asentados sobre relaciones personales generalmente de parentesco. También asumen la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada (Ramos et al., 2012)

La percepción: Es un proceso activo constructivo, en el que la persona antes de procesar la nueva información con los datos archivados en su conciencia, construye un sistema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue a lo propuesto; los estímulos son captados a través de los sentidos, esto pueden estar influenciados por la cultura, las necesidades, las expectativas, los deseos y el estilo de cada persona al enfrentarse a diversas situaciones (Vargas, 1994)

Calidad del cuidado de enfermería percibida por el familiar cuidador primario de paciente geriátrico hospitalizado:

La calidad viene a ser es el grado de aproximación al modelo teórico ideal. Podemos decir que es la diferencia entre “ser” y “querer ser”. Para la Real Academia Española, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla, mejor o peor que las restantes de su especie” (RAE, 2016); también se define la calidad como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas” (Camisón et al., 2013)

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado, la satisfacción de los pacientes usuarios y sus familiares, para el caso de la calidad del cuidado de enfermería, quien valora esta calidad es la persona cuidada y su familia (Santana et al., 2014)

La percepción del familiar con respecto a la calidad del cuidado de enfermería durante su hospitalización puede variar de acuerdo a los puntos antes mencionados (Ramos et al., 2012)

La Calidad del cuidado del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado viene a ser la percepción u opinión que tiene el familiar acompañante /cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, acerca de la calidad de cuidado que proporcionada por el personal de enfermería.

Habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario de paciente geriátrico hospitalizado:

Viene a ser la percepción u opinión que tiene el familiar acompañante / cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, a cerca del grado de integración de los conocimientos, habilidades, principios y actitudes desde la unidad de lo afectivo-cognitivo, comunicativo y sociocultural, que desarrolla el enfermero, para lograr una adecuada relación interpersonal con la persona sana o enferma (Ramón et al., 2012)

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Tabla N° 1 Datos sociodemográficos de los familiares cuidadores primarios de los pacientes geriátricos – Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador- RPA- Essalud – Agosto 2016

Edad Rango	fr	%
De 18 a 24 años	2	3.2
De 25 a 34 años	16	25.8
De 35 a 44 años	10	16.1
De 45 a 54 años	20	32.3

De 55 a 64 años	12	19.4
De 64 a más años	2	3.2
Total	62	100.0
Género		
Categorías	fr	%
Masculino	24	38.7
Femenino	38	61.3
Total	62	100.0
Estado Civil		
Categorías	fr	%
Soltero	24	38.7
Viudo	4	6.5
Casado	24	38.7
Divorciado	4	6.5
Conviviente	6	9.7
Total	62	100.0
Grado de Instrucción		
Rango	fr	%
Superior	36	58.1
Secundaria	26	41.9
Primaria	0	0.0
Total	62	100.0
Nivel Socioeconómico		
Rango	fr	%
Alto	0	0.0
Medio	42	67.7
Bajo	20	32.3
Total	62	100.0
Grado de Parentesco		
Rango	fr	%

Hija(o)	42	67.7										
Esposa(o)	8	12.9										
Hermana(o)	4	6.5										
Sobrina(o)	0	0.0										
Otros	8	12.9										
										Total	62	100.0

Las características sociodemográficas de los familiares cuidadores entrevistados fueron: 32.3 % tuvieron una edad entre 45 a 54 años; sólo el 3.2% de los entrevistados se encuentran en el rango de 18 a 24 años; el 61.3 % fueron de sexo femenino, el 38.7% pertenecen a los grupos de estado civil soltero y casado respectivamente; el 58.1% tiene un grado de instrucción superior; el 67.7 % se encuentra dentro del nivel socioeconómico medio mientras que el 32.3% en el nivel socioeconómico bajo; el 67.7 % tiene un grado de parentesco hija (o), y el 12.9% fue esposa (o) u otros familiares.

Tabla N° 2

Percepción del familiar cuidador primario sobre la calidad del cuidado de enfermería de los pacientes geriátricos – Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador- RPA- Essalud – Agosto 2016

Dimensiones	N°	Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería		Nunca		casi nunca		A veces		casi siempre		siempre		Total	%
				fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		

Es Accesible	1	Se aproxima primero a los pacientes	0	0	2	3.2	12	19.4	26	41.9	22	35.5	62	100.0
	2	Administra los tratamientos y medicinas oportunamente	2	3.2	0	0	4	6.5	22	35.5	34	54.8	62	100.0
	3	Examina con frecuencia a mi familiar	0	0	0	0	14	22.6	22	35.5	26	41.9	62	100.0
	4	Responde rápidamente a mi llamado	0	0	10	16.1	12	19.4	20	32.3	20	32.3	62	100.0
	5	Me anima a que la llame si tengo problemas	0	0	6	9.7	16	25.8	16	25.8	24	38.7	62	100.0
Explica y Facilita	6	Me informa sobre los sistemas de ayuda disponibles.	0	0.0	2	3.2	22	35.5	18	29.0	20	32.3	62	100.0
	7	Me ayuda a expresarme y me proporciona información adecuada.	0	0.0	6	9.7	16	25.8	20	32.3	20	32.26	62	100.0
	8	Me explica sobre los cuidados de mi familiar.	2	3.2	6	9.7	8	12.9	16	25.8	30	48.39	62	100.0
	9	Me enseña a cuidar de mi familiar siempre que sea posible	0	0.0	6	9.7	14	22.6	20	32.3	22	35.48	62	100.0
	10	Me sugiere las preguntas que puedo formularle al médico tratante.	6	9.7	10	16.1	10	16.1	22	35.5	14	22.58	62	100.0
Conforta	11	Procura medidas básicas de confort como iluminación, control de ruido y sábanas adecuadas, entre otros.	0	0.0	14	22.6	12	19.4	14	22.6	22	35.48	62	100.0
	12	Me infunde ánimos identificando elementos positivos del estado de mi familiar y su tratamiento.	6	9.7	8	12.9	12	19.4	20	32.3	16	25.81	62	100.0
	13	Tiene paciencia aún en mis momentos difíciles.	2	3.2	6	9.7	12	19.4	24	38.7	18	29.03	62	100.0
	14	Comparte tiempo conmigo.	2	3.2	12	19.4	18	29.0	18	29.0	12	19.35	62	100.0
	15	Involucra a los otros integrantes de la familia en el cuidado.	2	3.2	12	19.4	10	16.1	12	19.4	26	41.94	62	100.0
Se Anticipa	16	Toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil para mi familiar.	6	9.7	8	12.9	8	12.9	16	25.8	24	38.71	62	100.0
	17	Se anticipa a mi impacto, con relación al diagnóstico de mi familiar.	4	6.5	8	12.9	16	25.8	16	25.8	18	29.03	62	100.0
	18	Sabe cuándo mi familiar ha tenido suficientes procedimientos y actúa de acuerdo a la situación.	0	0.0	8	12.9	10	16.1	22	35.5	22	35.48	62	100.0
	19	Es receptiva ante las necesidades de mi familiar y actúa en consecuencia	0	0.0	8	12.9	10	16.1	20	32.3	24	38.71	62	100.0
	20	Prevé que los "primeros días de hospitalización" son los más difíciles y pone atención especial durante estas oportunidades.	0	0.0	8	12.9	10	16.1	14	22.6	30	48.39	62	100.0
Mantiene Relación de Confianza	21	Busca la mejor oportunidad para hablarme sobre los cambios en el estado de mi familiar.	0	0.0	8	12.9	20	32.3	18	29.0	16	25.81	62	100.0
	22	Comprueba cómo se siente mi familiar antes de iniciar cualquier intervención.	2	3.2	8	12.9	8	12.9	20	32.3	24	38.71	62	100.0
	23	Me acepta como familiar cuidador y me incluye en el cuidado siempre que sea posible.	0	0.0	2	3.2	10	16.1	18	29.0	32	51.61	62	100.0
	24	Me da confianza para que le exprese las dudas que pueda tener.	0	0.0	6	9.7	10	16.1	14	22.6	32	51.61	62	100.0
	25	Es agradable y amistosa con mis demás allegados.	0	0.0	4	6.5	6	9.7	18	29.0	34	54.84	62	100.0
	26	Su vestuario e identificación la caracterizan como enfermera.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	16.1	52	83.87	62	100.0
	27	Considero que es organizada en su trabajo.	0	0.0	0	0.0	10	16.1	14	22.6	38	61.29	62	100.0

Monitoreo y Hace Seguimiento	28	Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso endovenoso (sueros), las máquinas de aspiración y otros equipos que haya en el servicio	0	0.0	0	0.0	4	6.5	20	32.3	38	61.29	62	100.0
	29	Proporciona buen cuidado físico.	0	0.0	6	9.7	2	3.2	20	32.3	34	54.84	62	100.0
	30	Sabe cuándo llamar al médico.	0	0.0	8	12.9	4	6.5	16	25.8	34	54.84	62	100.0

En la tabla N° 02 se describen los valores de los 30 ítems de la Percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico sobre la calidad del cuidado de enfermería, clasificados en sus seis dimensiones, cada ítem está calificado en valores nunca = 1, casi nunca = 2, a veces = 3, casi siempre = 4, siempre = 5.

Tabla N° 3 Percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador - RPA - EsSalud - Agosto 2016

	Rango	fr	%
Baja	30 - 89 puntos	10	16.1
Intermedia	90 - 112 puntos	14	22.6
<u>Alta</u>	<u>113 - 150 puntos</u>	<u>38</u>	<u>61.3</u>
Total		62	100

En la Tabla N° 3 se observa que el 61.3 % de los familiares cuidadores primarios entrevistados percibieron una calidad del cuidado alta, el 22.6 % de los familiares cuidadores primarios entrevistados percibieron una calidad del cuidado intermedio y el 16.1% percibió una calidad del cuidado baja.

