

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**TECNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA POR LA ENFERMERA EN
EL CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION –
HUANCAYO 2019**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA INTENSIVA**

AUTORES:

**JACKELINE JESSICA PECHO ROMERO
ANGELA MARISOL CANAHUALPA TOVAR
KARINA RAMOS MAMANI**

Callao - 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGELICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTA
- DR. PABLO GODOFREDO ARELLANO UBILLUZ SECRETARIA
- DR. CESAR AUGUISTO RUIZ RIVERA VOCAL

ASESOR: DR. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 36

Fecha de Aprobación de tesis: 13/07/2019

Resolución de Decanato N° 209-2019-D/FCS de fecha 10 de Julio del 2019, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo en primer lugar a nuestro Padre Celestial por estar con nosotras en cada paso que damos, por iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

...a nuestros padres y hermanos Y familia por su apoyo e infinito amor, por el esfuerzo y confianza depositada en nosotras

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas que han contribuido en el proceso y conclusión de este trabajo, en primer lugar, a nuestros familiares por su apoyo de manera incondicional que nos alentaron para que concluyamos esta investigación.

Agradecemos a la Universidad Nacional del Callao de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Enfermería Segunda Especialidad en Enfermería en Crecimiento, Desarrollo del Niño y Estimulación de la Primera Infancia, donde fortalecieron nuestros conocimientos y capacidades.

Agradecemos también a nuestros maestros por su paciencia y enseñanza, a nuestro asesor y todas las personas que nos apoyaron en la ejecución de este estudio.

ÍNDICE

Resumen	07
Abstract	08
INTRODUCCIÓN	09
I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2 Formulación del Problema	15
1.2.1 Problema General	15
1.2.2 Problemas Específicos.....	16
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo General	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4 Justificación.....	17
1.4.1 Justificación Nivel Teórico.....	17
1.4.2 Justificación Nivel Metodológico	17
1.4.3 Justificación Nivel Social	17
1.4.4 Justificación Nivel Practico.....	18
1.4.5 Justificación Nivel Económico	18

1.5	Limitantes de la investigación	18
1.5.1	Limitante teórico	18
1.5.2	Limitante temporal.....	19
1.5.3	Limitante espacial	19
II: MARCO TEÓRICO		20
2.1	Antecedentes	20
2.1.1	Antecedentes Internacionales	20
2.1.2	Antecedentes Nacionales.....	23
2.2	Bases teóricas.....	26
2.3	Bases conceptuales	31
2.4	Definición de términos básicos.....	33
III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....		47
3.1	Hipótesis	47
3.2	Definición conceptual de la variable.....	47
3.3	Operacionalización de variable	48
IV: DISEÑO METODOLOGICO		51
4.1	Tipo y diseño de la de Investigación	51
4.1.1	Tipo de la Investigación.....	51
4.1.2	Diseño de la Investigación	51

4.2	Método de Investigación.	52
4.3	Población y muestra.....	52
4.3.1	Población	52
4.3.2	Muestra	52
4.3.3	Criterios de Inclusión.....	53
4.3.4	Criterios de Exclusión.....	53
4.4	Lugar de estudio	53
4.5	Técnicas e Instrumentos para recolección de la información..	56
4.6	Análisis y procesamiento de datos.....	56
	V: RESULTADOS.....	57
	VI: DISCUSION DE RESULTADOS.	74
6.1	Contrastación de hipótesis con los resultados	74
6.2	Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	75
	VII: CONCLUSIONES	79
	VIII: RECOMENDACIONES	81
	IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
	ANEXOS.....	87
	Anexo 1: Matriz de consistencia	88
	Anexo 2: Lista de cotejo.....	89

Anexo 3 Bases de datos	90
Anexo 4 Calculo de Chi -cuadrado	91
Anexo 5 prueba binomial juicio de expertos	95
Anexo 6 Alfa de Cron Bach	96

INDICE DE TABLAS - GRAFICAS

Tabla 1 puntaje obtenidos por el personal de enfermería 2019	58
Tabla 2 puntaje obtenidos por el personal de enfermería uci- hdac-hyo-2019	59
Tabla 3 distribución del puntaje que obtuvieron los profesionales de enfermería según rangos y comparación vigesimal – 2019.....	60
Tabla 4 distribución del puntaje que obtuvieron los profesionales de enfermería según comparación vigesimal según indicadores – 2019..	61
Tabla 5 distribución porcentual puntaje que obtuvieron según ítems del indicador de asertividad- 2019	62
Tabla 6 distribución porcentual puntaje que obtuvieron según ítems del indicador de contacto visual y expresión facial- 2019	63
Tabla 7 distribución porcentual puntaje que obtuvieron según ítems del indicador de entonación y claridad del mensaje – 2019.	64
Tabla 8 distribución porcentual puntaje que obtuvieron según ítems del Indicador de escucha activa y tiempo de respuesta- 2019	65
Tabla 9 distribución porcentual puntaje que obtuvieron según ítems del indicador de manejo del lenguaje – contexto 2019	66
Grafica 1 correlación edad-puntaje total	67
Grafica 2 correlación tiempo profesional -puntaje total	68
Grafica 3 correlación edad - puntaje por indicadores.....	69

Tabla 10 resumen de comprobación de hipótesis de los indicadores de la lista de cotejo técnicas de comunicación. 70

Tabla 11 distribución de frecuencias observadas y esperadas técnicas de comunicación aplicada por la enfermera en el cuidado de paciente crítico 71

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como **Objetivo** se determinar el nivel de las técnicas de comunicación aplicada por la enfermera y su asociación al tiempo de servicio en el cuidado del paciente crítico. La **Metodología** fue de tipo correlacional y transversal mediante la técnica de encuesta. La **Muestra** fue intencional estuvo constituida por 30 enfermera. El instrumento observacional de recolección de datos incluye las técnicas de comunicación y años de servicios y su correspondiente procesamiento con chi square interactive online de INTERNET obteniendo como **Resultados** que el personal de enfermería obtuvo 53 puntos de promedio indicando que como grupo realiza esfuerzos mínimos y obtiene algunas respuestas esporádicas del paciente (51 – 75 puntos) empleando las diferentes técnicas de comunicación con el paciente. Solo el 54% presenta un puntaje superior a 50 puntos. En ninguno de los indicadores se alcanzó una nota de bueno en el grupo de investigados. El nivel de la técnica de comunicación aplicado guarda asociación con los años de servicio de la enfermera. **En Conclusión:** De que el nivel adquirido en la técnica de comunicación guarda asociación significada con chi cuadrado Pearson, pero reajustando con Yates no se ha determinado dicha asociación significativa.

Palabras claves: Comunicación no Verbal - Atención de Enfermería, prueba interactiva chi cuadrado

ABSTRACT

The objective of this work was to determine the level of communication techniques applied by the nurse and her association at the time of service in the care of the critical patient. The methodology was correlational and transversal type using the survey technique. The Sample was intentional was constituted by 30 nurse. The observational data collection instrument includes communication techniques and years of services and their corresponding processing with chi-square interactive online from INTERNET obtaining as Results that the nursing staff obtained 53 points on average indicating that as a group it makes minimal efforts and obtains some sporadic responses of the patient (51 - 75 points) using the different communication techniques with the patient. Only 54% have a score greater than 50 points. In none of the indicators was a good grade reached in the group of respondents. The level of communication technique applied is associated with the years of service of the nurse. In Conclusion: That the level acquired in the communication technique has a significant association with Pearson chi-square, but by readjusting with Yates, this significant association has not been determined.

Keywords: Non-Verbal Communication - Nursing Care, interactive chi-square test

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un proceso indispensable para la interacción social de la persona, al interactuar el paciente expresa de forma verbal o a través de sus expresiones físicas, todas las dudas emociones inquietudes e intrigas puede tener durante los cuidados que pueda recibir por parte del profesional de enfermería. La incorporación al ejercicio profesional de técnicas comunicativas que refuercen la relación entre el paciente y el profesional enfermero es de una enorme importancia a la hora de mejorar la eficacia en el tratamiento y sobretodo la imagen de calidad del sistema de salud pública.

El presente trabajo de investigación titulado “Técnicas de comunicación aplicada por la enfermera en el cuidado de paciente crítico Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2019”, tiene por finalidad describir las técnicas de comunicación verbal y no verbal que aplica la enfermera en el cuidado del paciente, es decir asertividad durante el proceso comunicativo, el dominio y actitud amigable a través de sus gestos y expresiones, comunicación bidireccionalidad durante el intercambio de mensajes, manejo del contexto y la situación de acuerdo al grado de evolución del paciente procurando interactuar satisfactoriamente con el paciente para optimizar su tratamiento y el cuidado del mismo en busca de su recuperación y alta del servicio, determinar la aplicación de las mismas nos permitirá posteriormente aplicar estrategias para su mejora y su vez mejorar la percepción de nuestra calidad de atención hacia el paciente.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

La comunicación es parte de la historia humana y es fruto de la interacción social. Se trata de una relación entre emisor y receptor, entre signos, significados y códigos.

En enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal, siendo una competencia que posibilita en reconocer las necesidades individuales, la observación de las señas y gestos corporales representa la posibilidad de ir más allá de la ejecución de procedimientos técnicos al permitir la comprensión de la totalidad que este ser humano representa. (1)

Los servicios de salud procuran cumplir las expectativas de los que buscan no solo una atención de salud en un problema puntual, sino que además necesitan que sus inquietudes dudas y emociones sean atendidas, una necesidad de comunicación fluida donde la información que se le otorga cumpla sus expectativas es decir una adecuada interacción comunicativa. La comunicación y la relación interpersonal enfermera-paciente son constituyentes de la enfermería. Al relacionarse con el cliente, familia y comunidad, la enfermera marca su presencia profesional al expresar el cuidado dialógico. (2)

Así, la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de "cuidar". Se revela como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro (3). Esto evidencia la interdependencia entre comunicación (a medio camino de la integralidad) y el cuidado (en el que la integralidad es esencialmente ella misma), toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa. (4)

Actualmente en España, se establece una serie de competencias donde se incluye una clara alusión a la importancia de la comunicación para el ejercicio de la profesión al decir que los enfermeros deben ser capaces de “establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud” (5).

Tal es la importancia de la comunicación que en el año 2005 la OMS determinó seis áreas de riesgo sobre las que actuar tras publicar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Después de la identificación y priorización de problemas se propusieron las llamadas “Soluciones para la seguridad del paciente”. Estas soluciones están dirigidas a evitar que los errores humanos puedan afectar al paciente, promoviendo a su vez un entorno y unos sistemas de apoyo adecuados.

Se plantearon un total de nueve soluciones, la tercera dirigida exclusivamente a la comunicación, en concreto, durante el traspaso de pacientes. En ella se plantean los errores de comunicación que se pueden dar entre los distintos profesionales sanitarios que atienden a un paciente, o incluso entre los propios profesionales y el paciente y/o su hogar, repercutiendo en la continuidad de su atención. Se sugiere que estos problemas pueden derivar de un déficit de formación en habilidades comunicativas y de trabajo en equipo, así como de no involucrar a los pacientes y sus familias en su propio cuidado. (6)

Según la gravedad de la enfermedad, obliga en decidir el ingreso de las personas afectadas a la unidad de cuidados intensivos (UCI), el paciente hospitalizado en la UCI o en la UCIN por su condición médica de paciente crítico depende el 100% del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. El paciente se encuentra en conectado altamente sofisticados que le permiten monitorizar efectivamente sus funciones cardio respiratorias, conectado a sistemas de vías endovenosas para la administración de nutrición y fármacos, drenajes y catéteres completan el

panorama que el paciente de UCI percibe durante su presencia que de alguna forma limitan su proceso de comunicación en especial con el personal que está a su continuo cuidado es decir nosotros los enfermeros.

Si está consciente y orientado puede comunicar inquietudes o si se siente incómodo, lo que facilitaría su cuidado por parte del personal y logrando su bienestar, por otro lado, el paciente inconsciente si también aquel que tiene algún grado de sedación, alteraciones neurológicas o mentales, la enfermera debe estar atenta para satisfacer las necesidades debería tener la habilidad que le ayuden a interpretar cada variación en las constantes vitales, pues estas pueden en determinados momentos ser manifestaciones de incomodidad. La importancia de la relación en el cuidado de enfermería está constituida por la esfera subjetiva cuando se refiere a sensibilidad, creatividad, intuición, vivencia, relación y expresiones afectivas. En la esfera objetiva hay desarrollo de técnicas, procedimientos y acciones instrumentales (7,8).

A su vez Gadow y Noddings (1984) citados por Kozier, B. (2005) en la relación de los cuidados, el confortar y la comunicación, menciona que enfermería "...puede abarcar o no una intervención o una comunicación verbal..." nuestra formación profesional está diseñada en esencial a la interacción expresada en cuidado del paciente rol profesional que está basada en contenidos científicos que necesitan ser interiorizados por la enfermera para poder ser aplicados en la vida diaria profesional con la debida fluidez que el paciente espera de nosotros. (9)

Este es el caso del artículo "Mientras... las paredes escuchaban". Mark, un paciente que estuvo inconsciente, al encontrarse después de mucho tiempo con la enfermera que lo cuidó expresa:

"Sí, Dios, recuerdo su voz. Fue la única manera de saber que estaba vivo y no muerto. Usted fue la

primera que me habló sobre el infierno que estaba viviendo. Tenía susto de morir, pero entonces escuché su voz y supe que podría estar bien". (10)

Cabe considerar que el cuidado que brinda enfermería ha de ser un canal de comunicación y vinculación entre el prestador y el receptor del cuidado; al respecto Mariner T., A. (2003), sobre el cuidado expresó que:

...es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera(o) y el paciente (p. 147) (11).

Pero a qué nivel la aplicación intuitiva de la comunicación puede influir en nuestros pacientes. La integración entre comunicación y cuidado pasa por el cuidar expresivo por ser este cognitivo-afectivo e incentivador permitiendo al paciente luchar y utilizar sus sentidos a través de la relación persona-persona y sus lenguajes verbales y no verbales. (12)

Nuestra adquisición de conocimientos profesionales está diseñada de forma ordenada, pero nuestra forma de comunicarnos, están de manera natural, sobre la base de su propio desarrollo personal, es la capacidad de relacionarse y comunicarse con las personas para poner en práctica su actividad profesional. Estas, llamémoslas así, habilidades de comunicación, no se han tenido en cuenta hasta hace muy poco tiempo en la planificación de los planes de estudio de los profesionales, pues se consideraba que esta capacidad no se podía aprender, sino que suponía una cualidad que la persona poseía o no. (13)

Se consideraba que las habilidades de comunicación tenían mucho más que ver con un arte que con una ciencia, de forma que unas personas de

manera «natural» contaban con la presencia de estas habilidades, mientras que otros, menos afortunados, no las disfrutaban de la misma forma y era prácticamente imposible llegar a alcanzarlas, teniendo que conformarse sin su presencia. (14)

En el trabajo de parra y col, “Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos se evidenciaron carencia de elementos lingüísticos que faciliten la comunicación entre el paciente y la enfermera, que la sobrecarga de trabajo interfiere en los vínculos comunicacionales, la carencia de expresiones del lenguaje no verbal bloqueaba la comunicación, y que existía desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico. Esta situación conllevó a recomendar el diseño de estrategias que propicien una mejor comunicación terapéutica. (15)

En la evaluación personal entendemos la capacidad de comunicarnos en realizar bien la función de emisor o receptor utilizar adecuadamente el canal y lenguaje apropiado según el contexto determinado por cada paciente único en un momento determinado, es decir, si todos en promedio, mis colegas tienen buen uso de la comunicación, si han desarrollado intuitivamente técnicas, pericias o habilidades en la comunicación.

