

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS

**Comunicación y satisfacción del usuario de la Micro Red de
Salud Chupaca: 2022**

Para optar : **El Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud Mención en: Gestión en Servicios de Salud**

Autor : **Bach. Edgar Ruben Arias Rosales**

Asesor : **Dr. Juan Manuel Sanchez Soto**

Línea de investigación institucional : **Salud y Gestión de la Salud**

Fecha de inicio y término : **05 de julio del 2022 / 05 de julio del 2023**

Huancayo – Perú
Junín – 2023

JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



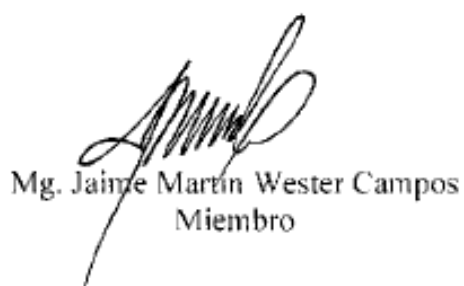
Dr. Manuel Silva Infantes
Presidente



Dra. Melva Isabel Torres Donayre
Miembro



Mg. Betty Carmesi Quilca Espinoza
Miembro



Mg. Jaime Martin Wester Campos
Miembro



Dr. Jaime Humberto Ortiz Fernández
Secretario Académico

ASESOR

Dr. Sanchez Soto Juan Manuel

DEDICATORIA

A mis maestros por animar en mí la afición natural por el conocimiento, por querer comprender la esencia de las cosas y las fuerzas genuinas y necesarias que provocan los fenómenos; por despertar en mí, una necesidad singular, de querer obtener una explicación fundamental y sustantiva, de aquello que motiva la autopreservación de la salud en las personas.

Edgar Rubén Arias Rosales

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes; por haberme ofrecido una formación de post grado de calidad, por proporcionarme docentes que sabían dirigirse a la esencia de los hechos y aportaban explicaciones elevadas que aportaron claridad a la dinámica cotidiana de la salud pública.

A los profesionales de la “Red de Salud Chupaca” por el apoyo incondicional entregado en beneficio de la realización de esta investigación.

Edgar Rubén Arias Rosales

CONSTANCIA DE SIMILITUD



NUEVOS TIEMPOS
NUEVOS DESAFÍOS
NUEVOS COMPROMISOS

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0036- POSGRADO - 2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis**, titulada:

COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA: 2022

Con la siguiente información:

Con Autor(es) : **Bach. ARIAS ROSALES EDGAR RUBEN**

Asesor(a) : **Dr. SANCHEZ SOTO JUAN MANUEL**

Fue analizado con fecha **14/02/2024**; con **191 págs.**; con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

El documento presenta un porcentaje de similitud de **25 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N°11 del Reglamento de uso de Software de Prevención. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 14 de febrero de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

PORTADA	I
JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS	II
ASESOR.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
CONSTANCIA DE SIMILITUD.....	VI
CONTENIDO.....	VII
CONTENIDO DE TABLAS	XI
CONTENIDO DE FIGURAS	XII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN.....	XVI
CAPÍTULO I.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.1. Descripción de la realidad problemática	20
1.2. Delimitación del problema	24
1.2.1. Delimitación conceptual.....	24
1.2.2. Delimitación espacial.....	25
1.2.3. Delimitación temporal	25
1.3. Formulación del problema.....	25
1.3.1. Problema general.....	25
1.3.2. Problemas específicos.....	25
1.4. Justificación.....	26
1.4.1. Social	26
1.4.2. Teórica.....	26
1.4.3. Metodológica.....	27

1.5. Objetivos.....	27
1.5.1. Objetivo general.....	27
1.5.2. Objetivos específicos.....	28
CAPÍTULO II.....	28
MARCO TEÓRICO	28
2.1. Antecedente de estudio.....	28
2.2. Bases teóricas	34
2.2.1. Comunicación con el usuario de salud.....	34
2.2.1.1. Diálogo afectuoso	38
2.2.1.2. Diálogo racional.....	42
2.2.1.3. Lenguaje corporal	46
2.2.1.4. Modulación de la voz	50
2.2.2. Satisfacción del usuario con la atención de salud.....	54
2.2.2.1. Dimensión tangible	59
2.2.2.2. Dimensión fiabilidad	61
2.2.2.3. Dimensión capacidad de respuesta	65
2.2.2.4. Dimensión seguridad	67
2.2.2.5. Dimensión empatía.....	71
2.2.3. Teoría de la comunicación persuasiva	75
2.2.3.1. La comunicación persuasiva es un proceso simbólico.....	75
2.2.3.2. La comunicación persuasiva implica un intento de influencia.....	76
2.2.3.3. La gente se persuade a sí misma	77
2.2.3.4. La comunicación persuasiva implica la transmisión de un mensaje.....	78
2.2.3.5. La comunicación persuasiva requiere libre elección.....	79
2.3. Marco conceptual	79
CAPÍTULO III	83
HIPÓTESIS	83

3.1. Hipótesis general	83
3.2. Hipótesis específicas.....	83
3.3. Variables del estudio	84
3.3.1. Operacionalización de variables	84
CAPÍTULO IV	87
METODOLOGÍA.....	87
4.1. Método de investigación.....	87
4.2. Tipo de investigación	87
4.3. Nivel de la investigación	88
4.4. Diseño.....	88
4.5.1. Población	89
4.5.1.1. Criterios de inclusión.....	89
4.5.1.2. Criterios de exclusión.....	90
4.5.2. Muestra.....	90
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	93
4.6.1. Evaluación de la comunicación con el usuario de los servicios de salud	93
4.6.2. Evaluación de la satisfacción del usuario de los servicios de salud	95
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	97
4.7.1. Procesamiento descriptivo de datos	97
4.7.2. Procesamiento inferencial de datos	98
4.7.3. Procedimiento a seguir para probar las hipótesis.....	98
4.8. Aspectos éticos de la investigación	99
CAPÍTULO V	98
RESULTADOS	99
5.1. Descripción de los resultados	99
5.1.1. Características de los usuarios.....	99
5.1.2. Características de la comunicación con el usuario de salud	102

5.1.3. Características de la satisfacción con los servicios de salud.....	104
5.2. Contratación de hipótesis	107
5.2.1. Prueba de normalidad.....	107
5.2.2. Correlación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción con la atención de salud	109
5.2.3. Correlación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción con la atención de salud	113
5.2.4. Correlación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción con la atención de salud	118
5.2.5. Correlación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción con la atención de salud	122
5.2.6. Correlación entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud..	127
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	132
Características de la comunicación con el usuario de los servicios de salud	133
Características de la satisfacción del usuario de los servicios de salud.....	137
Comunicación y satisfacción del usuario de salud	142
CONCLUSIONES.....	149
RECOMENDACIONES	150
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
ANEXOS	159
ANEXO 1:	159
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	159
ANEXO 2:	159
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	159
ANEXO 3:	159
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO	159
ANEXO 4:	159
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	164

ANEXO 5:	159
PRUEBA DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS_.....	159
ANEXO 6:	159
OFICIO PRESENTADO A LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA.....	159
ANEXO 7:	184
CONSENTIMIENTO INFORMADO	184
ANEXO 8:	185
DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD.....	185
ANEXO 9:	186
VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS	186
ANEXO 10:	194
REGISTRO FOTOGRÁFICO	194

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Prueba de normalidad del conjunto de datos de las variables: comunicación con el usuario de salud y satisfacción con los servicios de salud	108
Tabla 2: Coeficiente de correlación de pearson entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción con la atención de salud.....	110
Tabla 3: Coeficiente de correlación de pearson entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción con la atención de salud	114
Tabla 4: Coeficiente de correlación de pearson entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción con la atención de salud	119
Tabla 5: Coeficiente de correlación de pearson entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción con la atención de salud.....	124
Tabla 6: Coeficiente de correlación de pearson entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud	128

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1: Edad de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022.....	99
Figura 2: Procedencia de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	99
Figura 3: Nivel educativo de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	100
Figura 4: Estado civil de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022.....	100
Figura 5: Problema de salud de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022 ..	101
Figura 6: Ocupación de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022.....	101
Figura 7: Comunicación en referencia al diálogo afectuoso en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	102
Figura 8: Comunicación en referencia al diálogo racional en los usuarios de la micro red de salud chupaca; 2022	102
Figura 9: Comunicación en referencia al lenguaje corporal en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	103
Figura 10: Comunicación en referencia a la modulación de la voz en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	103
Figura 11: Consolidado de comunicación con el usuario de los servicios de salud de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	104
Figura 12: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a lo tangible en los usuarios de la micro red de salud chupaca; 2022	104
Figura 13: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la fiabilidad en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	105
Figura 14: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la capacidad de respuesta en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022.....	105
Figura 15: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la seguridad en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	106

Figura 16: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la empatía en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	106
Figura 17: Consolidado de satisfacción con los servicios de salud en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022	107
Figura 18: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción con la atención de salud.....	109
Figura 19: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción con la atención de salud	114
Figura 20: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción con la atención de salud.....	118
Figura 21: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción con la atención de salud	123
Figura 22: Diagrama de dispersión entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud	127

RESUMEN

El trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022, se desarrolló un estudio correlacional transversal; se circunscribió a una población de 1076 usuarios de la micro red de salud Chupaca, se seleccionó una muestra de 145 usuarios mediante muestreo aleatorio simple, se aplicó el “Protocolo de comunicación: profesional de salud - paciente” y el “Cuestionario de satisfacción con los servicios de salud”; entre los resultados más importantes destaca que el 40.7 % de los usuarios afirman que la comunicación con el personal de salud fue mala o muy mala y el 57.2 % de los usuarios afirman tener baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud; asimismo, el incremento de la comunicación, mejora la satisfacción con los servicios de salud (coeficiente de correlación de r de Pearson = 0,428).

PALABRAS CLAVE: comunicación en salud, satisfacción del usuario, primer nivel de atención.

ABSTRACT

The research work was carried out with the objective of determining the relationship between communication and user satisfaction of the Chupaca Health Micro Network in 2022, a transactional relational study was developed; was circumscribed to a population of 1076 users of the Chupaca micro health network, a sample of 145 users was selected by simple random sampling, the "Communication Protocol: health professional - patient" and the "Satisfaction Questionnaire with the Health services"; Among the most important results, it is highlighted that 40.7% of the users affirm that the communication with the health personnel was bad or very bad and 57.2% of the users affirm that they have low or very low satisfaction with the health services; likewise, increased communication improves satisfaction with health services (Pearson's r correlation coefficient = 0.428).

KEY WORD: health communication, user satisfaction, first level of care.

INTRODUCCIÓN

La comunicación, es el intercambio de ideas, hechos, opiniones, información y comprensión; es la transmisión de cierta información y comprensión de una persona a otra; es el proceso mediante el cual el personal de salud intercambia información con el paciente, en este proceso se utilizan mensajes escritos, palabras habladas y gestos. Mientras que; la satisfacción del usuario son las emotividades positivas que surgen cuando percibe que la atención de salud recibida coincide con sus expectativas sobre las cualidades del servicio. Una buena comunicación incrementa el valor real de la atención de salud, porque la comunicación efectiva y afectuosa es una condición necesaria para que el personal de salud pueda enterarse del problema de salud del paciente; la comunicación también permite persuadir al paciente, para que modifique ciertos hábitos y efectúe determinadas acciones en favor de su salud. La comunicación empática genera emociones y sentimientos positivos en el paciente, que lo induce a cumplir con el plan terapéutico establecido. Una comunicación afectuosa, clara y directa conduce a un diálogo más profundo y privado que permite a los pacientes revelar información crítica sobre sus problemas de salud y a los proveedores para hacer diagnósticos más precisos. La comunicación persuasiva induce a la modificación de pensamientos, creencias, actitudes y conductas, dando como resultado la adopción estricta de regímenes terapéuticos por el paciente. Estas situaciones redundan en el alivio de los problemas de salud, suscitando mayor satisfacción con la atención de salud recibida.

Las habilidades de comunicación en el profesional de la salud, permite transmitir información a los usuarios de manera efectiva y eficiente, mediante: una propicia interacción verbal y no verbal, tonos de voz, frases, gestos, expresiones faciales y lenguaje corporal que facilitan la transmisión de mensajes. Ante una comunicación clara y emotiva el paciente se

siente comprendido y surgen en él emociones positivas. La comunicación centrada en el paciente se basa en debates y decisiones que implican el intercambio de información, la prestación de una atención empoderadora y compasiva, la sensibilidad a las necesidades del paciente y la creación de relaciones. Para lograr una atención centrada en el paciente, la comunicación centrada en el paciente ayuda a crear oportunidades y ayuda a los pacientes a convertirse en participantes activos en su atención médica; el empoderamiento del paciente, derivada de una buena comunicación, incrementa su satisfacción con los servicios. No obstante, la satisfacción con los servicios de salud es determinada por múltiples factores; además, la asociación entre la comunicación y la satisfacción con los servicios no ha sido establecida de manera concluyente; asimismo, son escasas las investigaciones a nivel nacional que corroboren el vínculo de estas variables; en consecuencia, es importante examinar la base empírica y racional de esta conexión.

El estudio efectuado se orientó en el propósito de determinar la relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022; la investigación fue correlacional transversal, se circunscribió sobre una población de 1076 usuarios de los establecimientos de la micro red de salud Chupaca; se definió un tamaño muestral de 145 usuarios y se seleccionaron por medio de muestreo aleatorio simple. Se aplicó el “Protocolo de comunicación: profesional de salud - paciente” y el “Cuestionario de satisfacción con los servicios de salud”; se recurrió al cálculo del coeficiente de correlación “r” de Pearson para definir la asociación de las variables; también, se empleó el análisis del “p value” y para las pruebas de hipótesis se empleó la prueba t para coeficientes de correlación bivariados.

Este documento, está constituido por cinco secciones: Capítulo I, Planteamiento del problema; Capítulo II, Marco teórico; Capítulo III, Hipótesis; Capítulo IV, Metodología; Capítulo V, Resultados; se han añadido Análisis y discusión de resultados. conclusiones y recomendaciones, también se agregan las referencias bibliográficas de acuerdo al estilo Vancouver; en los anexos se adjuntan los cuestionarios empleados en la recolección de datos.

El autor

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La comunicación es el proceso de transmitir información, pensamientos, ideas y comprensión; es la transferencia de significado entre los individuos para influir en los demás. La habilidad para comunicarse depende de la capacidad de un individuo para transferir pensamientos significados y sentimientos a otros. La comunicación se considera efectiva cuando logra provocar una respuesta deseada en la otra persona. La comunicación, para ser efectiva, no puede ser un proceso fortuito; tiene que ser planeada. La comunicación sanitaria es el estudio y uso de estrategias de diálogo para informar e influir en las personas para que tomen decisiones sobre su salud; influenciando en las decisiones, para modificar actitudes y prácticas respecto a la salud; puede ayudar a cambiar el clima social para fomentar comportamientos saludables, crear conciencia, cambiar actitudes y motivar a las personas a adoptar los comportamientos recomendados (1).

La satisfacción del usuario de los servicios de salud, es un juicio sobre la característica del servicio de sí este cumple o no con aquello que se suponía que debía de proporcionar; es una respuesta afectiva específica que resulta de la comparación que realiza el paciente del servicio recibido con el estándar que presuponía. La satisfacción del consumidor de los servicios de salud es una actitud y una emoción que deriva de una valoración dependiente de la acumulación de experiencias de consumo de servicios del mismo tipo; es la respuesta evaluativa al servicio actual recibido y las discrepancias ante las expectativas previas. La satisfacción del paciente responde a un proceso de evaluación cognitiva en el que las percepciones y creencias sobre el servicio le atribuyen un valor al servicio recibido, es el

resultado de la comparación de las recompensas y costos que implica recibir el servicio. La satisfacción del consumidor de salud es un estado psicológico que resulta cuando la emoción que suscita la experiencia de recibir el servicio se combina con las suposiciones previas de la experiencia de consumo; es una evaluación consciente o juicio cognitivo de las bondades del desempeño del servicio y de su grado de adecuación o inadecuación a lo esperado (2).

La adecuada comunicación incrementa la satisfacción del paciente con los servicios de salud; la forma en que un proveedor de atención médica comunica información a un paciente es tan importante como la información que se transmite. Es más probable que los pacientes que entienden a sus proveedores acepten sus problemas de salud, entiendan sus opciones de tratamiento, modifiquen su comportamiento y sigan las instrucciones de seguimiento. El criterio más importante por el cual los pacientes juzgan al personal de salud es por la forma en que interactúan y se comunican con ellos; cuando falta comunicación los pacientes sienten una mayor ansiedad, vulnerabilidad e impotencia. Una buena comunicación requiere de comportamientos empáticos, que son la capacidad de tomar el punto de vista del paciente y proyectarle un sentido de comprensión, implica responder al estado emocional de los pacientes, ayudarlos a lidiar con sus respuestas emocionales y demostrar un verdadero sentido de cuidado; esta forma de trato con el paciente origina un elevado sentimiento de satisfacción con los servicios recibidos (3).

En el año 2021, en una investigación realizada en Islamabad, Pakistán; Omar J, Khan A, Ibrahim F, Farooqi N, demuestran que; los pacientes que han tenido una buena comunicación con el personal de salud expresan una mayor satisfacción con los servicios prestados; la comunicación de los profesionales de salud, incluye componentes verbales, no verbales, es más sofisticada que un dialogo cotidiano; se trata de un proceso simbólico en el que los comunicadores tratan de persuadir a otras personas para que cambien sus actitudes o comportamientos frente a una condición riesgosa para su salud. La persuasión puede influir

en el estado mental del paciente para cambiar formas de pensar, actitudes y comportamientos. La comunicación en salud implica generar confianza y credibilidad; el paciente que ha sido persuadido para modificar alguna conducta, necesariamente tiene confianza en los profesionales y en las indicaciones que le han dado; de manera que sostendrá una percepción favorable del servicio recibido; alcanzar la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados requiere de una buena comunicación, que haga que los pacientes sientan que el personal se preocupa y se interesa por su situación de salud (4).

En el año 2019, en un estudio efectuado en Kerman, Irán; Pouraboli B, Ghazanfarnegad M, Azizzadeh M, hallan que una impropia comunicación entre el personal de salud y los usuarios, coincide con una baja satisfacción con los servicios de salud; la comunicación en salud es un proceso el que el profesional busca obtener una respuesta deseada del paciente, es un intento consciente por parte del médico por cambiar las actitudes, creencias o comportamiento del paciente a través de la transmisión de algún mensaje; para lograr esto es necesario que el facultativo actúe de manera empática y amable; en estos contextos el paciente percibe la apertura y proximidad del personal de salud con su persona y surge en él una respuesta emocional o cognitiva positiva de conformidad con el servicio recibido, sus expectativas son cubiertas y tienen una experiencia positiva de la atención recibida. La comunicación actúa como una actividad simbólica cuyo fin es efectuar la internalización o aceptación voluntaria de nuevos estados cognitivos o patrones de comportamiento saludables; esta actividad de forma implícita origina sentimientos de simpatía con la institución y el personal, estas respuestas mejoran la satisfacción con la atención (5).

En el año 2018, en una investigación efectuada en Bogotá, Colombia; González E, Holguín V, Hoyos T, Peña A, determina que una buena comunicación es un factor significativo para que el paciente quede satisfecho con el servicio; la comunicación empática

permite el intercambio de mensajes, comprendiendo los sentimientos, pensamientos y deseos de los pacientes, además de su estado emocional y cognitivo. La comunicación empática es una de las herramientas primordiales de la relación terapéutica entre los profesionales y sus usuarios y es vital para obtener la satisfacción con el servicio brindado; permite que los proveedores de atención médica detecten y reconozcan las experiencias, preocupaciones y perspectivas de los pacientes, fortalece el desarrollo y la mejora de la relación terapéutica entre las dos partes. Es ampliamente reconocido que la comunicación empática del trabajador de la salud conduce a buenos resultados terapéuticos, fortalece su cooperación para diseñar un plan terapéutico y una intervención a su medida, mejorando así la satisfacción del paciente con el proceso terapéutico (6).

En el año 2020, en un estudio efectuado en Huánuco, Perú; Fonseca A, Ostos M, Vargas R, Barrutia I, encuentran que los pacientes que refieren haber tenido una comunicación cordial con los profesionales de salud, también declaran estar satisfechos con el servicio; la atención basada en la comunicación empática es fundamental para establecer una buena relación entre el personal de la salud y el usuario; cuando eso ocurre, los pacientes de salud se sienten seguros y confían en las capacidades del personal sanitario, estas circunstancias mejoran los juicios valorativos generando mayor satisfacción con los servicios de salud. Una relación basada en la comunicación empática ayuda a reducir el estrés en el paciente y mejora su experiencia terapéutica; por consiguiente, la distancia entre el experto y el usuario se reduce y ambos se aproximan, disfrutando de beneficios mutuos. La capacidad del personal de salud para la comunicación empática y la comprensión de las experiencias y sentimientos de los pacientes juega un papel importante en la atención de salud. La comunicación empática apoya al personal de salud a entender y sentir compasión por sus pacientes para que estos se sientan seguros para expresar sus pensamientos y problemas; de esta manera, se construye una base para la confianza, que guíe al cambio

terapéutico y a la mejora de los estilos de vida del paciente; estas condiciones incrementan la satisfacción con la atención recibida en los usuarios (7).