Tabla N° 4

Percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico sobre la calidad del cuidado de enfermería por dimensiones en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador - RPA - EsSalud - Agosto 2016

Dimensión: Es Accesible Rango		fr	%
Baja	De 5 a 14 puntos	6	9.7
Intermedia	De 15 a 19 puntos	16	25.8
Alta	De 20 a 25 puntos	40	64.5
TOTAL Dimensión: Explica y Facilita Rango		62	100
		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	8	12.9
Intermedio	De 15 a 19 puntos	20	32.3
Alto	De 20 a 25 puntos	34	54.8
TOTAL Dimensión: Conforta Rango		62	100 %
		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	14	22.6
Intermedio	De 15 a 19 puntos	12	19.4
Alto	De 20 a 25 puntos	36	58.1
TOTAL Dimensión: Se Anticipa Rango		62	100 fr
		%	
Bajo	De 5 a 14 puntos	12	19.4
Intermedio	De 15 a 19 puntos	14	22.6
Alto	De 20 a 25 puntos	36	58.1
TOTAL Dimensión: Relación de Confianza Rango		62	100
		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	8	12.9
Intermedio	De 15 a 19 puntos	12	19.4
Alto	De 20 a 25 puntos	42	67.7
TOTAL		62	100

Dimensión: Monitorea y Hace Seguimiento

Rango		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	0	0.0
Intermedio	De 15 a 19 puntos	10	16.1
Alto	De 20 a 25 puntos	52	83.9
TOTAL		62	100

En la Tabla N° 4 se observa que de las seis dimensiones de la calidad del cuidado el 83.9 % de los familiares cuidadores primarios entrevistados percibieron una calidad del cuidado alta en la dimensión monitorea y hace seguimiento, las dimensiones que tuvieron valores más bajos fueron confort y se anticipa.

Tabla N° 5 Percepción del familiar cuidador primario sobre la habilidad comunicativa del enfermero en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador - RPA - EsSalud - Agosto 2016

Dimensiones	N°	Percepción de la Habilidad Comunicativa	Nunca		casi nunca		A veces		casi siempre		siempre		Total	%
			fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		
Escucha Activa	1	Se distrae cuando escucha a los pacientes o familiares cuidadores	26	41.9	20	32.3	12	19.4	2	3.2	2	3.2	62	100.0
	2	Interrumpe cuando el familiar o el paciente le están hablando.	26	41.9	22	35.5	10	4.0	4	6.5	0	0.0	62	87.9
	3	Cuando habla con los pacientes o familiares cuidadores lo hace en un lugar tranquilo, para escucharlos adecuadamente.	0	0	10	16.1	12	19.4	22	35.5	18	29.0	62	100.0
	4	Dedica tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes y familiares cuidadores.	0	0	4	6.5	10	16.1	16	25.8	32	51.6	62	100.0
	5	Escucha a los pacientes y a los familiares cuidadores sin prejuicios y sin discriminación.	0	0	4	6.5	8	12.9	14	22.6	36	58.1	62	100.0
Comunicación Informativa	6	Proporciona información al paciente y al familiar cuidador, (siempre que su competencia profesional se lo permita).	4	6.5	6	9.7	10	16.1	14	22.6	28	45.2	62	100.0
	7	Considera que el paciente o familiar cuidador tienen derecho a recibir información.	0	0.0	4	6.5	8	12.9	14	22.6	36	58.1	62	100.0
	8	Cuando da información a los pacientes o familiares cuidadores lo hace en palabras comprensibles.	0	0.0	4	6.5	10	16.1	16	25.8	32	51.6	62	100.0
	9	Se asegura que los pacientes o familiares cuidadores hayan comprendido la información proporcionada.	0	0.0	6	9.7	14	22.6	16	25.8	26	41.9	62	100.0
	10	Cuando da información, usa silencios para que el paciente o familiar cuidador tenga tiempo de comprender lo que le está diciendo	2	3.2	2	3.2	14	22.6	16	25.8	28	45.2	62	100.0
Empatía o Actitud Empática	11	Trata de comprender los sentimientos del paciente o del familiar cuidador.	2	3.2	6	9.7	10	16.1	24	38.7	20	32.3	62	100.0
	12	Cuando habla con el paciente o familiar cuidador, muestra interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, mirando a los ojos, sonriendo, ...).	0	0.0	4	6.5	14	22.6	22	35.5	22	35.5	62	100.0
	13	Explora las emociones y sentimientos de los pacientes o de los familiares cuidadores.	2	3.2	12	19.4	12	19.4	18	29.0	18	29.0	62	100.0
	14	Repite en un resumen lo que el paciente o el familiar cuidador le ha dicho, para asegurarse que ha entendido lo manifestado por ellos	4	6.5	12	19.4	12	19.4	20	32.3	14	22.6	62	100.0
	15	Cuando habla con los pacientes o familiares utiliza palabras de apoyo, como: ciertamente, claro ..., por supuesto	2	3.2	10	16.1	12	19.4	18	29.0	20	32.3	62	100.0
Respeto y Autenticidad	16	Respeto las necesidades de los pacientes o familiares cuidadores.	0	0.0	4	6.5	14	22.6	18	29.0	26	41.9	62	100.0
	17	Respeto el derecho de los pacientes o familiares cuidadores a expresarse libremente.	0	0.0	4	6.5	14	22.6	12	19.4	32	51.6	62	100.0
	18	Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.	0	0.0	6	9.7	14	22.6	16	25.8	26	41.9	62	100.0
	19	Actúa con transparencia, cuando se relaciona con los pacientes o familiares cuidadores, mostrándose tal y como es.	0	0.0	4	6.5	10	16.1	26	41.9	22	35.5	62	100.0
	20	Comparte información acerca de experiencias personales similares, con los pacientes o familiares cuidadores, para dar a conocer mejor sus pensamientos, sentimientos, ...	2	3.2	12	19.4	14	22.6	14	22.6	20	32.3	62	100.0
Conducta Socialmente Habilidosa o Aserividad	21	Expresa claramente sus opiniones y deseos a los pacientes o a los familiares cuidadores.	0	0.0	6	9.7	18	29.0	22	35.5	16	25.8	62	100.0
	22	Cuando está en desacuerdo con las opiniones de los pacientes o familiares cuidadores, guarda silencio para no discutir.	2	3.2	12	19.4	20	32.3	20	32.3	8	12.9	62	100.0
	23	Cuando un paciente o familiar cuidador hace algo que no le parece bien, la enfermera le expresa su desacuerdo o molestia de manera tranquila.	0	0.0	10	16.1	10	16.1	26	41.9	16	25.8	62	100.0
	24	Por temor o timidez evita hacer preguntas a los pacientes o familiares cuidadores.	16	25.8	23	37.1	11	17.7	6	9.7	6	9.7	62	100.0

25	Reacciona mal a las críticas de los pacientes o familiares cuidadores	27	43.5	22	35.5	6	9.7	3	4.8	4	6.5	62	100.0
----	---	----	------	----	------	---	-----	---	-----	---	-----	----	-------

En la tabla N° 05 se describen los valores de los 25 ítems de la Percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico sobre la habilidad comunicativa del enfermero, clasificados en sus cinco dimensiones, cada ítem está calificado en valores nunca = 1, casi nunca = 2, a veces = 3, casi siempre = 4, siempre = 5; excepto en los ítems N°1, N°2, N°24, N°25; donde los valores son nunca = 5, casi nunca = 4, a veces = 3, casi siempre = 2, siempre = 1.

Tabla N° 6 Percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico sobre la habilidad comunicativa del enfermero del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador - EsSalud - RPA - Agosto 2016 Rango fr %

Baja	25 - 74 puntos	8	12.9	Intermedia	75 - 94
puntos 16			25.8		
Alta	95 - 125 puntos			38	61.3
TOTAL				62	100

En la Tabla N° 6 se observa que el 61.3 % de los familiares cuidadores primarios entrevistados percibieron una habilidad comunicativa alta, el 25.8 % de los familiares cuidadores primarios entrevistados percibieron una habilidad comunicativa intermedia y el 12.9% percibió una habilidad comunicativa baja.

Tabla N° 7

Percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico sobre la calidad del cuidado de enfermería por dimensiones en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador - RPA - EsSalud – Agosto 2016

Dimensión: Escucha Activa Rango		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	4	6.5
Intermedio	De 15 a 19 puntos	18	29.0
<u>Alto</u>	<u>De 20 a 25 puntos</u>	<u>40</u>	<u>64.5</u>
TOTAL		62	100

Dimensión: Comunicación Informativa			
Rango		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	8	12.9
Intermedio	De 15 a 19 puntos	14	22.6
<u>Alto</u>	<u>De 20 a 25 puntos</u>	<u>40</u>	<u>64.5</u>
TOTAL		62	100

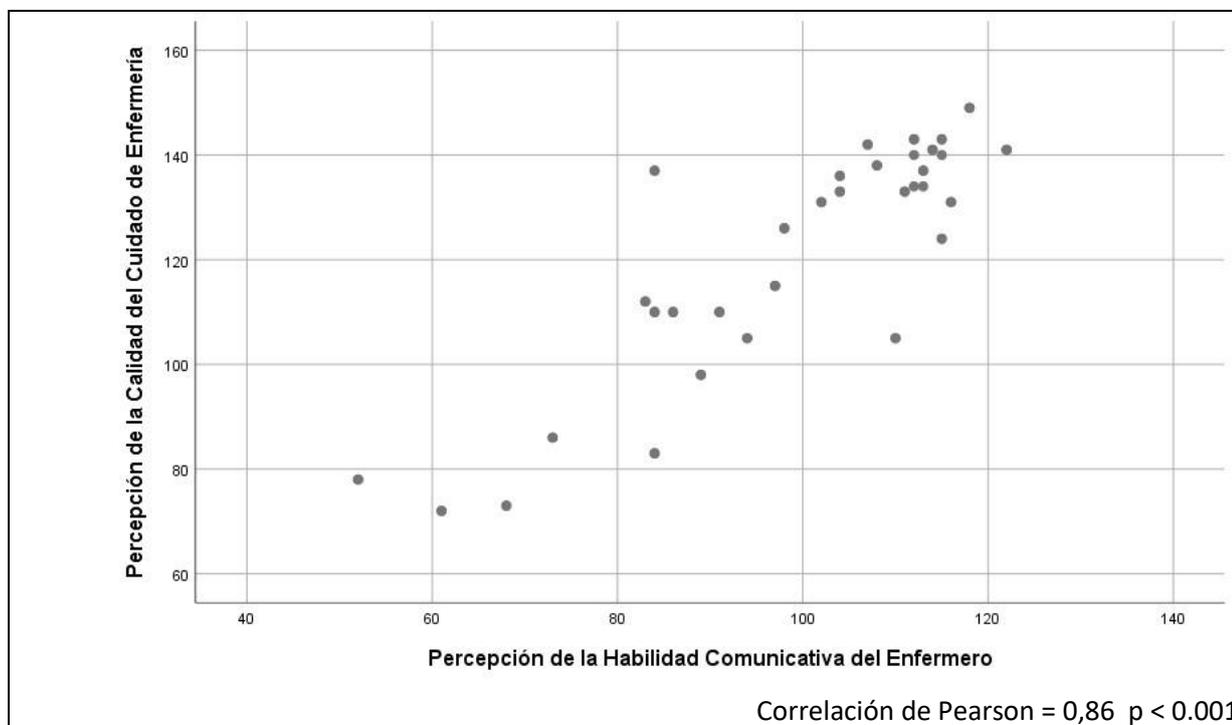
Dimensión: Actitud Empática			
Rango		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	12	19.4
Intermedio	De 15 a 19 puntos	18	29.0
<u>Alto</u>	<u>De 20 a 25 puntos</u>	<u>32</u>	<u>51.6</u>
TOTAL		62	100