En nuestra experiencia desde las aulas universitarias y los campos clínicos, las licenciadas de enfermería, en que aquellos días eran nuestras maestras, intentan homogenizar en nosotros, nuestras formas de interacción con los pacientes aplicando diversas formas de llegar a la “buena atención” y estamos convencidas que el concepto que cada paciente es único está grabado en todos nosotros, en la vida profesional a ser nosotras las aplicadores del lenguaje y con la toma de decisión nos encontramos diversas habilidades comunicativas dentro de nuestro servicio, se ha evidenciado que se limita, en muchas ocasiones, a lo estrictamente fisiológico y médico; sin abordarse el aspecto psicológico-

emocional de apoyo al paciente inconsciente, para dispensar cuidados integrales y humanizados que redunden en un trato humanizado óptimo.

La tendencia observada en el servicio, y también está en la literatura respecto al tema, es a cumplir indicaciones y las acciones de enfermería están versadas en la administración de medicamentos, monitoreo, confort y prestación de higiene; en la mayoría de los casos esta última práctica no se acompaña de una comunicación de las acciones al paciente inconsciente que se llevarán a cabo.

Quizás se vislumbra una disposición al mecanicismo, realizando las acciones con prontitud y profesionalismo para luego dedicarse a otras de las funciones asignadas al personal; sin embargo, queda de lado el aspecto humano de quien presta los cuidados y la dignidad del paciente que los recibe. (13)

Ello nos hace reflexionar y preguntarnos si nuestros colegas están realizando una adecuada comunicación con el paciente, si practican algunas técnicas o estrategias de comunicación, si están preparadas para realizar los procesos de la comunicación en forma que satisfagan un marquen un desarrollo progresivo de mejora en el paciente en la forma no solo de actuar de enfermería sino de la forma comunicarse.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

- ¿Cuáles es el nivel de comunicación aplicada por la enfermera y su asociación con los años de servicio en el cuidado de paciente crítico Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2019?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación asertiva en el cuidado del paciente crítico y su asociación a los años de servicio?
- ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación en el manejo de las expresiones y contacto visual durante el cuidado del paciente crítico y su asociación a los años de servicio?
- ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación en la entonación y manejo del mensaje durante el cuidado del paciente crítico y su asociación a los años de servicio?
- ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación de escucha activa y tiempo de respuesta adecuado durante el cuidado del paciente crítico y su asociación a los años de servicio?
- ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación de manejo del lenguaje y el contexto durante el cuidado del paciente crítico y su asociación a los años de servicio?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

- ❖ Determinar las técnicas de comunicación aplicada por la enfermera en el cuidado de paciente crítico Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2019.

1.3.2 Objetivo Especifico

- ❖ Identificar las técnicas de comunicación aplicada asertivamente por la enfermera en el cuidado de paciente crítico.
- ❖ Identificar las técnicas de comunicación aplicada en el manejo de las expresiones y contacto visual por la enfermera en el cuidado de paciente crítico.

- ❖ Identificar las técnicas de comunicación aplicada en la entonación y manejo del mensaje por la enfermera en el cuidado de paciente crítico.
- ❖ Identificar las técnicas de comunicación aplicada en la escucha activa y tiempo de respuesta adecuado por la enfermera en el cuidado de paciente crítico.
- ❖ Identificar las técnicas de comunicación aplicada en el manejo del lenguaje adecuado por la enfermera en el cuidado de paciente crítico.

1.4 Justificación:

El proyecto de investigación se justifica en base al:

1.4.1 Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar las técnicas de comunicación, revisar y proponer una educación continua de este tema que influye decisivamente no solo en la opinión del paciente si no principalmente en la mejora sustancial en su proceso salud enfermedad. El conocer el dominio de las técnicas de acuerdo con el elemento de la comunicación evaluado servirá para diseñar una propuesta de trabajo acorde con las potencialidades y debilidades en las habilidades comunicativas, que sirva como punto de partida en el mejoramiento de otros ámbitos de acción relacionados a nuestra profesión.

1.4.2 Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará construir, sustentar y validar un nuevo instrumento para que el mismo que el enfermero (a) logre explorar, identificar, replantear y mejorar procesos y/o habilidades comunicativas en el plano asistencial aplicados no solo en nuestro servicio de UCI sino durante toda la vida profesional.

1.4.3 Nivel Social: A nivel social, los procesos de enfermería esta encaminados a la mejora o reingeniería de actividad diaria del

servicio, la habilidad comunicativa no solo plasma en el paciente una calidad de atención, sino que garantizan la recuperación paciente por un manejo profesional del mismo, esta comunicación influye decisivamente en la visión que tiene el paciente sobre enfermería y del servicio.

1.4.4 Nivel Práctico: A nivel práctico la presente tesis, servirá de modelo de en el proceso de evaluación continua del personal buscando la mejora de la calidad de atención, al evaluar las habilidades comunicativas del profesional en el manejo de las técnicas de comunicación.

1.4.5 Nivel Económico: Un sistema de gestión efectiva busca prevenir posibles quejas de usuarios que cuestan al sistema gastos de representación, perdidas horas/trabajador y la insatisfacción del cliente, la cual se puede prevenir mediante la mejora las técnicas comunicativas del personal que repercutirá en un menor tiempo de hospitalización del paciente por obtener una atención con calidad y calidez.

1.5 Limitantes de la investigación:

1.5.1 Limitante teórico.

La limitación teórica más importante podría ser la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante. Esperamos contar con la experticia para observar y puntuar adecuadamente la aplicación de las técnicas de comunicación.

Una segunda limitación teórica se establece al no encontrarse fuentes de información actualizada suficiente que trataran el tema en especial en el aspecto cuantitativo se encuentra solo algunos trabajos de investigación cualitativa. Se seguirá con la indagación

bibliográfica proyectándose con bibliografía que trate los aspectos de la investigación que proponemos.

Una Tercera limitación son las pocas investigaciones del tema en el ámbito nacional y ningún estudio en el ámbito local.

1.5.2 Limitante temporal.

La presente involucrara por parte de los investigadores la presencia continua en el hospital, procurando esperar la interacción de la compañera de enfermería con el paciente, en horarios fuera del horario de trabajo. Se espera además contar con la disposición imparcial del personal a atender de forma natural al paciente para ello se garantizará el anonimato de los resultados.

1.5.3 Limitante espacial.

Al ser el área de atención al paciente un espacio muy estrecho y la necesidad de no alejarse mucho del personal de la enfermería para evaluar efectivamente sus gestos e interacciones esperamos no incomodar o entorpecer las acciones y la comunicación con el paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacional

Müggenburga S. en México en el año 2014 en su estudio “**Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento**”, tuvo como objetivo comparar la autoevaluación de un grupo de enfermeras respecto a la comunicación con sus pacientes como resultado de un programa de entrenamiento de habilidades sociales. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo y comparativo. El autor indica que luego de las prácticas realizadas por las enfermeras en su centro de trabajo, en la dimensión respeto, el “apapacho” que las enfermeras dieron a los pacientes para motivarlos y animarlos, así como cuando los “escucharon, aunque tenían mucho trabajo”, fueron reconocidos por ellas mismas, como lo más aceptado y valorado por los pacientes, así mismo identificaron que ello provocó cambios favorables. (16)

Ballesteros G. en Colombia en el año 2014 en su estudio “**Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos**”, tuvo como objetivo describir las características de la comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esta investigación fue de carácter cualitativa, donde identificaron que las características de la comunicación están basadas en la amabilidad, empatía, cordialidad y el uso de un lenguaje sencillo. Para la autora estas características permiten que los familiares expresen mejor sus emociones y sentimientos en relación a la situación de sus familiares hospitalizados, estableciéndose una comunicación afectiva. Para este estudio se ha tomado como antecedente

a Ballesteros, porque en sus resultados destaca los aspectos de empatía y respecto que serán utilizados como dimensiones de medición. (17)

El trabajo de López Marure, Esther, y col. "**La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente**" se establece que la enfermera requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica enfermera- paciente; por tanto, es muy importante que tome en cuenta que a diario transmite un impacto personal mediante su comunicación. Todas las personas cuentan con los mismos elementos en este proceso: (cuerpos, valores, expectativas del momento, órganos de los sentidos, capacidad para hablar —palabras y voz— y cerebro; éste último por el conocimiento que ha quedado registrado en los dos hemisferios cerebrales). La comunicación es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con uno mismo. En el caso de la comunicación interpersonal esto significa conectarse con otra persona en un nivel emocional, y no sólo en un nivel intelectual. En el caso específico de la relación enfermera-paciente, nueve habilidades pueden coadyuvar a enriquecer la importante labor que desempeña, ¡ése que espera el paciente! A veces, de tanto ver cosas se olvida de mirar y de tanto oír voces y ruidos diferentes se le olvida escucharlos. Hoy en día, con sólo observar a los pacientes se puede dar cuenta que —en muchas ocasiones— el hospital resulta un lugar hostil, de soledad, le infunde temor, miedo y, por ende, necesidad imperante de comunicarse con los demás. La enfermera, por su contribución afectiva y potencial, es un puntal en la recuperación de la salud del paciente. (18)

El trabajo realizado por Parra, B.; Peña, N.; y col, (2006), "**Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz**" era determinar la existencia de elementos y factores lingüísticos que interfieren en la comunicación de la enfermera de

atención directa, provocando rupturas o bloqueos en el proceso de transmisión de mensajes. (15)

Los resultados evidenciaron carencia de elementos lingüísticos que faciliten la comunicación entre ambos, que la sobrecarga de trabajo interfiere en los vínculos comunicacionales, la carencia de expresiones del lenguaje no verbal bloqueaba la comunicación, y que existía desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico. Esta situación conllevó a recomendar el diseño de estrategias que propicien una mejor comunicación terapéutica. (15)

En el trabajo titulado “**Estudio multicéntrico sobre el empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería con los pacientes**”. Realizado por Fidez, J.; Trujillo, E.; Sacaluga, R.; Marchal. M.; Iglesias, M. y García A. (2006). Fue un estudio descriptivo transversal, realizado en los cinco hospitales públicos del servicio Andaluz de salud de la provincia de Cádiz. Cuyo objetivo fue clarificar, como emplea el enfermero/a esta forma de contacto, así como los factores que influyen en el hecho de tocar a un paciente en cualquiera de los centros hospitalarios.

La recogida de datos se realizó mediante cuestionario, que se distribuyó al azar y se estratificó por hospitales y servicios, entregándose a los 710 profesionales seleccionados como muestra. Los resultados: 85% de respuesta. Entre los profesionales enfermeros encuestados, 73,2% fueron mujeres y un 26,8% hombres, de 23 a 64 años. (19)

Existe un número importante (30%) de profesionales que se quejaron de haber sido poco o nada tocados en su adolescencia y eso se traduce en su poco hábito táctil tanto social como a los pacientes. Las zonas tocadas socialmente y a pacientes coinciden en general, priorizándose en los últimos sobre todo brazos y piernas. Se intenta transmitir, cuando se toca a los pacientes, sobre todo: cariño, seguridad y comprensión. Se suele

tocar más a pacientes ancianos, niños, adultos y adolescentes por este orden. Se toca más a pacientes graves conscientes, que, a veces, en coma o con procesos infecciosos.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En el Perú Grados B. Perú -2013 "**Características de la Comunicación Enfermero – Paciente Postquirúrgico Mediato. Servicio de Cirugía. Hospital Nacional Dos De Mayo 2013**", nos presenta las características de la comunicación del enfermero hacia el paciente postquirúrgico mediato en el servicio de cirugía, bajo un enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La investigación nos muestra que el 60% de los pacientes calificaron la comunicación como rápida y no entendible con debilidades en el tono de voz y en la secuencia de la conversación (entrecortada), así mismo un porcentaje mayor 68% identificó al enfermero como inexpresivo. (20)

En el trabajo de Jahuancama O. Perú "**Relación terapéutica según teoría de Joyce Travelbee entre enfermera y familia de pacientes de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho Perú- 2016**", cuyo objetivo identificar y describir las características en la relación terapéutica entre enfermera y familia, aplicando un modelo de investigación cuantitativa, descriptiva y aplicativo. El autor encontró en el estudio que la mayoría de las enfermeras (entre el 60% al 82%) cumplen con las características de la comunicación en sus dimensiones respeto y autenticidad cuando miran a la cara del paciente cuando les hablan, su voz es cálida, saludan amablemente, conversan con el paciente, usan un lenguaje sencillo están atentos a las necesidades. En cuanto a empatía el porcentaje es bajo (51%) porque la gran mayoría (70 a 90%) de enfermeras no le dan un apretón de manos, hacen gestos o muecas negativas, no les sonríen, no le brinda apoyo cuando está preocupado, no le explica sobre la enfermedad del paciente, sobre su tratamiento y no toman en cuenta su

opinión, tampoco se solidarizan con su tristeza. El autor concluye que la percepción sobre la relación interpersonal es negativa. (21)

En el trabajo de “**La comunicación con los pacientes**” de Naranjo Bermudez” y col, expresa dentro de sus contenidos que la comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras. Las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación. Los futuros profesionales de enfermería, dentro de nuestra formación y práctica profesionales, debemos adquirir habilidades y destrezas para saber interpretar lo que un paciente nos quiere expresar, aún en ausencia de las palabras. Para brindar un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera(o) y el paciente una relación de confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna.

El personal de enfermería debe ser una persona capaz de crear, por medio de la comunicación, una relación terapéutica enfermera paciente en la cual se pueda conocer a la persona cuidada, entender sus necesidades, prestarle ayuda cuando lo necesite, aliviar su dolor aun en caso que no lo pueda expresar. (22)

En el trabajo de “**Comunicación de la Enfermera Intensivista en el Cuidado a la Persona Inconsciente**” de Quiñones Chapoñan, Sonia, realizo una investigación cualitativa tuvo como objetivo identificar, describir y analizar la comunicación de la enfermera intensivista durante el cuidado a la persona inconsciente. Los sujetos de investigación lo conformaron 10 enfermeras, obtenidas por saturación. Para la recolección de los datos, previa firma del consentimiento informado, se empleó la entrevista semiestructurada y observación participante. El análisis de los datos se

realizó mediante el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías:

- ❖ Comunicación con el paciente inconsciente, donde se encontró la limitación inicial de la enfermera en el manejo de señales y gesto ante de la ausencia de una comunicación verbal.
- ❖ Un desafío para la enfermera intensivista, estableciendo estrategias para una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente inconsciente, establece al tacto como la clave de la presente comunicación además de que el paciente se siente protegido al ser atendido con calidez.