En la Micro red de Salud Chupaca; se ha observado que los pacientes que manifiestan no haber tenido una buena comunicación con el personal de salud, porque estos no le explicaron de manera solvente algunas condiciones de su estado de salud; son también los que declaran estar insatisfechos con la atención recibida; debido a la sobrecarga laboral existente en los establecimientos de salud de esta micro red, muchos profesionales de salud no pueden ser muy explícitos al momento de absolver las múltiples interrogantes de los pacientes, además debido a su bajo nivel educativo de los pacientes, es una más dificultoso poder darles un mensaje claro sobre sus dolencias. Por lo ya expuesto, se realizó este estudio científico con la finalidad de determinar la relación entre la comunicación y la satisfacción de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación conceptual

El trabajo científico efectuado se fundamenta en qué; los pacientes esperan que los profesionales de salud le informen de manera clara sobre su problema de salud y la forma en que podrán superarlo; de manera que, si se da una comunicación efectiva entre el personal de salud y el paciente, este estará más satisfecho con el servicio brindado. Cuando la comunicación médico-paciente es eficaz, el paciente se siente motivado y seguro; controla mejor sus emociones y se adhiere al tratamiento; en consecuencia, tiene mayor satisfacción con la atención recibida. Sin embargo, si una buena comunicación no se acompaña de resultados tangibles de alivio de la enfermedad, se torna vacía y sin credibilidad; y no favorece la satisfacción del usuario. Comprobar la asociación entre la comunicación y la satisfacción de los pacientes fue el propósito de este estudio.

1.2.2. Delimitación espacial

La investigación se efectuó en las personas que fueron atendidas de manera regular en los establecimientos de salud pertenecientes a la micro red de salud Chupaca.

1.2.3. Delimitación temporal

El trabajo científico se realizó en el año 2022, la información empírica pertinente fue recolectada en los últimos meses de este año. La investigación se circunscribió a todas aquellas personas que fueron usuarias regulares de la micro red de salud Chupaca en el año 2022.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022?
- b. ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022?
- c. ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022?

- d. ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Comprobada la asociación entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud en los usuarios; se ha recomendado la implementación de programas que mejoren las habilidades de comunicación en el personal de salud; estas intervenciones mejorarán las habilidades de comunicación para transmitir significados precisos y lograr los resultados deseados en los pacientes. También capacitarán en el uso de señales no lingüísticas, como el lenguaje corporal y las ayudas visuales; de igual modo, se dotará de aptitudes para efectuar una comunicación persuasiva dirigida a influir en los pensamientos, emociones y conductas de los pacientes para que puedan tomar decisiones favorables a su salud. De la misma manera, se impulsará el desarrollo de una comunicación empática, para percibir y comunicar, con precisión y sensibilidad; estas intervenciones mejoraran la comunicación y la satisfacción de los usuarios de la micro red de salud Chupaca.

1.4.2. Teórica

Con el desarrollo de esta investigación se demostró que la “Teoría de la comunicación persuasiva de Dainton M y Zelle E” explica la asociación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de salud; esta teoría establece que mediante la comunicación persuasiva se puede convencer a otras personas de cambiar sus actitudes o comportamientos sobre un tema a través de la transmisión de un mensaje en una atmósfera de libre elección. Los diálogos persuasivos de los profesionales de salud ofrecen una conversación que refuerza, ilustra y brinda información al paciente; el uso de hechos,

opiniones y apelaciones motivacionales refuerzan el propósito persuasivo. El objetivo es cambiar la actitud o el comportamiento del receptor o motivar el comportamiento favorable que ya tiene. Además, cuando los servicios de salud están acordes a los pensamientos, creencias (valores, tradiciones, normas, costumbres, etc), actitudes y comportamientos; se producen sentimientos y emociones positivas. Mediante la comunicación el profesional de salud podría incidir en modificaciones de los pensamientos y creencias; en consecuencia, los nuevos pensamientos y creencias al ser concordantes con la atención recibida generarían sentimientos y emociones positivas que se exteriorizan como satisfacción con la atención de salud (8). El estudio efectuado suministra datos empíricos que son el fundamento del grado en que esta teoría explica la asociación entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca.

1.4.3. Metodológica

Concluida la investigación propuesta, se dispone de dos instrumentos válidos y confiables que están adaptados a la realidad local. Como parte de la ejecución de esta investigación se verificó la validez y confiabilidad de los instrumentos; en consecuencia, terminado el estudio se tienen dos cuestionarios de comprobada validez y confiabilidad que podrán ser empleados en futuros estudio de investigación y en pruebas de tamizaje institucional referentes a la comunicación y la satisfacción de los usuarios.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022

1.5.2. Objetivos específicos

- a. Establecer la relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022
- b. Establecer la relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022
- c. Establecer la relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022
- d. Establecer la relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente de estudio

Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M, en el año 2019, desarrollan una investigación titulada “Evaluación de la comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería” en Tabriz, Irán; con el propósito de establecer la asociación entre la comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente con los servicios de enfermería en las salas de quemados de mujeres y hombres. El estudio fue correlacional bivariado, los participantes de la muestra fueron 295 pacientes ingresados en las salas de quemados; la comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente se evaluaron en el momento del alta, se utilizaron el “Development of a patient satisfaction scale” y el “Nurse quality of communication with patient questionnaire”; entre los resultados se señala que existe una correlación positiva entre la comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería ($r = 0,73$, $p < 0,003$); asimismo, la ausencia de comunicación puede resultar en una falta de confianza en la relación paciente-enfermera, el uso de habilidades de comunicación adecuadas puede ayudar a los usuarios a mejorar su estado, tener una mejor condición psicológica y satisfacción; en escenarios clínicos, tener una comunicación apropiada garantiza la mejor posición psicológica del receptor de los servicios de salud y el éxito en el tratamiento de la enfermedad, el control del dolor, el recuerdo de la historia de la enfermedad y la mejora de la satisfacción de los pacientes; el aumento de la satisfacción del usuario reduce el riesgo de demandas por negligencia médica, aumenta la rentabilidad de los hospitales en el mercado competitivo, aumenta la participación del usuario en su propio tratamiento y este tiene más posibilidades de mejorar su estado de salud (9).

Allenbaugh J, Corbelli J, Rack L, Rubio D, Spagnoletti C, en el año 2019, ejecutan una investigación titulada “Un plan de estudios de comunicación breve mejora las habilidades de comunicación de los residentes y las enfermeras y la satisfacción del paciente” en Pittsburgh, EEUU; con la finalidad de determinar el impacto de una intervención educativa sobre habilidades de comunicación en la satisfacción de los pacientes; el estudio fue de intervención preexperimental, se empleó una muestra de 76 residentes de medicina interna y 85 enfermeras a los que se les sometió a una capacitación de tres meses en habilidades de comunicación; se evaluó la satisfacción del usuario mediante el “Hospital consumer satisfaction questionnaire for medical care providers and systems” antes y después de la intervención educativa; entre los resultados se resalta que la intervención educativa mejora en 3.6 veces la satisfacción en los usuarios (OR= 3.6); asimismo, la comunicación entre pacientes y profesionales se encuentra en el corazón de la atención médica, puede mejorar la precisión diagnóstica, promover decisiones de tratamiento centradas en el paciente y mejorar una serie de resultados clínicos que van desde la adherencia al tratamiento hasta la seguridad. La comunicación empática puede contribuir a mejorar la satisfacción con las intervenciones médicas de dos maneras: a través de una ruta cognitiva/informativa: los proveedores de atención médica empáticos pueden recopilar información más rica, veraz y completa de los pacientes y dar una mejor atención, y a través de una ruta afectiva/informativa, los pacientes se sienten comprendidos y valorados como personas y, por lo tanto, pueden estar más motivados para trabajar activamente en su salud y en consecuencia sentirse más satisfechos (10).

Villalona S, Cervantes C, Boxtha C, en el año 2020, realizan una investigación titulada “Me sentí invisible la mayor parte del tiempo”: Comunicación y satisfacción entre pacientes atendidos en camas de pasillo de urgencias” en Florida, EEUU; con el objetivo de establecer el vínculo entre la comunicación y la satisfacción en los pacientes de urgencias; se efectuó

un estudio multivariante de medidas repetidas; con una muestra de 402 pacientes de urgencias a los que se les aplicó el “Health Care Satisfaction Questionnaire” y el “Effective and empathic communication test”, se empleó la regresión logística binaria para el análisis de datos; entre los resultados se resalta que los usuarios que tuvieron una buena comunicación con el personal de salud, sostienen 4.2 veces más satisfacción con los servicios frente a los que tuvieron una mala comunicación (OR = 0.422); asimismo, la comunicación empática implica la capacidad de: comprender la situación, la perspectiva y los sentimientos del usuario (y su actitud); comunicar ese entendimiento y comprobar su exactitud; y actuar sobre ese entendimiento con el usuario de una manera beneficioso (terapéutica). La comunicación empática tiene aspectos receptivos (comprender a los pacientes) y expresivos (comunicar esa comprensión). La comunicación empática afectiva implica la capacidad de imaginar experiencias emocionales, mientras que la comunicación empática cognitiva implica la capacidad de adoptar la perspectiva mental de los demás; la comunicación efectiva en salud necesariamente es empática y lleva a que los pacientes tengan mayor satisfacción con los servicios recibidos (11).

Izumi N, Matsuo T, Matsukawa Y, en el año 2022, ejecutan una investigación titulada “Asociaciones entre la comunicación médico-paciente, la satisfacción del paciente y la eficacia clínica de los medicamentos para la vejiga hiperactiva: una encuesta de pacientes con vejiga hiperactiva” en Nagoya, Japón; con el objetivo de determinar si existe una asociación entre la satisfacción del paciente con la atención médica o la eficacia clínica y el nivel de comunicación entre los médicos y los pacientes que reciben medicación para la vejiga hiperactiva, se realizó un estudio multivariado de corte transversal, se empleó una muestra de 1004 pacientes a los que se les administró la “Patient satisfaction survey” y “Effective doctor-patient communication survey”; entre los resultados se remarca que la buena comunicación médico paciente mejora en 3.8 veces la satisfacción con la atención

(OR = 3.87); asimismo, la comunicación empática está integrada por tres competencias básicas: voluntad de ver las cosas desde la perspectiva del paciente, capacidad de ver las cosas desde la perspectiva del paciente y habilidad para comunicarse. Los proveedores de atención médica que están dispuestos a empatizar con los pacientes pueden carecer de la capacidad para hacerlo de manera efectiva. Es posible que los proveedores que tienen la capacidad de empatizar no siempre estén dispuestos a hacerlo. La voluntad y la capacidad de empatizar no significan necesariamente que se dará la comunicación empática. La satisfacción del paciente también depende del estilo comunicativo de los proveedores de atención médica (12).

Noro I, Roter D, Kurosawa S, Miura Y, en el año 2018, desarrollan el estudio titulado “El impacto del género en la comunicación de la visita médica y la satisfacción del paciente en el contexto de la atención primaria japonesa” en Tokyo, Japón; con el objetivo de examinar la influencia de la concordancia de género en la comunicación médica y la satisfacción del paciente dentro del contexto japonés; se realizó un estudio multivariado transaccional, se dispuso de una muestra de 103 pacientes a los que se les aplicó la “Health care satisfaction scale” y el “Effective communication protocol in the medical visit”; entre los resultados se remarca que la comunicación mejora en 3.9 veces la satisfacción del paciente ; asimismo, hablar de manera articulada y fluida, usar terminología amigable para el paciente y poder escuchar al paciente es fundamental para alcanzar la satisfacción del paciente con la atención recibida; la comunicación mediante el manejo de las relaciones interpersonales, la capacidad de enviar un mensaje claro, la honestidad y el profesionalismo favorecen la percepción positiva en el paciente. La comunicación efectiva también incluye el trabajo en equipo y la colaboración, la comunicación intercultural, el pensamiento crítico, el uso de una variedad de técnicas de comunicación para expresar las ideas propias y comprender a los demás; la comunicación no se limita únicamente a las habilidades verbales,

es decir, hablar, sino que abarca muchos aspectos no verbales, es decir, la escucha activa, el lenguaje corporal, las expresiones faciales, la obtención de comentarios, la interacción emocional, etc (13).

Stockdale S, Rose D, Darling J, en el año 2018, desarrollan un estudio denominado “Comunicación entre los miembros del equipo dentro del hogar médico centrado en el paciente y satisfacción del paciente con los proveedores” en California, EEUU; con la finalidad de examinar la relación entre la comunicación dentro del equipo en un hogar médico centrado en el paciente y la satisfacción de los pacientes con los sus proveedores de atención primaria asignados, se realizó un estudio multivariado de corte transversal, se recurrió a una muestra de 160 pacientes , se utilizó la “Health communication questionnaire” y la “Comprehensive patient satisfaction questionnaire”; entre los resultados se señala que existe asociación significativa entre la comunicación dentro del equipo y la satisfacción del paciente (r de Pearson = 0.52); asimismo, la comunicación empática implica reconocer la presencia de sentimientos fuertes en el entorno clínico (es decir, miedo, ira, pena, decepción); hacer una pausa para imaginar cómo se podría sentir el paciente; declarar nuestra percepción de los sentimientos del paciente; respetar el esfuerzo del paciente para hacer frente a la situación; y ofrecer apoyo. La comunicación empática se ha descrito además como el proceso de transmisión de mensajes ajustados a la comprensión de la experiencia subjetiva de una persona, compartiendo indirectamente esa experiencia mientras se mantiene una postura observadora. La comunicación empática facilita la transmisión de mensajes que conducen a la comprensión más profunda de otro ser humano; la comunicación empática es la capacidad de comprender la experiencia de otra persona desde el marco de referencia de esa persona. La comunicación empática es la consideración de los sentimientos de otra persona y la disposición a responder a sus necesidades sin hacer que su carga sea la nuestra. Este tipo de comunicación favorece la satisfacción del paciente con la atención recibida (14).

En el año 2020, en un estudio efectuado en Huánuco, Perú; Fonseca A, Ostos M, Vargas R, Barrutia I, encuentran que los pacientes que refieren haber tenido una comunicación cordial con los profesionales de salud, también declaran estar satisfechos con el servicio; la atención basada en la comunicación empática es fundamental para establecer una buena relación entre el personal de la salud y el usuario; cuando eso ocurre, los pacientes de salud se sienten seguros y confían en las capacidades del personal sanitario, estas circunstancias mejoran los juicios valorativos generando mayor satisfacción con los servicios de salud. una relación basada en la comunicación empática ayuda a reducir el estrés en el paciente y mejora su experiencia terapéutica; por consiguiente, la distancia entre el experto y el usuario se reduce y ambos se aproximan, disfrutando de beneficios mutuos. la capacidad del personal de salud para la comunicación empática y la comprensión de las experiencias y sentimientos de los pacientes juega un papel importante en la atención de salud. la comunicación empática apoya al personal de salud a entender y sentir compasión por sus pacientes para que estos se sientan seguros para expresar sus pensamientos y problemas; de esta manera, se construye una base para la confianza, que guía al cambio terapéutico y a la mejora de los estilos de vida del paciente; estas condiciones incrementan la satisfacción con la atención recibida en los usuarios (7)

Son escasas las investigaciones a nivel nacional, se ha agotado la búsqueda en las diferentes bases de datos, no se ha encontrado estudios a excepción de Huánuco, Perú; Fonseca A, Ostos M, Vargas R, Barrutia I, del año 2020.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Comunicación con el usuario de salud

La comunicación sanitaria y la calidad de la relación entre el paciente y el proveedor predicen los resultados de la atención a través de una serie compleja de vías

directas e indirectas que afectan aspectos críticos de la atención de salud en sí, como la capacidad de la díada para intercambiar información de salud relevante y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento. La comunicación eficaz refuerza la comprensión de la información de salud por parte de los pacientes, incrementa la confianza en los medicamentos y favorece el acceso a los servicios de atención, que mejoran los resultados de salud a mediano y largo plazo (15).

Aspectos aparentemente minuciosos del encuentro con los profesionales de salud, como el tipo de lenguaje utilizado durante la conversación (p. ej., pronombres, tiempo verbal, complejidad de las palabras), se han relacionado con la satisfacción del paciente y, en particular, con la adherencia varios meses después. La comunicación eficaz en salud debe cumplir tres objetivos: las interacciones de atención de salud deben crear una relación interpersonal sólida entre el paciente y el proveedor, las interacciones de atención de salud deben centrarse en el intercambio de información entre el paciente y el proveedor, y las interacciones de atención de salud deben ayudar a los pacientes y proveedores a tomar decisiones satisfactorias relacionadas con el tratamiento. Este modelo propone que estos tres objetivos representan características distintas que son propios de los comportamientos de comunicación efectivos del personal de salud, etiquetándolos como compenetración, intercambio de información y toma de decisiones compartida (16).

La compenetración implica esfuerzos por parte de los proveedores para transmitir calidez y crear una atmósfera de confianza a fin de cultivar una relación interpersonal sólida con el paciente. A su vez, la formación de una relación paciente-proveedor cercana y de confianza facilita el intercambio de información dentro de la díada paciente-proveedor, superando cualquier sentimiento de desconfianza e impulsando la revelación y elicitación de los valores, preferencias y expectativas personales de atención de los pacientes para garantizar que ambos los pacientes y los proveedores están adecuadamente

informados sobre las necesidades de salud holísticas de los pacientes. Finalmente, la relación y el intercambio de información sirven para garantizar que los pacientes y los proveedores estén adecuadamente informados y preparados para explorar en colaboración las opciones de tratamiento disponibles, lo que respalda la participación de la diáda en el proceso de toma de decisiones compartida (es decir, los esfuerzos para llegar en colaboración a una decisión de tratamiento mutuamente aceptable) (17).

La comunicación incluye conseguir información de una persona a otra persona. La comunicación es el arte y el proceso de crear y transmitir ideas, implica tanto la percepción de la información como la entrega de esa información. Para ser efectivo en la comunicación, hay una serie de habilidades en las que puede confiar. La habilidad que se escoja dependerá de la situación, el receptor de la comunicación y la información que se necesita comunicar. Las habilidades de comunicación son las herramientas que utilizamos para eliminar las barreras a una comunicación efectiva. El proceso de comunicación se compone de diferentes etapas, cada una de las cuales brinda barreras potenciales para una comunicación exitosa. En cada una de las etapas, existe la posibilidad de que se formen barreras o surjan problemas (18).

La fuente de la comunicación es el remitente, para ser una buena fuente, se debe de tener claro el mensaje que se está enviando, el remitente debe saber por qué es necesaria la comunicación y qué resultado necesita. El mensaje es simplemente la información que se desea comunicar, sin un mensaje, no hay razón para comunicarse. Si no se puede resumir la información que se necesita compartir, no existen condiciones para comenzar el proceso de comunicación. La codificación es el proceso de tomar el mensaje y transferirlo a un formato que pueda compartirse con otra parte. La información debe prepararse antes de que pueda enviarse a la otra parte. Debe enviarse en un formato que la otra parte pueda decodificar o el mensaje no se entregará. Para codificar un mensaje

correctamente, debe pensar en lo que la otra persona necesitará para comprender o decodificar el mensaje, para codificar un mensaje correctamente, se debe de saber quién es la audiencia, se debe comprender lo que saben y lo que necesitan saber para enviar un mensaje completo; se necesita usar un lenguaje que ellos entiendan y un contexto que sea familiar (19).

El canal es el método o métodos que se utiliza para transmitir el mensaje; los canales incluyen conversaciones cara a cara, llamadas telefónicas o videoconferencias y comunicación escrita como correos electrónicos. Cada canal tiene sus ventajas y desventajas. La decodificación ocurre cuando se recibe el mensaje que se ha enviado. Las habilidades de comunicación requeridas para decodificar un mensaje con éxito incluyen la capacidad de leer y comprender, escuchar activamente o hacer preguntas aclaratorias cuando sea necesario. La decodificación es el proceso de recibir el mensaje con precisión y requiere que la audiencia tenga los medios para comprender la información que se está compartiendo. Si la persona con la que se intenta comunicarse parece carecer de las habilidades para descifrar el mensaje, deberá volver a enviarlo de una manera diferente o ayudarla a comprenderlo brindándole información aclaratoria (20).

Cada persona que reciba el mensaje lo escuchará a través de sus propias expectativas, opiniones y perspectivas individuales; sus experiencias individuales influirán en cómo se reciban los mensajes; no siempre se puede abordar las inquietudes individuales de cada persona en un mensaje, parte de la planificación de la comunicación es pensar con anticipación sobre cuáles podrían ser algunos de los pensamientos o experiencias. Siempre se tienen expectativas de una respuesta del receptor cuando se envía un mensaje; se puede aumentar las posibilidades de obtener este resultado abordando las preocupaciones de la audiencia o abordando beneficios específicos como parte de su comunicación. Independientemente del canal que se haya utilizado para transmitir el mensaje, se puede

utilizar la retroalimentación para ayudar a determinar qué tan exitosa fue la comunicación. Si está cara a cara con la audiencia, se puede leer el lenguaje corporal y hacer preguntas para garantizar la comprensión (21).

La retroalimentación permite evaluar qué tan exitosa fue la comunicación; también ofrece la oportunidad de ajustar el proceso de comunicación para el futuro; la retroalimentación es invaluable para ayudar a mejorar las habilidades de comunicación; se puede aprender qué funcionó bien y qué no para que se pueda ser aún más eficiente la próxima vez que se comunique con esa persona o la próxima vez que se necesite comunicar un mensaje similar. El contexto es la situación en la que se está comunicando, se trata del entorno en el que se encuentra y en el que se ubica la audiencia, la cultura de la organización y elementos tales como la relación con la audiencia. El contexto ayuda a determinar el tono y el estilo de su comunicación; el contexto involucra la relación con la audiencia, la cultura de la organización y el entorno en general (22).