Dimensión: Respeto y Autenticidad			
Rango		fr	%
Bajo	De 5 a 14 puntos	10	16.1
Intermedio	De 15 a 19 puntos	14	22.6

<u>Alto</u>	<u>De 20 a 25 puntos</u>	<u>38</u>	<u>61.3</u>
TOTAL		62	100
Dimensión: Conducta Socialmente Habilidosa o Asertividad Rango fr			
%			
<hr/>			
Bajo	De 5 a 14 puntos	6	9.7
Intermedio	De 15 a 19 puntos	32	51.6
<u>Alto</u>	<u>De 20 a 25 puntos</u>	<u>24</u>	<u>38.7</u>
TOTAL		62	100

En la Tabla N° 7 se observa que de las cinco dimensiones de la habilidad comunicativa el 64.5 % de los familiares cuidadores primarios entrevistados percibieron una habilidad alta en las dimensiones escucha activa y comunicación informativa, las dimensiones que tuvieron valores más bajos fueron la actitud empática y la conducta socialmente habilidosa o asertividad.

Gráfico 1 Correlación entre la calidad del cuidado y la Habilidad comunicativa del enfermero percibido por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016



Fuente: Base de datos de la Investigación

Hipótesis General

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del personal de enfermería y la calidad del cuidado percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la hipótesis principal de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°1, la misma que identifica una relación significativa entre la calidad del cuidado y la Habilidad comunicativa del enfermero percibido por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – Essalud – Agosto 2016.

Tabla N° 8 Correlación Spearman entre la calidad del cuidado y la Habilidad comunicativa del enfermero percibido por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud - Agosto 2016

		Calidad del Cuidado de Enfermería			Total
		Bajo	Intermedio	Alto	
Habilidad Comunicativa del Enfermero	Bajo	8	0	0	8
	Intermedio	2	12	2	16
	Alto	0	2	36	38
Total		10	14	38	62

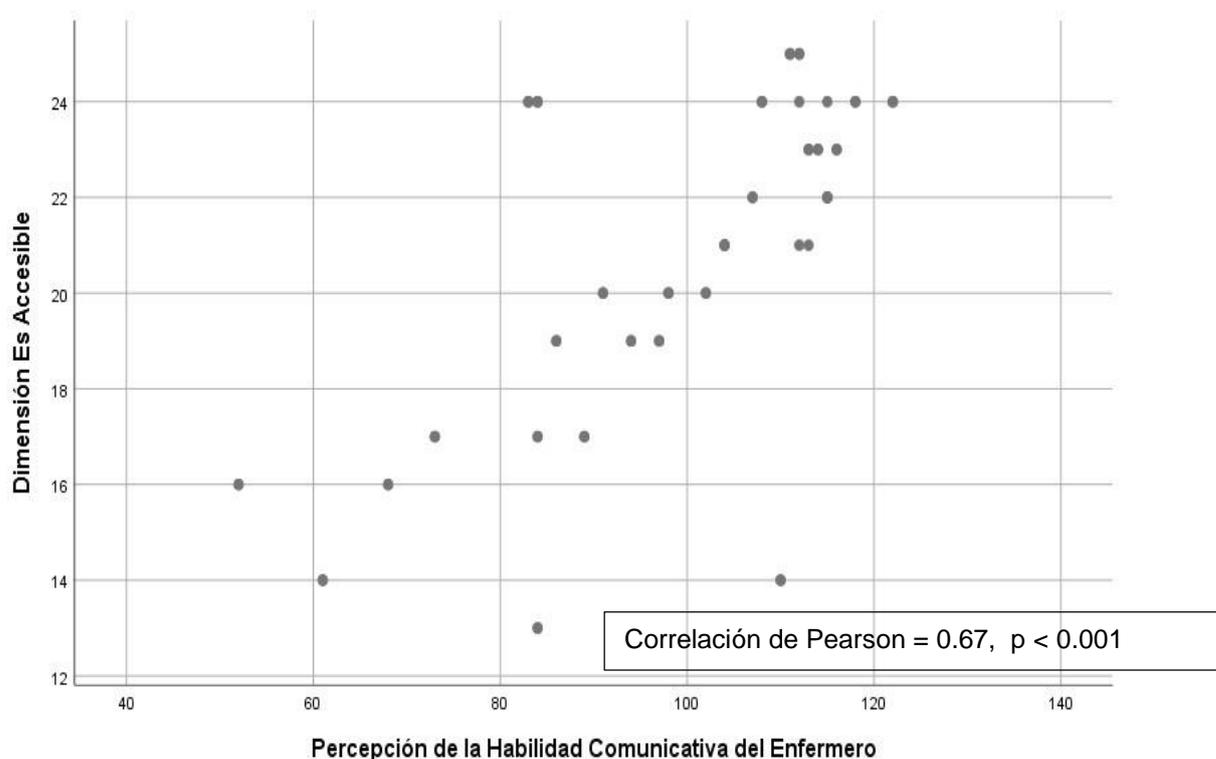
Fuente: Base de datos de la Investigación

Correlación de Spearman = 0.89, $p < 0.001$

Al realizar el análisis de correlación de Spearman para variables categorizadas, también se obtiene un nivel de significancia con un valor de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la hipótesis general de la investigación H1; tal como se muestra en la Tabla N°8, la misma que identifica una relación significativa entre la calidad del cuidado y la Habilidad comunicativa del enfermero percibido por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016.

Gráfico N° 2

Correlación entre la dimensión es accesible de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibido por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016



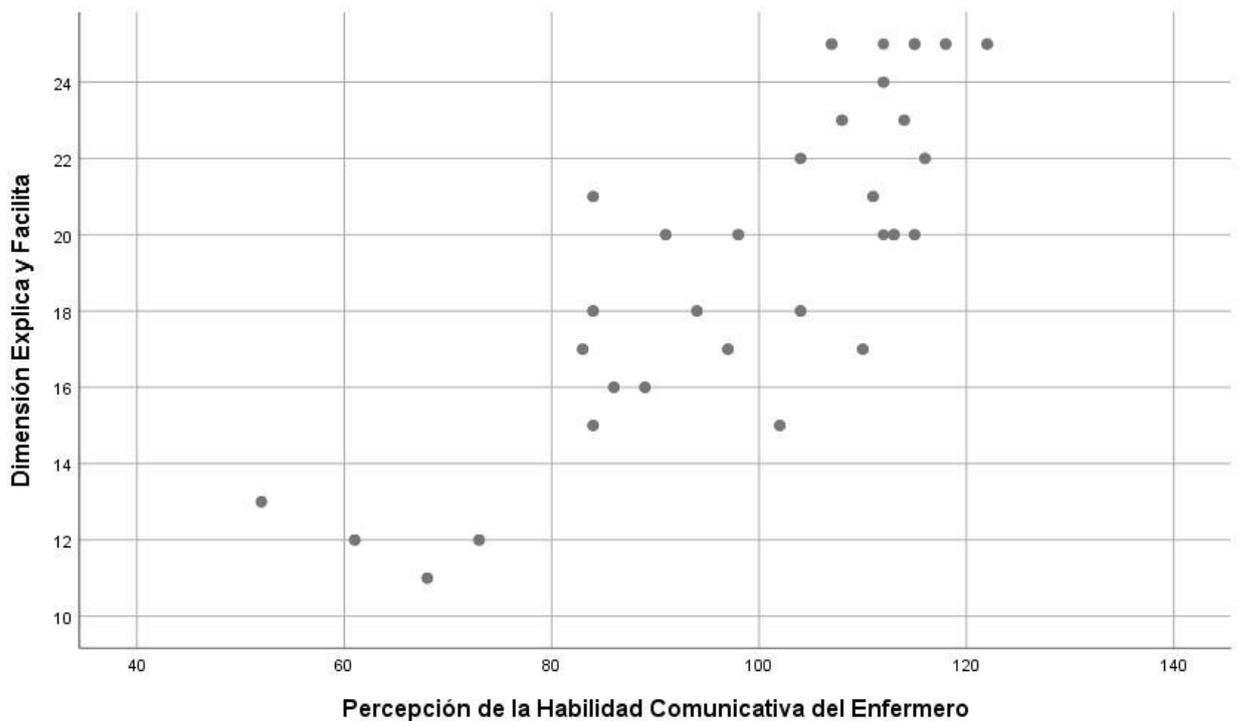
Fuente: Base de datos de la Investigación

Primera Hipótesis Específica

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del enfermero y la dimensión **es accesible** de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la primera hipótesis específica de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°2, la misma que identifica una relación significativa entre la dimensión es accesible de la calidad del cuidado y la Habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – 2016.