El cuidar comprende el desarrollo óptimo del lenguaje no verbal, pues la persona enferma es extraordinariamente sensible al lenguaje de los gestos

- ❖ la sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente se extrae

“en el sistema sanitario existen dificultades que hacen más difícil o bloquean la comunicación. Estas circunstancias pueden paralizar, detener o impedir el proceso comunicativo y la relación entre los profesionales sanitarios y los enfermos.” (23)

En el trabajo de investigación de Arrascue, S. y Quiñones S. **“La Comunicación de la Enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”** año 2008, cuyo objetivo fue caracterizar y analizar la comunicación entre la enfermera y el paciente consciente. Investigación cualitativa, en la que se entrevistaron a 11 pacientes que en todo momento estuvieron conscientes durante su hospitalización en UCI, la muestra fue obtenida por saturación. Llegando a la conclusión que las

enfermeras utilizan la comunicación como herramienta durante la realización de sus actividades en el cuidado que proporcionan al paciente.

Los pacientes caracterizaron a las enfermeras de acuerdo con sus mensajes verbales y no verbales como carismática, humana, cariñosa y fuente de apoyo. Encontraron que los principios que regían dicha comunicación eran de asistencia, concreción, honestidad, respeto, interés, protección y seguridad. (24)

2.2 Bases Teóricas:

2.2.1 Teoría del Cuidado Humanizado de J. Watson

La teoría del Cuidado Humanizado de J. Watson aporta como conceptos principales los factores de cuidado, el momento y desarrolla la relación transpersonal. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. (25)

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (26)

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción

de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana. (27)

Watson, J. define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, lo cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación.

Las concepciones de: interacción enfermera- paciente; campo fenomenológico; relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado, son quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos lo que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

Los elementos o factores del Cuidado de Watson, J (1979), según documento en línea de Cara, Canadá del año 2000, son: (28)

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe y esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.

En el estudio de Poblete (29), basado en las teorías del autocuidado en donde participaron 360 enfermeras 99 docentes y 261 asistenciales. Se puede resumir que los resultados de percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado en ambos grupos son satisfactorios y congruentes con la filosofía de Watson, encontrándose solo una percepción de autoeficacia disminuida en relación a la comunicación personal con el usuario, en las enfermeras asistenciales, lo que debe ser considerado como el único efecto del sistema institucional hospitalario.

2.2.2 Teoría de la comunicación Humana de Paul Watzlawick

La teoría de la comunicación humana de Watzlawick (29) plantea que los problemas de comunicación entre las personas se deben a que no siempre tenemos el mismo punto de vista que nuestros interlocutores. La falta de cumplimiento de determinadas reglas comunicativas provoca fallos en la comprensión mutua y patrones de interacción patológicos.

Las aportaciones de Watzlawick se enmarcan en el enfoque interaccional de la psicoterapia, que tiene su máximo exponente en el Mental Research Institute de Palo Alto. Allí, Watzlawick desarrolló y sistematizó el trabajo realizado por referentes como Don Jackson y Gregory Bateson.

2.2.3 Axiomas de la teoría de la comunicación

Según Watzlawick, Jackson, Beavin y Bavelas, la comunicación adecuada depende de que se cumplan una serie de axiomas. En caso de que alguno de ellos falle pueden producirse malentendidos comunicativos.

1. Es imposible no comunicar

Cualquier conducta humana tiene una función comunicativa, incluso aunque esto se intente evitar. No sólo comunicamos mediante palabras, sino también con nuestras expresiones faciales, nuestros gestos e incluso cuando guardamos silencio, así como cuando usamos las técnicas de descalificación, entre las que destaca la estrategia del síntoma.

Watzlawick llama “técnicas de descalificación” a los modos de comunicación anómalos mediante los cuales algunas personas invalidan sus propios mensajes o los de otros, por ejemplo, dejando las frases sin acabar. La estrategia del síntoma consiste en atribuir la falta de comunicación a estados físicos y mentales, como la embriaguez, el sueño o el dolor de cabeza.

2. El aspecto de contenido y el de relación

Esta teoría plantea que la comunicación humana se da en dos niveles: uno de contenido y otro de relación. El aspecto de contenido es aquello que transmitimos verbalmente, es decir, la parte explícita de los mensajes. Este nivel comunicativo se encuentra supeditado a la comunicación no verbal, es decir, al aspecto de relación.

Los aspectos relacionales de los mensajes modifican la interpretación que hace el receptor de su contenido, como sucede con el tono de ironía. La meta-comunicación, que consiste en dar información sobre los propios mensajes verbales, depende del nivel relacional y es una condición necesaria para que la comunicación entre el emisor y el receptor tenga éxito.

3. La modalidad analógica y la digital

Este principio básico de la teoría de Watzlawick está íntimamente relacionado con el anterior. De forma sintética, este autor plantea que la comunicación tiene una modalidad analógica y otra digital; el primer concepto indica una transmisión cuantitativa de información, mientras que en el nivel digital el mensaje es cualitativo y binario.

Así, mientras que en el aspecto de contenido de la comunicación el envío de información es digital (o se transmite un mensaje o no se transmite), el aspecto relacional se da de modo analógico; esto implica que su interpretación es mucho menos precisa pero potencialmente más rico desde un punto de vista comunicativo.

4. La puntuación otorga significado

Watzlawick opinaba que la comunicación verbal y no verbal tienen un componente estructural que resulta análogo a la puntuación propia del lenguaje escrito. Mediante la secuenciación del contenido del mensaje somos capaces de interpretar relaciones de causalidad entre eventos, así como de compartir información con el interlocutor satisfactoriamente.

Las personas frecuentemente nos focalizamos sólo en nuestro punto de vista, ignorando el de aquellas con quienes hablamos y entendiendo nuestra propia conducta como reacción a la del interlocutor. Esto lleva a la creencia errónea de que existe una única interpretación correcta y lineal de los acontecimientos, cuando en realidad las interacciones son circulares.

5. Comunicación simétrica y complementaria

La división entre comunicación simétrica y complementaria se refiere a la relación que existe entre dos interlocutores. Cuando ambos tienen un poder

equivalente en el intercambio (p. e. conocen la misma información) decimos que la comunicación entre ellos es simétrica.

Por contra, la comunicación complementaria se da cuando los interlocutores tienen un poder informativo distinto. Hay varios tipos de intercambios complementarios: uno de los interlocutores puede intentar neutralizar el intercambio, dominar la interacción o bien facilitar que la otra persona lo haga.

2.3. Teoría de la relación interpersonal es Riechl-Sisca:

Otra de las autoras de la teoría de la relación interpersonal es Riechl-Sisca, cuya teoría se deriva del interaccionismo simbólico, en el cual la comunicación es un elemento esencial y principal fuente de intercambio entre los seres humanos. (30)

Riechl-Sisca considera que la enfermera y el paciente intercambian información de forma activa y recopilan conocimientos, siempre a través de la adopción mutua de roles y la selección y empleo conjunto por parte de la enfermera de los métodos teóricos. En esencia, la enfermera elige entre diversas teorías, terapias y disciplinas de salud afines para planificar e implementar intervenciones de enfermería eficaces.

El Modelo de interaccionismo simbólico de Riechl-Sisca, cuyo componente fundamental es la comunicación, hace hincapié en la relación enfermera-paciente-familia del paciente, lo que permite mayor contribución al desarrollo de la enfermería, desde el punto en que amplía su aplicación, llegando incluso a pacientes en coma, a través de la comunicación no verbal.

Por lo que respecta la relación enfermera-paciente, es esencialmente comunicativa, sobre todo cuando el cuidado está dotado, también, de una sobrecarga emocional. La capacidad de comunicación se puede relacionar

con la experiencia del cuidar, desde el punto en que la enfermera en su función de ofrecer cuidados no solo trasmite información, sino que también brinda comprensión, apoyo, simpatía, compasión. Además, escuchará los problemas, emociones e inquietudes del paciente, intentará ponerse en su lugar y compartirá con este las posibilidades de alivio y solución del problema. (31)

La comunicación en enfermería propone la modificación del comportamiento humano y de factores relacionados con el que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protegen a los pacientes del daño. Una buena comunicación enfermera-paciente tiene resultados positivos, tanto para el paciente como para la enfermera.

La confianza del paciente en los planes de cuidados y la toma de decisiones mejora los resultados del tratamiento. Es por ello que la comunicación enfermera-paciente es una condición necesaria para la práctica de enfermería. (32)

El estado emocional de un paciente es diferente al momento del ingreso, pero cuando la enfermera intercambia experiencias con él, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, coopera con el tratamiento y su estadía hospitalaria será mejor comprendida. La comunicación es una necesidad del paciente y de la familia, le permite conocer sobre su estado de salud y estar actualizado sobre la enfermedad.

De ahí que la función en enfermería incluya el desarrollo de competencias comunicativas a partir de la potencialidad que tiene la enfermera de lograr una adecuada comunicación con el paciente, teniendo en cuenta el dominio e integración en la práctica de enfermería de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, técnicas comunicativas, emociones, principios, valores, actitudes para desempeñarse eficientemente y tomar

decisiones oportunas que conduzcan al logro de los objetivos en la situación de enfermería.(33)

2.3 Bases conceptuales:

2.3.1 La comunicación

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Todos los días los seres vivos se comunican de diferentes maneras, pero sólo los seres humanos podemos hacerlo racionalmente; llevando a cabo infinidad de actividades, tales como: conversar, reír, llorar, leer, entre otras. Por ello se dice que la comunicación humana es un proceso. (13)

2.3.2 Elementos de la comunicación:

El emisor: es la persona que pretende comunicar algo al receptor. Las características propias de esa persona van a condicionar la forma de establecer la comunicación. Sus peculiaridades culturales, el sistema social en el que se encuentra, su nivel de instrucción y sus actitudes en general, influirán de manera decisiva en su forma de comunicarse.

El receptor, es la persona que recibe el mensaje, para lo cual es preciso que posea capacidad de escucha y atención. Al igual que ocurría en el emisor, la recepción del mensaje también depende de las características psicosociales del individuo receptor, que dependen de su personalidad, su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación.

El código es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etc., que sirven para transmitir la información o las ideas que constituye el mensaje.

El canal: es la vía por la que circula el mensaje: la palabra, la letra, la imagen, los gestos, la música, etc. Es el ¿Con qué?

El contexto: es la circunstancia en que se produce el acto de comunicación y que ayuda o dificulta la comprensión del mensaje.

2.3.3 Tipos de comunicación:

Atendiendo al canal y el código, hay 2 tipos de comunicación para nuestra investigación:

- **Comunicación verbal o el diálogo:** representa una conversación recíproca entre las dos partes y tiene como código la lengua humana. Las conversaciones cotidianas con amistades y familiares, las asambleas en el trabajo, las reuniones en el sindicato y las negociaciones se realizan a través del canal directo de la voz y producen una comunicación directa.

- **Comunicación no verbal:** esta categoría de la comunicación incluye la comunicación a través de enviar y recibir mensajes sin palabras, que se transmiten a través de expresiones faciales, contacto visual, gestos, posturas o el lenguaje corporal. De hecho, la comunicación verbal suele contener elementos no verbales denominadas para-lenguaje que forman parte de la calidad de voz, la entonación, el estrés, la emoción y el estilo de hablar.

2.3.4 Técnicas de comunicación:

Son las técnicas o procesos necesarios para una correcta ejecución y recepción de la información por parte del receptor, dependiendo del tipo de receptor al que va destinado el mensaje y del tipo de mensaje.

Son varias técnicas que uno puede desarrollar:

❖ La asertividad: La persona con este estilo de comunicación es capaz de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus derechos y respetando los de los demás. Cuando hace esto, facilita que los otros se expresen libremente y lo hace utilizando de la forma más adecuada posible los componentes conductuales de la comunicación. La utilización de este estilo de comunicación hace que la persona resuelva habitualmente los problemas que se encuentra en sus relaciones sociales, lo que le genera satisfacción y favorece el que se sienta a gusto con los demás y consigo mismo, incrementándose por este motivo su autoestima personal. En sus relaciones interpersonales, se siente relajada y con control, lo cual facilita la comunicación y, por tanto, le ayuda crear oportunidades a nivel personal y profesional.

❖ Técnica disco rayado: Se trata de una técnica con una doble utilidad: bien para hacer peticiones o bien para rechazar aquellas peticiones que nos parecen poco razonables o las que no queremos acceder. Consiste en ser persistente y en repetir lo que se quiere una y otra vez, sin alterarnos ni irritarnos, acabando las frases siempre con el objetivo planteado en la conversación. El sujeto suena parecido a un disco rayado, repitiendo una y otra vez su posición de forma tan precisa como sea posible. Aunque escucha atentamente lo que le está diciendo su interlocutor, no responde a algo que salga fuera de la cuestión que se desea tratar. De este modo, no tenemos que dar largas explicaciones, excusas o justificaciones para rechazar una petición o para pedir algo. La frase clave es del tipo: «Sí, pero...»; «Sí, pero yo decía...»; «Bien, pero todavía no me interesa».

El aspecto fundamental de la técnica del disco rayado es repetir lo que se desea con voz tranquila, sin dejarse llevar por aspectos irrelevantes ante

los intentos del interlocutor de desviar el tema, insistiendo hasta que la persona acceda a la demanda que le planteamos o acepte un compromiso. Hay que ser persistente hasta obtener el fruto de esa persistencia, bien sea llegando a un acuerdo o, al menos, sin empobrecer la relación.

❖ Volumen de voz conversacional: Respecto a los elementos, destacamos el volumen de voz adecuado y una entonación correcta, de manera que su discurso se percibe cómodamente y de forma agradable. Debemos estar orientados hacia el paciente, en una postura abierta (de acogida), abriendo bien la boca para pronunciar con más claridad, hablando pausadamente y con un volumen de voz que permita escuchar nuestras palabras con la mayor nitidez, especialmente en la atención a pacientes donde se sepa o prevea una merma en la capacidad auditiva.

❖ Habla fluida: El habla debe ser fluida y con claridad suficiente. El tiempo de habla se presenta de forma proporcionada a los participantes, siempre que el contexto lo permita y no se vea obligado por él a soportar un mayor peso de la conversación

❖ Tiempo de habla adecuado: Nos referimos a la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras se está produciendo una conversación. El uso correcto del mismo supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma, y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice. Habrá que tener en cuenta las situaciones en que por diversos motivos se espere de alguno de los interlocutores una mayor participación, o se marque de esta forma por una de las partes (por ejemplo, en entrevistas de cualquier tipo).

❖ La escucha activa: Un elemento clave para una comunicación eficaz es saber escuchar. Saber escuchar es saber oír, analizar y comprender la información que nuestro interlocutor transmite, tanto a nivel verbal como no verbal.

Las características de una escucha eficaz son;

○ Empatía: no se trata de mostrar alegría, ni de ser simpático, sino que consiste en ponerse en el lugar del paciente y tratar de percibirle mundo tal y como él lo hace. Es la capacidad de identificarse con el paciente y comprender así su conducta y sus sentimientos, a la vez que se le transmite esta comprensión. Implica partir de la idea de que todos tenemos una razón para actuar o sentir cómo lo hacemos. Algo que no debe confundirse con estar de acuerdo con esa postura.

○ Aceptación incondicional del otro: implica reconocer al individuo como una persona valiosa, ello supone respetar y aceptar al paciente como persona total, tal y como es, sin entrar en valoraciones críticas o éticas acerca de su forma de ser o sentir.

○ Autenticidad, que consiste en mostrarse a los demás tal y como uno es, sin fingir y sin aparentar.