2.2.1.1. Diálogo afectuoso

La comunicación afectuosa es fundamental para el desarrollo y la definición relacional. La mayoría de las formas de expresión emocional conllevan algún tipo de significado relacional además de su significado literal. La comunicación afectiva juega un papel fundamental en la aptitud humana. Participar en una comunicación afectuosa es ventajoso para las personas y sus relaciones. La expresión y recepción de comunicación afectuosa parece estar asociada con una variedad de resultados positivos para la salud (23).

La comunicación afectiva comprende la “aplicación o expresión intencional y abierta de un individuo de sentimientos de cercanía, cuidado y cariño por otro”; se distinguen tres tipos de comunicación afectiva: verbal, no verbal y de apoyo. El afecto

verbal abarca el uso del lenguaje escrito o hablado para demostrar sentimientos afectivos por otra persona. El afecto no verbal consiste en comportamientos no lingüísticos que expresan sentimientos afectivos, incluidas expresiones faciales (p. ej., sonreír), comportamientos táctiles (p. ej., abrazar), comportamientos vocálicos (p. ej., tono elevado) y proximidad física cercana. El afecto de apoyo comprende el uso de comportamientos que brindan apoyo social, psicológico, emocional o instrumental como demostraciones indirectas de afecto (por ejemplo, escuchar, reconocer una ocasión especial, ayudar a otro con un proyecto) (20).

La comunicación afectiva comprende los “comportamientos simbólicos a través de los cuales las personas intercambian mensajes de cariño y respeto mutuo. La comunicación afectiva es un rasgo del comportamiento humano, la necesidad y la capacidad de afecto son innatas, un postulado que se alinea con una necesidad humana general de pertenencia e intimidad. La comunicación afectiva se entiende como una conducta, aunque ciertamente no la única, que responde directamente a la necesidad humana de pertenencia. La comunicación del afecto también es importante para el desarrollo de las relaciones personales, no solo porque puede reducir la incertidumbre sobre el estado de la relación, sino también porque hace que los compañeros relacionales se sientan valorados y cuidados (24).

Son muy pocas las personas que aprecian cuán efectivo es nuestro estado emocional cuando nos comunicamos y cómo el oyente interpreta los mensajes. Las emociones del hablante ponen al oyente en un cierto estado de ánimo e influyen en cómo interpretan lo que se ha dicho. Si se asegura de ser emocionalmente consciente, podrá comunicarse de manera más eficiente porque podrá notar las emociones de sus oyentes. Esto le da la oportunidad de cambiar la conversación si es necesario para ayudarlos a ser más receptivos. Para comunicarte bien en este nivel, es importante ser más

consciente del estado emocional, aprender a hacer una pausa y a deshacerse de las emociones negativas antes de intentar conectarse con otra persona. Las palabras que se pronuncian con miedo, orgullo o ira rara vez terminan siendo bien recibidas (25).

La empatía juega un papel muy importante en la comunicación afectiva. La empatía es simplemente ser capaz de comprender y compartir emociones con otras personas. Se compone de varios componentes diferentes, cada uno de los cuales funciona en su propio lugar en el cerebro. Se podría ver la empatía de tres maneras. El primero es la empatía afectiva. Esto significa que tener la capacidad de expresar emociones con otras personas. Las personas que tienen mucha empatía afectiva son personas que muestran fuertes reacciones viscerales ante películas de terror o violencia en los noticieros. Pueden sentir el dolor y el miedo de los demás dentro de sí mismos cuando ven a las personas con dolor o miedo. La segunda es la empatía cognitiva. Este tipo de empatía es tener la capacidad de entender las emociones de otras personas. Un buen ejemplo sería un psicólogo que entiende las emociones de sus clientes de manera racional pero que no necesariamente siente las emociones de sus clientes en un sentido visceral. Por último, está la regulación emocional. Esto se refiere a qué tan bien una persona es capaz de regular sus propias emociones (26).

La razón por la que la empatía es importante es que nos da la oportunidad de comprender cómo se sienten otras personas para que podamos responder de manera adecuada. Con mayor frecuencia está relacionado con el comportamiento social, una mayor empatía puede conducir a un comportamiento útil. El mayor beneficio de traer empatía a una conversación es poder manejar una confrontación. Esta es una situación en la que a nadie le gusta encontrarse, pero sucede de vez en cuando. La gente se enfada y luego la conversación se convierte en una pelea a gritos, pero con empatía, no tiene por qué ser así. La ira es una emoción normal y está destinada a ser utilizada como una

forma de comunicar algo. La ira también puede alejar a la gente, pero lo que realmente quieres es ser escuchado y conectarte con la gente (27).

Para manejar conversaciones tensas, hay que concentrarse en lo que realmente está sucediendo y permitirse ser más consciente de sí mismo. Tratar de comunicarse en un estado de frustración no resultará bien. Las palabras no salen bien y las cosas que no se deben decir, se dicen. Las emociones extremas secuestran el cerebro. Cuando los centros emocionales del cerebro se vuelven hiperactivos, a las personas les cuesta mucho más pensar lógicamente. Permítase calmarse, y luego vea si puede pensar con más claridad y comunicarse con mayor eficacia (28).

Para una buena comunicación se debe de comprender las propias emociones. Ya sea uno emocional o no, debe descubrir por qué siente lo que siente. Hay momentos en los que pensamos que nos sentimos frustrados, pero en realidad estamos experimentando tristeza, dolor o rechazo. Una vez que se haya descubierto lo que siente, podrá comunicarlo mejor y ayudar a otras personas. Averiguar si hay algún tipo de culpa fuera de lugar; es extremadamente fácil culpar a una persona o situación por cómo nos sentimos. Las emociones negativas hacen que una persona se vuelva egocéntrica. Esto significa que no tiene espacio para la perspectiva de otra persona porque estás encerrada en su propio punto de vista; no se toman el tiempo para considerar lo que la otra persona puede estar pasando (29).

En lugar de ser conflictivo, es necesario mostrar interés genuino en saber por qué la persona se siente o actúa de cierta manera. La mayoría de la gente no anda con malas intenciones, pero mucha gente comete errores y molesta a otras personas. Lo más probable es que la persona no actuó a propósito. Cuando se toma el tiempo de preguntar “por qué”, está permitiendo que se produzca la comunicación y está mostrando respeto y consideración por la forma en que otro actúan, siente y piensa. Esto ayuda a crear una

mejor relación y comprensión basada en la empatía y la compasión. Cuando se comunique con una persona que está molesta, o uno está molesto, se debe de usar frases en primera persona. Esto elimina la confrontación. Pero también se debe de dar a la otra persona la oportunidad de compartir su perspectiva (30).

2.2.1.2. Diálogo racional

La comunicación es comprensible cuando los interlocutores captan el mensaje; sin embargo, en salud este proceso es muy complejo debido a las características culturales de los usuarios. Las personas abordan la salud con diferentes creencias, habilidades y actitudes en función de sus experiencias y cultura. Estas experiencias dan forma a la forma en que las personas aceptan los mensajes de salud y si esos mensajes resuenan con sus creencias, actitudes y valores. Si comprende a su audiencia y sus perspectivas, será más probable que presten atención y respondan positivamente a sus mensajes (31).

Una de las primeras cosas que se debe hacer cuando se desarrolla la comunicación en salud es identificar al beneficiario, el grupo de personas más afectadas por el problema de salud. En algunos casos, este grupo es también la audiencia principal, definida como el grupo de personas cuyo comportamiento espera influir a través de una intervención de comunicación. A veces, los beneficiarios son incapaces de actuar por sí mismos, por ejemplo, bebés y niños pequeños o personas con discapacidad mental. En ese caso, la audiencia primaria está compuesta por aquellos cuyas acciones afectan directamente el resultado de salud o que están tomando una decisión. Además de su audiencia principal, es posible que también deba trabajar con una audiencia secundaria o terciaria para llegar o influir en la audiencia principal. Estas personas pueden ser aliados para apoyar un cambio de comportamiento, pero a veces es posible que sea

necesario convencerlos de cambiar sus opiniones, o incluso sus acciones, antes de que la audiencia principal tenga la libertad de actuar por sí misma (32).

Las audiencias secundarias pueden incluir familiares o amigos que tienen influencia en su audiencia principal. Si desea alentar a alguien a dejar de fumar, necesitará el apoyo de un cónyuge o pareja si el fumador confía en su opinión. Del mismo modo, si desea fomentar la lactancia materna en madres primerizas, el padre o las abuelas del bebé son personas influyentes importantes. Las audiencias terciarias también pueden ser importantes. Estos grupos a menudo incluyen guardianes: líderes comunitarios, profesionales de la salud y defensores de la comunidad. Pueden apoyar un objetivo de cambio de comportamiento si están de acuerdo con él, o impedir su adopción si no están de acuerdo (33).

La segmentación de la audiencia es una estrategia conveniente tomada del marketing comercial para individualizar los mensajes para diferentes segmentos de la población. Aunque sería más fácil usar un enfoque de comunicación sobre la salud para llegar a todos los afectados por el mismo problema de salud, un enfoque único para todos no funciona mejor en la comunicación sobre la salud que en la ropa. La segmentación es decirle algo a alguien en lugar de no decirles nada a todos. Seremos más efectivos si podemos llegar y hablar con un grupo específico de personas que probablemente estén interesadas en lo que tenemos que decir. El modelo de probabilidad de elaboración postula que podemos atraer el interés de miembros específicos de la audiencia centrándonos en un tema en el que ya han expresado interés o que encuentran significativo. Si vamos a ser precisos en nuestra comunicación, debemos centrar nuestros esfuerzos en un grupo de personas bastante pequeño, denominado nuestro mercado objetivo o público objetivo. Por lo tanto, la segmentación de la audiencia es un

método basado en datos para identificar grupos objetivo más pequeños de personas que comparten algunas características relevantes (34).

Aunque no estamos tratando de que la gente compre cierta marca de producto en la comunicación sobre la salud, estamos tratando de “vender” un comportamiento, una actitud o una creencia sobre la salud. Y podemos utilizar la segmentación como una poderosa herramienta para aprovechar al máximo nuestros recursos. Esta estrategia va más allá de pensar en quién participa o no en una conducta de salud; se expande para pensar en las influencias sociales, las variables cognitivas y de actitud y la demografía relevante. Las personas difieren en su conocimiento de la salud, motivaciones y creencias sobre la salud, comportamientos, experiencia de vida, uso de los medios y valores culturales. Por lo tanto, la segmentación puede ser una forma útil de comprender estas diferencias (35).

La segmentación en la comunicación de salud puede ocurrir usando una variedad de estrategias. Si consideramos las diferencias en la capacidad de las audiencias para recibir y procesar información, podemos crear una comunicación dirigida a estas diferencias (36).

Una vez que se usa la segmentación para definir una población, se usan otras dos herramientas para desarrollar mensajes de comunicación de salud: focalización y adaptación. Focalización significa centrarse en un segmento de la población generalmente definido por características demográficas o de comportamiento comunes. Dirigir las intervenciones de comunicación a una gran audiencia general es como usar una escopeta recortada para dar en el blanco; algunos perdigones darán en el soporte del objetivo, otros darán en el blanco y la mayoría fallará por completo. Para mejorar la precisión y conservar los recursos en la comunicación sobre la salud, dirigimos los mensajes a segmentos de audiencia más pequeños y dirigimos esos mensajes a sus

necesidades. Apuntar al blanco con un rifle y acercarse relativamente es mejor que disparar al azar o usar una escopeta. La metáfora funciona para dirigir las intervenciones de comunicación sanitaria a un grupo específico de personas. La orientación es solo una forma abreviada de decir que está utilizando factores demográficos, de comportamiento, culturales o de otro tipo en su estrategia de comunicación para llegar a audiencias específicas. La adaptación, por otro lado, se refiere a las comunicaciones que están ajustadas para una persona individual, en función de la información recopilada individualmente (37).

La comunicación comprensible busca que el paciente comprenda las razones por las que debe de seguir determinado tratamiento o debe de modificar algún estilo de vida; en ese sentido esta comunicación es persuasiva, debido a que tiene como finalidad hacer que la persona modifique sus comportamientos, su forma de pensar, incluso su manera de sentir. La persuasión es tener la capacidad de convencer a una persona para que cambie sus pensamientos sobre algo o haga algo que se le sugiera (38).

Si una persona es parte de un grupo, será más difícil convencerla de algo que va en contra de la mayoría del grupo. Ser leal a un grupo ayuda a fortalecer la determinación de una persona de apegarse a sus creencias. Si una persona tiene baja autoestima, será más fácil de convencerla. Esto puede deberse a que valoran más las opiniones de los demás que las propias. Si una persona no le gusta mostrar agresión, es más fácil convencerla. Es posible que se sientan incómodos, pero debido a que no es probable que muestren ningún tipo de agresión, no cuestionarán lo que se les dice. Una persona que a menudo está deprimida tiende a ser fácilmente convencido de pensar como otra persona. Las personas que no creen que son socialmente adecuadas a menudo son más fáciles de persuadir. Es probable que sean tan capaces socialmente como todos los

demás; el hecho es que su punto de vista hace que se vean a sí mismos como una carga durante una conversación, esto significa que son más fáciles de persuadir (39).

Incluso las personas más escépticas serán parcialmente persuadidas por profesional de salud que muestre confianza. De hecho, la gente prefiere recibir consejos de alguien que es positivo. Si el profesional cree que algo va a funcionar, debe decirselo al paciente, comenzar usando declaraciones o premisas con las que ya se sabe que la audiencia está de acuerdo. Esto ayudará a construir una base para un mayor acuerdo. Si sabe que es más probable que su audiencia no esté de acuerdo, debe hablar rápido. Si es más probable que estén de acuerdo, debe hablar más despacio. La razón de esto es que cuando su audiencia ya está inclinada a estar en desacuerdo con usted, hablar más rápido significará que tienen menos tiempo para presentar sus propios contraargumentos, lo que le brinda una mayor posibilidad de persuadirlos. Si ya están dispuestos a estar de acuerdo contigo, entonces hablar despacio les dará la oportunidad de evaluar tus argumentos y tener en cuenta algunos de sus propios pensamientos (40).

2.2.1.3. Lenguaje corporal

La comunicación es la transmisión de ideas, pensamientos, sentimientos y actitudes, tanto de forma verbal como no verbal. La forma no verbal se refiere a toda la comunicación que ocurre por medio de movimientos corporales. El lenguaje corporal también se conoce como comunicación no verbal, una importante herramienta de comunicación que puede constituir el 50% o más de lo que estamos comunicando a otras personas. Hay dos tipos generales de lenguaje corporal: lenguaje corporal abierto y lenguaje corporal cerrado (41).

Las expresiones faciales son características dinámicas que comunican la actitud, las emociones, las intenciones, etc., del emisor. El rostro es la principal fuente de

emociones. Durante la comunicación oral, las expresiones faciales cambian constantemente y el receptor las controla e interpreta continuamente. Algunos ejemplos son: una sonrisa, el ceño fruncido, una ceja levantada, un bostezo o una mueca. Por mucho que uno intente, su sentimiento oculto de ira, miedo, confusión, incertidumbre, entusiasmo y alegría será revelado por la expresión de la cara. Algunas veces, las palabras que pronuncias pueden contradecirse con tu expresión de la cara (42).

El movimiento de los ojos es una parte clave del comportamiento facial porque los ojos están invariablemente comprometidos en las manifestaciones faciales. Se observa que las diferentes formas son transculturales. La frecuencia del contacto visual puede sugerir interés o aburrimiento o incluso puede revelar deshonestidad. La mirada directa del orador puede manifestar franqueza o apertura. Las miradas hacia abajo por lo común se asocian con la modestia; los ojos en blanco hacia arriba son un signo de fatiga. Los investigadores han descubierto que ciertas áreas faciales revelan nuestro estado emocional mejor que otras. Por ejemplo, los ojos suelen mostrar alegría, tristeza o incluso sorpresa. La parte inferior del rostro también puede expresar alegría o sorpresa; una sonrisa, por ejemplo, puede comunicar amabilidad o cooperación; y las cejas y la frente podrían revelar ira (31).

El movimiento de manos y dedos mejora la comunicación. La comunicación no verbal, en definitiva, suma, resta y cambia nuestro mensaje. En un contexto de comunicación oral, todas las características anteriores del lenguaje corporal juegan una función importante. Si espera comunicarse en un ambiente relajado, debe terminar con la rigidez con los componentes apropiados del lenguaje corporal. La postura del cuerpo es el porte o la posición del cuerpo del hablante. La postura del cuerpo puede ser característica y asumida para un objetivo especial o puede corresponder a las expectativas normales en el contexto de una situación particular (35).

En la comunicación oral, el silencio juega una función importante. Las personas suelen hablar de "silencio elocuente". Sí, el silencio puede mandar señales de comunicación. El silencio en una determinada situación puede expresar aprobación o acuerdo, y en otras determinadas, desinterés, apatía o incluso ira. El movimiento de la cabeza juega un papel importante en la comunicación oral. No se espera que nadie siga negando con la cabeza, pero los movimientos de cabeza y movimientos de cabeza apropiados mejoran el nivel de comunicación (16).

Los seres humanos a menudo se refieren a su necesidad de "espacio personal", que también es un tipo valioso de comunicación no verbal. La cantidad de distancia que necesitamos y la cantidad de espacio que percibimos que nos pertenece está influenciada por una serie de factores, que incluyen normas sociales, factores situacionales, características de personalidad y nivel de familiaridad. Nuestra elección de color, ropa, peinados y otros factores que afectan la apariencia también se consideran un medio de comunicación no verbal. La apariencia también puede alterar reacciones fisiológicas, juicios e interpretaciones. El lenguaje corporal se refiere a un comportamiento físico no verbal utilizado en la transmisión de información en lugar de palabras. El estado mental se expone en el lenguaje y ciertas posturas corporales dan pistas sobre las intenciones del hablante, como expresiones faciales, posturas corporales, gestos, contacto visual, etc. Las personas pueden tener control sobre sus palabras, pero el lenguaje corporal es más instintivo y natural (42).

No todos nuestros valores, creencias, pensamientos e intenciones se comunican verbalmente. En una comunicación continua, la mayoría de ellos se comunican de forma no verbal. En la comunión no verbal, nuestro cuerpo expresa nuestros sentimientos e intenciones a través de movimientos y posturas conscientes e inconscientes, acompañados de gestos, expresiones faciales, contacto visual y tacto. Esto forma

colectivamente un lenguaje separado del cuerpo dentro de una comunicación continua. El lenguaje corporal se compone de varias señales: la mirada rápida, la sonrisa irónica, los gestos conocidos, las posturas corporales. Cada uno, solo y en conjunto, puede proporcionar una poderosa y sutil forma de comunicación para complementar el lenguaje hablado. Es pertinente señalar que el lenguaje corporal puede ser interpretado de manera diferente por las personas, dependiendo del contexto (26).

El lenguaje corporal describe el método de comunicación mediante movimientos corporales o gestos en lugar de, o además del lenguaje verbal. El lenguaje corporal incluye movimientos sutiles e inconscientes, incluidos guiños y ligeros movimientos de las cejas y otras expresiones faciales. Las posturas corporales se refieren a la posición del cuerpo del hablante durante la comunicación. Las posturas corporales son de posición estable, en comparación con los gestos corporales que implican movimientos. Por ejemplo, cruzar las piernas es una postura, a diferencia de rascarse la nariz, que es de naturaleza gestual. Una pierna cruzada sugiere una situación informal, a diferencia de cuando un orador está de pie, lo que sugiere un grado de formalidad. La proxémica implica la concesión de un espacio personal o una proximidad razonable entre el hablante y el receptor en el proceso de comunicación. La proxémica es el estudio de las distancias medibles entre las personas cuando interactúan entre sí, existen cuatro zonas distintas en las que los humanos operan en la comunicación de la siguiente manera: la distancia íntima; distancia personal; distancia social y distancia pública. Estos son grados de distanciamiento entre el emisor y el receptor en la comunicación (22).

La háptica, se refiere al acto de tocar para expresar ciertas ideas o estado emocional. Los hápticos como apretones de manos, chocar los cinco o palmaditas envían cierta información del remitente (extensión de amistad, reconocimiento de elogio y admiración) al receptor. El personal de salud podría usar hápticos como los apretones

de manos para motivar o recompensar la adherencia al tratamiento. La forma en que se dice algo puede motivar o desanimar al oyente. Un tono suave invita, al igual que un tono de voz ronco da miedo. El profesional de salud debe ser capaz de discernir cuándo utilizar un tono suave para animar y un tono ronco para condenar vicios y corregir los malos hábitos. El cuerpo humano es un instrumento de comunicación que puede ser utilizado por el individuo. La relación profesional de salud-paciente en la consulta es un tipo de comunicación extremadamente importante entre dos personas, y cómo se ha desarrollado la enseñanza de habilidades de consulta. Mostraremos que, una vez que se estableció la enseñanza de habilidades de consulta, el estudio del lenguaje corporal se convirtió en una parte esencial de esta enseñanza, tan pronto como se desarrolló la tecnología, y finalmente demostraremos que ahora es posible confirmar mediante ensayos controlados y observacionales. que el uso apropiado del lenguaje corporal realmente mejora la efectividad de la consulta, incluso, sugerimos, mediante una comunicación adecuada de empatía y comprensión (30).