Gráfico N° 3 Correlación entre la dimensión explica y facilita de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016



Correlación de Pearson = 0.82, $p < 0.001$

Fuente: Base de datos de la Investigación

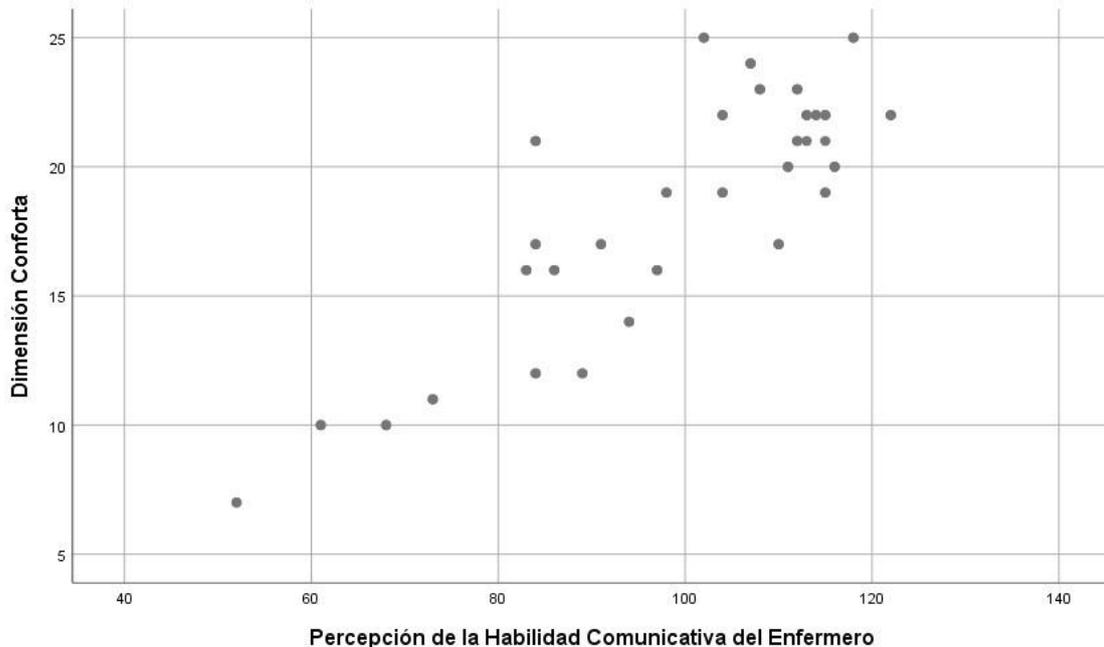
Segunda Hipótesis Específica

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del enfermero y la dimensión **explica y facilita** de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la segunda hipótesis específica de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°3, la misma que identifica una relación significativa entre la dimensión explica y facilita de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA –

Gráfico N° 4

Correlación entre la dimensión confort de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agostos 2016



Correlación de Pearson = 0.85, $p < 0.001$

Fuente: Base de datos de la Investigación

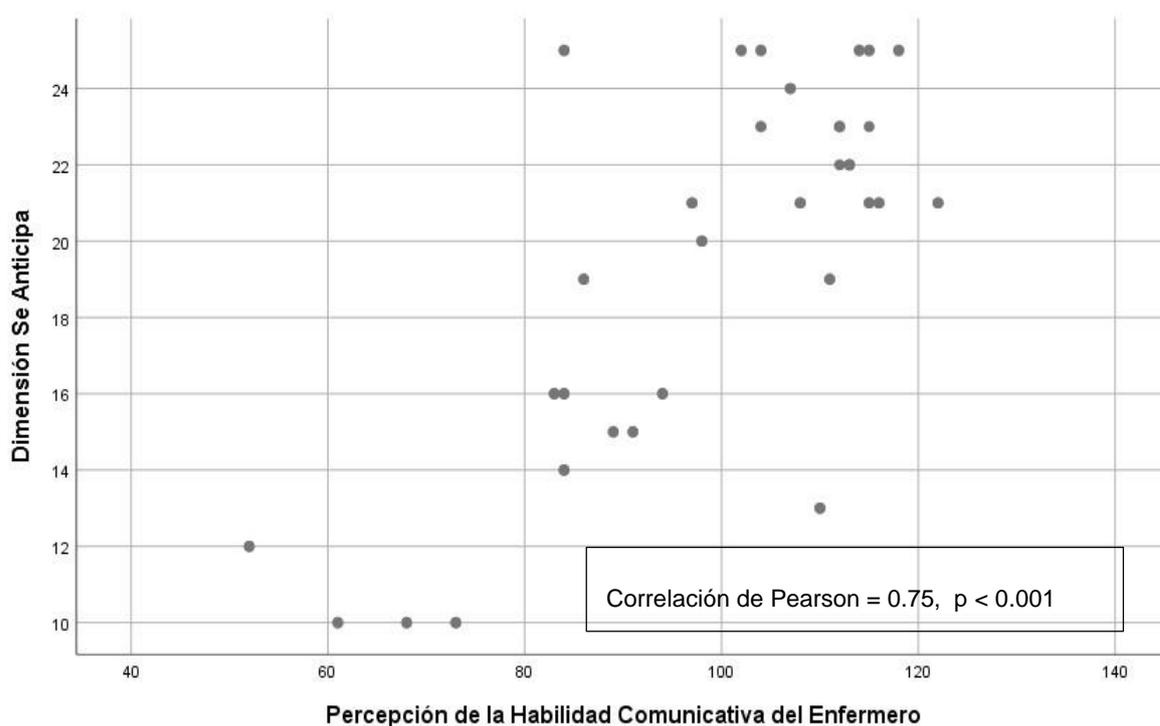
Tercera Hipótesis Específica

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del enfermero y la dimensión **conforta** de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la tercera hipótesis específica de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°4, la misma que identifica una relación significativa entre la dimensión confort de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agostos 2016.

Gráfico N° 5

Correlación entre la dimensión se anticipa de la calidad del cuidado y la Habilidad comunicativa del enfermero percibido por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016



Fuente: Base de datos de la Investigación

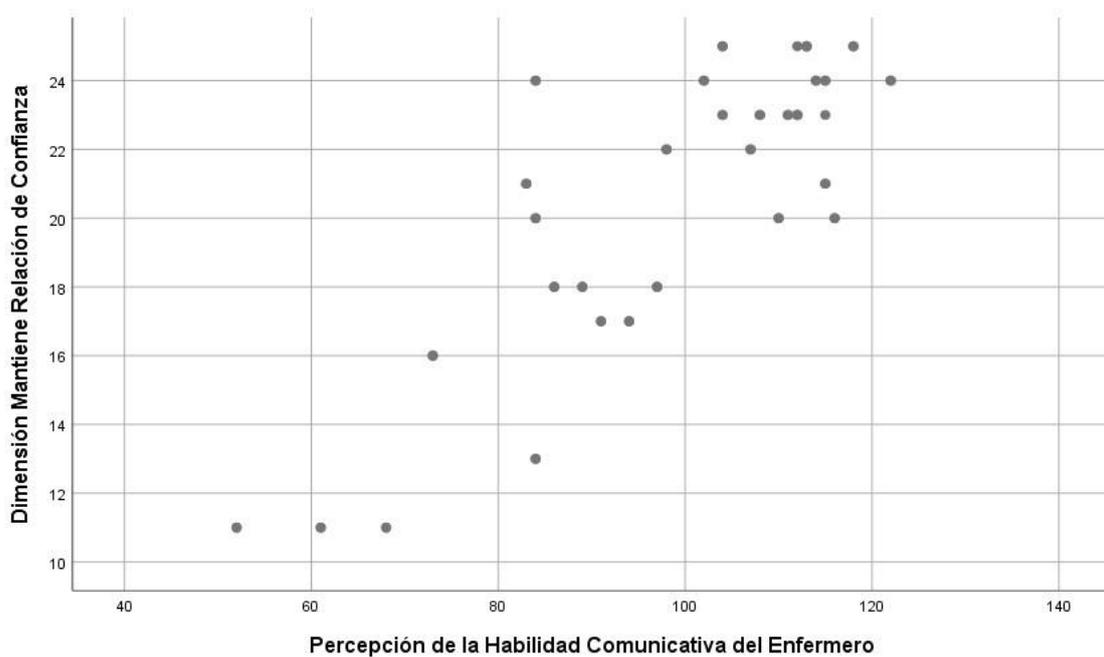
Cuarta Hipótesis Específica

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del enfermero y la dimensión **se anticipa** de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la cuarta hipótesis específica de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°5, la misma que identifica una relación significativa entre la dimensión se anticipa de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del

Gráfico N° 6

Correlación entre la dimensión mantiene relación de confianza de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016



Correlación de Pearson = 0.83, $p < 0.001$

Fuente: Base de datos de la Investigación

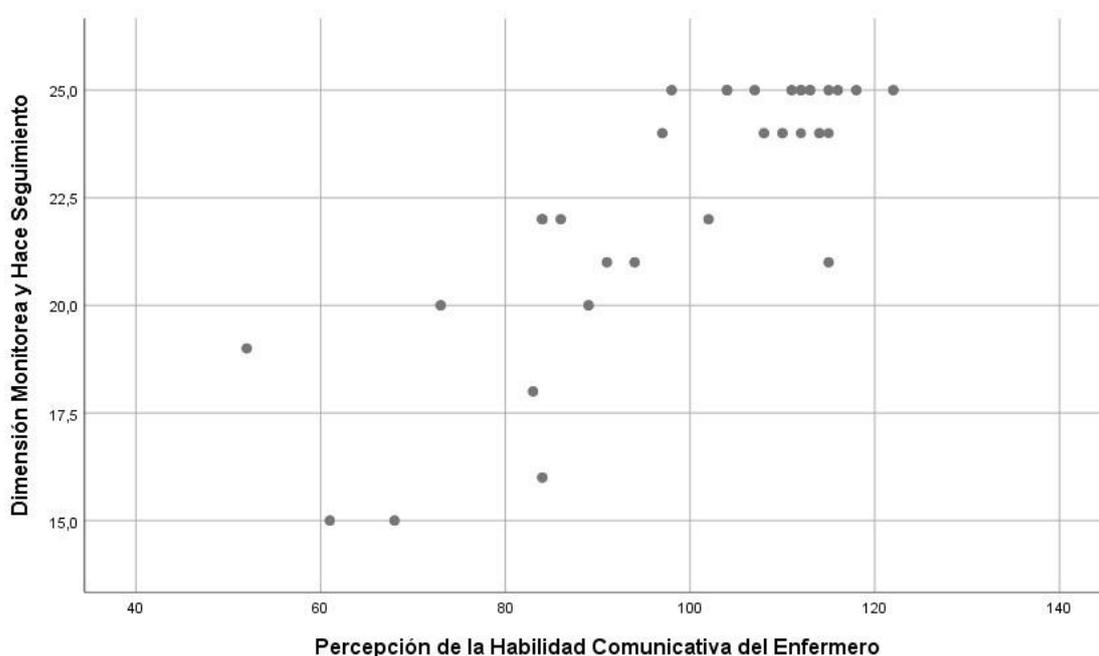
Quinta Hipótesis Específica

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del enfermero y la dimensión **mantiene relación de confianza** de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la quinta hipótesis específica de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°6, la misma que identifica una relación significativa entre la dimensión mantiene relación de confianza de la calidad del cuidado y la habilidad

comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – 2016.