❖ Respetar los silencios: Las pausas y silencios. Las pausas y silencios que se producen durante la comunicación pueden tener como objetivo remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso o bien pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción con el

profesional sanitario. Por ejemplo, si el paciente no confía con el profesional de enfermería, puede permanecer en silencio mientras éste le visita, y así mostrar su resistencia. Por su complejidad y riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo, evitándolo o desviando el tema de la conversación.

❖ Entonación agradable: El tono refleja la calidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo. Las personas con poca confianza en sí mismas utilizan un tono monótono, con pocas variaciones y un volumen de voz bajo.

❖ Sonreír: La sonrisa supone el elemento más importante relacionado con la boca. Indica la presencia de contenidos, sentimientos o pensamientos positivos o el saludo, y siempre hace que la cara de la persona que sonríe resulte más agradable. Los labios cerrados apretados, indican estrés, enfado u hostilidad. Temblores en el labio inferior indican tristeza, mientras que morderse el labio supone ansiedad o tristeza. La boca entreabierta sin pronunciar palabra es señal de cansancio o aburrimiento, evitando con ella la presencia de un bostezo.

❖ Movimiento orbital de la cabeza: La cabeza se utiliza para dar señales de escucha o confirmación con movimientos de arriba abajo o para indicar desaprobación, desacuerdo o rechazo con movimientos de lado a lado, mientras que cuando se encuentra colgando hacia el pecho supone tristeza o preocupación.

❖ La mirada: constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, entre ellas la regulación del flujo de la comunicación y proporciona feedback acerca de cómo los demás reaccionan al mensaje emitido. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él.

❖ Manejo del lenguaje: Usar un lenguaje que el enfermo entienda evitando, en la medida de lo posible, tecnicismos o expresiones médicas que sólo sirven para alarmarle. En este sentido, es imprescindible adaptarse a su nivel cultural. También se tratará de evitar, en la medida de lo posible, el uso de términos médicos con elevado impacto emocional, como cáncer, sida o realización de biopsias. Sin ocultar la verdad, podemos recurrir a sinónimos sin las connotaciones negativas de las palabras anteriores.

❖ Manejo del contexto: Del contexto dependerá en gran parte la interpretación que el receptor haga del mensaje, así como la forma de ejercer los roles por parte de emisor y receptor. En este sentido considerar que, tradicionalmente, el sistema sanitario el profesional sanitario adopta un papel activo y es quien dirige el proceso de comunicación, mientras el paciente tiende a adoptar una actitud más pasivo-dependiente. En la actividad comunicativa debemos llevar al paciente a un papel más activo y emisor.

2.3.5 Las barreras de la comunicación:

Las barreras son factores de diferente naturaleza que crean dificultades para lograr una comunicación exitosa. Se pueden producir en las personas

que conversan, en el medio por el que se transmite o por cuestiones del contexto.

Entre las principales barreras se encuentran las siguientes:

- Percepciones diferentes. Las personas que tienen diferentes conocimientos y experiencias perciben el mismo fenómeno de distintas maneras.
- Diferencias culturales y de lenguaje. Para que un mensaje sea comunicado como es debido, las palabras utilizadas deben tener el mismo significado para todas las personas que participan de la comunicación, cosa que no siempre sucede, por diferencias culturales, o de otro tipo.
- Emociones. El temor, la inseguridad, el afecto, o cualquier tipo de emociones o sentimientos influyen en la interpretación de un mensaje y pueden distorsionar su sentido original.
- Relaciones interpersonales y sociales. El nivel de las relaciones que existan entre quienes dialogan (confianza, desconfianza, prejuicios) pueden afectar la efectividad de la comunicación.
- Prejuicios, de percepción y atribución. Los estereotipos que tengan quienes participan en el proceso de comunicación ("los sindicatos están en contra del progreso de las empresas") afecta el nivel de comprensión de mensajes y conductas.
- Filtración o manipulación. La información puede "manejarse" para que sea vista de manera diferente. Los intereses personales y las percepciones diferentes de lo que es importante para cada cual están presentes en la filtración.
- Exceso o falta de información. En ocasiones se proporciona tanta información que el mensaje o los mensajes principales se diluyen, no siendo asimilados, o, al contrario, queremos ahorrar tanto que olvidamos dar la información clave de forma suficiente.
-

2.3.6 Dimensiones de la comunicación

2.3.6.1 La comunicación no verbal:

Consideremos la comunicación no verbal como aquella que no interviene para nada la palabra, resultado prácticamente inevitable su uso siempre que la comunicación se produzca de forma presencial.

2.3.6.1.1 El poder de la comunicación no verbal:

La comunicación no verbal es especialmente poderosa para transmitir emociones y, como es menos controlable, también transmite nuestros verdaderos sentimientos aun cuando deseamos esconderlos. De hecho, muchas veces, una simple mirada, un gesto o una mueca, son más reveladoras de nuestro estado de ánimo que un discurso de varios minutos. Además, la comunicación no verbal sirve para definir la relación que se establece entre los interlocutores, y ayuda a confirmar o no los mensajes verbales, es decir, sirve para clarificar o contradecir la comunicación verbal. La comunicación no verbal se expresa fundamentalmente a través de la mirada, del tono de la voz, de la postura, de la expresión facial, de los movimientos, del contacto físico, del volumen, etc.

En la relación profesional de enfermería-paciente ha cobrado una especial relevancia las señales no verbales que se producen durante todo el proceso de comunicación. Hemos de tener en cuenta, que en muchas ocasiones cuando el enfermo acude al hospital o al centro de salud está preocupado y ansioso y esto dificulta que se exprese con claridad. Es por ello que resulta muy importante que se preste especial atención a todas las señales no verbales con las que el sujeto acompaña su mensaje, porque nos van a proporcionar mucha más información sobre cómo se siente realmente que sus palabras. No obstante, el profesional de enfermería debe estar atento a su propia comunicación no verbal, ya que de la conducta no verbal del terapeuta depende en gran medida que el paciente le considere como una

persona experta que puede ayudarle, así como el grado de colaboración de éste en el tratamiento.

2.3.6.1.2 Los principales componentes no verbales de la comunicación

Los componentes de la comunicación verbal usados en enfermería son la expresión facial, la mirada, la sonrisa, la orientación y postura, el contacto físico, los gestos, la apariencia física y las automanipulaciones y movimientos nerviosos.

La expresión facial: los sentimientos y emociones humanas suelen reflejarse en la cara y pueden traducirse en expresiones específicas. Podemos hablar de diferentes expresiones de las emociones, a saber, alegría, sorpresa, tristeza, miedo, etc. No obstante, esto no quiere decir que el ser humano sólo pueda mostrar ese pequeño número de expresiones. Al contrario, las emociones pueden combinarse (sorpresa combinada con miedo, alegría con pena), y cada una de estas reacciones puede variar con intensidad.

Por lo tanto, resulta necesario prestar atención a la expresión facial de nuestros pacientes para así percibir sus emociones y sentimientos.

La mirada: constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, entre ellas la regulación del flujo de la comunicación y proporciona feedback acerca de cómo los demás reaccionan al mensaje emitido. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él. Sin embargo, no hay que olvidar que un contacto demasiado intenso puede resultar amenazador e intimidatorio. Por otra parte, la evitación del contacto visual con el paciente (por desgracia, tan frecuente en el ámbito sanitario) indica informalidad o falta de atención. – La sonrisa: constituye un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas,

además de transmitir aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que sonreímos. Si queremos que el paciente tenga una impresión nuestra favorable un elemento clave es sonreír.

La orientación y postura: La orientación se refiere a la posición relativa de la persona con relación a su o sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. Para facilitar la comunicación y transmitir interés hacia el paciente es importante adoptar una orientación enfrentada. En la postura se establecen dos categorías fundamentales que a su vez se subdividen en dos dimensiones: acercamiento-retirada y expansión-contracción. El acercamiento, producido por la inclinación del cuerpo hacia su interlocutor, se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada, que se hace de la forma contraria, se interpreta de forma negativa, como rechazo o repulsión.

La expansión: cuando es muy pronunciada, se interpreta como una postura engreída, arrogante o despreciativa, mientras que cuando es la contracción que es extrema, se considera como depresiva o abatida.

El contacto físico: la mayor o menor proximidad se establece por el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma, resultando inconvenientes distancias que no son admitidas por ambas partes. El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el acercarnos demasiado o demasiado poco. Si nos acercamos demasiado, algo muy frecuente en la práctica sanitaria, el paciente puede sentirse «amenazado» en su espacio íntimo. Por ello, si hay que hacerlo, que sea con respeto y explicándole el por qué, e incluso pidiendo excusas.

Además, por medio del tacto se puede expresar la acogida al paciente, cuando se le saluda con un apretón de manos, o se le pasa la mano por el

hombro o se le sujeta el brazo para expresarle comprensión o apoyo si está triste o preocupado.

Los gestos: hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.

La apariencia personal: La apariencia personal se refiere al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma. Fundamentalmente nos referimos al aseo personal, ropas y adornos. A través de ello, los demás se generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto. No debemos olvidar que nuestra apariencia física es nuestra tarjeta de visita, y que va a influir en nuestra relación con los demás.

Las automanipulaciones y los movimientos nerviosos con manos y piernas. Hablamos de automanipulaciones cuando tocamos nuestro propio cuerpo (tocarnos el pelo, rascarnos la cara o el brazo, tocarnos la nariz, etc.). En muchas ocasiones, se producen movimientos con las manos o las piernas y/o pies, cuya principal característica es que son repetitivos, rítmicos y normalmente involuntarios (tipo tic). Ambos tipos de movimientos suelen ser interpretados como señales de incomodidad y ansiedad

2.3.6.2 La comunicación verbal:

Es el proceso mediante el cual dos o más personas interactúan compartiendo información a través de la palabra.

La comunicación verbal muchas veces se complementa con la no verbal para reforzar el mensaje y dar una idea más clara de lo que se quiere decir. Aunque en ocasiones estos dos tipos de comunicación pueden contradecirse durante la transmisión del mensaje.

La comunicación verbal implica el uso de palabras para construir oraciones que transmiten pensamientos. Estas palabras pueden ser emitidas oralmente o a través de la escritura.

El habla es la forma más común de transmitir verbalmente un significado. Por lo general, se combina con signos no verbales. El tono de voz y la inflexión de la voz junto con las expresiones pueden comunicar más eficazmente ideas y sentimientos. También el volumen, la altura, la velocidad, la enunciación, y la resonancia de la voz del que habla son factores que influyen en la facilidad de los demás para entender el mensaje.

2.4 Definición de Términos.

❖ Cuidados de enfermería:

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. (34)

❖ Comunicación:

Es el proceso mediante el cual el emisor y receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinado para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos. (13)

❖ Técnicas de comunicación

Son las acciones que realiza la enfermera para dar fluidez y continuidad a la comunicación y producir el efecto deseado en la atención del paciente. (32)

❖ **Comunicación no Verbal**

Son todos los signos y sistemas no lingüísticos que comunican o se utilizan para comunicar. Desde su primer momento la comunicación no verbal se caracteriza por su interdisciplinariedad. (35)

❖ **Paciente Critico**

Es aquella persona donde sus funciones vitales se encuentran gravemente alteradas determinando un inminente peligro de muerte, por lo cual amerita ser objeto de un cuidado integral que incluya su individualidad. (36)

III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

✚ El Personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de comunicación en el cuidado de paciente crítico y se encuentra asociado a los años de servicio.

3.1.2 Hipótesis Específicas:

El personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de comunicación asertiva en el cuidado del paciente crítico y se encuentra asociado a los años de servicio.

El personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de contacto visual y el manejo de expresiones en el cuidado del paciente crítico y se encuentra asociado a los años de servicio.

- El personal de enfermería aplica regularmente la entonación y claridad del mensaje como técnicas de comunicación con el cuidado del paciente crítico.

- El personal de enfermería realiza regularmente la escucha activa y un buen tiempo de repuesta en el cuidado del paciente crítico.

- El personal de enfermería maneja regularmente el lenguaje al comunicarse durante el cuidado del paciente crítico lenguaje hacia el paciente crítico.

3.2 Definición conceptual de las variables

Variable: Técnicas de comunicación aplicada por la enfermera.

✚ Son las acciones que realizan los profesionales de enfermería para realizar una comunicación verbal y no verbal bidireccional.

Definición operacional: Son las acciones del profesional de Enfermería que realiza para fomentar, mantener y valorar la comunicación verbal y/o no verbal de forma bidireccional con el paciente para maximizar una atención y cuidado satisfactorio.

El cual será obtenido a través de una lista de cotejo y valorado como aplica “bien” “regular” “malo”.

Tipo de variable: CUALITATIVA.

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA POR LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRITICO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2019.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA
<ul style="list-style-type: none"> Técnicas de comunicación verbal y no verbal aplicadas por la enfermera. <p>DEFINICION</p> <ul style="list-style-type: none"> Son las acciones que realizan los profesionales de enfermería para realizar una comunicación verbal y no 	<ul style="list-style-type: none"> COMUNICACIÓN VERBAL: conversación recíproca entre las dos partes y tiene como código la lengua humana, se realizan a través del canal directo de la voz y producen una comunicación directa. COMUNICACIÓN NO VERBAL: es aquella en la que no interviene para nada la palabra, ayuda a confirmar o no los mensajes verbales, es decir, sirve para clarificar o contradecir la comunicación verbal, también se da de forma recíproca. 	<ul style="list-style-type: none"> Asertividad: <ul style="list-style-type: none"> Generar confianza para la libre expresión del paciente. Contacto visual y expresión facial. <ul style="list-style-type: none"> Mantenerse atento a mensajes no verbales. Entonación y Claridad del mensaje. 	<ul style="list-style-type: none"> Expresión facial de confianza. Palabras de Ánimo. Empatía a emitir una orden. Actitud positiva. Expresión no verbal emite confianza. Contacto visual. Búsqueda de expresiones no verbales. Mejorar interacción con el paciente. Sonrisa. Lenguaje no verbal amigable. 	<p>Del 1 al 5</p> <p>Del 6 al 10</p>	<p>Escala de medición nominal</p> <p>Puntuación - ítems</p> <p>Bueno 4 puntos</p> <p>Regular 2 punto</p> <p>Malo 1 puntos</p> <p>Puntaje Indicador</p> <p>Bueno: 16–20 pun.</p> <p>Regular:10-15 pun.</p> <p>Malo: 05-10 pun.</p>

<p>verbal bidireccional.</p> <p>TIPO DE VARIABLE</p> <p>CUALITATIVA.</p>	<p>• TECNICA DE COMUNICACION: son las acciones que realiza la enfermera para dar fluidez y continuidad a la comunicación y producir el efecto deseado en la atención del paciente.</p>	<p>Emisión del mensaje satisfactoria.</p> <p>➤ Escucha activa y tiempo de respuesta.</p> <p>Recepción del mensaje óptimo.</p> <p>➤ Manejo del Lenguaje – contexto.</p> <p>Mensaje canal y retroalimentación óptima</p>	<p>✓Clarifica el canal de comunicación. Volumen tono.</p> <p>✓Emite el mensaje en tono agradable.</p> <p>✓Maneja el empleo combinado del LNV y LV para emitir el mensaje.</p> <p>✓Evita enviar el mensaje de forma apurada.</p> <p>✓Tiene paciente en recibir un mensaje.</p> <p>✓Capta con la mirada la información del paciente.</p> <p>✓La enfermera indica al paciente que recibió su mensaje.</p> <p>✓Le presta atención al paciente.</p> <p>✓Vuelve a buscar más indicios de comunicación por parte del paciente.</p> <p>✓Clarificar el mensaje repitiéndolo tranquilamente.</p> <p>✓Manejo del lenguaje adecuado.</p> <p>✓Puntualizar la información.</p> <p>✓Mantiene una comunicación fluida para manejar el contexto.</p> <p>✓Mantiene el canal de comunicación, dando a entender que si está atento al paciente.</p>	<p>Del 11 al 15</p> <p>Del 15 al 20</p> <p>Del 20 al 25</p>	
---	---	--	---	--	--

IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

4.1 Tipo y diseño de la investigación:

4.1.1 Tipo de investigación.

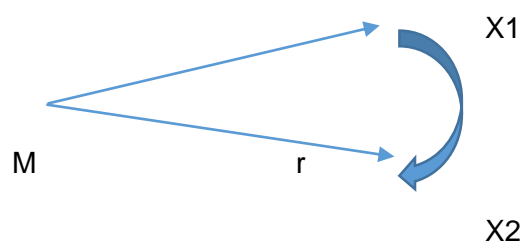
El tipo de investigación es cuantitativo -descriptivo porque la variable de estudio fue susceptible de ser cuantificado asignándole una valoración numérica.