2.2.1.4. Modulación de la voz

Las características prosódicas se refieren tanto a la voz como a las señales del habla del hablante. Incluyen características, como el tono, la estructura temporal, el volumen y la calidad de la voz, el énfasis y la acentuación, pero también la (no) fluidez del hablante. Algunos autores se refieren a esas características como vocálicas y las explican como características que se refieren a cómo decimos las palabras. Una extensa literatura sobre la investigación de la comunicación no verbal generalmente ha fortalecido la opinión de que tales características tienen un papel comunicativo importante. Un hablante puede indicar, a través de medios prosódicos, a qué

información debe prestar especial atención el oyente (acentuación, énfasis), y puede proporcionar pistas sobre la organización sintáctica del enunciado (fraseo) (23).

La función comunicativa de la prosodia se asocia más fácilmente con la expresión de emociones y actitudes. Además de una correlación entre las características prosódicas y las emociones, las características prosódicas están conectadas con la percepción de la personalidad del hablante y la credibilidad. Las características prosódicas (entre otros elementos del comportamiento no verbal) están asociadas con la capacidad de persuasión del hablante y el cambio de actitudes. Por ejemplo, la fluidez, las variaciones en el tono, una mayor intensidad (es decir, un discurso más fuerte) y un tiempo más rápido están relacionados con una mayor capacidad de persuasión. La presencia de características vocales estereotipadas es consistente con la investigación que muestra que tanto los hablantes femeninos como los masculinos se perciben a sí mismos de manera bastante estereotipada (20).

Un tono vocal más bajo, una velocidad del habla más rápida y una ausencia relativa de falta de fluidez generalmente van de la mano con calificaciones más altas para el habla del hablante. Al igual que las caras atractivas, las voces atractivas también pueden provocar una impresión interpersonal más positiva. Las voces más atractivas se asociaban con impresiones de personalidad más favorables, las voces atractivas incluyen un tono más bajo, ausencia de nasalidad y aspereza extrema. El trabajo posterior ha replicado en gran medida estos resultados, mostrando que el atractivo vocal se puede comparar con los efectos del atractivo físico. Por lo tanto, los hablantes con voces más atractivas son percibidos más favorablemente por los demás. Estas percepciones, por supuesto, se buscan regularmente para ser explotadas en espacios públicos (43).

Los rasgos prosódicos tienen un papel importante en la construcción de esta credibilidad retórica y la construcción de la imagen de una persona decidida, segura de

sí misma y fuerte. Como se mencionó anteriormente, las voces atractivas incluyen un tono más bajo, ausencia de nasalidad o aspereza extrema. La cara y la voz son importantes porque representan dos señales críticas que solían derivar en una primera impresión y, por lo tanto, presentan una rica fuente de información socialmente relevante. Mirando una cara o escuchando una voz, los humanos pueden inferir de manera confiable el sexo, la edad, la identidad y el estado anímico de una persona. Las señales prosódicas juegan un papel vital en señalar el carisma y la capacidad de persuasión del hablante. En consecuencia, la contribución de las características vocales al poder persuasivo de un hablante es superior, al papel del contenido lingüístico. Sin embargo, en comparación con los análisis retóricos tradicionales, la mayoría de las investigaciones se han centrado en la persuasión en los monólogos, es decir, hablar en público, donde el interlocutor asume un papel pasivo como audiencia. Los estudios sobre la prosodia de la persuasión en las interacciones diádicas, es decir, la negociación, son relativamente escasos (28).

Los hablantes carismáticos muestran mayor expresividad, confianza y vivacidad, y también mayor participación emocional y la pasión del hablante, aunque los hablantes persuasivos se muestran comprometidos y animados, también se supone que son asertivos, convencidos y seguros de sí mismos. Una característica clave del carisma es la pasión y la inversión emocional en la visión comunicada. Un orador carismático induce el contagio emocional en sus seguidores. Por el contrario, la negociación distributiva se ve afectada negativamente por la exhibición de inversión emocional. En consecuencia, pueden esperarse efectos menores o incluso contrastantes en la negociación competitiva. Además, un factor clave para una negociación competitiva exitosa es el dominio y asertividad (43).

La competencia retórica ayuda a los oradores a transmitir sus puntos de vista, presentarlos a una audiencia más amplia, hacer contacto, posicionarse en una luz favorable, convencer a la audiencia de la corrección de sus puntos de vista y alentar acciones específicas. Entonces, esta contribución se enfoca específicamente en la forma en que el personal de salud codifica lingüísticamente/prosódicamente sus creencias, intereses, sesgos y puntos de vista en una amplia gama de discursos de salud. La etapa actual del desarrollo de la lingüística se caracteriza por un interés en la comprensión de la comunicación oral y política, en particular, en el estudio de la estructura prosódica del habla, así como en la interacción de prosódico y léxico y medios sintácticos en el mantenimiento de la eficacia del discurso personal de salud. Además, al representar la síntesis de los enfoques cognitivo y comunicativo de los fenómenos del lenguaje, la lingüística es poliparadigmática y busca interpretar el objeto de análisis, que es el lenguaje, "no en sí y por sí mismo", sino para comprender y explicar más profundamente el hombre y el mundo en que vive (20).

Esto explica el aumento de la actualidad del estudio del papel del lenguaje en la cognición, la comunicación, la actividad del habla, así como la actividad invitante de la persona y de toda la sociedad. El discurso del personal de salud, sus diversas características y matices, así como su representación lingüística, se han vuelto especialmente importantes en el mundo moderno de difusión global. Los siguientes problemas están en el foco de los lingüistas: los aspectos teóricos de la lingüística política y el discurso personal de salud; la práctica política en las sociedades modernas (15).

La prosodia es un conjunto complejo de acento, volumen, entonación y calidad de la voz. Los hablantes coordinan los cuatro tipos de fenómenos con notable precisión para crear patrones prosódicos significativos y funcionales. Probablemente todas las

lenguas del mundo utilizan la prosodia para: codificar estados emocionales y actitudes del hablante hacia el interlocutor o la información intercambiada, y para controlar la dinámica de interacción y la jerarquía entre hablante y oyente. En muchos idiomas, la señalización de los acentos de las palabras, la estructuración sintagmática de los enunciados y la marcación del modo de la oración y la estructura de la información también pertenecen al inventario de funciones prosódicas (34).

2.2.2. Satisfacción del usuario con la atención de salud

Cuando los usuarios están satisfechos con los servicios de atención médica, mejorará su recuperación, aumentará el patrocinio del hospital, lo que dará como resultados más fondos para la prestación de servicios. Asimismo, la satisfacción con la atención es una herramienta fundamental en el seguimiento de la calidad de la atención sanitaria. Además, la calidad de la atención brindada a un paciente puede verse influenciada por la actitud del paciente hacia el cuidador de la salud y las experiencias previas del cuidador con el paciente. La satisfacción con la atención predice la probabilidad de que el paciente continúe utilizando el centro de atención médica y se adhiera al consejo médico y determina la cobertura y la eficacia de la atención general (44).

La satisfacción con la atención implica el grado de acuerdo entre la percepción del paciente con la atención recibida y sus expectativas con la atención. La satisfacción del paciente es el estado de placer o felicidad que experimentan los usuarios al utilizar el establecimiento de salud. Los pacientes comparan su percepción de la atención recibida con sus expectativas para emitir un juicio sobre su nivel de satisfacción. Esto hizo que el cuidado de la satisfacción del paciente fuera subjetivo desde el punto de vista del paciente. La satisfacción con la atención puede ser un fuerte determinante del éxito en el

comportamiento relacionado con la salud y el cumplimiento del tratamiento y los resultados de salud (45).

Donabedian define la calidad en salud como la capacidad de los servicios de salud de proporcionar los mayores beneficios con los menores riesgos para el paciente, en función de los recursos disponibles y de los valores sociales predominantes. En un principio, los estudios de satisfacción de los usuarios evaluaban solamente las características de los productos como su principal atributo, midiendo la retribución de la inversión a partir de su efecto en la salud de los pacientes que acceden a tales servicios. De acuerdo con esto, la satisfacción es considerada como el resultado de un proceso cognitivo de información, que media entre las expectativas del usuario y lo que brindan los servicios de salud (percepciones). En ese sentido, la calidad de la atención que debe ofrecer un establecimiento de salud se percibe por las características del proceso de atención: la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, las acciones, las acciones clínicas de revisión y diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad (46).

La satisfacción del paciente se refleja cuando sus expectativas fueron logradas o superadas por lo brindado por los servicios de salud. En tal sentido, la calidad es la capacidad de satisfacer ampliamente las expectativas de los usuarios. La satisfacción del usuario es un indicador fundamental en términos de calidad de atención en los servicios de salud (47).

La definición exacta de calidad en la atención de la salud varía un poco para los distintos sectores de la atención de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona una definición amplia que abarca la atención médica global como: “la medida en que los servicios de atención médica brindados a individuos y poblaciones de pacientes

mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención de la salud debe ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”. Debe ser segura, al brindar atención médica que minimice los riesgos y daños a los usuarios del servicio, lo que incluye evitar lesiones prevenibles y disminuir los errores médicos. Eficaz, al brindar servicios basados en el conocimiento científico y lineamientos basados en evidencia. Oportuno, al reducir la demora en la prestación y recepción de atención médica. Eficiente, al brindar atención médica de una manera que maximice el uso de los recursos y evite el desperdicio. Equitativo, al proporcionar atención médica que no difiera en calidad de acuerdo con características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o nivel socioeconómico. Centrado en las personas, al dar atención que tenga en cuenta las preferencias y aspiraciones de los pacientes individuales de los servicios y la cultura de su comunidad (48).

La calidad es una medida del grado en que un bien o servicio cumple con los estándares establecidos o satisface al cliente. La calidad según esta medida es juzgada por dos grupos diferentes. El primero es el usuario: ¿está satisfecho con su compra? Si el cliente está satisfecho, un producto o servicio cumple con su definición de calidad. Los productores, sin embargo, deben aspirar a algo más que una simple satisfacción; deben pretender persuadir en sus clientes la creencia de que obtienen el máximo valor por su dinero. Si los clientes satisfechos creen que pueden obtener un valor aún mayor por su dinero, probablemente gastarán sus fondos en otro lugar o en diferentes productos o servicios (49).

El problema con las evaluaciones de la calidad de la atención médica impulsadas por el consumidor es que los pacientes a menudo carecen de la capacitación y el conocimiento para evaluar el tratamiento médico. Además, una gran parte de la atención médica ocurre cuando el paciente está inconsciente, anestesiado, con dolor o en un estado

de gran ansiedad y, por lo tanto, es incapaz de evaluar objetivamente la atención. La mayoría de las personas cree que la práctica hace al maestro, y la evidencia sugiere que los proveedores que brindan atención de manera rutinaria obtienen mejores resultados que aquellos que brindan un servicio solo de manera esporádica. La gama de servicios se refiere a la selección de servicios ofrecidos, pero en el cuidado de la salud también se aplica a la capacidad de manejar complicaciones inesperadas que puedan surgir. El mayor conocimiento de los médicos, combinado con la falta de capacidad del consumidor para evaluar la atención, ha llevado a un sistema en el que los proveedores definen y controlan la calidad. El problema con cualquier sistema impulsado por el productor es que los productores pueden anteponer sus intereses a los de los consumidores (50).

La calidad de la atención médica es la atención ideal del proveedor idóneo en el entorno más adecuado de la forma más oportuna para las circunstancias únicas del usuario. Hay cinco aspectos en esta definición. El primero es la atención óptima, que se remonta al cumplimiento de las normas generalmente aceptadas de la práctica médica. La definición agrega que la atención óptima debe ser brindada por el proveedor adecuado. Este requisito excluye simultáneamente a los no capacitados y a los sobrecalificados. Los sistemas de atención de la salud fallan cuando brindan atención personal con poca educación o poca capacitación, pero también fallan si las tareas rudimentarias son realizadas por personas altamente calificadas. En el primer caso tenemos el potencial de una mala atención. A través de la práctica, un trabajador de este tipo puede realizar de manera competente la atención de rutina, pero ¿podría el empleado responder a una emergencia que requiera conocimientos y habilidades más allá de su experiencia? En el segundo caso, el paciente puede recibir una atención excepcional de un proveedor sobrecalificado, pero el servicio puede tener un precio excesivo y un mal uso de las habilidades de la persona. El escenario más apropiado es paralelo al proveedor más apropiado (45).

La atención debe ofrecerse en un entorno que optimice la eficacia de la atención, minimice el riesgo para el paciente y utilice los recursos de manera eficaz. Ciertos tipos de atención requieren hospitalización; otros cuidados se pueden realizar de forma más eficaz en entornos ambulatorios, en los consultorios médicos o en el hogar del paciente. La atención de calidad requiere que se identifique y utilice el mejor entorno para brindar la atención. “De la manera más apropiada” reconoce que los pacientes esperan ser tratados con respeto y los proveedores deben reconocer su necesidad de ser parte del proceso de toma de decisiones médicas o su deseo de delegar la toma de decisiones al proveedor (51).

Cuando los pacientes van al médico, esperan que el médico participe en la toma de decisiones basada en la necesidad. La toma de decisiones basada en la necesidad tiene que ver con el tipo y la cantidad de atención necesaria para tratar una afección. Este es un problema técnico, y no esperamos que el médico introduzca en su decisión el costo de los recursos que se consumirán, quién pagará por estos recursos y quién obtendrá los ingresos. El juramento hipocrático apoya este enfoque al exigir a los médicos que apliquen todas las medidas necesarias para el beneficio de los enfermos. La toma de decisiones económicas se basa en la elección y el reconocimiento explícito de que consumir más de un bien o servicio significa que se puede consumir menos de otros bienes y servicios (52).

2.2.2.1. Dimensión tangible

La infraestructura constituye un componente básico para la prestación de servicios de salud, definimos "infraestructura de las instalaciones" como el total de todos los componentes o activos físicos, técnicos y organizativos que son requisitos previos para la prestación de servicios de atención de la salud. Puede verse como un componente importante de la calidad estructural de un sistema de atención de la salud. Lo mismo se aplica a los establecimientos de atención médica, es decir, la funcionalidad, la calidad y

el alcance de dichos componentes y activos determinan la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de atención médica, así como las condiciones de trabajo del personal del establecimiento (53).

Los siete componentes principales de la infraestructura de un centro de atención médica son: el centro y su gestión, la infraestructura física, el sistema de suministro del centro, el sistema de eliminación, equipo médico técnico, tecnología de la información y la comunicación, y los servicios de extensión. La mayoría de la gente asocia solo con la infraestructura, pero todos los componentes son requisitos previos de una buena calidad estructural. Se requiere una gestión profesional para salvaguardar la funcionalidad de todos los componentes. Por ejemplo, el mantenimiento de la infraestructura constituye con frecuencia un problema. Con frecuencia se descuida debido a la falta de fondos, disponibilidad de repuestos, mala capacitación o poca disponibilidad de personal de mantenimiento y una cultura que no tiene en cuenta el mantenimiento. En consecuencia, la condición de los activos suele ser bastante mala y contribuye a la baja calidad estructural de los servicios de atención de la salud. Esto exige una mayor conciencia gerencial de la infraestructura (54).

Los grandes cambios en la tecnología han provocado muchos cambios en el tipo de máquinas y equipos necesarios para el tratamiento de pacientes en los hospitales. Como resultado de estos cambios, los requisitos de mantenimiento de equipos también han cambiado y avanzado. Los proveedores de servicios de salud quieren que se brinde y entregue el mejor servicio y que se les permita hacerlo; necesitan gestionar activamente los activos de los servicios de salud asegurándose de que se utilicen de forma eficaz y óptima. El mantenimiento se define como una combinación de todas las actividades técnicas y administrativas asociadas requeridas para conservar el equipo, las instalaciones y otros activos físicos en la condición operativa esperado o repararlos a

su condición; es una actividad involucrada en mantener el equipo en buenas condiciones de trabajo aumentando la confiabilidad y disponibilidad mientras reduce la tasa de fallas (55).

En el contexto de un hospital, asegurarse de que el equipo esté disponible y sea confiable es un factor que, agrega valor a los servicios de atención médica que brinda un hospital. Por lo tanto, las prácticas de mantenimiento efectivas y apropiadas en el equipo sanitario contribuyen a mejorar la eficiencia dentro del sector de la salud, lo que resulta en mejores y mayores resultados de salud y un servicio de salud más sostenible (56).

El equipo médico se emplea para propósitos específicos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. o rehabilitación luego de una enfermedad o lesión y se puede usar solo o en combinación con cualquier accesorio, consumible u otra pieza de equipo médico. La eficiencia del equipo es uno de los factores que puede generar pérdidas al reducir el rendimiento. El mantenimiento preventivo inadecuado del equipo resultará en estándares bajos de diagnóstico y tratamiento y aumentará el costo de mantenimiento del equipo. El índice de utilización es uno de los parámetros importantes para monitorear el estado funcional del equipo o es el parámetro para evaluar la productividad del servicio de la maquinaria. Una utilización óptima del equipo dará como resultado un manejo óptimo del paciente y una rotación rápida, el costo mínimo posible, la atención al usuario de calidad y la satisfacción del usuario (57).

El mantenimiento del equipo médico es crucial para lograr la meta y el propósito de los proveedores de asistencia sanitaria. Esto se debe a que contribuye principalmente a mantener los equipos en funcionamiento, reducir la tasa de fallas, mantener los requisitos de seguridad y mejorar la calidad del servicio de atención médica. En las últimas décadas, ante la sofisticación de los equipos médicos, la complejidad y el costo

de mantenimiento de los equipos también se han incrementado. En una estrategia de mantenimiento correctivo, el equipo funciona hasta la falla y solo cuando esto ocurre recibe una acción de reparación en ese momento (por lo que no se realiza un mantenimiento preventivo antes de la falla del equipo) (58).

2.2.2.2. Dimensión fiabilidad

La confianza se considera un atributo global de las relaciones de trato, que abarca características secundarias como la satisfacción, la comunicación, la competencia y la privacidad, cada una de las cuales tiene una importancia considerable por derecho propio. La confianza tiene importancia tanto por motivos intrínsecos como instrumentales. Intrínsecamente, es la característica central y definitoria que le da significado, importancia y sustancia a la relación personal sanitario-usuario: la forma en que el amor o la amistad definen la calidad de una relación íntima. Preservar, mejorar y justificar la confianza son los objetivos fundamentales de gran parte de la ética en salud y son objetivos prominentes en las leyes y políticas públicas de atención en salud. Como valor instrumental, se cree ampliamente que la confianza es esencial para encuentros terapéuticos efectivos. Se ha planteado la hipótesis o se ha demostrado que afecta una serie de comportamientos y actitudes importantes, incluida la disposición de los pacientes a buscar atención, revelar información confidencial, someterse al tratamiento, participar en investigaciones, adherirse a los regímenes de tratamiento, permanecer con un profesional de salud y recomendar a los profesionales de salud a otros (59).

La confianza es la aceptación idónea de una situación vulnerable en la que el paciente cree que el personal de salud cuidará de su salud. La confianza es inseparable de la vulnerabilidad, en el sentido de que no hay necesidad de confianza en ausencia de vulnerabilidad. Cuanto mayor sea el riesgo, mayor será el potencial de confianza o

desconfianza. A veces se dice que la confianza crea vulnerabilidad, como en una relación íntima, pero la vulnerabilidad es primaria e inevitable en medicina, por lo que es propio pensar en la confianza que surge de condiciones de vulnerabilidad. Considerando la profunda vulnerabilidad creada por la enfermedad y el tratamiento invasivo, la confianza en los profesionales de salud puede tener una fuerza notable (60).

Debido a que la confianza surge de la necesidad de los trabajadores de la salud por parte de los usuarios, cuanto mayor sea la sensación de vulnerabilidad, mayor será el potencial de confianza. Esto explica por qué algunos pacientes parecen reverenciar a los profesionales de salud como semidioses, imbuidos de poderes sobrehumanos. Esta es también la razón por la cual se dice que la confianza es inevitable en las relaciones de tratamiento, quien busca atención podría, en virtud de este comportamiento, considerarse que tiene algún nivel de confianza, pero esto no es necesariamente así. La confianza tiene un componente subjetivo que requiere una aceptación optimista de la vulnerabilidad con ciertas expectativas positivas (61).

La confianza a menudo se corresponde con la honradez, pero a veces no es así. Los pacientes pueden perder la confianza en profesional de salud o instituciones que no lo merecen, o pueden dejar de confiar en los que sí lo son. Las afirmaciones sobre si la confianza es demasiado grande o demasiado poca son necesariamente normativas hasta cierto punto, no puramente empíricas, porque dependen de juicios sobre qué atributos merecen confianza, una evaluación que probablemente produzca puntos de vista diferentes. En entornos profesional de salud y otros entornos interpersonales, las actitudes de confianza se dirigen tanto a las motivaciones e intenciones como a los resultados. Por supuesto, aquellos que confían también esperan un buen resultado, pero la confianza tiene un carácter diferente cuando creen que otra persona tiene sus mejores intereses en el corazón (62).