Gráfico N° 7 Correlación entre la dimensión monitorea y hace seguimiento de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016



Correlación de Pearson = 0.82, $p < 0.001$

Fuente: Base de datos de la Investigación

Sexta Hipótesis Específica

H1: Existe relación entre las habilidades comunicativas del enfermero y la dimensión **monitorea y hace seguimiento** de la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El nivel de significancia hallado fue de $p=0.0000$, comprobándose que es posible aceptar la quinta hipótesis específica de la investigación H1; tal como se muestra en el gráfico N°7, la misma que identifica una relación significativa entre la dimensión monitorea y hace seguimiento de la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – Agosto 2016.

Discusión de resultados

Después del análisis y de los resultados hallados, aceptamos la hipótesis general donde se establece que si existe relación significativa entre la calidad del cuidado y la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador RPA – EsSalud – 2016; la habilidad comunicativa del enfermero influye directamente sobre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, esta habilidad de la esfera interpersonal es importante para el logro de los objetivos del cuidado. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen (P. Ramírez & Müggenburg, 2015); en el estudio de revisión de 58 artículos de investigación, sobre relaciones personales entre la enfermera y el paciente y la trascendencia que tiene la comunicación en la práctica del cuidado; manifiestan que el común denominador es la relación interpersonal y comunicacional que desempeñan las enfermeras.

Así mismo en el trabajo realizado por (Ramírez et al., 2013); se obtuvieron calificaciones de la calidad del cuidado entre es regular y buena, en esta categoría se evalúan los aspectos concernientes con la comodidad, el confort y el trato humano; esto corrobora la trascendencia que tiene para los pacientes la calidad del cuidado de enfermería centrada tanto en los aspectos físicos como en el trato humano.

En el trabajo realizado en Lima por (Arenas, 2011), la percepción de la calidad del cuidado enfermero en la dimensión interpersonal, mostró un nivel parcialmente satisfactorio (56,3%); de las cuatro dimensiones consideradas, la amabilidad en el trato y la información brindada fueron las que tuvieron puntajes promedios más bajos.

Por otro lado, en la investigación de (Torres & Buitrago, 2011); en pacientes oncológicos hospitalizados en Colombia, mostró que la valoración que dieron los pacientes sobre el cuidado brindado por las enfermeras en general fue excelente con un porcentaje de 58.7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%.

Si bien la mayor cantidad de cuidadores primarios de los pacientes geriátricos entrevistados (61.3%) percibieron una calidad del cuidado de enfermería alta, un porcentaje importante de ellos (38.7%) percibieron una calidad de cuidado intermedio y bajo. Esto se debe a que las dimensiones de la calidad del cuidado, que se relacionan a la esfera interpersonal de enfermería, como son las dimensiones; conforta, se anticipa y explica y facilita, tienen un nivel intermedio y bajo.

Los resultados del trabajo de (Bautista, 2008) sobre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería de los usuarios del servicio de especialidades médicas de un hospital colombiano, las categorías con mayor promedio fueron “es accesible”, “monitorea y hace seguimiento”, al igual que en la presente investigación la dimensión monitorea y hace seguimiento obtuvo el mayor puntaje con 83.9%, esta dimensión está relacionada con habilidades y destrezas de personal de enfermería, demuestran la capacidad científica, humana y técnica del personal.

Respecto a la habilidad comunicativa del enfermero, la dimensión conducta socialmente habilidosa o asertividad y la empatía alcanzaron valores intermedios o bajos, 61.3% y 48.4% respectivamente; estos resultados se contraponen a lo expuesto en el marco teórico donde la relación enfermera-paciente, debe de estar constituida por la comprensión empática, para que de esta manera se puedan identificar las necesidades de la persona cuidada y dar respuestas de ayuda centradas en lo humano. (Triana, 2016).

Las habilidades comunicativas de empatía y asertividad deben desarrollarse en el personal de enfermería; investigadores, partiendo de diferentes disciplinas, enfoques y poblaciones, han examinado la eficacia de los programas de entrenamiento en empatía; estos han indicado que la empatía es una competencia humana que puede modificarse y puede ser enseñada efectivamente y ponerse en escena durante los encuentros con el paciente, el ejercicio de comprender lo que el paciente está pensando o sintiendo debe interesar a los profesionales de salud, ya que están llamados a responder con

sensibilidad y a actuar enfocándose en el beneficio del paciente y su familia (van Berkhout & Malouff, 2016).

CONCLUSIONES

Se concluye lo siguiente:

- a) Se determina que la habilidad comunicativa del enfermero percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado influye significativamente con la calidad del cuidado de enfermería en el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador 2016.
- b) Se demostró que las siguientes dimensiones: explica y facilita, conforta y relación de confianza de la variable habilidad comunicativa del enfermero influyen significativamente en la variable calidad del cuidado de enfermería percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado.
- c) También se puede concluir que la percepción sobre la calidad del cuidado de enfermería y la habilidad comunicativa del enfermero, del familiar cuidador primario del paciente geriátrico del Hospital San Isidro Labrador, fue alta en el 61.3% de los entrevistados.
- d) Monitorea y hace seguimiento y relación de confianza; dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería obtuvieron los valores más altos con 83.9% y 67.7% respectivamente.
- e) Escucha activa, comunicación informativa y respeto y autenticidad dimensiones de la variable habilidad comunicativa de enfermería obtuvieron los valores más altos entre los entrevistados.
- f) La actitud empática y la conducta socialmente habilidosa o asertividad, dimensiones de la variable habilidad comunicativa de enfermería, obtuvieron los puntajes más bajos entre los entrevistados.

RECOMENDACIONES

- Elaborar plan de trabajo que permita fortalecer las habilidades comunicativas del enfermero y el desarrollo de habilidades blandas, para la mejora del cuidado interpersonal entre el paciente, la familia y el personal de enfermería.
- Realizar otros trabajos de investigación donde se puedan evaluar otras variables que puedan haber intervenido en la percepción del familiar cuidador primario sobre la habilidad comunicativa y la calidad del cuidado de enfermería.
- Identificar al personal de enfermería con pontifical para el entrenamiento y capacitación, financiándoles los cursos para que puedan ampliar sus conocimientos sobre el desarrollo de habilidades blandas y comunicativas, de tal forma que se pueda aplicar en toda la organización.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, D. (2005). *Competencias Comunicativas del Profesional de Enfermería* [Universidad de la Habana - Cuba].
<http://tesis.repo.sld.cu/108/1/Aguirrerayas-comunicacion.pdf>
- Alonso, F. (2007). Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. *Universidad Autónoma de Barcelona, II*, 15–30. http://www.trans.uma.es/pdf/Trans_11/T.15-30.FernandoAlonso.pdf
- Andreu, A. (2010). La comunicación interpersonal. *IE Business School*, 1–18.
https://www.albertoandreu.com/uploads/2011/02/AAndreu_ComunicacionInterpersonal.pdf
- Arenas, A. (2011). Calidad del cuidado enfermero en la dimensión interpersonal del paciente hospitalizado en el hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Rev Per Obst Enf*, 7(2).
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/662/515>
- Báez, C. (2000). *La comunicacion efectiva*.
<https://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/handle/123456789/238>
- Báez, F., Nava, V., Ramos, L., & Medina, O. (2009). El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, vol .9(2), 127–134.
<https://doi.org/ISSN:1657-5997>
- Barbón, O. (2011). Apuntes sobre competencia comunicativa, calidad del servicio y competencia profesional. *Av.Enf*, 1(1), 152–158.
- Bautista, L. (2008). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander*. 8, 74–84.
- Berlo, D. (1984). *El proceso de la comunicación* (14 reimpre). El Ateneo.
<https://bibliopopulares.files.wordpress.com/2012/12/el-proceso-de-lacomunicacion-david-k-berlo-301-1-b-514.pdf>
- Bermejo, C., Villacieros, M., & Carabias, R. (2013). Diseño y fiabilidad de una escala sobre la idea de empatía. Diferencias entre profesiones sanitarias y sociales. *Acción Psicológica*, 10(2), 115–156.
<https://doi.org/10.5944/ap.10.2.12217>
- Blanco, L. (2007). Aproximación al paralenguaje. *Hesperia: Anuario de filología hispánica*, 10, 83–97.
- Borré, Y. (2013). *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla* [Universidad Nacional de Colombia].
<http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>
- Camisón, C., Cruz, S., & Gonzáles, T. (2013). *Gestión de la Calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas* (Vol. 1). Pearson Prentice Hall.
<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5081/1/UPS-CYT00109.pdf>
- Cañón, W., & Rodríguez, A. (2011). Asertividad: Una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto e Contexto*

- Enfermagem*, 20(SPEC. ISSUE), 81–87.
<https://doi.org/10.1590/S010407072011000500010>
- Carro, R., & González, D. (2009). *Administración de la calidad total* (Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Universidad Nacional de Mar del Plata (ed.)). http://nulan.mdp.edu.ar/1614/1/09_administracion_calidad.pdf
- Colliere, M. (1993). *Promover la Vida*.
https://www.academia.edu/32030917/Libro_Promover_La_Vida_Rinconmedico_net_3_
- Cornetto, M., Gómez, P., Marcon, G., Zarate, R., De Bortoli, S., & Morales, C. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes* (Organización Panamericana de la Salud (ed.)).
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547?show=full&locale-attribute=es>
- Corrales, E. (2011). El lenguaje no verbal: un proceso cognitivo superior indispensable para el ser humano. *Revista Comunicación*, 20(1), 46–51.
<http://www.redalyc.org/pdf/166/16620943007.pdf>
- Cubillos, M., & Roza, D. (2009). El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista Universidad de La Salle*, 48(January), 80–99. <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls/vol2009/iss48/4/>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
<http://www.nursingworld.org/DocumentVault/CareCoordination-Panel-Docs/background-docs/Jun-4-Mtg-docs/The-Quality-of-CareHowCanItBeAssessed-Donabedian1988.pdf>
- Fajardo, L. (2009). A propósito de la comunicación verbal. *Red de revistas científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal*, 22(2), 121–142.
<http://www.redalyc.org/pdf/219/21916691006.pdf>
- García, A. (2012). *Cuando el cuerpo comunica. Manual de la comunicación no verbal*. 86.
<http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/18459/MEMORIA2.pdf?sequence=1>
- García, M., Ortega, Y., Arana, B., & García, A. (2011). Calidad del Cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor. *Horizontes*, 13.
http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/CALIDAD_DEL_CUIDADO_DE_ENFERMERIA.pdf
- Guanais, F., Regalia, F., & Anaya, M. (2018). *Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*.
<https://doi.org/10.18235/0001255>
- Guzmán, M. (2013). *Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal*. [Universidad Nacional de Colombia].
<http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta edición).
- Ibarrola, S., Beortegui, E., Vazquez, M., & Orovioigoicoechea, C. (2011). Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de