La investigación es de nivel aplicativo cuenta claramente con intervención, a propósito de las necesidades de la población objetivo, ya que se originó de la realidad para transformarlo.

4.1.2 Diseño de la Investigación.

El diseño de investigación es no experimental correlacional porque relaciona dos variables.

Esquematizado de la siguiente forma:



Donde:

M: Muestra de estudio

X1: Técnicas de comunicación

X2: Años de servicio

R: relación entre ambas variables.

4.2 Método de investigación.

Se aplicó el método observacional. El observador debió tener un conocimiento del proceso, fenómeno a Observar, para que sea capaz dentro del conjunto de características de este seleccionar aspectos susceptibles a ser observados que contribuyeron en la demostración de hipótesis

4.3 Población y muestra.

4.3.1 Población.

La presente Investigación estuvo conformado por todos los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de cuidados Intensivos de nuestro hospital con un total de 30 enfermeras.

4.3.2 Muestra.

La muestra es no probabilística intencional estuvo constituida por un total de 30 enfermeras.

4.3.3 Criterios de Inclusión.

- ❖ Enfermeras asistenciales en condición de nombradas y contratadas bajo cualquier modalidad.
- ❖ Enfermeras que aceptan participar en el estudio.

4.3.4. Criterios de Exclusión

- ❖ Enfermeras con licencia por enfermedad, embarazo, vacaciones, pasantía o cargo administrativo.
- ❖ Enfermeras que no completan el instrumento.

4.4. Lugar de estudio.

La recolección de datos se realizó el trámite administrativo mediante una carta dirigida al Director Ejecutivo del Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo; a fin de solicitar las facilidades para ejecutar el trabajo correspondiente.

Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el jefe de servicio y la enfermera jefe del Departamento al fin de establecer un cronograma de recolección de datos, el cual se inició en el mes de mayo, junio y julio, considerando aproximadamente de 15 – 20 minutos para la aplicación del instrumento en el personal de enfermería previo consentimiento informado.

Para realizar el estudio se obtuvo la carta de aceptación de la institución y el consentimiento informado de nuestros colegas, expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial, siendo la información obtenida utilizada solo para fines del estudio.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para los objetivos de la investigación la recolección de datos se realizó a través de la técnica de observación.

El instrumento la lista de cotejo recogió la información estructurada en base de la observación al personal de enfermería programado para la actividad del día, cuya estructura recoge la aplicación de las diversas técnicas de comunicación, que consta de título, cuerpo y datos específicos.

La validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos donde se tuvo en cuenta profesionales que trabajen en el área de cuidados críticos. La confiabilidad del instrumento se realizará a través de una prueba piloto en profesionales de enfermería que estén laborando en UCI pero pertenezcan a otra institución.

La valoración del instrumento por el juicio de los expertos se tabulo y se procesó, la validez se realizó a través de la prueba binomial y la consistencia interna a través de la formula R Pearson. La confiabilidad se obtendrá a través del estadístico de Alfa de Cronbach.

La validación o consistencia externa se realizó a través del juicio de expertos evaluada por los licenciados de enfermería.

	Valoración
Mg. Armando Yodi Susanivar Sandoval	10.0
Mg. Gloria Santamaria Chimbor	9.0
Dra. Isabel Parraga Melo,	9.0
Lic. Kathia Chucos Carhuallanqui	10.0
Lic. Marina Vásquez Samaniego	10.0

Teniendo como resultado el promedio de valoración de 9.0 (Alto) y cada uno tiene una probabilidad menor a 0.5.

Los índices de confiabilidad con una consistencia interna se usó el estadístico alfa de Cronbach para el instrumento fue los ítems de 0.71.

Sistema de puntuación para evaluación estadística

Para la puntuación del cada ítem se propone una puntuación de

Bueno 4 puntos

Regular 2 puntos

Malo 1 puntos

La valoración por cada indicador es

Bueno 16 – 20 puntos

Regular 10 - 15 puntos

Malo 05 - 10 puntos

La lista tuvo 5 dimensiones de 5 preguntas cada una donde el personal tuvo una posibilidad de alcanzar una puntuación de 100 puntos.

Se obtuvo una valoración final del profesional de enfermería se propone

Mala: donde se interpreta que realiza sus actividades sin obtener respuesta comunicativa del paciente y/o no realiza esfuerzos por tener una comunicación fluida. (25- 50 puntos.)

Regular: donde realiza esfuerzos mínimos y obtiene algunas respuestas esporádicas del paciente. (51 – 75 puntos.)

Bueno: debe interpretar que el profesional de enfermería mantiene un canal de comunicación verbal no verbal fluido y/o hay intencionalidad activa y constante. Se establece un rango de (76 – 100 puntos.)

4.6 Análisis y procesamiento de datos.

Posterior a la recolección de datos, fueron procesados mediante el paquete estadístico de Excel 2013, previa elaboración de Tabla de Códigos y la Tabla Matriz de Datos. Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, la frecuencia absoluta, los porcentajes y el promedio aritmético valorándolo en como la enfermera aplica las técnicas de comunicación.

La comprobación de la hipótesis general se obtuvo una valoración de regular para aceptar la hipótesis.

Para la aceptación de la hipótesis en la técnica comunicativa asertividad se obtuvo una valoración de regular para aceptar la hipótesis.

Para la aceptación de la hipótesis en la técnica de contacto visual y expresión facial se obtuvo una valoración de regular para aceptar la hipótesis.

Para la aceptación de la hipótesis en la técnica de entonación y claridad del mensaje se obtuvo una valoración de regular para aceptar la hipótesis.

Para la aceptación de la hipótesis en la técnica escucha activa y tiempo de respuesta se obtuvo una valoración de regular para aceptar la hipótesis.

Para la aceptación de la hipótesis en manejo del lenguaje contexto se obtuvo una valoración de regular para aceptar la hipótesis.

V RESULTADO.

5.1 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE CUADROS

Una vez recolectados los datos, se tabularon en base de datos en SPSS, los resultados obtenidos fueron transferidos a una base de Microsoft Excel; para realizar la presentación de la información en cuadros y gráficos.

* En la interpretación de tablas con múltiples datos se opta por trabajar el sistema del semáforo indicando la importancia en la evaluación de datos

5.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, TABLAS, GRÁFICOS

Datos demográficos de las enfermeras del servicio de UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo -2019

- ✓ Número de profesionales 32
- ✓ Número de profesionales encuestados 30.
- ✓ Sexo : Femenino 90% Masculino 10%
- ✓ Años como profesional: Promedio = 18 Moda= 6
- ✓ Años en el servicio: Promedio= 10 Moda= 3

**TABLA 1 PUNTAJE OBTENDOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
2019**

DATOS	BUENO	REGULAR	MALO	PROMEDIO GRUPAL
PUNTAJE TOTAL	76 A 100	75- 50	< A 50	53

Fuente: Propia

La tabla nos muestra el resultado global de la investigación donde el personal de enfermería obtiene 53 puntos de promedio indicando que como grupo realiza esfuerzos mínimos y obtiene algunas respuestas esporádicas del paciente (51 – 75 puntos.) empleando las diferentes técnicas de comunicación con el paciente.

**TABLA 2 PUNTAJE OBTENDOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
UCI- HDAC-HYO-2019**

DATOS	BUENO	REGULAR	MALO	PROMEDIO GRUPAL	MODA
PUNTAJE TOTAL	76 A 100	75- 50	< A 50	53	43
PUNTAJE ASERTIVIDAD	15 A 20	14 A10	< A 10	12	14
PUNTAJE CONTATO VISUAL	1 5 A 20	14 A10	< A 10	10	8
PUNTAJE ENTONACION Y CLARIDAD	15 A 20	14 A10	< A 10	11	8
PUNTAJE ESCUCHA ACTIVA	15 A 20	14 A10	< A 10	10	8
PUNTAJE MANEJO LENGUAJE - CONTEXTO	15 A 20	14 A10	< A 10	11	8

Fuente: Propia

La tabla nos muestra que el personal de enfermería obtiene 53 puntos de promedio indicando que realiza esfuerzos mínimos y obtiene algunas respuestas esporádicas del paciente. (51 – 75 puntos.)

La Tabla además muestra que los indicadores de entonación y claridad y escucha activa se obtuvo un promedio de 10 puntos nota mínima de aprobación para regular.

En ninguno de los indicadores se alcanzó una nota de bueno en el grupo de investigados.

TABLA 3 DISTRIBUCION DEL PUNTAJE QUE OBTUVIERON LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA SEGÚN RANGOS Y COMPARACION VIGESIMAL - 2019

COMPARACION VIGESIMAL	RANGO DE PUNTAJE	NUMERO DE PROFESIONALES
07- 08 p	31-40	6
09 - 10 p	41-50	8
11 - 12 p	51-60	5
13 - 14 p	61-70	7
15 - 20 p	71-100	4

Fuente: Propia

La tabla indica que el mayor número de profesionales (8) obtuvieron un puntaje entre los rangos de 41-50 puntos que representa una nota de 9-10 puntos. Se muestra que solo 4 enfermeras obtuvieron una nota buena en la investigación.

Se Indica además que el 54% presenta un puntaje superior al 50 puntos.

TABLA 4 DISTRIBUCION DEL PUNTAJE QUE OBTUVIERON LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA SEGÚN COMPARACION VIGESIMAL SEGUN INDICADORES - 2019

COMPARACION VIGESIMAL	Asertividad	Contacto visual y expresión facial	Entonación y claridad del mensaje	Escucha activa y tiempo de respuesta	Manejo del lenguaje - contexto
<7- 08 p	7	11	13	17	15
09 - 10 p	5	7	4	1	1
11 - 12 p	3	2	4	4	1
13 - 14 p	9	6	5	7	8
15 - 20 p	6	4	4	1	5
Mayor a 11p	60%	40%	43%	40%	47%

Fuente: Propia

La tabla muestra que en asertividad presente el mayor número de colegas con puntajes entre 13-14p 9 profesionales, 11 profesionales alcanzaron puntajes menor a 8 en contacto visual, 13 alcanzaron menos de 8 puntos en Entonación y claridad del lenguaje 17 colegas presentaron puntajes menores a 8p en escucha activa y 15 colegas también presentaron puntajes mínimos en manejo del lenguaje según el contexto del paciente.

Se presenta además que solo el 40% de los colegas alcanzaron puntajes mayores 11p en contacto visual – escucha activa a comparación de asertividad que alcanzo un 60%.

**TABLA 5 DISTRIBUCION PORCENTUAL PUNTAJE QUE OBTUVIERON
SEGUN ITEMS DEL INDICADOR DE ASERTIVIDAD- 2019**

Asertividad	MODA	% BUENO	% REGULAR	%MALO
Emplea expresiones que generen confianza en el paciente.	4	40	27	33
Emplea órdenes precisas y empáticas.	2	13	57	30
Sus palabras animan al paciente en recuperarse.	2	23	47	30
Mantiene una actitud positiva en el trato al paciente.	2	37	40	23
Sus manos y movimientos generan confianza.	4	43	40	17

Fuente: Propia

En la tabla observamos el 40% Emplea expresiones que generan confianza al paciente, el 57% regularmente emplea órdenes precisas y empáticas, el 47% anima esporádicamente a su paciente en recuperarse y va a mejorarse y el 40% esporádicamente mantiene una actitud positiva en el trato al paciente 43% mantiene un comunicación no verbal de movimientos y manejo de sus manos que generan confianza en el paciente.

TABLA 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PUNTAJE QUE OBTUVIERON SEGÚN ÍTEMS DEL INDICADOR DE CONTACTO VISUAL Y EXPRESIÓN FACIAL- 2019

Contacto visual y expresión facial	MODA	% BUENO	% REGULAR	%MALO
Establece contacto visual con el paciente	2	27	57	17
Observa al paciente buscando signos o señas.	4	40	20	40
Acomoda al paciente para tener una mejor interacción con el paciente	1	20	37	43
Ofrece una sonrisa desinteresada al paciente.	1	3	47	50
Realiza gestos amigables durante la interacción con el paciente.	2	17	53	30

Fuente: Propia

En la tabla indica que el solo el 40% busca signos o señas de interacción con el paciente, 50% es indiferente a las expresiones del paciente, 43% no le da la comodidad comunicativa al paciente para interaccionar con el enfermero, 50% establece puentes de confianza a través de la sonrisa al paciente, el 57% esporádicamente un contacto visual con el paciente esperando una respuesta del paciente, el 53% esporádicamente realiza gestos amigables con la interacción con el paciente,

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PUNTAJE QUE OBTUVIERON SEGÚN ÍTEMS DEL INDICADOR DE ENTONACIÓN Y CLARIDAD DEL MENSAJE – 2019.

Entonación y claridad del mensaje	MODA	% BUENO	% REGULAR	%MALO
Aumenta el tono al emitir el mensaje acercándose a sus oídos.	2	27	47	27
Aumenta el volumen del mensaje al repetir el mensaje.	2	27	47	27
Tiene una entonación agradable en su hablar.	4	43	27	30
Utiliza las palabras y gestos para transmitir la información al paciente.	2	13	53	33
Evita las órdenes apuradas.	1	13	33	53

Fuente: Propia

En la tabla indica que 43% tiene una entonación agradable para hablar, esporádicamente el 47% aumenta el tono y el volumen en el momento de establecer comunicación, 53% utiliza esporádicamente gestos y palabras para transmitir información al paciente. El 53% emite órdenes apuradas y solo un 13% emite órdenes de acuerdo al tipo de paciente atendido.