Cuando la confianza interpersonal asume que las motivaciones de la gente de confianza son benévolas y solidarias, consigue una calidad emocional que se extiende más allá de las meras expectativas calculadas basadas en una evaluación objetiva de los riesgos. Por esta razón, es perfectamente posible confiar en un profesional de salud inexperto pero muy cariñoso o desconfiar de uno muy competente pero distante. Este componente emocional y no racional de la confianza es especialmente prominente en contextos de salud. La extraordinaria fuerza de la confianza en los profesionales de salud no siempre puede justificarse mediante una evaluación calculada de evidencia objetiva. En cambio, puede surgir como un mecanismo de defensa en respuesta a la intensa angustia psíquica creada por la enfermedad. Los pacientes que enfrentan riesgos que amenazan la vida necesitan creer, y por lo tanto a menudo creen, que el poder de los profesionales de salud y la medicina es mayor de lo que a veces es. Estas expectativas exageradas pueden tener beneficios reales, al aumentar la efectividad del tratamiento, activar mecanismos de autocuración o producir una respuesta de placebo, por ejemplo. Sin embargo, las expectativas demasiado optimistas también pueden conducir a una profunda sensación de traición cuando no se cumplen (63).

Por lo tanto, uno de los sellos distintivos de la confianza es que su violación tiende a producir una reacción emocional de ultraje o indignación moral, en lugar de simplemente desaprobación. La confianza y la satisfacción están estrechamente relacionadas, ya que es probable que los pacientes que confían estén más satisfechos y que los buenos encuentros previos probablemente fomenten una mayor confianza. Sin embargo, la confianza tiene que ver con mucho más que evaluar la prestación de servicios. La confianza es una actitud dirigida al carácter y la personalidad de un profesional de salud y a una relación continua. Debido a la confianza en los puntos de vista sobre las motivaciones y las intenciones, un desempeño inferior puede resultar en

el perdón en lugar de la indignación. Es más probable que los pacientes que confían en él perdonen el error de un profesional de salud con la observación de que el profesional de salud al menos tenía buenas intenciones o hizo un buen esfuerzo (64).

Por lo tanto, los pacientes que inician una nueva relación terapéutica con mucha confianza tienen más probabilidades de experimentar los resultados de forma positiva, lo que genera más confianza y conduce a mayores expectativas y satisfacción de futuros encuentros, mientras que los pacientes que inician una relación con desconfianza tienen más probabilidades de ver los resultados negativamente. lo que refuerza su visión inicial y tiñe su interpretación del tratamiento posterior, incluso si es impecable. La confianza puede llegar a una meseta, o estado estable, en el que existe un equilibrio entre las expectativas y las experiencias subjetivas (65).

2.2.2.3. Dimensión capacidad de respuesta

La capacidad de respuesta de los sistemas de salud, es su capacidad para satisfacer las expectativas de la población sobre la mejora de la salud. Objetivo fundamental de un sistema de salud es, “la capacidad de respuesta a las expectativas de los pacientes”, no se mide por la forma en que satisface las necesidades de salud que se producen en los resultados de la asistencia médica, sino por el desempeño del sistema en campos distintos a salud y por su capacidad de respuesta a las expectativas de las personas en cuanto a la forma en que desean ser tratadas por los proveedores de servicios de salud preventivos, curativos o colectivos (66).

La capacidad de respuesta del sistema de salud, indica en qué medida el sistema de salud cumple con las expectativas legítimas de la población respecto a la atención de su salud. Los sistemas de salud pueden evaluarse como un todo en cualquier tipo de interacción resumiendo en capacidad de respuesta. El concepto implica la experiencia

de la interacción fundamental de las personas y los diferentes factores que configuran su interacción con el sistema de salud. La capacidad de respuesta se ha operacionalizado en ocho dominios como el respeto por la dignidad de las personas; autonomía para participar en las decisiones relacionadas con la salud; confidencialidad; pronta atención; calidad de atención adecuada; comunicación; acceso a redes de apoyo social; y elección de proveedores de asistencia sanitaria (67).

La medición de la capacidad de respuesta del sistema de salud ayuda a evaluar el nivel de desempeño de los establecimientos de salud. A pesar de los desafíos para medir la capacidad de respuesta, se necesita un refinamiento adicional de la estrategia y un monitoreo constante para lograr las expectativas racionales de los pacientes. Las percepciones, evaluaciones y comparaciones de los pacientes preceden a la satisfacción del paciente. Específicamente, la satisfacción del paciente se basa en una combinación de la fuerza de la creencia sobre los atributos específicos de la experiencia del cuidado de la salud (acceso, eficiencia, costo, conveniencia) y la evaluación de esas experiencias. Las creencias se refieren a la cognición y representan la información que un individuo tiene sobre un objeto, mientras que la actitud se refiere al afecto. La fuerza de la creencia es la probabilidad percibida de que un atributo está asociado con el objeto. El concepto de la teoría del valor de las expectativas proporciona una base teórica para el concepto de una teoría de la evaluación de creencias traducida a la satisfacción del paciente (68).

Cuanto mayor sea la divergencia entre las expectativas y el producto/servicio real, mayor será la divergencia en la satisfacción, denominada teoría de la disconformidad de la satisfacción del paciente. Las percepciones de los pacientes sobre el desempeño del hospital influirían en la medida en que se cumplirían sus expectativas generales y percepciones de equidad. El cumplimiento de estas expectativas afectaría la satisfacción general del usuario, lo que a su vez predeciría las intenciones de los

pacientes de volver a visitar el hospital. La teoría de la refutación supone que los pacientes entran en un encuentro con expectativas preformadas, así como con la capacidad y el deseo de evaluar la experiencia. Los pacientes con expectativas más bajas tienden a estar más satisfechos, mientras que aquellos con expectativas poco realistas estaban menos satisfechos (69).

Los pacientes tienden a desplazar sus percepciones hacia sus expectativas (asimilación) cuando las percepciones y las expectativas solo difieren levemente. Sin embargo, a medida que aumenta la diferencia entre expectativas y percepciones, llega un punto en el que el paciente ya no puede asimilar, sino que comienza a exagerar la diferencia entre percepciones y expectativas (efecto de contraste). La orientación hacia la atención se define como lo que las personas quieren y esperan de su proveedor de atención médica. Las condiciones de atención se definen como los enfoques de atención y las situaciones de atención (ubicación, velocidad y costo). Si la orientación y las condiciones de atención son congruentes, la satisfacción del paciente aumenta. Los usuarios de salud tienen una zona de tolerancia entre los niveles de expectativas de servicio adecuados y deseados. La zona de tolerancia es vista como el rango o ventana en la cual los pacientes no notan diferencias en el desempeño del servicio. Cuando el desempeño cae fuera del rango (ya sea muy alto o muy bajo) el cliente manifiesta satisfacción o insatisfacción. Específicamente en el cuidado de la salud, los pacientes pueden tener diferentes zonas de expectativas para el resultado de la atención y el proceso de atención (70).

2.2.2.4. Dimensión seguridad

Los errores de los profesionales de salud son inevitablemente la triste realidad de la práctica en salud. Como tal, se ha demostrado que el establecimiento de una cultura

de seguridad del paciente en la organización de atención de la salud tiene potencial para mejorar la seguridad del paciente. La cultura de seguridad es la manera en que se gestiona la seguridad en el sitio de trabajo. frecuentemente refleja las actitudes, creencias, percepciones y valores que comparten los trabajadores en relación con la seguridad. La seguridad del usuario es la disminución del peligro de perjuicio innecesario asociado con la asistencia sanitaria a un nivel aceptable. Las organizaciones que se imbuyen de una buena cultura de seguridad del usuario se caracterizan por la colaboración, la confianza mutua, la comunicación, la percepción compartida sobre la seguridad y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas. La medición de la cultura de seguridad en la atención de la salud generalmente se considera como el primer paso hacia la mejora en la prestación de atención médica. La satisfacción del usuario es el grado en que los usuarios sienten que sus necesidades y expectativas están siendo satisfechas por el servicio prestado. El paciente es la persona más importante en todo el sistema de salud. La seguridad del cliente y la satisfacción del cliente van de la mano (71).

En la industria del cuidado de la salud, los pacientes son los clientes, y la seguridad del paciente se refiere a evitar, prevenir y mejorar los resultados adversos o las lesiones derivadas de los procesos de asistencia médica. Estos resultados adversos incluyen errores y accidentes causados por acciones médicas (a diferencia de las complicaciones de la enfermedad), eventos que resultan de fallas en el equipo, fallas en completar una acción planificada según lo previsto (p. ej., eventos quirúrgicos, eventos relacionados con dispositivos, protección y atención del paciente), o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. Tradicionalmente, para garantizar el desempeño de la seguridad, las organizaciones han respondido con reglas y procedimientos de seguridad. La premisa ha sido que, para garantizar la seguridad y evitar los costos de los

eventos adversos, las organizaciones deben invertir en la implementación de programas formales de seguridad y sistemas de gestión de riesgos (44).

La seguridad del usuario depende del clima de seguridad institucional en general; el clima se define como “las percepciones compartidas de los empleados sobre las prácticas, los procedimientos y el tipo de comportamientos que son recompensados, apoyados y esperados en un entorno”. El clima de seguridad es una construcción multidimensional que abarca las percepciones individuales de una amplia gama de aspectos de seguridad en un entorno de trabajo. Dos dimensiones del clima de seguridad que se identifican comúnmente en la literatura son las percepciones de los empleados sobre las prácticas de seguridad de su supervisor inmediato y las percepciones de los empleados sobre la prioridad general asignada dentro de su unidad organizacional al tema de la seguridad. Dos dimensiones adicionales se basan en la forma en que los empleados perciben las iniciativas principales que las organizaciones suelen tomar para mejorar el desempeño en seguridad. Estas iniciativas son la implementación de procedimientos formales de seguridad y la difusión de información sobre seguridad a los empleados (45).

Los procedimientos de seguridad se refieren a las percepciones compartidas de los empleados sobre el nivel de detalle en los procedimientos de seguridad de una organización. El nivel de detalle de los procedimientos se refiere a la medida en que los empleados distinguen que el volumen y el detalle de los procedimientos son extensos, y si los procedimientos se relacionan con todos los asuntos laborales. Los procedimientos formales de seguridad son declaraciones explícitas emitidas por una organización, pero las percepciones compartidas de estos procedimientos formales pueden variar entre las unidades organizacionales. Los procedimientos formales de seguridad son un elemento de la estructura de una organización y definen formas particulares de llevar a cabo las

funciones organizacionales. Las organizaciones dependen en gran medida de procedimientos formales que controlan estrictamente la secuencia de pasos que se deben tomar para completar las tareas de manera segura (52).

La forma en que los empleados perciben la cantidad de información que reciben a través de la circulación rutinaria de información y capacitación sobre seguridad define la adopción de prácticas seguras. El flujo formal de información de seguridad dentro de una organización se ocupa de la entrega de varios tipos de información a los empleados, como información sobre eventos inusuales y condiciones potencialmente peligrosas y sesiones de capacitación en seguridad. La difusión de información de seguridad a los empleados constituye el esfuerzo planificado de una organización para mejorar el desempeño de seguridad actual y futuro de los empleados al aumentar sus capacidades y redirigir su atención hacia la seguridad. La suposición implícita dentro de las organizaciones es que se necesita más información de seguridad y que el aumento debería conducir a un mejor desempeño de seguridad (55).

La sobrecarga de información puede afectar negativamente el desempeño de la seguridad; sin embargo, rara vez se ha investigado la importancia de este fenómeno. Por otro lado, la exposición insuficiente a la información de seguridad o la sobrecarga de información, también puede causar un desempeño de seguridad deficiente, ya que los empleados no son conscientes de lo que se requiere de ellos en términos de seguridad. En el nivel intermedio del flujo de información de seguridad operacional, la información de seguridad operacional está disponible y accesible en un grado óptimo. Por lo tanto, sugerimos una relación curvilínea entre el nivel de flujo de información de seguridad operacional y el desempeño de seguridad operacional de una unidad (54).

Las prácticas gerenciales expresan a los empleados hasta qué punto su supervisor está comprometido con la seguridad. Los supervisores establecen el tono y

el ritmo de la seguridad, por ejemplo, enfatizando comportamientos de seguridad específicos mientras pasan por alto a los demás. En las unidades donde los empleados trabajan para un supervisor comprometido con la seguridad, esta dimensión del clima de seguridad es alta. Las prácticas de seguridad del gerente que promovieron y enfatizaron la importancia del comportamiento orientado a la seguridad condujeron a un alto desempeño en seguridad. Por el contrario, las prácticas gerenciales que los empleados percibían como socavadoras de las políticas de seguridad de la organización o que enviaban el mensaje de que la seguridad podía ignorarse sin consecuencias condujeron a un bajo desempeño en seguridad (56).

El grado de prioridad asignado a la seguridad dentro de una unidad organizativa, se refiere a las expectativas y comportamientos diarios de los empleados con respecto al equilibrio mantenido entre el ritmo de trabajo, la carga de trabajo y las presiones por la productividad y la seguridad. Trabajar de manera segura a menudo implica trabajar a un ritmo más lento, invirtiendo un esfuerzo adicional u operando en condiciones menos cómodas. En consecuencia, cada vez que aumenta la presión laboral, los empleados utilizan un complejo sistema de consideraciones para establecer las prioridades relativas de seguridad versus velocidad o productividad. La mayoría de los empleados primero buscan información sobre el tipo de actividades que premia su organización. Pueden obtener esta información directamente de los sistemas de evaluación y recompensa de la organización o determinando si la seguridad es parte de los sistemas de retroalimentación y establecimiento de objetivos. Una vez que se aclara el comportamiento requerido, los empleados intentan ajustar su comportamiento para ser recompensados (49).

2.2.2.5. Dimensión empatía

La atención empática es la capacidad de entender y compartir los sentimientos de otras personas. Es un concepto esencial ya que, según los enfoques psicodinámicos, conductuales y centrados en el ser humano, favorece el desarrollo de una relación terapéutica con el cliente de la salud, facilitando la base para el cambio terapéutico. El enfoque centrado en la persona definió la atención empática como la condición provisional que experimenta un profesional sanitario en su esfuerzo por entender la vida de un usuario de atención médica sin vincularse con él. El concepto de atención empática consta de aspectos afectivos, cognitivos y conductuales. La dimensión afectiva está compuesta por los conceptos de cuidar y de aceptación sincera e incondicional del cliente de salud (congruencia). El cuidado se refiere a la asistencia y el apoyo como subproductos de una interacción emocional. El concepto de aprobación incondicional plena y sincera se refiere a la aceptación del “otro” y al consenso entre las personas, sin prejuicios ni estereotipos. La dimensión cognitiva se refiere a la sensibilidad interpersonal y la capacidad de entender la posición en la que se ubica la otra persona (toma de perspectiva) (72).

La sensibilidad interpersonal significa entender objetivamente la situación de otro sujeto. Es un proceso profundo de llegar a conocer a alguien, basado en señales tanto verbales como no verbales. La capacidad de entender la situación del otro sujeto se refiere a la flexibilidad y la comprensión objetiva del punto de vista de otro sujeto (caminar en sus zapatos, comprender la forma en que se desempeña cognitivamente, emocional y mentalmente). Tanto el altruismo como la relación terapéutica corresponden a la dimensión conductual que desarrolla la atención empática en la práctica. El altruismo es un comportamiento conducido socialmente destinado a aliviar los inconvenientes, los problemas y el dolor asociado con ellos. La simpatía, la atención

empática y la misericordia son términos íntimamente relacionados que frecuentemente se usan indiferenciadamente. La simpatía se ha determinado como una reacción emocional de piedad hacia la desgracia de otro, en especial de aquellos que son percibidos como sufriendo injustamente. La escucha empática puede producir fatiga por compasión debido a la exposición prolongada al estrés y todo lo que evoca. La práctica del autocuidado, el bienestar y la autoconciencia son primordiales para mejorar la atención empática y reducir la fatiga por compasión (69).

La atención empática se percibe como una combinación de las habilidades emocionales, cognitivas y prácticas involucradas en la comunicación con un paciente. La atención empática es una de las herramientas primordiales de la relación terapéutica entre el personal de salud y sus pacientes y se ha confirmado que su colaboración es fundamental a fin de obtener mejores resultados en salud. Al permitir que los prestadores de atención de salud detecten y reconozcan las experiencias, preocupaciones y perspectivas de los pacientes, refuerza el desarrollo y el progreso de la relación terapéutica entre ambas partes. Es suficientemente reconocido que la capacidad empática del profesional sanitario guía a mejores resultados terapéuticos. La relación empática de los trabajadores de la salud con sus pacientes fortalece su colaboración para trazar un plan terapéutico y una intervención a medida, incrementando así la satisfacción del paciente con el proceso terapéutico (62).

La atención empática desarrollada en el transcurso de la atención fortalece los resultados terapéuticos, ya que los clientes cumplen mejor con el plan de acción terapéutico. La atención empática entre el personal de salud y una futura madre incrementa la satisfacción de esta última y reduce el estrés, la agonía y el dolor del próximo trabajo de parto ya que la madre siente seguridad, confianza y aliento. El entendimiento sustentado en la atención empática es fundamental para la relación entre

el trabajador de la salud y el beneficiario de la atención. Cuando eso ocurre, los pacientes de salud se sienten seguros y confían en las capacidades del trabajador de la salud. Por consiguiente, el espacio entre el experto y el usuario se reduce y ambos se juntan, disfrutando de beneficios mutuos. Así mismo, una relación basada en la atención empática ayuda a los terapeutas a reducir el estrés y el agotamiento en el sitio de trabajo y mejora su calidad de vida. Los médicos que poseen niveles más altos de atención empática experimentan menos agotamiento o depresión (47).

La atención empática es particularmente valiosa para las carreras de trabajo social. Se ha indicado que la capacidad del personal de salud hacia la atención empática y la comprensión de las experiencias y sentimientos de los clientes juega un papel decisivo en la asistencia social, ya que la atención empática es una de las habilidades más importantes que estos trabajadores pueden utilizar para incrementar una relación terapéutica. Los pacientes de atención de salud que experimentan atención empática a lo largo de su tratamiento muestran excelentes resultados y una mayor posibilidad de una mejora potencial. Además, los trabajadores de salud con mayores niveles de atención empática trabajan de manera más eficiente y productiva en cuanto al cumplimiento de su función. Esto ocurre debido a que la atención empática apoya al personal de salud a entender y sentir compasión por sus clientes de salud para que estos se sientan seguros para expresar sus pensamientos y problemas. De esta forma, se crea una base para la confianza, que conduce al cambio terapéutico y a la mejora de la funcionalidad social general del beneficiario de la atención (64).

Los niveles de funcionalidad social son estudiados por el personal de salud y se refieren a la competencia de un individuo para efectuar sus actividades diarias (preparar y conservar alimentos, buscar posada, cuidar de sí mismo, trasladarse al trabajo), así como su capacidad para cumplir roles sociales (padre, empleado, miembro de una

comunidad) de conformidad con los requerimientos de su entorno cultural. La atención empática ayuda a obtener información indispensable para la evaluación de la condición en la que se encuentra el beneficiario de la salud. proporciona a los terapeutas la posibilidad de hacer un buen uso de la expresión corporal (modelado de comportamiento, movimientos corporales, tono de voz, etc.) y les apoya a manejar las emociones del cliente. Así mismo, la atención empática potencia la capacidad del cliente para entender la realidad y mejorar su calidad de vida (72).

2.2.3. Teoría de la comunicación persuasiva

La comunicación persuasiva, es: un proceso en el que el comunicador busca conseguir una respuesta esperada de su receptor. Es un intento consciente por parte de una persona de modificar las actitudes, creencias o comportamiento de otra persona o grupo de personas por medio de la comunicación de algún mensaje. Es una actividad simbólica cuyo propósito es efectuar la internalización o aceptación voluntaria de nuevos estados cognitivos o patrones de comportamiento manifiesto a través del intercambio de mensajes. Es un esfuerzo intencional exitoso para influir en el estado mental de otro a través de la comunicación en una circunstancia en la que el persuadido tiene cierto grado de libertad. La comunicación persuasiva es un proceso simbólico en el que los comunicadores intentan convencer a otros individuos de cambiar sus propias actitudes o comportamientos con respecto a un tema a través de la transmisión de un mensaje, en un ambiente de libre elección (8).

2.2.3.1. La comunicación persuasiva es un proceso simbólico

La comunicación persuasiva requiere tiempo, consta de una serie de pasos e involucra activamente al destinatario del mensaje. El hábito es el hábito, y no se tira por

la ventana, sino que se obliga a descender las escaleras poco a poco. El persuasor es un maestro, que mueve a las personas paso a paso hacia una solución, ayudándolas a evaluar por qué la posición defendida resuelve mejor el problema. La comunicación persuasiva, es un proceso que implica el uso de símbolos. Un símbolo es una forma de lenguaje en la que una entidad representa un concepto o idea, comunicando un excelente significado psicológico y cultural. Los símbolos incluyen palabras; signos no verbales; e imágenes que se reconocen y procesan instantáneamente (73).

Los símbolos son herramientas de comunicación persuasiva, aprovechadas para modificar actitudes y moldear opiniones. Así, la comunicación persuasiva frecuentemente no opera en un nivel literal. El lenguaje está sujeto a múltiples interpretaciones. Los significados difieren, según la forma en que las palabras y las imágenes despierten la imaginación de los miembros de la audiencia y las interpretaciones que los individuos apliquen al mismo mensaje (74).

2.2.3.2. La comunicación persuasiva implica un intento de influencia

Aun cuando puede tener efectos trágicos, la comunicación persuasiva no siempre o necesariamente tiene éxito. A veces no logra influir en las actitudes o el comportamiento. La comunicación persuasiva implica un intento deliberado de influir en otra persona. Los persuasores deben tener la intención de cambiar la actitud o el comportamiento de otro individuo y deben ser conscientes (al menos en algún nivel) de que están intentando de conseguir este objetivo. La comunicación persuasiva representa un intento consciente de influir en la otra parte, junto con la conciencia concomitante de que el persuadido tiene un estado mental que es susceptible de cambio. Es un tipo de influencia social, es el amplio proceso en el que el comportamiento de un individuo altera los pensamientos o acciones de otra. La influencia social puede ocurrir cuando los

receptores actúan sobre señales o mensajes que no estaban necesariamente destinados a su consumo (75).