- hospitalización. *Enferm Cardiol. Año XVIII*, 53, 27–33.
https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/53_03.pdf
- ICE. (2005). El Respeto: Colección de Desarrollo personal. En 33.
https://www.grupoice.com/wps/wcm/connect/e08857804e6ede59bd81bdab89e9e6fe/folleto_respeto.pdf?MOD=AJPERES
- Juárez, P., & García, M. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109–111. www.medigraphic.org.mx
- Landman, C., Cruz, M., García, E., Pérez, P., Sandoval, P., Serey, K., & Valdés, C. (2015). Satisfacción Usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y Enfermería* 2021, 1, 91–102. <https://doi.org/ISSN 0717-2079>
- Langevin, L. (2000). *La comunicación: un arte que se aprende*. Sal Terrae.
<https://books.google.com.pe/books?id=t8b75Cp6a24C&printsec=frontcover&dq=la+comunicacion&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwirr8Ci4bTAhVGhZAKHcVjBuEQ6AEIHTAB#v=onepage&q=la+comunicacion&f=false>
- Leal, C., Tirado, S., van-der Hofstadt, C., & Rodríguez, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud ., *Anales De Psicología*, 32(n 1 (enero)), 49–59.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701>
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema. *Redalyc*, 26(1), 143–154.
<http://www.redalyc.org/pdf/817/81715089014.pdf>
- Luévano, S. (2008). El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jane Watson. *Synthesis*, 45, 1–3.
http://www.uachnet.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf
- Marimón, C. (2008). *La explicación*.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4023/20/TEMA_EXPLICACION.pdf 8.LA
- Martín, F., Fernández, C., & Merino, C. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(SUPP1), 163–172.
<https://doi.org/10.4321/s1137-66272010000200017>
- Morales, M. (2000). *Confianza y Desarrollo del Potencial Humano*.
<http://www.topconsultores.cl/img/Confianza y Desarrollo.pdf>
- Müggenburg, C., & Riveros, A. (2012). Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario . Parte I. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 36–44. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a5.pdf>
- Ongallo, C. (2007). Manual De Comunicación. En *Editorial Dykinson S.L.*
<http://www.galeon.com/anacoello/parte1lib3.pdf>
- Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Sarnak, D. O., & Schneider, E. C. (2016). In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access

- To And Affordability Of Health Care. *Health Affairs*, 35(12), 2327–2336. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1088>
- Palma, J. (2012). *Aplicación de los Valores Respeto y Responsabilidad en una Muestra de Estudiantes de Segundo y Tercer Grado de Secundaria* [Universidad Pedagógica Nacional]. <http://200.23.113.51/pdf/28817.pdf>
- Peñacoba, C., Velasco, L., Mercado, F., & Moreno, R. (2014). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 15(2), 195–206. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/804>
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499–503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Poveda, D. (2015). *Validez y confiabilidad del instrumento de confort SGCQ español de la doctora Katherine Kolcaba para personas con enfermedad crónica*. <http://bdigital.unal.edu.co/52675/1/1098618191.2015.pdf>
- Poyatos, F. (1968). Paralingüística y Kinésica: para una teoría del sistema comunicativo en el hablante español. *Aih*. https://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/03/aih_03_1_081.pdf
- Quintero, M., & Gómez, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*, 10(1), 8–18. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n1/v10n1a02.pdf>
- RAE. (2016). *Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario*. <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima Ed).
- Ramírez, C., & Parra, M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av. enferm*, 29(1), 97–108.
- Ramirez, C., Perdomo, A., & Galán, E. (2013). Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la unidad de Cuidados Intensivos. *Avances en Enfermería*, 31(1), 42–51. https://scholar.google.es/citations?user=7F1aXI4AAAAJ&hl=es#d=gs_md_cita-d&p=&u=%2Fcitations%3Fview_op%3Dview_citation%26hl%3Des%26user%3D7F1aXI4AAAAJ%26citation_for_view%3D7F1aXI4AAAAJ%3AY0pCki6q_DkC%26tzom%3D300
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Ramón, R., Segura, M., Palanca, M., & Román, P. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista española de comunicación en salud*, 3(1), 49–61. <https://doi.org/ISSN:1989-9882>

- Ramos, F., Rico, V., & Martínez, P. (2012). Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería Global*, 11(25), 219–232. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000100013>
- Rivas, J., & Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49–54. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Rivera, L., & Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. enferm*, 25(1), 56–68.
- Rodríguez, E. (2013). Identidad y autenticidad: entre armonía individual y conflicto social. Una aproximación desde Charles Taylor. *Eikasía*, 2, 225–232. <http://www.e-torredebabel.com/OrtegayGasset/Grabaciones/GrabacionElQuehacerDelHombre.htm>
- Rojas, M. (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Revista Electronica de Veterinaria*, 16(1), 1–14. <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet2015Volumen16Nº01><http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n010115.html>
- Romero, A., & Espinosa, A. (2010). El método clínico en geriatría. *MediSur*, 8(5), 168–173. <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098028.pdf>
- Romero, E., Contreras, I., & Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoción de la salud*, 21(211), 26–36. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>
- Santana, J., Bauer, A., Minamisava, R., Bezerra, A., & Gomes, M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(3), 454–460. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>
- Santos, D. (2012). *Fundamentos de la comunicación* (Primera). Red Tercer Milenio. http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/comunicacion/Fundamentos_de_comunicacion.pdf
- Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D., & Zimmermann, C. (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(9), 1–7. <https://home.liebertpub.com/publications/journal-of-palliative-medicine/41>
- Sepúlveda, G., Rojas, L., Cárdenas, O., Guevara, E., & Castro, A. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario Care Q en versión al español en población colombiana. *Revista colombiana de enfermería*, 4, 1–17. http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_

colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf

- Subiela, J., Abellón, J., Celdrán, A., Manzanares, J., & Satorres, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 34. <https://doi.org/ISSN 1695-6141>
- Torres, C., & Buitrago, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista CUIDARTE*, 2(1). <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/49/688>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A. Davis Co. https://openlibrary.org/books/OL4467106M/Interpersonal_aspects_of_nursing.
- Triana, M. (2016). La empatía en la relación enfermera paciente. *Avances en enfermería*, 35(2), 121–122. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
- UNICEF. (2005). *Monitoreo: Guía de Mejores Prácticas*. https://www.unicef.org/colombia/pdf/Minas_parte7_07_p.pdf
- van-der Hofstadt, C., Quiles, Y., & Quiles, M. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. <http://www.aeesme.org/wpcontent/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
- van Berkhou, E., & Malouff, J. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47–53. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Vargas, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición*. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, XIX(4), 663–671. <http://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>
- Watson, J. (2010). *Teoría del Cuidado Humanizado*. Revista de actualizaciones en Enfermería. <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

ANEXOS

Anexo N° 1 Consentimiento Informado para el Cuidador Primario del Paciente Geriátrico Hospitalizado

Después de explicarme las características de la investigación, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente estudio que tiene relación con la opinión, percepción que tengo del cuidado que proporcionó

el personal de enfermería a mi paciente, así como mi percepción u opinión acerca de las habilidades comunicativas del enfermero, durante mi estancia en esta institución. Mi participación consiste en responder algunas preguntas acerca de la calidad del cuidado y de las habilidades comunicativa, proporcionado por el personal de enfermería.

La Lic. Enf. Miriam Yanett Vizcarra Arenas, me explicó que es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte del programa de maestría en enfermería, que no implica ningún riesgo para mí o para mi paciente, y que los datos que le proporcione serán confidenciales y anónimos, y que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Para que así conste por mi libre voluntad firmo el presente a los días _____ del mes de _____ del 2016.

Firma del Familiar Cuidador Primario del Paciente Hospitalizado

Anexo N° 2

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por objetivo medir la calidad del cuidado de la enfermera y la habilidad comunicativa de esta, a partir de la percepción del familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado.

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea con atención cada pregunta o enunciado y señale la respuesta que más se adecue a su situación. Asegúrese de responder a todas las preguntas o enunciados. Responda lo más sinceramente posible. El cuestionario es anónimo.

A. DATOS GENERALES

Características del Familiar acompañante:

1. Edad

- | | | |
|---------------------|-----------------|-----------------|
| a) Menor de 18 años | b) 19 – 24 años | c) 25 a 34 años |
| d) 35 a 44 años | e) 45 a 54 años | f) 55 a 64 años |

9	Me enseña a cuidar de mí familiar siempre que sea posible					
10	Me sugiere las preguntas que puedo formularle al médico tratante.					
Conforta		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
11	Procura medidas básicas de confort como iluminación, control de ruido y sábanas adecuadas, entre otros.					
12	Me infunde ánimos identificando elementos positivos del estado de mí familiar y su tratamiento.					
13	Tiene paciencia aún en mis momentos difíciles.					
14	Comparte tiempo conmigo.					
15	Involucra a los otros integrantes de la familia en el cuidado.					
Se Anticipa.		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
16	Toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil para mí familiar.					
17	Se anticipa a mi impacto, con relación al diagnóstico de mi familiar.					
18	Sabe cuándo mi familiar ha tenido suficientes procedimientos y actúa de acuerdo a la situación.					
19	Es receptiva ante las necesidades de mi familiar y actúa en consecuencia					
20	Prevé que los "primeros días de hospitalización" son los más difíciles y pone atención especial durante estas oportunidades.					
Mantiene Relación de Confianza		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
21	Busca la mejor oportunidad para hablarme sobre los cambios en el estado de mi familiar.					
22	Comprueba cómo se siente mi familiar antes de iniciar cualquier intervención.					
23	Me acepta como familiar cuidador y me incluye en el cuidado siempre que sea posible.					

24	Me da confianza para que le exprese las dudas que pueda tener.					
25	Es agradable y amistosa con mis demás allegados.					
Monitorea y Hace Seguimiento		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
26	Su vestuario e identificación la caracterizan como enfermera.					
27	Considero que es organizada en su trabajo.					
28	Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso endovenoso (sueros), las máquinas de aspiración y otros equipos que haya en el servicio					
29	Proporciona buen cuidado físico.					
30	Sabe cuándo llamar al médico.					