TABLA 8 DISTRIBUCION PORCENTUAL PUNTAJE QUE OBTUVIERON SEGUN ITEMS DEL INDICADOR DE ESCUCHA ACTIVA Y TIEMPO DE RESPUESTA- 2019

Escucha activa y tiempo de respuesta	MODA	% BUENO	% REGULAR	%MALO
Espera que el paciente complete la información.	1	10	43	47
Establece contacto visual al recibir la información del paciente. (gestos movimientos)	2	23	53	23
Asiente con la cabeza o dice si para indicar que entendió la información que emitió el paciente.	2	13	50	37
No le presta la atención total al paciente	2	3	70	27
Después de su acción, espera ver alguna reacción del paciente en busca reacciones o gestos	2	23	40	37

Fuente: Propia

Observamos al 47% que actúa sin esperar que el paciente complete la información que emite, esporádicamente el 53% presta atención visual al paciente para percibir gestos o movimientos del paciente, el 50% de los enfermeros esporádicamente asiente con la cabeza que la información que emitió el paciente fue comprendida por ellos, el 70% no presta atención única y exclusiva al paciente durante los 5 -7 minutos de interacción con él, por ello solo 23% espera una respuesta del paciente al terminar su interacción con el paciente.

**TABLA 9 DISTRIBUCION PORCENTUAL PUNTAJE QUE OBTUVIERON
SEGUN ITEMS DEL INDICADOR DE MANEJO DEL LENGUAJE –
CONTEXTO 2019**

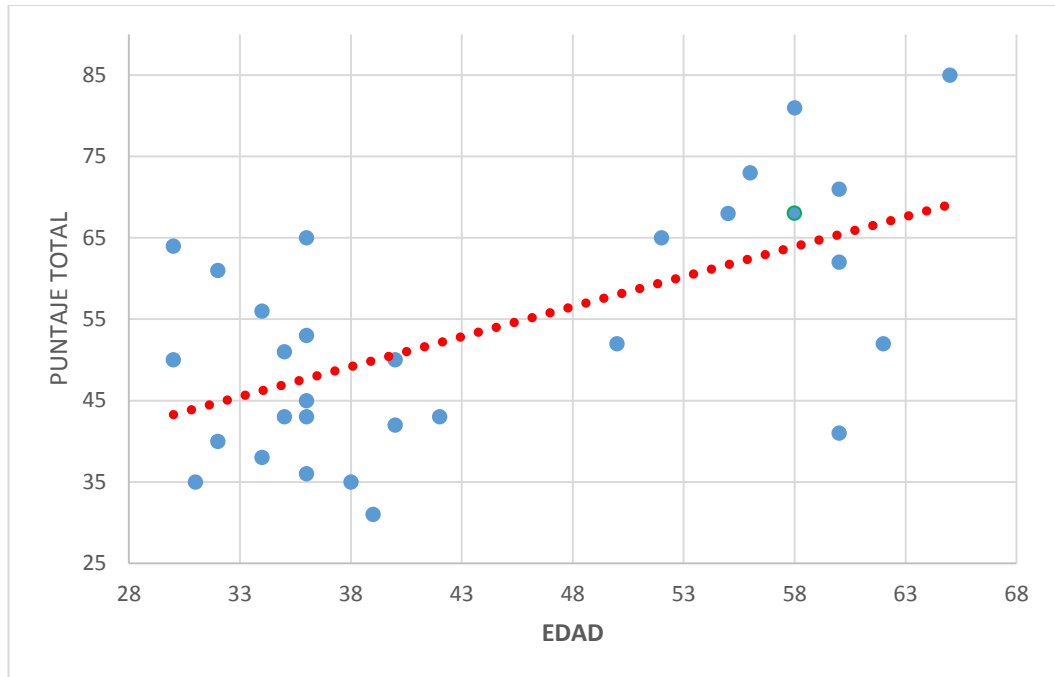
Manejo del lenguaje - contexto	MODA	% BUENO	% REGULAR	%MALO
Repite la expresión de forma tranquilo y entendible	2	30	30	40
Utiliza lenguaje entendible al paciente	2	27	63	10
Repite frases similares al paciente para puntualizar la información.	4	30	37	33
Realiza una comunicación sobre otros temas para distraer al paciente mientras lo atiende.	2	20	30	50
Le indica al paciente que entendió el mensaje repitiéndolo.	1	10	53	37

Fuente: Propia

Observamos al 40% de los investigados expresarse de forma apresurada y poco entendible, 20% entabla una comunicación abierta al paciente a través de temas independientes de su condición de salud para afianzar lo canales de comunicación, 63% esporádicamente utiliza un lenguaje entendible al paciente, solo 30% repite las frases y el 10% repite el mensaje para la comprensión del paciente.

Debido a los resultados previos se decidió trabajar más la data de resultados obteniéndose los siguientes gráficos.

GRAFICA 1 CORRELACIÓN EDAD-PUNTAJE TOTAL

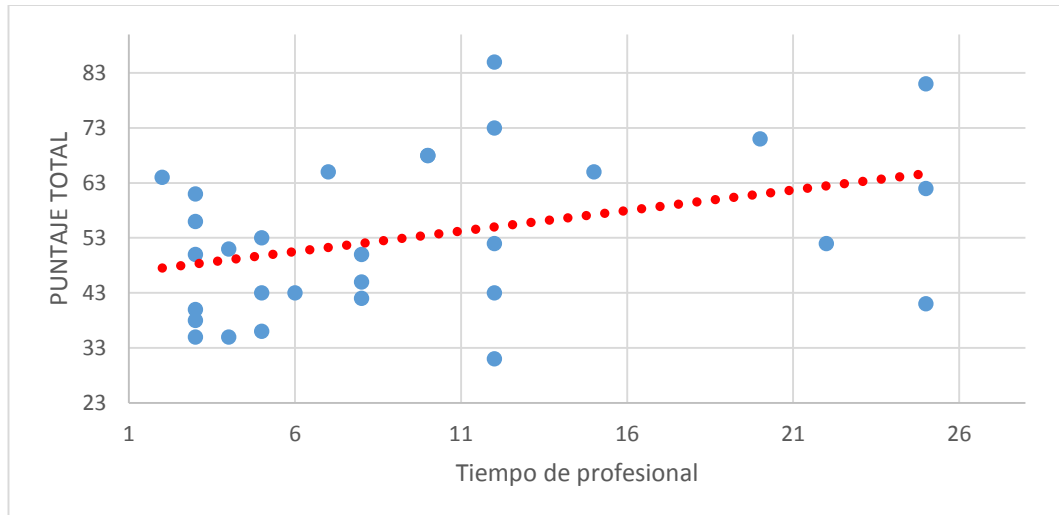


Fuente: Propia

La grafica nos muestra la correlación entre la edad y puntaje total; la línea de tendencia nos indica a que a mayor edad del profesional nos muestra un mejor proceso comunicativo con el paciente.

Se puede observar que nuestra población-muestra presenta una agrupación población donde hay un grupo de colegas jóvenes y otro grupo de colegas con más experiencia profesional las cuales obtuvieron en conjunto una mayor puntuación con respecto a las colegas jóvenes.

GRAFICA 2 CORRELACIÓN TIEMPO PROFESIONAL -PUNTAJE TOTAL

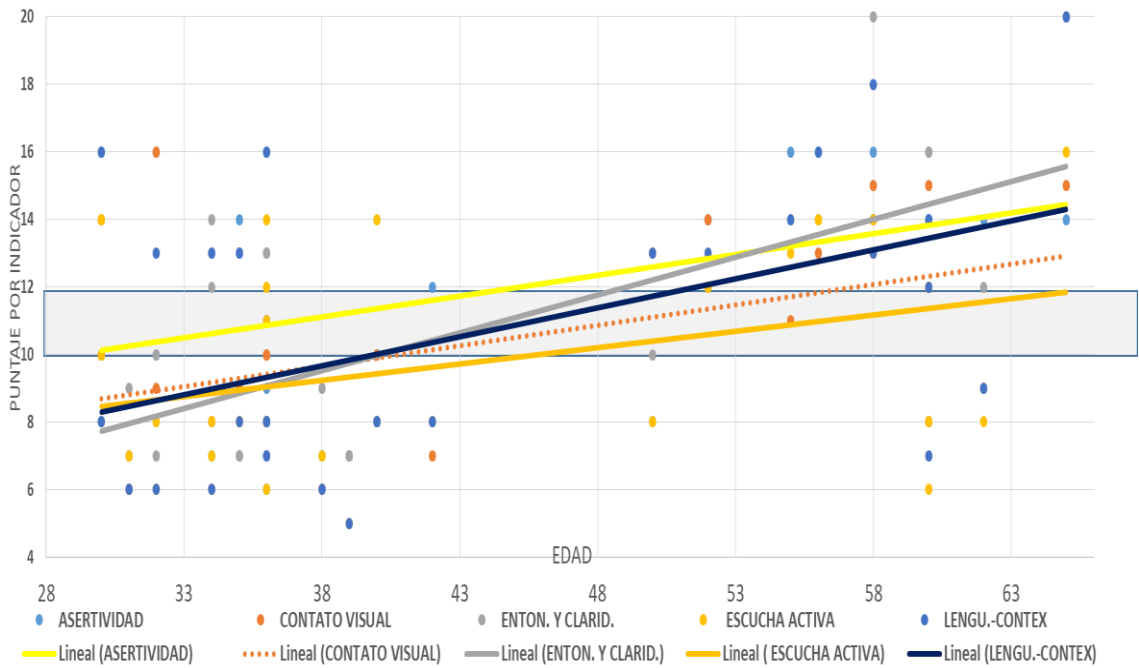


Fuente: Propia

La grafica nos muestra la correlación entre el tiempo de permanencia en el servicio y puntaje total; la línea de tendencia nos indica a que a mayor tiempo trabajando en el servicio nos muestra un mejor proceso comunicativo con el paciente.

Si se observa atentamente la gráfica se puede establecer grupos “de la misma promoción” que tuvieron puntajes muy dispersos indicando que el problema no solo es de formación personal

GRAFICA 3 CORRELACIÓN EDAD - PUNTAJE POR INDICADORES.



Fuente: Propia

Observamos en la gráfica que se mantiene la tendencia del puntaje total también en los 5 indicadores donde los profesionales de mayor edad manejan una entonación y claridad del mensaje con respecto a sus colegas jóvenes que tiene un puntaje en este indicador según la línea de tendencia; se rescata la información adicional que ambos grupos poblacionales mantiene un puntaje mínimo aprobatorio similar en escucha activa.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se tomó la decisión estadística de tabular el tiempo de egresado del personal de enfermería, debido a que nos referimos al personal de enfermería, su tiempo de vida profesional refleja sus experiencias. La variable edad y tiempo en el servicio muestran similar comportamiento estadístico.

TABLA 10 RESUMEN DE COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS DE LOS INDICADORES DE LA LISTA DE COTEJO TECNICAS DE COMUNICACIÓN.

VARIABLE	HIPÓTESIS NULA				SIGNIFICANCIA	
	Grado de Libertad	Tabla	Calculo	Decisión Estadística	Valor < 0.05	Decisión Estadística
Comunicación	2	5.992	8.571	RECHAZADA	0.014	RECHAZADA
Asertividad	2	5.992	8.819	RECHAZADA	0.012	RECHAZADA
Contacto visual -Expresión facial	2	5.992	10.208	RECHAZADA	0.006	RECHAZADA
Entonación y Claridad del mensaje	2	5.992	10.447	RECHAZADA	0.005	RECHAZADA
Escucha activa y Tiempo de respuesta	2	5.992	3.590	ACEPTADA	0.166	ACEPTADA
Manejo del Lenguaje - contexto	2	5.992	6.510	RECHAZADA	0.039	RECHAZADA


Fuente: Registro de base de datos según anexo 3.


LA PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE CHI CUADRADO PARA TECNICAS DE COMUNICACION

Se usa para comprobar que las variables están relacionadas:

1.- Las variables son cualitativas, medidas en escala nominal

2.- Planteamiento de hipótesis:

 **Hi:** El Personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de comunicación en el cuidado de paciente crítico.

 **Ho:** El Personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de comunicación en el cuidado de paciente crítico.



3.- Cuadro de contingencia

TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA POR LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRITICO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2019.

TIEMPO DE EGRESADO		PUNTAJE TOTAL COMUNICACIÓN			
		BUENO	REGULAR	MALO	PUNTAJE TOTAL
15 a más años	Recuento	2	8	2	12
	Esperado	.8	6	6	12.0
Menor 15 años	Recuento	0	6	12	18
	Esperado	1.2	8	8	18.0
Total	Recuento	2	14	14	30
	Esperado	2.0	14	14	30.0

4.- Nivel de Significancia ($\alpha = 0.05$)

El nivel considerado para esta prueba es de 5%.

$$1-\alpha/2 = 1-0.05/2 = 1- 0.025 = 0.975$$

5.- Grados de Libertad (gl)

n1: Numero de filas = 2

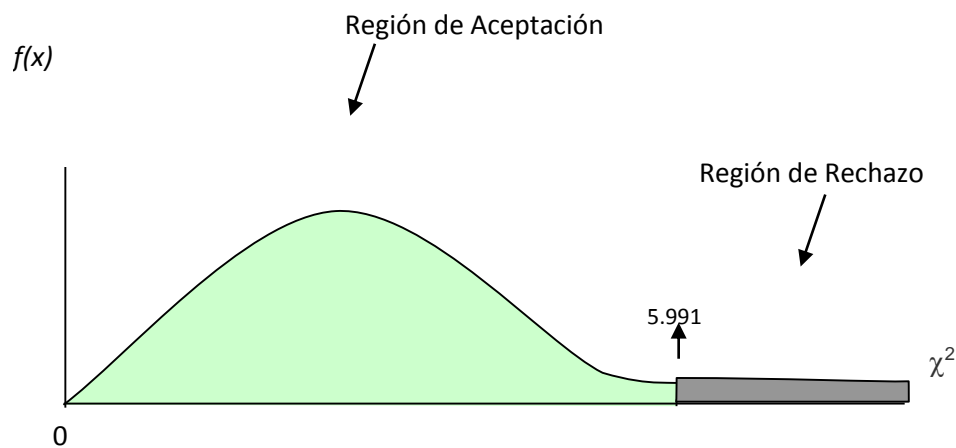
n2: Numero de columnas = 3

Para nuestro caso

Grados de libertad = $(2-1)*(3-1) = 2$

6.- Estadístico de prueba $\chi^2_{(gl)} = \left[\sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1} \right]$

7.- **Criterios de Decisión:** Ho se rechaza si, χ^2 calculado es mayor o igual al χ^2 de la tabla, con 2 grado de libertad, cuyo valor es 5.991



8.- Luego se calcula las frecuencias esperadas:

El software calcula el estadístico chi y se obtiene.

$$\chi^2 = 8.571$$

9.- Decisión estadística:

Se acepta la Ho por que 8.571 es mayor que 5.991

10.- Significancia:

El $p > 0.05$ o nivel de significancia tiene el valor de 0.014 menor al 0.050 (5%) para avalar la decisión estadística

11.- Conclusión: El valor calculado es mayor que el valor de la tabla o tabulado, lo cual es significativa para validar la hipótesis, por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación planteada.

Se concluye que la enfermera de la Unidad de Cuidado Intensivo utiliza regularmente las técnicas de comunicación para la comunicación y comprensión durante el cuidado con su paciente

VI: DISCUSION DE RESULTADOS.

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

Comunicar constituye un escape para la expresión de emociones y sentimientos de satisfacción de necesidades tanto de tipo social como básicas y, además, tiene la función de facilitar la toma de decisiones porque proporciona las informaciones que profesionales necesitan para emitir las acciones pertinentes.

En este contexto la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (37).