La comunicación persuasiva ocurre dentro de un contexto de mensajes intencionales iniciados por un comunicador con la esperanza de influir en el receptor. Esto es algo bastante embriagador, pero es fundamental porque, si incluye todos los posibles intentos de influencia bajo el título de comunicación persuasiva, cuenta cada comunicación como comunicación persuasiva. La pregunta más importante es si la comunicación persuasiva debe definirse desde la perspectiva del miembro de la audiencia o del comunicador. Si lo define desde la postura del miembro de la audiencia, entonces cada mensaje, incluidos los innumerables transmitidos a través de las redes sociales, que transmite una opinión o termina alterando la actitud de alguien, se cuenta como comunicación persuasiva. La comunicación persuasiva implica algún tipo de esfuerzo deliberado para cambiar la opinión o conducta de otra persona (76).

2.2.3.3. La gente se persuade a sí misma

Uno de los grandes mitos de la comunicación persuasiva es que los persuasores nos convencen de hacer cosas que realmente no deseamos hacer. aparentemente nos agobian con tantos argumentos o tanta munición verbal que accedemos. Nos obligan a ceder. Esto pasa por alto un punto importante: las personas se persuaden a sí mismas para cambiar actitudes o comportamientos. Los comunicadores proporcionan los argumentos. No puedes obligar a las personas a que se dejen persuadir, solo puedes activar su deseo y mostrarles la lógica detrás de tus ideas. La devoción y compromiso total con una idea en las personas vienen solo cuando entienden completamente y la aceptan con todo su ser. Los seres humanos pueden alterar sus vidas alterando sus actitudes mentales; como piensas, así serás (77).

El poder de la auto comunicación persuasiva es indispensable, las personas se miran a sí mismas, consideran qué les aqueja y deciden cuál es la mejor manera de afrontarlo. El profesional ofrece recomendaciones y provee un entorno en el que puede tener lugar la reflexión. Es el paciente el que hace el cambio y es responsable de garantizar de que no haya un retroceso a las viejas maneras de hacer las cosas. La auto comunicación persuasiva puede ser benevolente o malévol. Un comunicador ético plantará las semillas de una auto influencia saludable. Un persuasor deshonesto y perverso convence a un individuo para que cambie de opinión de un modo que es personal o socialmente perjudicial. La comunicación persuasiva generalmente implica un cambio. No se enfoca principalmente en formar actitudes, sino en persuadir a las personas a cambiar las actitudes que ya poseen. Esto puede involucrar dar forma, moldear o reforzar actitudes (78).

2.2.3.4. La comunicación persuasiva implica la transmisión de un mensaje

El mensaje puede ser verbal o no verbal. Puede transmitirse interpersonalmente, a través de los medios de comunicación o de las redes sociales. Puede ser razonable o irrazonable, factual o emocional. El mensaje puede consistir en argumentos o pistas simples, como la música en un anuncio que trae recuerdos agradables a la mente. La comunicación persuasiva es una actividad comunicativa; por ello, debe haber un mensaje para que ocurra la comunicación persuasiva, a diferencia de otras formas de influencia social. La vida está llena de mensajes que cambian o influyen en las actitudes. Además de los contextos habituales que vienen a la mente cuando piensa en la comunicación persuasiva (publicidad, campañas políticas y ventas interpersonales), existen otros dominios que contienen mensajes que alteran la actitud. Las noticias indudablemente moldean actitudes y creencias (79).

El arte (libros, películas, obras de teatro y canciones) también tiene una fuerte influencia en cómo pensamos y sentimos acerca de la vida. Las representaciones artísticas pueden conducir a los individuos a diferentes realidades, cambiando la forma en que ven la vida. Si piensa por un instante, estoy seguro de que puede recordar libros, películas y canciones que lo sacudieron y lo impulsaron a repensar sus suposiciones (77).

2.2.3.5. La comunicación persuasiva requiere libre elección

La auto comunicación persuasiva es la clave para una influencia exitosa, entonces un ser humano debe tener la libertad de modificar su propio comportamiento o de hacer lo que desee en un entorno de comunicación. Un individuo es libre cuando tiene la capacidad de actuar de otra manera, de hacer algo diferente de lo que sugiere el persuasor, o de meditar críticamente sobre sus alternativas en una situación. Pese a eso, es conveniente tener presente que las personas no tienen libertad absoluta, incluso en un país democrático que consagra los derechos humanos (74).

2.3. Marco conceptual

- **PERSUASIÓN**, es un intento consciente por parte de una persona de cambiar las actitudes, creencias o comportamiento de otra persona o grupo de personas a través de la transmisión de algún mensaje; es una actividad simbólica cuyo propósito es efectuar la internalización o aprobación voluntaria de nuevos estados cognitivos o patrones de comportamiento manifiesto a través del intercambio de mensajes; es un esfuerzo intencional exitoso para influir en el estado mental de otro a través de la comunicación en una circunstancia en la que el persuadido tiene cierto grado de libertad. La persuasión es un proceso simbólico en el que los comunicadores

intentan convencer a otros individuos para que cambien sus actitudes o comportamientos frente a un tema a través de la transmisión de un mensaje, en un ambiente de libre elección.

- **EMPATÍA**, es el proceso de entender la experiencia subjetiva de un individuo al comunicar indirectamente esa experiencia mientras se mantiene una postura espectadora; significa reconocer los sentimientos de los demás, las causas de estos sentimientos y ser capaz de participar en la experiencia emocional de un individuo sin convertirse en parte de ella. La empatía es una habilidad aprendida o una actitud de vida, que puede ser utilizada para tratar de entrar en contacto con alguien, para comunicarse y comprender las experiencias o sentimientos de los demás. Se describe como "la capacidad de ver el mundo a través de los ojos de otra persona", lo que simplemente implica desarrollar la capacidad de imaginar lo que otra persona está pensando y sintiendo en una situación dada.
- **CARACTERÍSTICAS DE UN SERVICIO**; son cuatro las características que denotan un servicio: los servicios son intangibles, no se pueden almacenar y sus atributos son difíciles de demostrar (intangibilidad); los servicios son heterogéneos y es su característica principal porque los resultados del servicio varían día a día o de usuario a usuario y por eso es complicado estandarizar su calidad (heterogeneidad); los servicios son inseparables porque en gran medida se producen y consumen simultáneamente (inseparabilidad); los servicios son extremadamente perecederos, es decir, tienen inventario cero, no se pueden almacenar para un uso posterior, se usan una sola vez, perecen y una vez vendidos, se mantienen vendidos y no se pueden devolver (caducidad).
- **CALIDAD DEL SERVICIO**, son las diferencias entre las expectativas del cliente y las percepciones del servicio; requiere comprender las expectativas del cliente en

un servicio particular y qué características especiales son necesarias para brindar un servicio de alta calidad. Es común que los proveedores de salud sean conscientes de las necesidades y los deseos de los clientes, pero no puedan o no quieran idear el sistema para entregarlo, esto debido a un compromiso inadecuado con la calidad del servicio, a la carencia de percepción de factibilidad, a la estandarización inadecuada de tareas y a la ausencia de establecimiento de metas. También sucede que se comprende claramente las necesidades y los deseos de ser entregado con especificaciones claras, pero los empleados no pueden o no están dispuestos a brindar ese servicio. También, se da el caso en que los proveedores de servicios prometen más en su publicidad para entregar, pero no cumplen o no puede entregarlo.

- **ALFABETIZACIÓN EN SALUD**, es la competencia de un individuo para lograr y traducir conocimientos e información para mantener y mejorar la salud de una manera que sea apropiada para los contextos individuales y del sistema. Implica tener conocimiento de la salud, de la atención médica y de los sistemas de salud; poder procesar y usar información en varios formatos en relación con la salud y el cuidado de la salud; y la capacidad para mantener la salud a través de la autogestión y el trabajo en colaboración con los proveedores de salud.
- **EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD**, es el procedimiento que admite a los individuos: elegir, tomar el control y decidir sobre sus vidas y su salud, de forma autónoma e informada; requiere que los individuos tengan los recursos necesarios a fin de conservar su salud y bienestar; incluye participar deliberadamente en la identificación y adquisición de recursos en beneficio de su salud y bienestar.
- **ACTIVO DE SALUD**, es cualquier factor o recurso que mejora la competencia de las personas, las comunidades y las poblaciones para mantener y sostener la salud

y el bienestar y para apoyar a disminuir las desigualdades en salud. Estos activos pueden operar a nivel del individuo, la familia o la comunidad y la población como factores protectores y promotores para amortiguar las tensiones de la vida. Los activos pueden describirse como los recursos colectivos que los individuos y las comunidades tienen a su disposición, que protegen contra resultados negativos para la salud y promueven el estado de salud. Los activos pueden ser: las habilidades prácticas, la capacidad y el conocimiento de los residentes locales; las pasiones e intereses de la población local que dan la energía para el cambio; las redes y conexiones en una comunidad; la eficacia de la comunidad local y asociaciones voluntarias; los recursos de organizaciones públicas, privadas que están disponibles para apoyar a una comunidad; los recursos físicos y económicos de un lugar que mejoran el bienestar.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

La relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022

3.2. Hipótesis específicas

- a. La relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia al diálogo afectuoso; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022
- b. La relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia al diálogo racional; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022
- c. La relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia al lenguaje corporal; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022
- d. La relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia a la modulación de la voz; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022

3.3. Variables del estudio

Variable 1:

Comunicación con el usuario de los servicios de salud

Variable 2:

Satisfacción del usuario de los servicios de salud

Variables Sociodemográficas:

- Procedencia del usuario
- Edad del usuario
- Nivel educativo del usuario
- Estado civil del usuario
- Problema de salud del usuario
- Ocupación del usuario

3.3.1. Operacionalización de variables

Variable 1:

Comunicación con el Usuario de los Servicios de Salud

Definición Conceptual

Es la acción consciente de intercambiar mensajes entre el personal de salud y el usuario referentes a su condición de salud; está orientada a modificar o modular: conductas, creencias, pensamientos, sentimientos y emociones vinculadas a la salud.

Definición Operacional

Diálogo afectuoso

Es emitir mensajes de una forma que generen sentimientos y emociones positivas o que provoquen el menor perjuicio emocional posible

Diálogo racional

Son los argumentos que apelen a la: razón, coherencia y entendimiento, dirigidas modificar o modular creencias y conductas.

Lenguaje corporal

Son los gestos faciales y corporales, ademanes y posturas que acompañan a las expresiones verbales para enfatizar algún mensaje.

Modulación de la voz

Son las variaciones de volumen, velocidad, tono, pronunciación y ritmo en la pronunciación de las palabras; para darle mayor claridad y sentido de importancia a los mensajes

Variable 2:

Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud

Definición Conceptual

Es cuando los servicios suministrados por una institución de salud cumplen o superan las expectativas del paciente.

Definición Operacional

Tangible

Es cuando las instalaciones físicas, equipo, personal y material son concordantes con las exigencias predeterminadas de los pacientes.

Fiabilidad

Es cuando los servicios ofrecidos son concordantes con los que espera de la institución o coincide con aquello que se publicita

Capacidad de respuesta

Es cuando existe capacidad de atender a las necesidades de salud de manera oportuna, teniendo la suficiente capacidad resolutive para controlar el problema de salud.

Seguridad

Es crear la impresión que se podrá atender el problema de salud de la mejor forma posible, que se tiene pleno control de la situación.

Empatía

Es atender al paciente acorde a su condición particular; respondiendo a sus requerimientos personales de la manera en que nosotros desearíamos ser atendidos.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

El estudio, planteado se ajustó a todos los requerimientos del método científico; es racional porque se fundamenta en teorías vigentes y responde a argumentos lógicos y racionales. Es empírica, porque se recurrirá a la recolección de datos de la realidad para dar sustento a las asociaciones; es reproducible, de forma que si se efectúan los mismos procedimientos especificados en la investigación se alcanzarán los mismos resultados. También se basa en el principio de falsabilidad, al asumir que los resultados solo tendrán validez provisional hasta que surjan evidencias contradictorias (80).

Como método se recurrió al método inductivo; puesto que se analizaron casos particulares de pacientes atendidos bajo cierto tipo de comunicación y que tenían cierto grado de satisfacción; se buscó identificar los aspectos comunes a todos los casos analizados para poder establecer principios generales válidos para las situaciones similares (81).

Fue necesario recurrir al método estadístico inferencial como método específico, porque se analizaron datos muestrales y fue necesario efectuar inferencias estadísticas (82).

4.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básico, el cual se utiliza en el ámbito científico para comprender y ampliar nuestros conocimientos sobre un fenómeno o campo específico. cuya finalidad es lograr la mejor comprensión de un tema, de un fenómeno o de un área. (83)

Es estudio se define como cuantitativa; porque se analiza aspectos muy reducidos y delimitados de la realidad; se han delimitado dos variables y se asignaron magnitudes

numéricas a la intensidad en las que se presentan estas variables en la realidad; se prevé recurrir a métodos estadísticos cuantitativos para encontrar relaciones significativas en el comportamiento de las variables (81).

La investigación se configura como observacional, porque no se efectuó ningún tipo de manipulación de las variables, ni de sus factores determinantes; se registraron y reportaron los hechos tal como se presentan en la realidad (83).

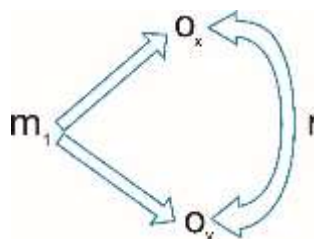
También, se caracteriza la investigación como transversal, porque se efectuó una sola medición de las variables (82).

4.3. Nivel de la investigación

La investigación es de nivel relacional, el cual tienen un enfoque científico, son de tipo básico o puro ya que buscan incrementar el conocimiento existente en la realidad y en el campo teórico; permite establecer dos cosas, la primera si las variables se encuentran relacionadas y la segunda que tan fuerte es esa relación (84).

4.4. Diseño

El diseño de la investigación es prospectivo, no experimental de corte transversal, porque se tuvo un solo grupo muestral, a quien se les aplicó el cuestionario en un solo momento, evaluándose dos variables y se identificó el grado en que estas variables están vinculadas. El diagrama que representa el diseño es el siguiente:



Donde:

O_x = Conjunto de datos sobre la comunicación del usuario de los servicios de salud

O_y = Conjunto de datos sobre la satisfacción del usuario de los servicios de salud

R = Asociación entre las variables

M_1 = Grupo muestral único

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población

El estudio se basó en una población de 1076 personas que empleaban los servicios de salud de los establecimientos correspondientes a la Micro Red de Salud Chupaca, además asistían a sus controles de salud programados por los profesionales de salud de los establecimientos. Las personas conformantes de la población cumplían con los criterios de inclusión y exclusión que se describe enseguida:

4.5.1.1. Criterios de inclusión

- Usuarios de los servicios de salud que decidieron participar de manera voluntaria de la investigación. Firmando el consentimiento informado
- Usuarios de los servicios de salud que residían de manera permanente en el área territorial adscrita a la micro red de salud Chupaca.
- Usuarios de los servicios de salud mayores de 18 años.

- Usuarios de los servicios de salud que asistían de manera autónoma a los establecimientos de salud.

4.5.1.2. Criterios de exclusión

- Usuarios de los servicios de salud que mostraban actitudes contrarias al desarrollo de la investigación.
- Usuarios de los servicios de salud que no podían cuidar de sí mismos.
- Usuarios de los servicios sanitarios que habían tenido algún conflicto con cualquiera de los establecimientos de salud de la micro red Chupaca.
- Usuarios de los servicios de salud con problemas físicos y/o mentales que les dificultaba cumplir con las indicaciones terapéuticas.

4.5.2. Muestra

Tamaño Muestral

Para tener un tamaño muestral que garantice una muestra representativa, se empleó la fórmula de tamaño muestral por proporciones para un solo grupo. La fórmula fue la siguiente:

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

Donde:

$Z_{\alpha/2}$: Es un valor de la distribución Z bajo dos colas con un nivel de confianza de 95% (1.96)

p : Probabilidad que los usuarios que tuvieron una buena comunicación, también tengan satisfacción con los servicios de salud (88 %, según Lotfi M, Zamanzadeh V) (9)

- q : Probabilidad que los usuarios que tuvieron una buena comunicación, no tengan satisfacción con los servicios de salud (12 %)
- e : Error especificado = 0.05

Procediendo con el reemplazo de valores y efectuando las operaciones matemáticas:

$$n = \frac{1076 * 0.88 * 0.12 * (1.96)^2}{0.05^2 * (1076 - 1) + 0.88 * 0.12 * (1.96)^2}$$

$$n = \frac{1076 * 0.1056 * 3.84}{0.0025 * (1075) + 0.1056 * 3.84}$$

$$n = \frac{436.504}{2.687 + 0.406}$$

$$n = \frac{436.504}{3.093}$$

$$n = 141.118$$

$$n = 141$$

Al existir la posibilidad de perder unidades muestrales, se incrementó 4 usuarios; en consecuencia, el tamaño muestral fue de 145 usuarios de salud de los establecimientos pertenecientes a la micro red de salud Chupaca en el 2022.

Para seleccionar a los miembros de la muestra se recurrió al método de muestreo aleatorio simple.

La distribución de la población y la muestra según los establecimientos de la micro red de salud Chupaca es la siguiente:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POBLACIÓN	MUESTRA
CS PEDRO SANCHEZ MEZA - CHUPACA	508	68
PS AHUAC	141	19
PS HUARISCA	23	3
CS CHONGOS BAJO	111	15
PS PUMPUNYA	14	2
PS HUAMANCACA CHICO	158	21
PS SAN JUAN DE ISCOS	42	6
PS TINYARI CHICO	16	2
PS TINYARI GRANDE	20	3
PS TRES DE DICIEMBRE	43	6
TOTAL	1076	145

*Fuente: Unidad de estadística e informática de la micro red de salud Chupaca
Elaboración: propia*

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Evaluación de la comunicación con el usuario de los servicios de salud

Se empleo la técnica de la encuesta y como instrumento, el cuestionario estructurado denominado “PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN: PROFESIONAL DE SALUD - PACIENTE” que fue elaborado en base a la “Caregiver-Centered Communication Questionnaire (CCCQ)” el que fue diseñado y validado por: Demiris G, Ganz F, Han C, Pike K, Oliver D y Washington K, en el 2020 (85).

El instrumento está integrado por 40 ítems que son aseveraciones sobre la forma en que se dio la comunicación con los profesionales de salud de determinado establecimiento; los ítems están agrupados en cuatro sub escalas: la primera evalúa el diálogo afectuoso y contienen 10 reactivos, la segunda evalúa el diálogo racional y contiene 12 reactivos, la tercera evalúa el lenguaje corporal y contienen 10 reactivos, y la cuarta evalúa la modulación de la voz y contienen a 8 reactivos.

Baremo general

Para darle explicación general a los resultados del instrumento, se suman los valores de todos los ítems y el valor obtenido se define como se indica a continuación: de (0 a 32) = muy mala comunicación, de (32.1 a 64) = mala comunicación, de (64.1 a 96) = regular comunicación, de (96.1 a 128) = buena comunicación y de (128.1 a 160) = muy buena comunicación.

Baremos por dimensiones

Para darle interpretación a la primera dimensión del instrumento (referente al diálogo afectuoso [rDA]), se suman los *valores de los ítems (1 al 10)* y el valor obtenido se define como sigue: de (0 a 8) = muy mala comunicación rDA, de (8.1 a 16) = mala comunicación rDA, de (16.1 a 24) = regular comunicación rDA, de (24.1 a 32) = buena comunicación rDA y de (32.1 a 40) = muy buena comunicación rDA.

Para darle interpretación a la segunda dimensión del instrumento (referente al diálogo racional [rDR]), se suman los *valores de los ítems (11 al 22)* y el valor obtenido se define como se indica: de (0 a 9.6) = muy mala comunicación rDR, de (9.7 a 19.2) = mala comunicación rDR, de (19.3 a 28.8) = regular comunicación rDR, de (28.9 a 38.4) = buena comunicación rDR y de (38.5 a 48) = muy buena comunicación rDR.

Para darle interpretación a la tercera dimensión del instrumento (referente al lenguaje corporal [rLC]), se suman los *valores de los ítems (23 al 32)* y el valor obtenido se define como se indica a continuación: de (0 a 8) = muy mala comunicación rLC, de (8.1 a 16) = mala comunicación rLC, de (16.1 a 24) = regular comunicación rLC, de (24.1 a 32) = buena comunicación rLC y de (32.1 a 40) = muy buena comunicación rLC.

Para darle interpretación a la cuarta dimensión del instrumento (referente a la modulación de la voz [rMV]), se suman los *valores de los ítems (33 al 40)* y el valor obtenido se define de la siguiente manera: de (0 a 6.4) = muy mala comunicación rMV, de

(6.5 a 12.8) = mala comunicación rMV, de (12.9 a 19.2) = regular comunicación rMV, de (19.3 a 25.6) = buena comunicación rMV y de (25.7 a 32) = muy buena comunicación rMV.