C. CUESTIONARIO QUE MIDE LA HABILIDAD COMUNICATIVA DE LA ENFERMERA.

Cuestionario que mide la habilidad comunicativa de **La Enfermera**, percibida por familiar cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado, instrumento adaptado por la investigadora, constituido por 5 dimensiones y 25 ítems en base a la Escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS, elaborado por Leal et al 2016.

Por favor, lea con atención cada pregunta o enunciado y señale la respuesta que más se adecue a su situación. Asegúrese de responder a todas las preguntas o enunciados. Responda lo más sinceramente posible. El cuestionario es anónimo.

Puntajes: Nunca= 1 Casi Nunca= 2 A veces= 3 Casi Siempre= 2 Siempre= 5

Escucha activa		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
1	Se distrae cuando escucha a los pacientes o familiares cuidadores					
2	Interrumpe cuando el familiar o el paciente le están hablando.					
3	Cuando habla con los pacientes o familiares cuidadores lo hace en un lugar tranquilo, para escucharlos adecuadamente.					
4	Dedica tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes y familiares cuidadores.					
5	Escucha a los pacientes y a los familiares cuidadores sin prejuicios y sin discriminación.					

Comunicación Informativa		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
6	Proporciona información al paciente y al familiar cuidador, (siempre que su competencia profesional se lo permita).					
7	Considera que el paciente o familiar cuidador tienen derecho a recibir información.					
8	Cuando da información a los pacientes o familiares cuidadores lo hace en palabras comprensibles.					
9	Se asegura que los pacientes o familiares cuidadores hayan comprendido la información proporcionada.					
10	Cuando da información, usa silencios para que el paciente o familiar cuidador tenga tiempo de comprender lo que le está diciendo.					
Empatía (Actitud empática)		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
11	Trata de comprender los sentimientos del paciente o del familiar cuidador.					
12	Cuando habla con el paciente o familiar cuidador, muestra interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, mirando a los ojos, sonriendo, ...).					
13	Explora las emociones y sentimientos de los pacientes o de los familiares cuidadores.					
14	Repite en un resumen lo que el paciente o el familiar cuidador le ha dicho, para asegurarse que ha entendido lo manifestado por ellos					
15	Cuando habla con los pacientes o familiares utiliza palabras de apoyo, como: ciertamente, claro..., por supuesto.					
Respeto y Autenticidad		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
16	Respeto las necesidades de los pacientes o familiares cuidadores.					
17	Respeto el derecho de los pacientes o familiares cuidadores a expresarse libremente.					
18	Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.					
19	Actúa con transparencia, cuando se relaciona con los pacientes o familiares cuidadores, mostrándose tal y como es.					

20	Comparte información acerca de experiencias personales similares, con los pacientes o familiares cuidadores, para dar a conocer mejor sus pensamientos, sentimientos, ...					
Conducta socialmente habilidosa o asertividad		nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
21	Expresa claramente sus opiniones y deseos a los pacientes o a los familiares cuidadores.					
22	Cuando está en desacuerdo con las opiniones de los pacientes o familiares cuidadores, guarda silencio para no discutir.					
23	Cuando un paciente o familiar cuidador hace algo que no le parece bien, la enfermera le expresa su desacuerdo o molestia de manera tranquila.					
24	Por temor o timidez evita hacer preguntas a los pacientes o familiares cuidadores.					
25	Reacciona mal a las críticas de los pacientes o familiares cuidadores					

Anexo N° 3

Validación y confiabilidad Validación del Instrumento sobre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	S	N	1	C-	V de Aiken
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Dificultad para entender las preguntas	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Palabras difíciles de entender en los ítems	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
V de Aiken Total															1,00

Validación del Instrumento sobre la percepción de las habilidades de comunicativas del enfermero

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	S	N	1	C-	V de Aiken
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Dificultad para entender las preguntas	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Palabras difíciles de entender en los ítems	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
V de Aiken Total															1.00

Confiabilidad del Instrumento sobre la percepción la calidad del cuidado de enfermería.

Correlación entre elementos entre elementos

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	Tot al
1	1,0	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6	0,3	0,4	0,1	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
00	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
60	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
2	0,4	1,0	0,4	0,1	0,4	0,4	0,2	0,4	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
04	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
02	00	61	87	04	15	40	38	32	93	97	70	52	35	80	72	69	38	82	22	31	97	85	21	47	97	76	25	05	82	76
3	0,3	0,4	1,0	0,5	0,6	0,3	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
06	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,6	0,4	0,4	0,5	0,7	0,4	0,5	0,7	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
76	61	00	14	68	98	84	70	06	67	57	87	70	82	02	75	98	46	30	39	37	07	46	92	51	46	19	52	93	44	75
4	0,3	0,1	0,5	1,0	0,7	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,7	0,3	0,5	0,3	0,5	0,5	0,3	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
06	0,3	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
94	87	14	00	83	60	00	74	01	78	53	15	70	50	14	89	14	59	55	33	99	02	43	56	79	82	73	61	89	79	59
5	0,3	0,4	0,6	0,7	1,0	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,4	0,6	0,6	0,4	0,6	0,4	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
07	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,3	0,5	0,5	0,5	0,8	0,5	0,5	0,8	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
19	04	68	83	00	82	32	15	94	80	48	35	94	21	04	15	15	44	67	06	00	50	71	62	96	42	22	91	73	04	28
6	0,4	0,2	0,3	0,5	0,4	1,0	0,6	0,3	0,6	0,3	0,5	0,2	0,6	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
07	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
11	15	98	60	82	00	90	88	45	10	53	86	28	35	53	39	99	35	92	12	36	90	90	43	43	44	95	73	88	72	69
7	0,6	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1,0	0,5	0,6	0,6	0,2	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
06	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
63	40	84	00	32	90	00	62	32	82	05	15	31	21	79	38	00	48	37	23	55	66	51	40	66	92	73	26	37	47	08
8	0,3	0,1	0,5	0,5	0,6	0,3	0,5	0,5	1,0	0,8	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
04	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,4	0,6	0,6	0,4	0,6	0,4	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
41	38	70	74	15	88	62	00	44	19	03	14	93	69	18	92	72	65	71	99	18	01	83	33	79	12	06	13	23	00	00
9	0,4	0,3	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6	0,5	0,8	0,6	1,0	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
07	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,3	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
10	0,4	0,4	0,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
04	0,4	0,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
14	93	67	78	80	10	82	19	21	00	15	60	30	97	67	36	86	75	32	05	99	30	78	69	13	26	62	29	89	83	18
04	0,4	0,5	0,5	0,3	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
33	97	57	53	48	53	05	03	86	15	00	59	27	96	46	83	74	46	15	59	12	57	02	99	29	66	14	57	50	39	74
04	0,4	0,2	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
76	70	87	15	35	86	15	14	20	60	59	00	35	46	56	60	08	78	57	20	18	23	20	85	23	48	98	24	44	96	72
0,8	0,7	0,4	0,7	0,4	0,4	0,5	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
57	52	70	70	94	28	31	93	08	30	27	35	00	05	63	70	90	19	73	18	82	02	79	35	81	99	14	11	89	09	18
0,7	0,7	0,4	0,6	0,3	0,4	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

21 35 82 50 21 35 21 69 22 97 96 46 05 00 34 38 36 02 37 22 12 72 67 45 15 06 26 28 99 10 95 15 0,3 0,0 0,6 0,7 0,7 0,5 0,5 0,6 0,7 0,3 0,5 0,4 0,7 0,8 1,0 0,5 0,6 0,7 0,6 0,5 0,7 0,7 0,8
0,8 0,7 0,5 0,7 0,4 0,5 0,6 0,8
96 80 02 14 04 53 79 18 17 67 46 56 63 34 00 30 97 19 63 81 11 21 13 31 79 47 84 10 02 29 43 16 0,2 0,3 0,5 0,3 0,5 0,5 0,4 0,3 0,5 0,4 0,6 0,5 0,5 0,5 0,5 1,0 0,6 0,6 0,7 0,6 0,6 0,6 0,7
0,5 0,4 0,2 0,4 0,4 0,6 0,6 0,7
01 72 75 89 15 39 38 92 46 36 83 60 70 38 30 00 16 70 35 13 98 08 49 97 79 96 77 26 67 46 53 17 0,3 0,3 0,5 0,5 0,6 0,4 0,5 0,3 0,6 0,5 0,5 0,7 0,6 0,7 0,6 0,6 1,0 0,6 0,6 0,6 0,8
0,5 0,6 0,6 0,5 0,4 0,5 0,3 0,4 0,5 0,8
34 69 98 14 15 99 00 72 28 86 74 08 90 36 97 16 00 60 09 89 23 98 82 82 71 27 59 09 92 62 04 18 0,2 0,1 0,5 0,5 0,6 0,6 0,4 0,5 0,7 0,4 0,7 0,5 0,6 0,6 0,7 0,6 0,6 1,0 0,7 0,6 0,7 0,6 0,7
0,6 0,6 0,5 0,6 0,4 0,7 0,7 0,8
02 38 46 59 44 35 48 65 74 75 46 78 19 02 19 70 60 00 38 84 14 33 33 34 28 78 28 72 41 80 32 19 0,3 0,4 0,7 0,5 0,6 0,5 0,6 0,4 0,6 0,3 0,7 0,4 0,6 0,6 0,6 0,7 0,6 0,7 1,0 0,7 0,6
0,8 0,7 0,6 0,6 0,4 0,5 0,3 0,5 0,5 0,8
48 82 30 55 67 92 37 71 03 32 15 57 73 37 63 35 09 38 00 29 49 16 10 50 41 97 57 85 83 79 25 20 0,3 0,4 0,6 0,6 0,7 0,7 0,6 0,4 0,7 0,4 0,7 0,5 0,7 0,5 0,5 0,6 0,6 0,6 0,7 1,0 0,5 0,6 0,6
0,6 0,5 0,6 0,7 0,2 0,4 0,5 0,8
60 22 39 33 06 12 23 99 07 05 59 20 18 22 81 13 89 84 29 00 91 59 85 38 15 79 19 40 95 36 15