Por otro lado López Marure, Esther, y col (18) menciona que la enfermera, por su contribución afectiva y potencial, es un puntal en la recuperación de la salud del paciente.

En este sentido los resultados nos indican que los profesionales investigados realizan poco esfuerzo en establecer una comunicación fluida con sus pacientes obteniendo 53 puntos de un mínimo de 75 para indicar un buen desempeño; en este punto se recordaría las palabras de Mariner T., A. (2003), “es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera(o) y el paciente” llegando a inferir que la enfermera no realiza una relación autentica de cuida con el paciente; manteniéndose al margen de sus pensamientos y expresiones ya sea de forma hablada o con los gestos.

En el planteamiento de la hipótesis señalamos que el personal realiza las técnicas de comunicación regularmente, donde el estadístico y su significancia avala la afirmación anterior; pero los valores numéricos estas cercar de la zona de aceptación de la hipótesis nula.

La tabla 10 nos indica que solo la hipótesis nula

- El personal de enfermería **no realiza** regularmente la escucha activa y un buen tiempo de repuesta en el cuidado del paciente crítico.

Es aceptada; lo que indica que dentro del comunicativo este indicador obtuvo el puntaje en comparación de los demás indicadores; la enfermera establece en la mayoría de sus procesos en el servicio una comunicación unidireccional.

Un resultado similar obtuvo Guerrero y col. (38) Se puede resumir que los resultados de percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado en ambos grupos son satisfactorios y congruentes con la filosofía de Watson, encontrándose solo una percepción de autoeficacia disminuida en relación a la comunicación personal con el usuario, en las enfermeras asistenciales, lo que debe ser considerado como el único efecto del sistema institucional hospitalario. La autora refiere además que el proceso comunicativo se debe realizar con altruismo, sensibilidad y apertura para fortalecer el vínculo enfermera – paciente.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

Los puntajes de los diversos indicadores muestran se obtuvo 12 puntos de 15 en asertividad, 11 puntos en 15 en entonación y claridad y/o manejo del lenguaje; 10 en contacto visual y manejo del lenguaje; en general solo el 54% obtuvo una nota superior a 50 puntos de 100; nosotros los investigadores podemos definir que se labora con poca asertividad, habla limitadamente con el paciente cuando realiza la interacción diaria, no establece un canal de comunicación y tal vez sus palabras solo sean para indicar ordenes, limitando

el accionar del paciente al no escuchar, no necesariamente una voz sino con los gestos y expresiones como formas de comunicación.

Grados Arrieta, (20) menciona que El 100% (45) de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es "rápida", "no entendible", "entrecortada", "tono bajo", "incoherente" y "apresurada".

En el análisis de los indicadores se encuentra solo al indicador asertivo con colores amarillos y verdes es decir con alertas y buenas acciones, donde se indica que la enfermera emplea expresiones que generan confianza, animan, mantiene una actitud positiva, y trata de realizar movimientos que generen confianza al paciente hospitalizado. Siendo el único indicador "bueno-regular" se analizó más a fondo la asertividad y la enfermera encontrándose varios artículos que relacionan asertividad con relacionales intra-interpersonales y trabajo en equipo, siendo un tema que se trabajó y se volvió de enseñanza regular en las universidades formadoras, en los cursos de post grado y el uehacer diario de enfermería comenzando arraigarse en la identidad del enfermero. En cuanto a comunicación solo los indican que la comunicación asertiva es la mejor forma de llegar al paciente.

Pérez menciona (30) "Esta comunicación permite identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna, de allí se demuestra la importancia de establecer con el paciente una comunicación adecuada, fundamentada en principios éticos, que sea garante del cuidado de enfermería y por ende de la satisfacción del mismo".

En el indicador de entonación agradable y claridad del mensaje notamos dos aspectos muy marcados que la enfermera trasmite su mensaje con tono y volumen adecuado y/o lo realiza con apresuramiento en su deseo de poder atender adecuadamente a todos los pacientes que tiene a su cargo,

regularmente acompaña a su voz la comunicación no verbal es decir el empleo de gestos y expresiones

En cuanto a la forma verbal, es necesario tomar en cuenta la importancia que adopta el volumen y tono de voz. Por lo que respecta a la enfermera, esto puede traducir seguridad e inspirar confianza. Por parte del paciente, puede reflejar su condición clínica, un estado de gravedad, o asociarse con problemas de audición, por ejemplo.

El escucha al receptor de nuestros mensajes nos convierte también en receptor, realizando la bi-direccionalidad de la comunicación en nuestra evaluación de la escucha activa y tiempo de respuesta, encontramos que el 70% no presta atención total al paciente que se puede traducir que la comunicación está realizando de modo unidireccional en la mayoría de las acciones, además el 47% no espera que el paciente complete de explicar o emitir su mensaje.

Quiñones (23) menciones que la comunicación no verbal ocurre, por lo tanto en la interacción plena, aún sin la verbalización de palabras. Los comportamientos del enfermero tienen significancia en el mensaje, desde que comunicamos a través de la expresión facial, del momento en que las palabras son dichas o no, de la mirada, de la postura corporal, de la distancia mantenida, del toque, del calor, del rubor, de la sudoración, temblores, lagrimeos, de las señales vocales, del espacio de tiempo mantenido entre los comunicadores.

El mensaje llega con la significancia debida si utilizamos un lenguaje acorde a nuestro receptor, un gesto, una sonrisa, una caricia, una acomodo, un proceso de intervención definen la continuidad y la calidad de la comunicación. La enfermera no repite la información (40%) al menos que sea imprescindible para una acción, ya de antemano tiene sus decisiones tomadas, al 50 no realiza comentarios o conversación adicional con el paciente.

Pérez menciona (30) En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como "inexpresiva", de "postura de retirada", mirada "esquiva" y "desatenta. Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la "velocidad del mensaje" y la "expresión facial". Lo cual indica que no se establezca una relación terapéutica entre enfermero y paciente.

De la interpretación de gráficos se explica la existencia de una brecha generacional en el institución entre colegas de mayor experiencia profesional con respecto a las jóvenes, reflejándose ello en los puntajes de los indicadores expuestos, postulamos que la diferencia se debe a que las colegas expertas saben manejar los tiempos de comunicación, saben que preguntar y en qué momento preguntar solo para confirmar, en cambio la enfermera joven tenía que esperar una respuesta para poder interactuar con el paciente o reafirmar sus proceso realizado.

VII: CONCLUSIONES

1. El estudio evidencia que el grupo obtuvo 54 puntos que nos indica que los investigados aplican mínimas técnicas de comunicación obteniéndose algunas respuestas esporádicas, ninguna técnica alcanza una nota de bueno en el grupo de investigados. En contraste se concluye que la comunicación es unidireccional porque esporádicamente busca signos o señas de interacción con el paciente
2. El estudio evidencia que el grupo investigado pocos expresan sus sentimientos e ideas lo cual dificulta que el paciente no se exprese libremente y no se logra una buena comunicación
3. También se demuestra que algunos profesionales son indiferentes a las expresiones del paciente no le da la comodidad comunicativa y toma poco interés en la expresión facial del paciente y solo un grupo de ellos establece puentes de confianza a través de la sonrisa del contacto visual esporádicamente gestos amigables.
4. La enfermera emite su mensaje con una entonación agradable para hablar, esporádicamente aumenta el tono y el volumen, utiliza esporádicamente gestos y palabras. Pero emite órdenes apuradas cuando interactúa con el paciente.
5. La enfermera genera expresiones de confianza, realiza órdenes precisas y empáticas, anima esporádicamente a su paciente en recuperarse y a mejorarse y mantiene regularmente una comunicación no verbal de movimientos y manejo de sus manos que generan confianza en el paciente.
6. Observamos al 47% que actúa sin esperar que el paciente complete la información que emite, esporádicamente el 53% presta atención

visual al paciente para percibir gestos o movimientos del paciente, el 50% de los enfermeros esporádicamente asiente con la cabeza que la información que emitió el paciente fue comprendida por ellos, el 70% no presta atención única y exclusiva al paciente durante los 5 - 7 minutos de interacción con él, por ello solo 23% espera una respuesta del paciente al terminar su interacción con el paciente.

7. Los investigados se expresan de forma apresurada y poco entendible, se limitan solo a las actividades diarias y no entabla una comunicación abierta al paciente a través de temas independientes de su condición de salud para afianzar los canales de comunicación, esporádicamente utiliza un lenguaje entendible al paciente, no repite las frases ni el mensaje para la comprensión del paciente.

VIII: RECOMENDACIONES

1. Durante la investigación se observó que el paciente de UCI debido al estado de salud emite pocas respuestas comunicativas, pero por ello la investigación comenzó con este tipo de paciente, dando a la enfermera poner en práctica todo su conocimiento en técnicas comunicativas. Se recomienda en base a los resultados establecer en la investigación en otros campos de la enfermería en especial realizar un comparativo entre la enfermera de trabajadora del estado y la enfermera de entidades privadas.
2. Establecer en la institución programa de capacitación de técnicas de comunicación haciendo hincapié en los aspectos trabajados en nuestro instrumento.
3. Al ser nuestro instrumento el primero con una metodología de evaluación de un profesional a otro acercándose al concepto de gestión del cuidado, realizar un estudio cualitativo sobre el tema en nuestra población para descubrir detalles que la estadística cuantitativa no puede dilucidar.
4. Plasmar los conceptos aquí investigados en la formación profesional las Universidades del País para el buen desempeño de la actividad diaria de Enfermería.

IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza LNA, Padilha MICS. **A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem**. Texto Contexto Enferm. 2002 jan-abr; -30.
2. Simões SMF. **O significado do pensar/fazer da prática do enfermeiro: uma revisão sistemática de artigos da REBEn 1932-1971**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007 set; 11(3): 509-14.
3. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. **Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar**. Rev Bras Enferm. 2008 set-out; 61(5):552-7
4. Xavier C, Guimarães C. **Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação**. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2004. p.133-155.
5. Ministerio de Ciencia e Innovacion – Madrid España ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, España - **Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero**. BOE, nº 174, Emitido el 19 de julio de 2008. Visita el 02 de febrero del 2019. <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
6. World Health Organization [sede Web]. Ginebra: WHO Press, World Health Organization; 2 de mayo de 2007 [acceso 15 de marzo de 2015]. Centro de prensa: La OMS lanza "**Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños**". Disponible en:

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
7. Figueiredo NMA de, Machado WCA, Porto IS. **Dama de branco, Dama de negro: o cuidado na fronteira vida / morte**. Rev Enferm UERJ.1995; 3(2):139-49.
8. Teixeira ER. **A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2004 dez; 8(3): 361-9.

9. Kozier B. y col (2005). **Fundamentos de Enfermería: Conceptos Procesos y Práctica. Madrid. Mc Graw Hill.**

10. Mejía Lopera María Eugenia. **Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico.** Index Enferm [Internet]. 2006 Oct [citado 2019 Abr 06]; 15(54): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es.

11. Mariner T. y col (2003). **Modelos y Teorías en Enfermería.** Barcelona – España. SerVier CIENCIA.

12. Coelho MJ. **Maneiras de cuidar em enfermagem.** Rev Bras Enferm. 2006 nov-dez; 59(6):745-51.

13. Carlos J. Vander Hofstadt Román, **Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería,** Edita Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad© de la presente edición, Generalitat Valenciana1ª edición, 2006 ISBN: 84-482-4228-9. Fecha de visita 15-03-2019.

https://www.researchgate.net/publication/281625924_Tecnicas_de_comunicacion_para_profesionales_de_enfermeria.

14. Tazón P, García J, Aseguinolaza L. **Relación y comunicación. 2ª ed. Valencia: Difusión avances de Enfermería (D.A.E.); 2009.**

15. Parra, B.; Peña, N.; Pinto, M. y Rosales, R. **“Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz”** Trabajo presentado para optar al título de licenciado en enfermería. Universidad de Los Andes, Estado Táchira. (2006).

16. Müggenburga S. et al **Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento** [publicación periódica en línea] 2014 octubre [aproximadamente 18 pp][citado el 2 junio 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a3.pdf>

17. Gersson Andrés Ballesteros Pinzón, **Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos**. Tesis presentada(o) como requisito para optar al título de Magister en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogotá D.C., Colombia 2014. www.bdigital.unal.edu.co/471111/1/91506989.2014.pdf
18. López Marure, Esther, y col. **“La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente”** Revista Enfermería IMSS 2002; 10 (2): 93-102. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46049>
19. Fidez, J.; Trujillo, E.; Sacaluga, R.; Marchal. M.; Iglesias, M. y García A. **Estudio multicéntrico sobre el empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería con los pacientes**. Servicio de Salud Andaluz España.
20. Grados B. **Características de la comunicación enfermero – paciente postquirúrgico mediato : Servicio de cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo 2013** [tesis para optar el grado en licenciada] Lima UNMSM 2012 [citado el 2 mayo 2017]. Disponible en cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3515/3/Grados_ab.pdf
21. Jahuancama O. **Relación terapéutica según teoría de Joyce Travelbee entre enfermera y familia de pacientes de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho** [Tesis para optar el grado académico de especialista en emergencias y desastres] lima UMSM 2016 [citado el 15 junio 2017]. Disponible en Lima-Perú. ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.../Jahuancama_Villagaray_Olga_Liz_2016.pdf.
22. Naranjo Bermudez, Isabel Cristina and Ricaurte Garcia, Gloria Patricia. **La comunicación con los pacientes**. Invest. educ. enferm [online]. 2006, vol.24, n.1, pp.94-98. ISSN 0120-5307. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100010&script=sci_abstract&tlng=es

23. Quiñones Chapoñán, Sonia Judith, "**Comunicación de la Enfermera Intensivista en el Cuidado a la Persona Inconsciente**" tesis para optar el grado académico de magíster en enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo Perú 2012
24. Arrascue, S. y Quiñones S "**La Comunicación de la Enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo**". (2008)
25. Watson, J. **The philosophy and science of caring**. Revised and updated edition. Boulder university press of Colorado, 2008. p. 18-19
26. Arias M. **La ética y humanización del cuidado de enfermería**. Bogota: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007
27. Mustard L W. **Caring and competency. JONA's Healthc Law Ethics Regul** 2002; 4(2):36-43
28. Watson, Jean; (2003); **Amor y Cuidado: La ética de la cara y las manos-una invitación a volver al corazón y el alma de Enfermería y Nuestra profunda humanidad (Love and Caring: Ethics of Face and Hand-An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity)**; Nursing Administration Quarterly: July/August/September 2003 - Volume 27 - Issue 3 - p 197-202[Revista en línea]; Disponible: http://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2003/07000/Love_and_Caring__Ethics_of_Face_and_Hand_An.5.aspx [Consulta: 2019, Abril 01, 2:40pm]
29. Poblete M, Valenzuela S, Merino J. **Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson**. Aquichán. 2012; 12(1): 8-21.
30. Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas, Don D. Jackson, **Teoría de la comunicación humana**, Editorial Herder Barcelona, 1991.
pag. 24 – 39. Disponible en <https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2015/09/276081111-teoria-de-la-comunicacion-humana-watzlawick.pdf>

31. Marriner A, Alligood MR, **Modelos y Teorías en Enfermería**. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
32. Van-der CJ, Quiles Y, Quiles MJ. **Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Consejería de sanidad**. Edita Generalitat Valenciana. 2006 [consultado 2 Jun 2015]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/281625924_Tcnicas_de_comunicacin_para_profesionales_de_enfermera
33. Leonel AA, Fajardo G, Tixtha, Papaqui J. **La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México**. Enf Neurol Mex. 2012 [citado 13 Feb 2015]; 11(3):138-41. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
34. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2012. Actualizado: 2014. **Definición de cuidados de enfermería**. <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>
35. Ana M. Cestero Manceda. Publicado 1991. **La comunicación no verbal**
36. Renata Virgilia Gonzales Consuegra Publicado 1995 – 1996 .**nota de clases, seminario. Taller de enfermería al paciente crítico**.
37. Arias M. **La ética y humanización del cuidado de enfermería**. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007.
38. Rosa Guerrero-Ramírez, y col. **Cuidado humanizada de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015**. Rev enferm Herediana. 2016;9(2):133-142.
39. Pérez López, Shirley Gretty; **Niveles de comunicación enfermera – paciente en relación con la satisfacción del adulto mayor del servicio de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-2009**. Universidad Ricardo Palma - Escuela De Enfermería PADRE LUIS TEZZA .Tesis para optar el Grado de Licenciada en Enfermería-2009.