El cuestionario a ser utilizado, es una traducción y adaptación; siendo indispensable verificar la validez y confiabilidad del mismo; con esa finalidad se efectuó una prueba piloto en 30 usuarios de la micro red de salud de Chilca; con los datos obtenidos en la prueba piloto se realizó un análisis factorial para verificar la validez de constructo, también se calculó el alfa de Cronbach para confirmar la confiabilidad. De forma previa se recurrió al juicio de expertos para comprobar la validez de contenido; los expertos fueron 4 profesionales de salud con grado de magister y experiencia en gestión de los servicios de salud.

4.6.2. Evaluación de la satisfacción del usuario de los servicios de salud

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento, el cuestionario estructurado denominado “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD” que fue elaborado en base al “SERVQUAL” el que fue diseñado y validado por: Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L, en 1988 (86).

El instrumento está integrado por 22 ítems que son declaraciones sobre las características de la atención de salud recibida que denotan su condición de calidad; los ítems están agrupados en cinco sub escalas: la primera evalúa la dimensión tangible y contienen 4 reactivos, la segunda evalúa la dimensión fiabilidad y contiene 5 reactivos, la tercera evalúa la dimensión capacidad de respuesta y contienen 4 reactivos, la cuarta evalúa la dimensión seguridad y contienen 4 reactivos y la quinta evalúa la dimensión empatía y contienen 5 reactivos.

Baremo general

Para darle interpretación general a los resultados del instrumento, se suman los valores de todos los ítems y el valor obtenido se define de la siguiente manera: de (0 a 17.6) = muy baja satisfacción, de (17.7 a 35.2) = baja satisfacción, de (35.3 a 52.8) = mediana satisfacción, de (52.9 a 70.4) = alta satisfacción y de (70.5 a 88) = muy alta satisfacción.

Baremos por dimensiones

Para darle interpretación a la primera dimensión del instrumento (referente a lo tangible [rT]), se suman los *valores de los ítems (1 al 4)* y el valor obtenido se define como se indica a continuación: de (0 a 3.2) = muy baja satisfacción rT, de (3.3 a 6.4) = baja satisfacción rT, de (6.5 a 9.6) = regular satisfacción rT, de (9.7 a 12.8) = alta satisfacción rT y de (12.9 a 16) = muy alta satisfacción rT.

Para darle interpretación a la segunda dimensión del instrumento (referente a la fiabilidad [rF]), se suman los *valores de los ítems (5 al 9)* y el valor obtenido se define como sigue: de (0 a 4) = muy baja satisfacción rF, de (4.1 a 8) = baja satisfacción rF, de (8.1 a 12) = regular satisfacción rF, de (12.1 a 16) = alta satisfacción rF y de (16.1 a 20) = muy alta satisfacción rF.

Para darle interpretación a la tercera dimensión del instrumento (referente a la capacidad de respuesta [rCR]), se suman los *valores de los ítems (10 al 13)* y el valor obtenido se define de la siguiente manera: de (0 a 3.2) = muy baja satisfacción rCR, de (3.3 a 6.4) = baja satisfacción rCR, de (6.5 a 9.6) = regular satisfacción rCR, de (9.7 a 12.8) = alta satisfacción rCR y de (12.9 a 16) = muy alta satisfacción rCR.

Para darle interpretación a la cuarta dimensión del instrumento (referente a la Seguridad [rS]), se suman los *valores de los ítems (14 al 17)* y el valor obtenido se define de la siguiente forma: de (0 a 3.2) = muy baja satisfacción rS, de (3.3 a 6.4) = baja

satisfacción rS, de (6.5 a 9.6) = regular satisfacción rS, de (9.7 a 12.8) = alta satisfacción rS y de (12.9 a 16) = muy alta satisfacción rS.

Para darle interpretación a la segunda dimensión del instrumento (referente a la empatía [rE]), se suman los *valores de los ítems (18 al 22)* y el valor obtenido se define como sigue: de (0 a 4) = muy baja satisfacción rE, de (4.1 a 8) = baja satisfacción rE, de (8.1 a 12) = regular satisfacción rE, de (12.1 a 16) = alta satisfacción rE y de (16.1 a 20) = muy alta satisfacción rE.

El cuestionario a ser empleado, es una adaptación; siendo indispensable verificar la validez y confiabilidad del mismo; con esa finalidad se realizó una prueba piloto en 30 usuarios de la micro red de salud de Chilca; con los datos obtenidos en la prueba piloto se realizó un análisis factorial para verificar la validez de constructo, también se calculó el alfa de Cronbach para confirmar la confiabilidad. De forma previa se recurrió al juicio de expertos para comprobar la validez de contenido; los expertos fueron 4 profesionales de salud con grado de magister y experiencia en gestión de los servicios de salud.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se estructuró una base de datos con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS v.27 para Windows; con el que se efectuaron los análisis estadísticos pertinentes.

4.7.1. Procesamiento descriptivo de datos

Para definir las características de la comunicación en salud entre los usuarios, en el cuestionario aplicado se contabilizaron las opciones marcadas en cada uno de los reactivos por los usuarios, el valor obtenido fue clasificado de acuerdo a los baremos; se procedió

de forma similar con todos los cuestionarios. Con los resultados consolidados se elaboraron diagramas de barras y tablas de distribución de frecuencias de forma general y para cada una de las dimensiones.

Para establecer las características de la satisfacción con los servicios de salud entre los usuarios, en el cuestionario aplicado se sumaron las opciones marcadas en cada uno de los reactivos por los usuarios, el valor obtenido fue clasificado de acuerdo a los baremos; se procedió de forma similar con todos los cuestionarios. Con los resultados consolidados se elaboraron diagramas de barras y tablas de distribución de frecuencias de forma general y para cada una de las dimensiones.

4.7.2. Procesamiento inferencial de datos

A fin de determinar el grado de asociación entre las variables se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson; de forma previa se verificó la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov. Para poder comprobar la significancia de la correlación encontrada se efectuó el análisis del “ p value”. Para realizar una prueba de hipótesis más analítica se empleó la prueba t para coeficientes de correlación. Se utilizó un nivel de error de 0.05.

4.7.3. Procedimiento a seguir para probar las hipótesis

En base a las hipótesis de investigación se plantearon hipótesis estadísticas (H_0 y H_1); luego se procedió con la comprobación de la normalidad del conjunto de datos de ambas variables. Se eligió la prueba que más se ajustaba al tipo de estudio y a la naturaleza de los datos; se optó por un nivel de error de 0.05. Se ubicaron los valores críticos según la “tabla de distribución t ” considerando un nivel de confianza de 0.95 y dos colas. Se

procedió con los cálculos matemáticos correspondientes y se realizó la interpretación de los hallazgos.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

La investigación se ajustó a los requerimientos éticos establecidos por la universidad:

Art, 27°, Principios que rigen la actividad investigativa:

Consentimiento informado y expreso; los usuarios que participaron de la investigación lo hicieron de manera voluntaria, su deseo de participar quedó consignada con la rúbrica del consentimiento informado; para que su decisión sea consciente, de forma previa se les explicó de manera didáctica la naturaleza de la investigación y todas sus implicancias.

Beneficencia y no maleficencia; el estudio se orientó a mejorar la calidad de la atención al incidir en una comunicación efectiva, por lo que todos los hallazgos de la investigación son beneficiosos a los usuarios de salud. En el proceso de la investigación no se realizaron procedimientos que pusieran en riesgo la integridad física o mental de los participantes; además la información obtenida fue manejada de manera reservada para evitar posibles daños morales de los concurrentes.

Responsabilidad; se asumieron todas las consecuencias de las acciones efectuadas en el marco de esta investigación; se hicieron todas las provisiones para no afectar el normal funcionamiento de las instituciones de salud en las que se desarrolló la investigación.

Veracidad; se informó el fenómeno tal como se presenta en la realidad, eliminando todo tipo de subjetividades.

Art. 28°. Normas de comportamiento ético de quienes investigan

La investigación propuesta sobre comunicación y satisfacción del usuario de salud, es original y trata sobre una temática a la que se le debe de dar atención prioritaria.

Se procedió con alto rigor científico, cada uno de los procesos efectuados se ajustó a las exigencias del método científico.

Se garantizó la confidencialidad, en todo momento se mantuvo el anonimato de los participantes, los datos obtenidos fueron manejados de forma exclusiva por los responsables de la investigación.

Se cumplió **con todas las normativas**, la investigación realizada se ajustó a las normativas nacionales e internacionales que regulan a la investigación científica.

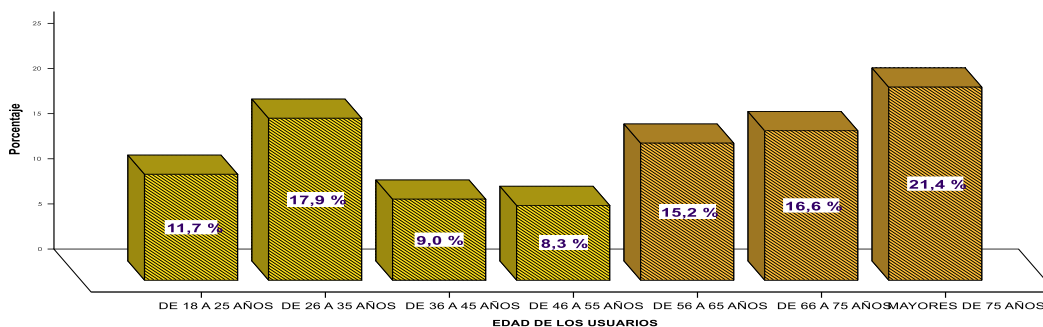
CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de los resultados

5.1.1. Características de los usuarios

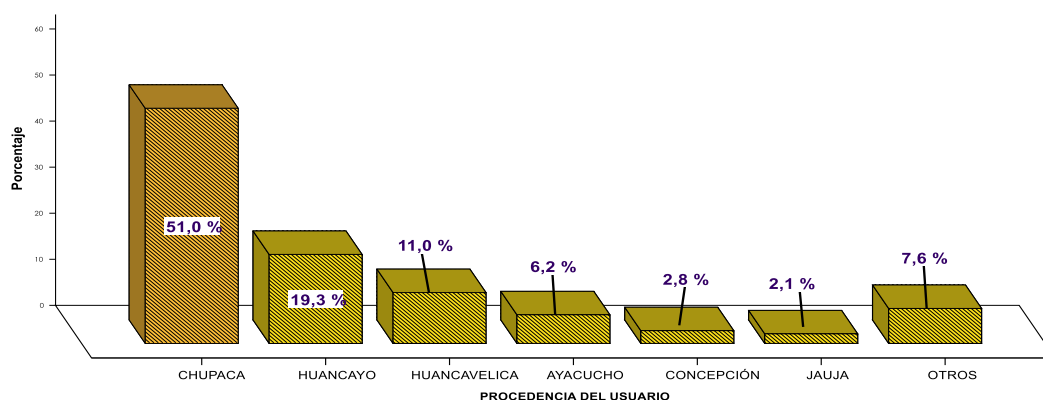
Figura 1: Edad de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 1 se constata que; de 145(100 %), 77(53.2 %) de los usuarios que asisten de manera regular a la micro red de salud “Chupaca”, son mayores de 55 años.

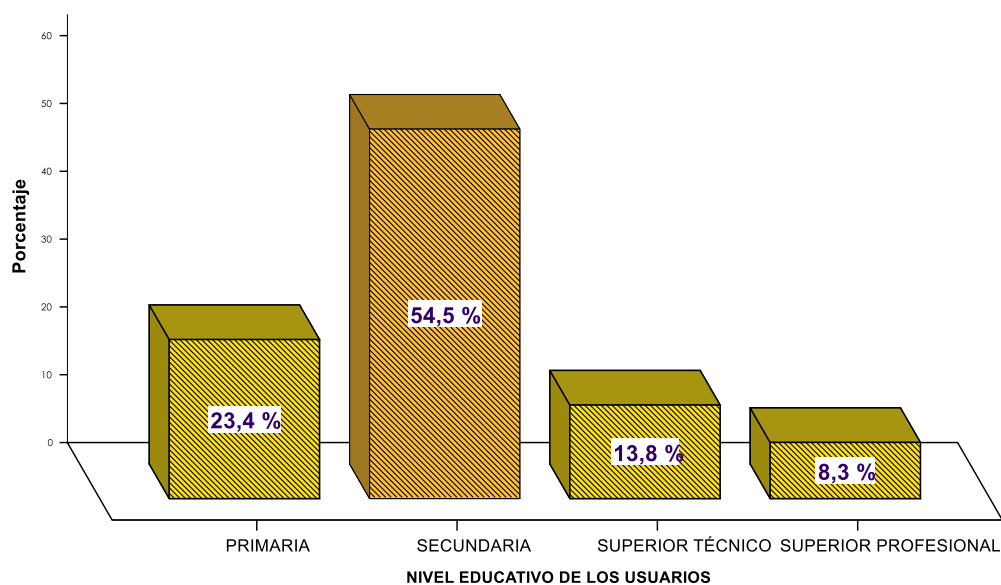
Figura 2: Procedencia de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 2 se constata que; de 145(100 %), 74(51.0 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, proceden de la provincia de Chupaca.

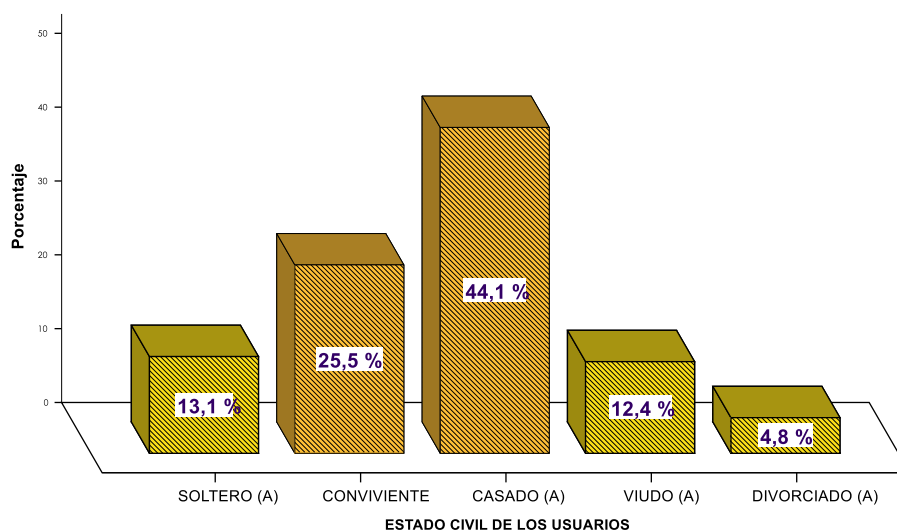
Figura 3: Nivel educativo de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 3 se constata que; de 145(100 %), 79(54.5 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen un nivel educativo de secundaria.

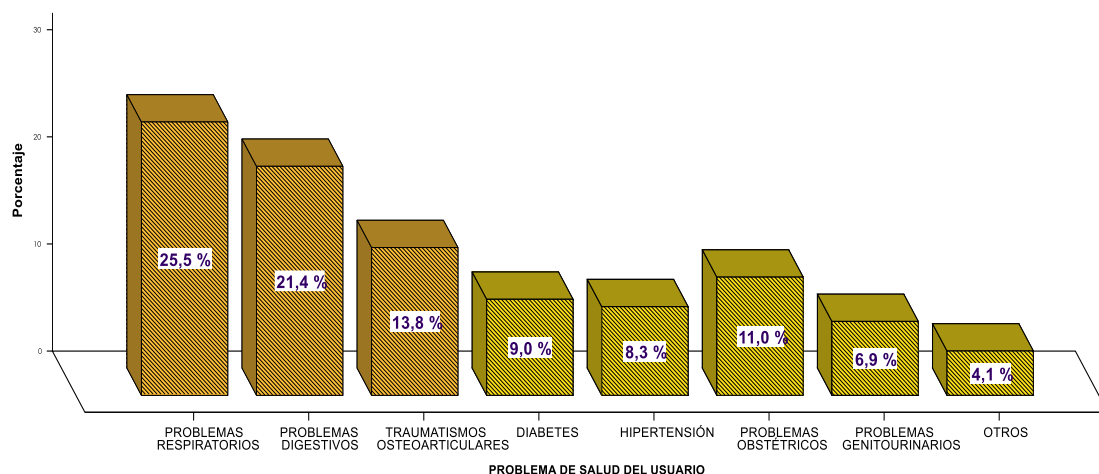
Figura 4: Estado civil de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 4 se constata que; de 145(100 %), 101(69.6 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen el estado civil de conviviente o casado(a).

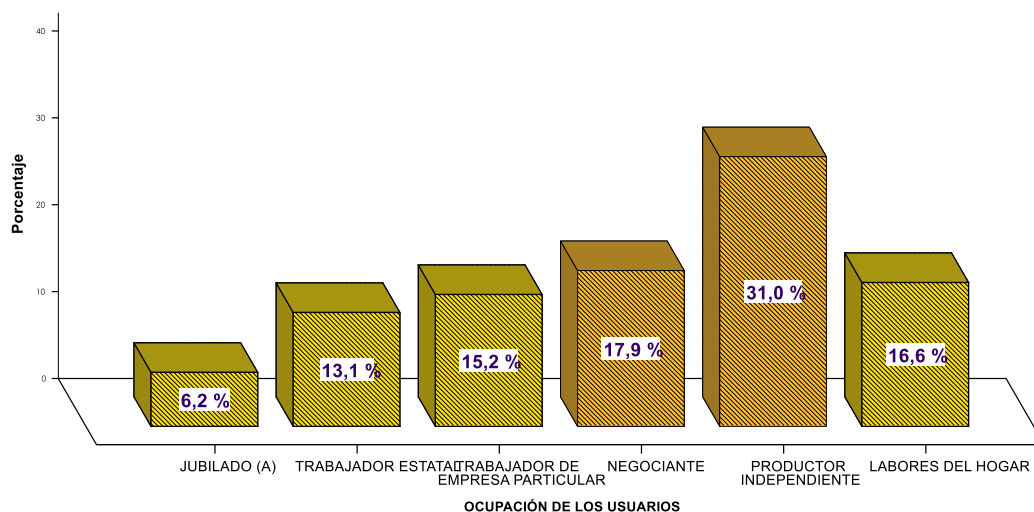
Figura 5: Problema de salud de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 5 se constata que; de 145(100 %), 88(60.7 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen problemas respiratorios, digestivos o traumatismo osteoarticulares.

Figura 6: Ocupación de los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022

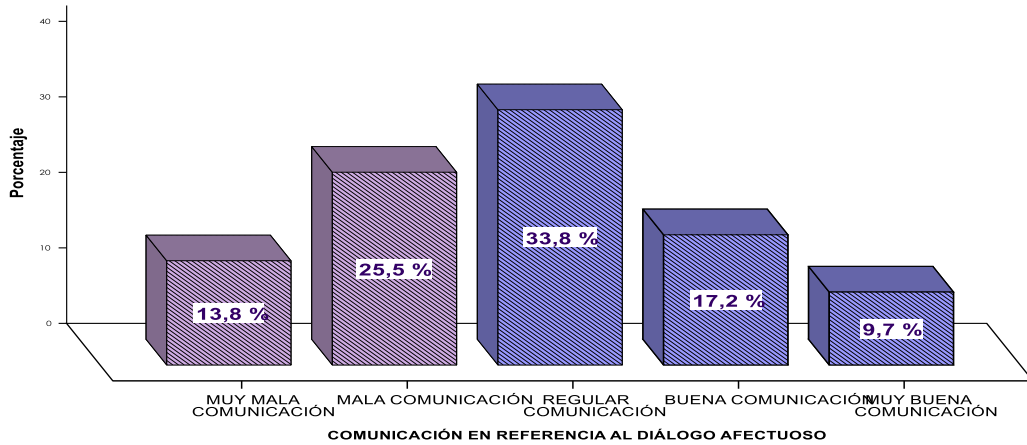


Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 6 se constata que; de 145(100 %), 71(48.9 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen la ocupación de negociante o productor independiente.

5.1.2. Características de la comunicación con el usuario de salud

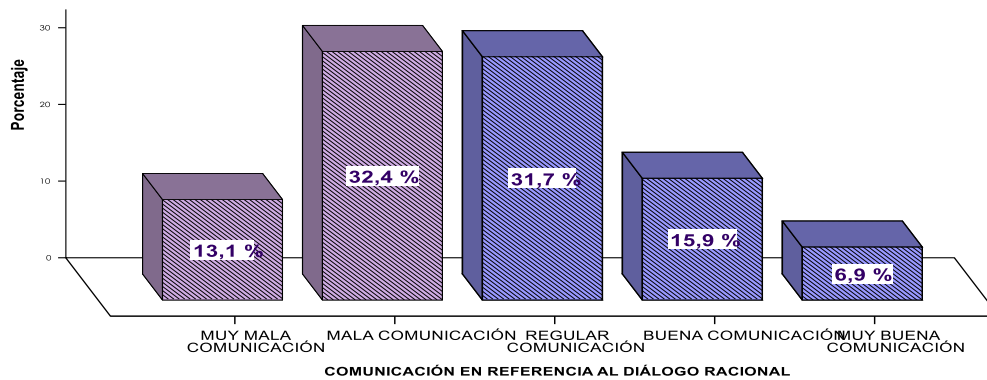
Figura 7: Comunicación en referencia al diálogo afectuoso en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 7 se constata que; de 145(100 %), 57(39.3 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, afirman que la comunicación que tuvieron con el personal de salud en referencia al diálogo afectuoso fue mala o muy mala.