21 0,3 0,3 0,5 0,3 0,6 0,4 0,4 0,4 0,6 0,4 0,6 0,6 0,5 0,7 0,7 0,6 0,8 0,7 0,6 0,5 1,0 0,5 0,7 0,6 0,5 0,4 0,6 0,2 0,6 0,6 0,7
55 31 37 99 00 36 55 18 05 99 12 18 82 12 11 98 23 14 49 91 00 94 20 87 51 74 22 89 70 32 95 22 0,3 0,2 0,7 0,7 0,6 0,5 0,5 0,5 0,4 0,5 0,5 0,7 0,6 0,7 0,6 0,5 0,6 0,8 0,6 0,5 1,0 0,6
0,7 0,7 0,4 0,6 0,4 0,5 0,5 0,8
54 97 07 02 50 90 66 01 39 30 57 23 02 72 21 08 98 33 16 59 94 00 91 04 55 99 84 42 14 88 19 23 0,3 0,2 0,6 0,7 0,7 0,5 0,5 0,5 0,7 0,4 0,7 0,5 0,7 0,7 0,8 0,7 0,6 0,7 0,7 0,6 0,7
0,6 1,0 0,8 0,7 0,6 0,8 0,5 0,7 0,6 0,9
78 85 46 43 71 90 51 83 57 78 02 20 79 67 13 49 82 33 10 85 20 91 00 03 26 66 01 61 39 93 03 24 0,3 0,2 0,6 0,6 0,6 0,4 0,5 0,6 0,6 0,3 0,4 0,4 0,8 0,7 0,8 0,5 0,6 0,6 0,6 0,6 0,6 0,7 0,8
1,0 0,8 0,5 0,7 0,4 0,5 0,6 0,8
30 21 92 56 62 43 40 33 88 69 99 85 35 45 31 97 82 34 50 38 87 04 03 00 28 00 86 77 58 67 41 25 0,3 0,0 0,6 0,6 0,5 0,4 0,5 0,6 0,6 0,4 0,4 0,4 0,7 0,7 0,7 0,4 0,5 0,6 0,6 0,5 0,5 0,7 0,7
0,8 1,0 0,4 0,6 0,6 0,6 0,7
55 47 51 79 96 43 66 79 12 13 29 23 81 15 79 79 71 28 41 15 51 55 26 28 00 53 92 18 12 51 95 26 0,3 0,2 0,4 0,5 0,6 0,4 0,3 0,4 0,5 0,2 0,5 0,2 0,4 0,4 0,5 0,2 0,4 0,5 0,4 0,6 0,4
0,4 0,6 0,5 0,4 1,0 0,7 0,3 0,5 0,4 0,6
74 97 46 82 42 44 92 12 97 26 66 48 99 06 47 96 27 78 97 79 74 99 66 00 53 00 27 92 30 33 35 27 0,4 0,1 0,6 0,6 0,7 0,4 0,4 0,6 0,6 0,4 0,5 0,4 0,7 0,6 0,7 0,4 0,5 0,6 0,5 0,7 0,6 0,6 0,8
0,7 0,6 0,7 1,0 0,4 0,5 0,6 0,8
00 76 19 73 22 95 73 06 92 62 14 98 14 26 84 77 59 28 57 19 22 84 01 86 92 27 00 40 28 11 06 28 0,1 0,0 0,4 0,3 0,3 0,2 0,2 0,4 0,3 0,4 0,3 0,4 0,4 0,3 0,4 0,3 0,2 0,2 0,4 0,5
0,4 0,6 0,3 0,4 1,0 0,5 0,5 0,5
51 25 52 61 91 73 26 13 80 29 57 24 11 28 10 26 09 72 85 40 89 42 61 77 18 92 40 00 95 65 33 29 0,2 0,2 0,4 0,4 0,5 0,3 0,4 0,6 0,6 0,5 0,6 0,5 0,4 0,4 0,5 0,6 0,4 0,7 0,5 0,4 0,6 0,5 0,7
0,5 0,6 0,5 0,5 0,5 1,0 0,8 0,7
14 05 93 89 73 88 37 23 95 89 50 44 89 99 02 67 92 41 83 95 70 14 39 58 12 30 28 95 00 61 57 30 0,1 0,0 0,5 0,4 0,5 0,3 0,3 0,7 0,7 0,6 0,6 0,6 0,5 0,5 0,6 0,6 0,5 0,7 0,5 0,5 0,6 0,5 0,6
0,6 0,6 0,4 0,6 0,5 0,8 1,0 0,7
64 82 44 79 04 72 47 00 42 83 39 96 09 10 29 46 62 80 79 36 32 88 93 67 51 33 11 65 61 00 86 Tot 0,4 0,3 0,7 0,7 0,8 0,6 0,7 0,7 0,8 0,6 0,7 0,6 0,8 0,7 0,8 0,7 0,8 0,8 0,8 0,8 0,7 0,8 0,9
0,8 0,7 0,6 0,8 0,5 0,7 0,7 1,0 al 54 76 75 59 28 69 08 00 58 18 74 72 18 95 43 53 04 32 25 15 95 19 03 41 95 35 06 33 57 86 00

6		0,652 0,757 0,802 1,000 0,691 0,867 0,811 0,645 0,472 0,337 0,171 0,368 0,729 0,711 0,586 0,608 0,592 0,571 0,666 0,500 0,724 0,317	0,794
	0,360 0,477		0,306
7		0,644 0,802 0,776 0,691 1,000 0,729 0,786 0,709 0,561 0,493 0,407 0,500 0,650 0,709 0,682 0,615 0,726 0,656 0,711 0,431 0,664 0,247	0,850
	0,320 0,260		0,218
8		0,581 0,781 0,876 0,867 0,729 1,000 0,844 0,773 0,606 0,487 0,224 0,448 0,617 0,635 0,621 0,641 0,686 0,502 0,641 0,458 0,667 0,306	0,809
	0,458 0,543		0,255
9		0,673 0,776 0,786 0,811 0,786 0,844 1,000 0,790 0,564 0,589 0,403 0,680 0,760 0,737 0,676 0,688 0,760 0,682 0,776 0,432 0,757 0,333	0,914
	0,313 0,485		0,199
10		0,489 0,707 0,842 0,645 0,709 0,773 0,790 1,000 0,642 0,607 0,412 0,638 0,543 0,582 0,740 0,699 0,734 0,607 0,671 0,401 0,596 0,154	0,803
	0,513 0,562		0,271
11		0,293 0,638 0,658 0,472 0,561 0,606 0,564 0,642 1,000 0,626 0,598 0,318 0,383 0,644 0,570 0,534 0,696 0,460 0,580 0,448 0,512 0,236	0,683
	0,602 0,530		0,145
12		0,441 0,412 0,455 0,337 0,493 0,487 0,589 0,607 0,626 1,000 0,536 0,493 0,361 0,557 0,607 0,520 0,682 0,408 0,524 0,206 0,525 0,142	0,644
	0,278 0,323		0,221
13		0,218 0,340 0,319 0,171 0,407 0,224 0,403 0,412 0,598 0,536 1,000 0,571 0,385 0,425 0,413 0,376 0,584 0,256 0,443 0,103 0,252	0,460
	0,371 0,466		0,175 0,224
14		0,465 0,391 0,414 0,368 0,500 0,448 0,680 0,638 0,318 0,493 0,571 1,000 0,683 0,451 0,478 0,523 0,548 0,580 0,598 0,064 0,400 0,024	0,645
	0,160 0,327		0,182
15		0,584 0,617 0,620 0,729 0,650 0,617 0,760 0,543 0,383 0,361 0,385 0,683 1,000 0,657 0,572 0,652 0,647 0,673 0,703 0,373 0,684 0,084	0,771
	0,179 0,325		0,466
16		0,637 0,635 0,562 0,711 0,709 0,635 0,737 0,582 0,644 0,557 0,425 0,451 0,657 1,000 0,782 0,737 0,693 0,641 0,704 0,442 0,826 0,389	0,862
	0,163 0,238		0,238
17		0,634 0,552 0,647 0,586 0,682 0,621 0,676 0,740 0,570 0,607 0,413 0,478 0,572 0,782 1,000 0,933 0,845 0,566 0,630 0,489 0,751 0,156	0,834
	0,280 0,322		0,161
18		0,612 0,540 0,649 0,608 0,615 0,641 0,688 0,699 0,534 0,520 0,376 0,523 0,652 0,737 0,933 1,000 0,832 0,472 0,641 0,494 0,725 0,154	0,816
	0,282 0,323		0,170
19		0,512 0,686 0,726 0,592 0,726 0,686 0,760 0,734 0,696 0,682 0,584 0,548 0,647 0,693 0,845 0,832 1,000 0,540 0,604 0,477 0,747 0,094	0,845
	0,394 0,445		0,224

20		0,573 0,531 0,542 0,571 0,656 0,502 0,682 0,607 0,460 0,408 0,256 0,580 0,673 0,641 0,566 0,472 0,540 1,000 0,660 0,489 0,696 0,259	0,759
	0,204 0,266		0,123
21		0,608 0,641 0,637 0,666 0,711 0,641 0,776 0,671 0,580 0,524 0,443 0,598 0,703 0,704 0,630 0,641 0,604 0,660 1,000 0,442 0,696 0,081	0,822
	0,252 0,365		0,144
22		0,310 0,392 0,533 0,500 0,431 0,458 0,432 0,401 0,448 0,206 0,103 0,064 0,373 0,442 0,489 0,494 0,477 0,489 0,442 1,000 0,569 0,248	0,561
	0,228 0,171		0,085
23		0,661 0,667 0,630 0,724 0,664 0,667 0,757 0,596 0,512 0,525 0,252 0,400 0,684 0,826 0,751 0,725 0,747 0,696 0,696 0,569 1,000 0,309	0,856
	0,141 0,309		0,163
24		-	
	0,227 0,128 0,299 0,362 0,247 0,317 0,247 0,306 0,333 0,154 0,236 0,142	0,024 0,084 0,389 0,156 0,154 0,094 0,259 0,081 0,248 0,309 1,000 0,239 0,383	
		0,175	
25		-	
	0,194 0,200 0,037	-	
		0,286 0,312 0,306 0,218 0,255 0,199 0,271 0,145 0,221 0,224 0,182 0,466 0,238 0,161 0,170 0,224 0,123 0,144 0,085 0,163	0,239 1,000
			0,167
Total	-		-
		0,751 0,803 0,809 0,794 0,850 0,809 0,914 0,803 0,683 0,644 0,460 0,645 0,771 0,862 0,834 0,816 0,845 0,759 0,822 0,561 0,856 0,383	1,000
	0,262 0,371		0,167

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N° de elementos
------------------	---	-----------------

0,932

0,0936

25