VIII ANEXO

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA POR LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRITICO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICO	HIPOTESIS VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA -	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las técnicas de comunicación aplicada por la enfermera en el cuidado de paciente crítico Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2019? <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •• ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación asertiva en el cuidado del paciente crítico? 	<p>OBJETIVOS GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Determinar las técnicas de comunicación aplicada por la enfermera en el cuidado de paciente crítico Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2019. <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificar las técnicas de comunicación aplicada asertivamente por la enfermera en el cuidado de paciente crítico. <input type="checkbox"/> Identificar las técnicas de comunicación aplicada en 	<p>Variable:</p> <p>Técnicas de comunicación aplicada por la enfermera.</p> <p>Hipótesis General:</p> <p>El Personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de comunicación en el cuidado de paciente crítico.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de comunicación asertiva en el cuidado del paciente crítico. 	<p>Tipo de investigación.</p> <p>El estudio es de tipo descriptivo - .</p> <p>La investigación es de nivel aplicativo</p> <p>Diseño de la Investigación.</p> <p>No experimental</p> <p>Método de investigación.</p>	<p>POBLACION - MUESTRA</p> <p>La población de estudio estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería que laboran en el área de UCI con un total de 30 enfermeras.</p> <p>El muestreo es no probabilístico.</p> <p>Criterios de inclusión:</p>	<p>La investigación tiene 1 técnicas e instrumentos</p> <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo <p>Valoración final del profesional de enfermería:</p> <p>Mala: realiza sus actividades sin obtener respuesta comunicativa del paciente y/o no realiza esfuerzos por tener una comunicación</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación en el manejo de las expresiones y contacto visual durante el cuidado del paciente crítico? • ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación en la entonación y manejo del mensaje durante el cuidado del paciente crítico? • ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación en la escucha activa y tiempo de respuesta adecuado durante el cuidado del paciente crítico? • ¿Cómo aplica la enfermera la técnica de comunicación de manejo del lenguaje y el contexto durante el cuidado del paciente crítico? 	<p>el manejo de las expresiones y contacto visual por la enfermera en el cuidado de paciente crítico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificar las técnicas de comunicación aplicada en la entonación y manejo del mensaje por la enfermera en el cuidado de paciente crítico. <input type="checkbox"/> Identificar las técnicas de comunicación aplicada en la escucha activa y tiempo de respuesta adecuado por la enfermera en el cuidado de paciente crítico. <input type="checkbox"/> Identificar las técnicas de comunicación aplicada en el manejo del lenguaje adecuado por la enfermera en el cuidado de paciente crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El personal de enfermería aplica regularmente las técnicas de contacto visual y el manejo de expresiones en el cuidado del paciente crítico. <input type="checkbox"/> El personal de enfermería aplica regularmente la entonación y claridad del mensaje como técnicas de comunicación con el cuidado del paciente crítico. <input type="checkbox"/> El personal de enfermería realiza regularmente e la escucha activa y un buen tiempo de repuesta en el cuidado del paciente crítico. <input type="checkbox"/> El personal de enfermería maneja regularmente el lenguaje al comunicarse durante el cuidado del paciente crítico lenguaje hacia el paciente crítico. 	<p>Se aplica el método de observacional.</p>	<p>Personal de cualquier modalidad de contrato que acepte participar en investigación.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>Personal que no complete el instrumento</p>	<p>fluida. (25- 50 puntos.)</p> <p>Regular: donde realiza esfuerzos mínimos y obtiene algunas respuestas esporádicas del paciente. (51 – 75 puntos.)</p> <p>Bueno: debe interpretar que el profesional de enfermería mantiene un canal de comunicación verbal no verbal fluido y/o hay intencionalidad activa y constante. Se establece un rango de (76 – 100 puntos.)</p>
---	---	--	--	---	--

**ANEXO 2: LISTA DE COTEJO DE TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA
POR LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRITICO HDCQ
DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2019**

		BUENO	REGULAR	MALO
Asertividad				
1	Emplea expresiones que generen confianza.			
2	Emplea órdenes precisas y empáticas.			
3	Sus palabras animan al paciente en recuperarse.			
4	Mantiene una actitud positiva en el trato al paciente.			
5	Sus manos y movimientos generan confianza.			
Contacto visual y expresión facial				
6	Establece contacto visual con el paciente			
7	Observa al paciente buscando signos o señas.			
8	Acomoda al paciente para tener una mejor interacción con el paciente			
9	Ofrece una sonrisa desinteresada al paciente.			
10	Realiza gestos amigables durante la interacción con el paciente.			
Entonación y claridad de la mensaje				
11	Aumenta el tono de del mensaje acercándose a sus oídos.			
12	Aumenta el volumen del mensaje al repetir el mensaje.			
13	Tiene una entonación agradable en su hablar.			
14	Utiliza las palabras y gestos para establecer el contenido de la información al paciente.			
15	Evita las órdenes apuradas.			
Escucha activa y tiempo de respuesta				
16	Espera que el paciente complete la comunicación.			
17	Establece contacto visual al recibir la información del paciente. (gestos movimientos)			
18	Asiente con la cabeza o dice si para indicar que entendió la información que emitió el paciente.			
19	Aunque por poco tiempo le presta la atención total al paciente			
20	Después de su acción, espera ver alguna reacción del paciente en busca reacciones o gestos			
Manejo del lenguaje – contexto				
21	Repite la expresión de forma tranquilo y entendible			
22	Utiliza lenguaje entendible al paciente			
23	Repite frases similares al paciente para puntualizar la información.			
24	Realiza una comunicación sobre otros temas para distraer al paciente mientras lo atiende.			
25	Le indica al paciente que entendió le mensaje repitiéndolo.			

Alias del profesional observado _____

Fecha _____/_____/_____

Edad _____ Tiempo de En el servicio _____

Tesista evaluador _____

ANEXO 3: BASE DE DATOS DE TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA POR LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRITICO HDCQ DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2019

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Asertividad	1	M	B	B	B	M	M	B	R	M	M	B	B	R	M	M	R	B	B	B	R	R	M	M	R	R	B	B	B	R	M	
	2	M	R	R	R	R	R	R	M	M	R	R	R	M	R	M	B	R	R	B	B	M	R	B	R	R	M	M	M	R	R	
	3	R	B	R	B	M	M	M	R	M	M	B	R	R	R	R	R	B	B	R	B	R	M	B	R	R	M	M	M	R	R	
	4	R	B	B	R	M	M	M	R	R	M	B	M	B	B	R	B	R	R	R	R	M	R	R	B	B	B	B	B	R	M	
	5	B	R	R	M	R	R	R	R	M	R	R	R	M	R	B	B	B	B	R	B	B	R	R	M	B	B	B	B	B	M	
Contacto visual y expresión facial	6	R	R	R	R	R	R	R	M	R	M	R	R	B	R	R	R	R	B	B	M	R	M	R	B	B	B	B	B	R	M	
	7	B	B	M	M	M	M	M	M	M	M	B	R	B	R	B	B	B	R	B	R	M	B	R	M	M	B	B	B	M	R	
	8	M	B	R	R	M	M	R	R	M	M	R	M	R	M	M	R	M	B	M	M	R	R	M	R	B	B	B	B	R	M	
	9	M	R	R	M	M	M	M	R	R	R	R	R	M	M	M	M	B	R	R	R	M	R	R	M	M	M	M	M	R	M	R
	10	R	B	R	M	M	M	R	R	B	M	B	R	R	R	R	R	R	R	R	R	B	M	M	R	R	R	R	M	M	M	
Entonación y claridad del mensaje	11	R	R	R	R	M	M	R	M	B	B	R	M	M	R	R	R	B	R	R	B	M	M	R	R	B	B	B	B	R	M	
	12	R	M	M	M	R	R	M	M	M	B	M	M	R	B	R	R	R	R	B	R	R	R	R	B	B	B	B	B	R	R	
	13	M	B	R	M	M	M	M	M	M	M	R	R	R	B	M	B	B	B	B	B	R	B	R	B	B	B	B	B	R	R	
	14	R	R	M	R	M	M	R	M	B	R	R	R	M	R	R	B	R	R	M	R	R	R	M	M	R	B	R	B	M	M	
	15	M	M	M	M	B	B	R	R	M	M	M	M	R	R	M	R	R	R	R	R	M	M	M	M	M	M	R	B	R	B	M
Escucha activa y tiempo de respuesta	16	R	M	R	M	R	R	M	M	M	M	M	R	B	M	R	B	B	R	R	R	R	M	M	M	M	M	R	R	R	M	
	17	B	M	M	R	M	M	R	M	R	R	M	R	R	R	B	R	R	R	B	B	R	R	R	R	R	R	B	B	B	R	M
	18	R	M	R	R	M	M	R	M	M	R	R	M	R	R	R	M	B	B	M	R	M	R	M	R	R	B	R	B	R	M	
	19	R	R	R	M	R	R	R	M	R	M	R	M	R	M	R	R	R	R	R	B	R	R	M	M	R	R	R	R	R	R	M
	20	B	M	M	R	M	M	M	R	R	M	B	R	B	R	B	B	R	R	R	R	R	B	R	M	M	M	R	R	B	M	M
Manejo del lenguaje - contexto	21	R	B	B	M	M	M	R	M	M	M	R	R	M	M	R	B	B	B	M	B	M	B	M	R	R	B	R	B	R	M	
	22	R	B	R	R	R	R	M	R	R	R	B	M	R	R	R	R	B	R	R	R	R	B	R	R	B	B	B	B	R	M	
	23	M	R	R	R	M	M	R	M	M	M	B	M	M	B	M	B	B	B	R	B	R	R	R	R	R	B	B	B	R	M	
	24	M	M	B	R	M	M	M	R	R	M	B	M	M	B	M	R	R	R	R	B	B	M	M	M	M	R	R	R	B	M	M
	25	R	R	M	M	M	M	R	M	R	M	R	M	R	R	R	R	R	R	M	B	R	R	R	M	R	R	R	B	R	B	M
DATOS DEMOGRAFICOS																																
EDAD	30	32	35	35	31	38	40	36	36	34	30	32	36	34	40	55	56	52	58	36	36	50	60	62	60	58	60	65	42	39		
SEXO	F	M	F	F	M	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M	F	F	F	F	F	F	F		
AÑOS EN EL SERVICIO	3	3	4	5	4	3	8	5	6	3	2	3	5	3	8	10	12	15	10	7	8	12	25	22	35	25	30	12	12	12		
TIEMPO COMO ENFERMERA	6	7	6	9	7	11	15	12	9	6	7	6	9	7	14	28	29	27	35	12	10	23	33	36	36	36	36	40	19	6		

ANEXO 4: CALCULO DE CHI CUADRADO PARA LA COMPROBACION DE HIPOTESIS EN LAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN APLICADA POR LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRITICO HDCQ DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2019.

TECNICAS DE COMUNICACION

TIEMPO DE EGRESADO		PUNTAJE TOTAL TECNICAS DE COMUNICACIÓN			
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
15 a mas años	Recuento	2	8	2	12
	Esperado	.8	6	6	12.0
Menor 15 años	Recuento	0	6	12	18
	Esperado	1.2	8	8	18.0
Total	Recuento	2	14	14	30
	Esperado	2.0	14	14	30.0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	8,571 ^a	2	.014
Razón de verosimilitud	9.776	2	.008
N de casos válidos	30		

INDICADOR ASERTIVIDAD

TIEMPO DE EGRESADO		ASERTIVIDAD			
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
15 a mas años	Recuento	3	8	1	12
	Esperado	2.4	5	5	12.0
Menor 15 años	Recuento	3	4	11	18
	Esperado	3.6	7	7	18.0
Total	Recuento	6	12	12	30
	Esperado	6.0	12	12	30.0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	8,819 ^a	2	.012
Razón de verosimilitud	9.903	2	.007
N de casos válidos	30		

INDICADOR CONTACTO VISUAL Y EXPRESION FACIAL

TIEMPO DE EGRESADO		Contacto visual y expresión facial			
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
15 a mas años	Recuento	3	6	3	12
	Esperado	1.6	3	7	12.0
Menor 15 años	Recuento	1	2	15	18
	Esperado	2.4	5	11	18.0
Total	Recuento	4	8	18	30
	Esperado	4.0	8	18	30.0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	10,208 ^a	2	.006
Razón de verosimilitud	10.664	2	.005
N de casos válidos	30		

INDICADOR ENTONACION Y CLARIDAD DEL MENSAJE

TIEMPO DE EGRESADO		Entonación y claridad del mensaje			
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
15 a mas años	Recuento	4	5	3	12
	Esperado	1.6	4	7	12.0
Menor 15 años	Recuento	0	4	14	18
	Esperado	2.4	5	10	18.0
Total	Recuento	4	9	17	30
	Esperado	4.0	9	17	30.0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	10,447 ^a	2	.005
Razón de verosimilitud	12.171	2	.002
N de casos válidos	30		

INDICADOR ESCUCHA ACTIVA Y TIEMPO DE RESPUESTA

TIEMPO DE EGRESADO		Escucha activa y tiempo de respuesta			
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
15 a mas años	Recuento	1	6	5	12
	Esperado	.4	4	7	12.0
Menor 15 años	Recuento	0	5	13	18
	Esperado	0.6	7	11	18.0
Total	Recuento	1	11	18	30
	Esperado	1.0	11	18	30.0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	3,590 ^a	2	.166
Razón de verosimilitud	3.952	2	.139
N de casos válidos	30		

INDICADOR MANEJO DEL LENGUAJE – CONTEXTO

TIEMPO DE EGRESADO		Manejo del lenguaje - contexto			
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
15 a mas años	Recuento	3	6	3	12
	Esperado	2.0	4	6	12.0
Menor 15 años	Recuento	2	3	13	18
	Esperado	3.0	5	10	18.0
Total	Recuento	5	9	16	30
	Esperado	5.0	9	16	30.0

ANEXO 5

PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	Nº DE JUEZ										p
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
N											
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Favorable = 1 (SI) Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA

ANEXO 6

ALFA DE CRONBACH DEL CUESTIONARIO DE DETERMINANTES SOCIALES

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.5	9

OTRAS DIMENSIONES

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.5	19