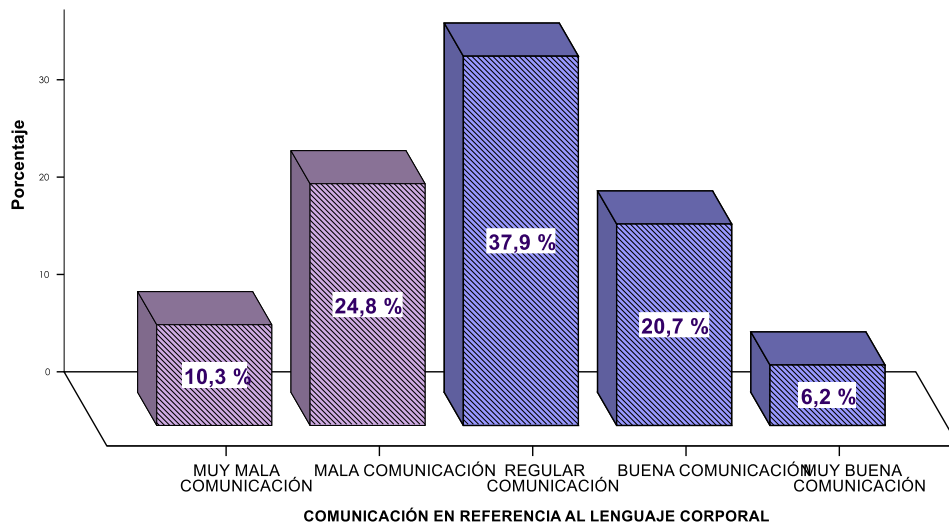
Figura 8: Comunicación en referencia al diálogo racional en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 8 se constata que; de 145(100 %), 66(45.5 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, afirman que la comunicación que tuvieron con el personal de salud en referencia al diálogo racional fue mala o muy mala.

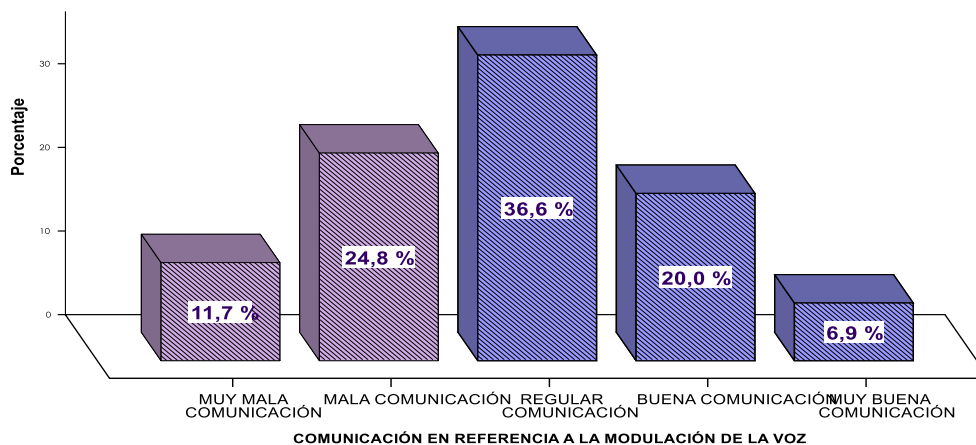
Figura 9: Comunicación en referencia al lenguaje corporal en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
 Elaboración: Propia.

En la Figura 9 se constata que; de 145(100 %), 51(35.1 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, afirman que la comunicación que tuvieron con el personal de salud en referencia al lenguaje corporal fue mala o muy mala.

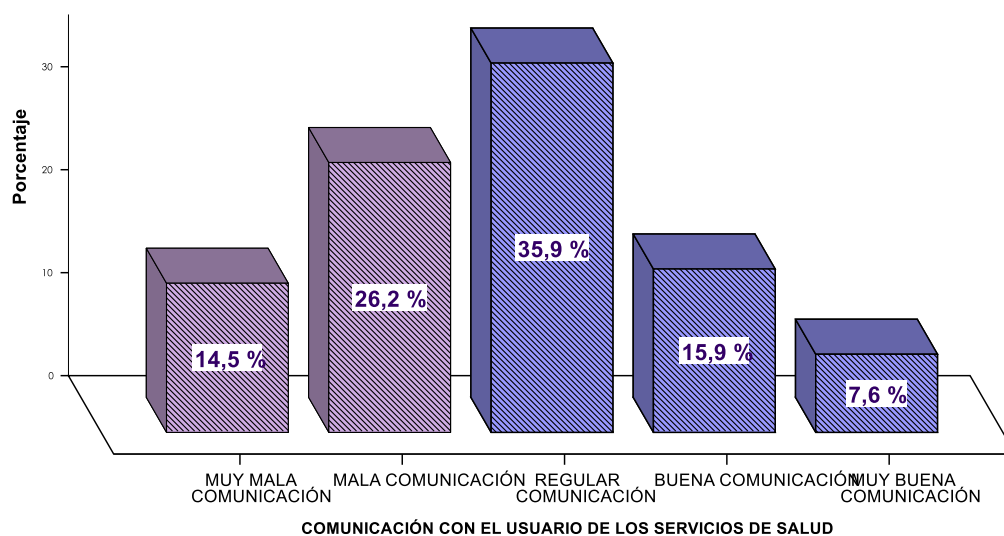
Figura 10: Comunicación en referencia a la modulación de la voz en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
 Elaboración: Propia.

En la Figura 10 se constata que; de 145(100 %), 53(36.5 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, afirman que la comunicación que tuvieron con el personal de salud en referencia a la modulación de la voz fue mala o muy mala.

Figura 11: Consolidado de comunicación con el usuario de los servicios de salud de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022

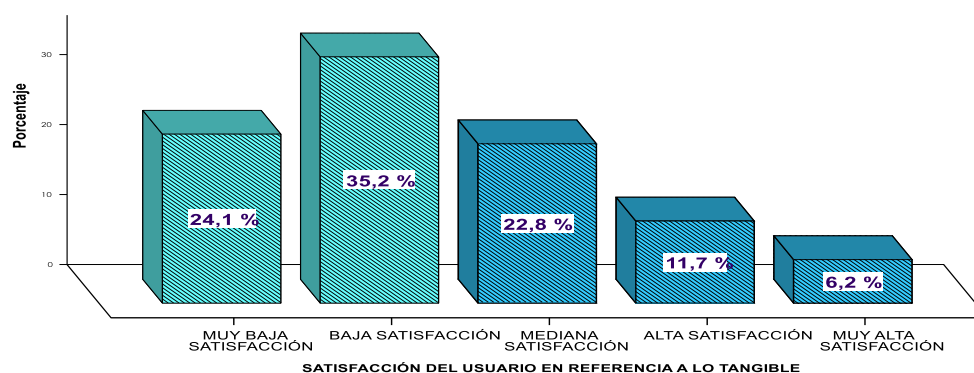


Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 11 se constata que; de 145(100 %), 59(40.7 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, afirman que la comunicación que tuvieron con el personal de salud de forma general fue mala o muy mala.

5.1.3. Características de la satisfacción con los servicios de salud

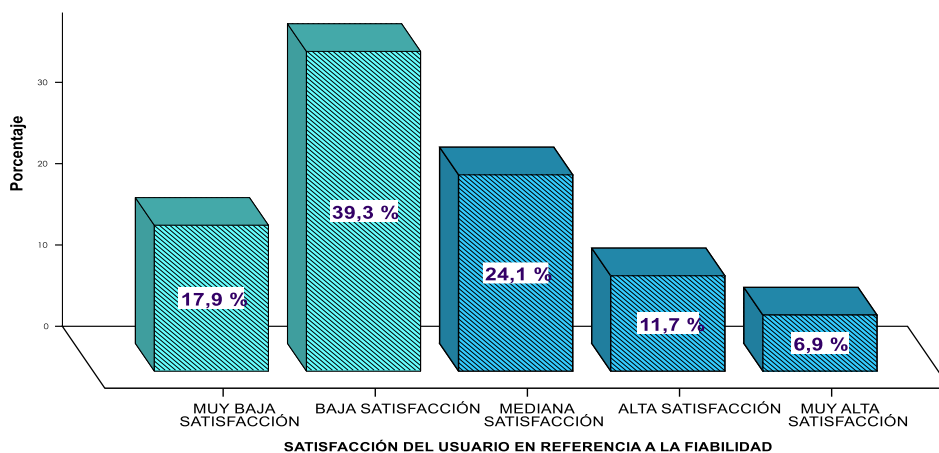
Figura 12: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a lo tangible en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Tabla 12 y en la Figura 12 se constata que; de 145(100 %), 86(59.3 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud en referencia a lo tangible.

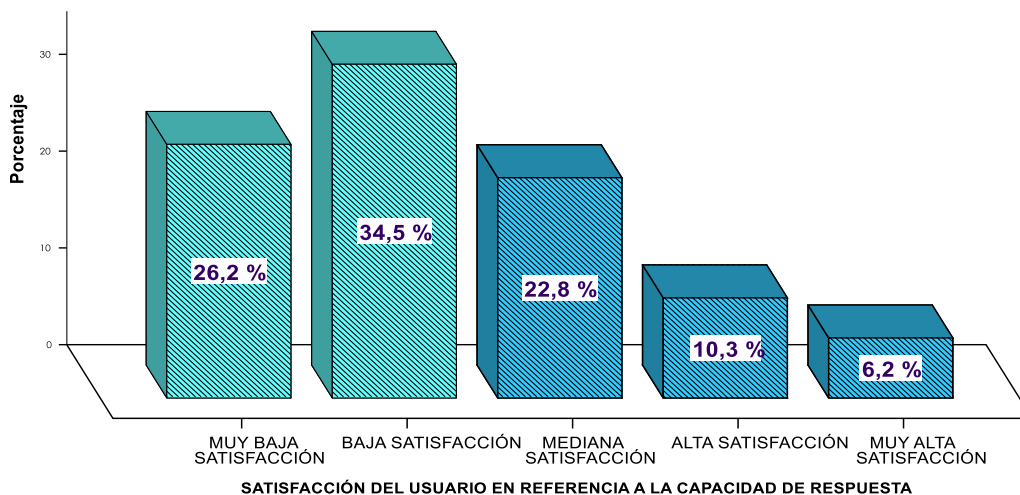
Figura 13: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la fiabilidad en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Tabla 13 y en la Figura 13 se constata que; de 145(100 %), 83(57.2 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud en referencia a la fiabilidad.

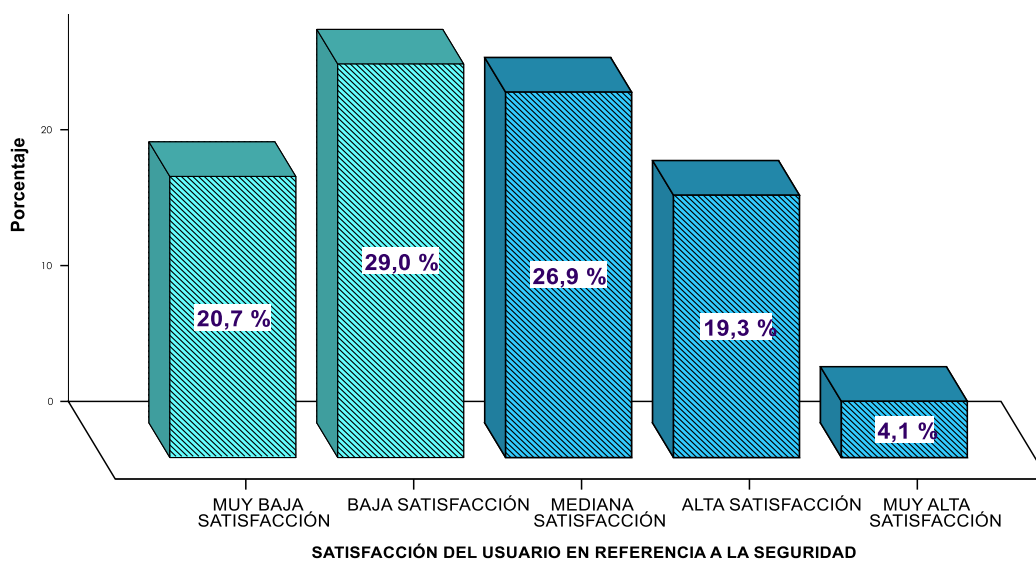
Figura 14: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la capacidad de respuesta en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 14 se constata que; de 145(100 %), 88(60.7 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud en referencia a la capacidad de respuesta.

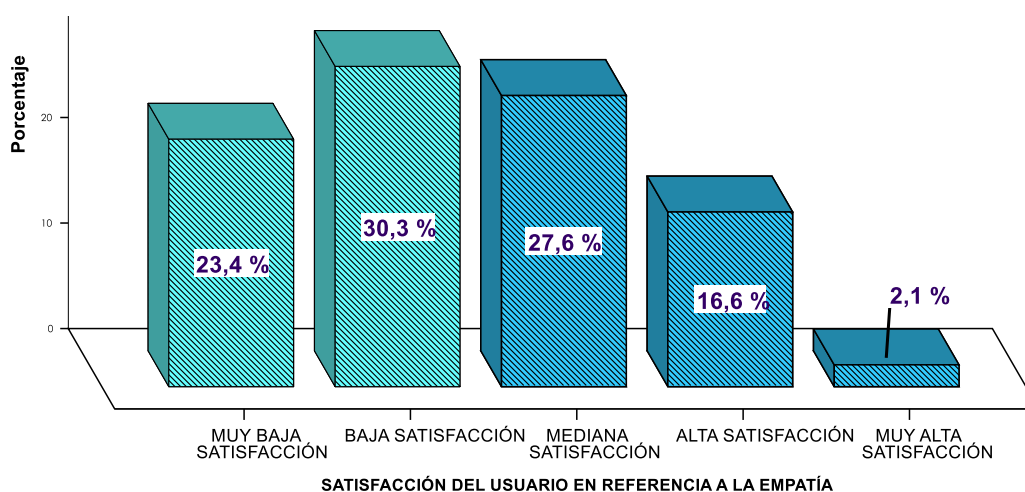
Figura 15: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la seguridad en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 15 se constata que; de 145(100 %), 72(49.7 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud en referencia a la seguridad.

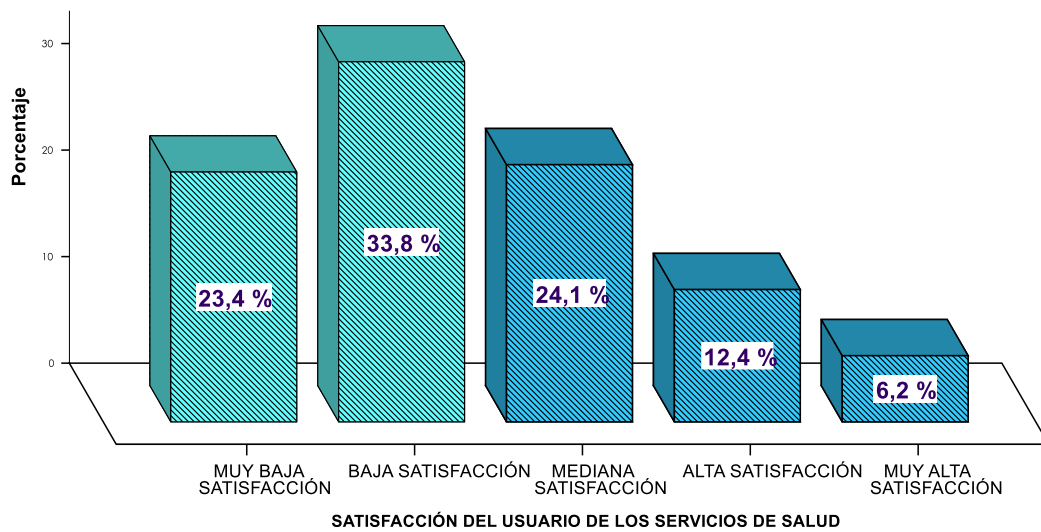
Figura 16: Satisfacción con los servicios de salud en referencia a la empatía en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 16 se constata que; de 145(100 %), 78(53.7 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud en referencia a la empatía.

Figura 17: Consolidado de satisfacción con los servicios de salud en los usuarios de la Micro Red de Salud Chupaca; 2022



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios de la Micro Red de Salud “Chupaca” en el 2022
Elaboración: Propia.

En la Figura 17 se constata que; de 145(100 %), 83(57.2 %) de los usuarios de la micro Red de Salud “Chupaca”, tienen baja o muy baja satisfacción con los servicios de salud de manera general.

5.2. Contrastación de hipótesis

5.2.1. Prueba de normalidad

Las hipótesis de la investigación deben de ser comprobadas mediante procesos estadísticos inferenciales, se tienen que elegir las pruebas adecuadas de acuerdo: al tipo de estudio, el tipo de datos disponibles y los alcances de la investigación. Las pruebas paramétricas ofrecen amplias ventajas frente a las no paramétricas; en virtud de ser más: robustas, específicas, sensibles y de mayor potencia. La condición ineludible para utilizar las pruebas estadísticas paramétricas, es que el conjunto de datos tenga normalidad (87).

La prueba elegible para verificar la normalidad es la prueba de Kolmogorov-Smirnov; esta se fundamenta en una comparación entre la curva de distribución acumulada de los datos de la variable objeto de análisis con curva de distribución normal teórica; la magnitud de la diferencia indica si existe o no normalidad. Es necesario efectuar la

corrección de Lilliefors a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido a que esta requiere disponer de parámetros, y en la investigación sólo tenemos estadígrafos; sin embargo, esta corrección posibilita proceder con los estadísticos disponibles (88).

Las hipótesis estadísticas que corresponden a la comprobación de la normalidad son las siguientes:

H_0 = La curva de la distribución acumulada de los datos de la variable analizada es similar a la curva de la distribución normal teórica.

H_1 = La curva de la distribución acumulada de los datos de la variable analizada no es similar a la curva de la distribución normal teórica.

Se rechaza la hipótesis nula, si el valor del “p value” es menor a 0.05; no obstante, si es mayor; se indicaría que no existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula de similitud; por ende, se refrenda que el conjunto de datos analizados posee normalidad (89).

Tabla 1: Prueba de normalidad del conjunto de datos de las variables: comunicación con el usuario de salud y satisfacción con los servicios de salud

	Pruebas de normalidad		
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Comunicación con el usuario de salud	,085	145	,200
Satisfacción con los servicios de salud	,089	145	,200

En la tabla 1, se evidencia que para la variable “comunicación con el usuario de salud”, el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, tiene una significancia de 0,200; que es un valor ampliamente mayor a 0,05; por lo que queda comprobada que la normalidad es una característica inherente a este conjunto de datos. De manera semejante, en la tabla 01, se obtiene que para la variable “satisfacción con los servicios de salud”, el estadístico de

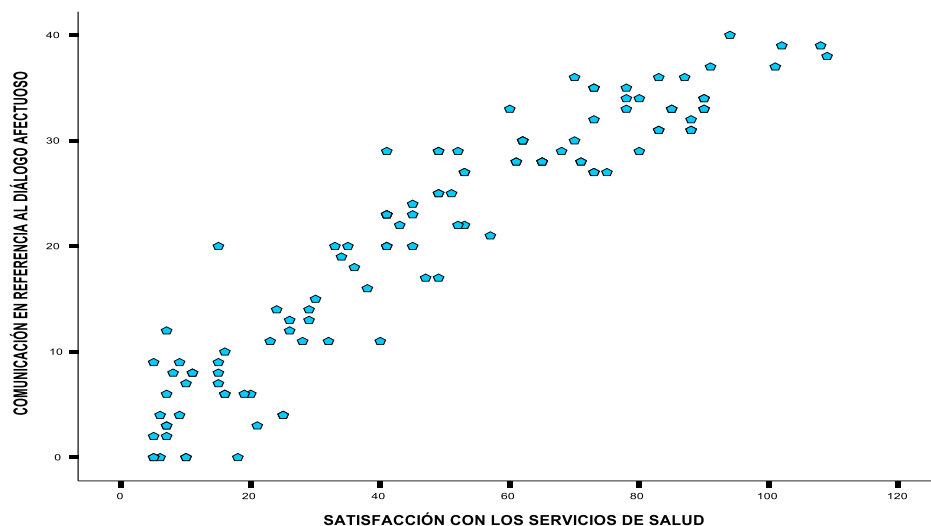
Kolmogorov-Smirnov, tiene una significancia de 0,200; que es un valor extensamente mayor a 0,05; de esta manera se prueba que la normalidad es una cualidad propia de este agregado de datos.

Habiéndose comprobado la normalidad de los datos, se procederá con el uso de pruebas paramétricas; para determinar la asociación se utilizará el “coeficiente r de Pearson” y para verificar las hipótesis la “Prueba t para coeficientes de correlación”.

5.2.2. Correlación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción con la atención de salud

Para poder visualizar la asociación entre las variables se elaboró un diagrama de dispersión entre la primera dimensión de la variable comunicación con el usuario y la satisfacción con los servicios de salud.

Figura 18: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción con la atención de salud



En la Figura 18, se comprueba que los usuarios que refieren haber tenido una mala comunicación con el personal de salud en referencia al diálogo afectuoso, también tienen baja satisfacción con los servicios, esto indica una relación directa entre estas variables.

En la investigación hemos planteado la siguiente hipótesis específica:

“La relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia al diálogo afectuoso; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022”

Para corroborar esta hipótesis, se procederá con el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente da valores que van desde “0” a “1”; los valores próximos a cero indican débil asociación y los valores próximos a uno indican una fuerte asociación, el signo positivo refleja una asociación directa, mientras que un signo negativo indica una relación inversa (5).

Tabla 2: Coeficiente de correlación de Pearson entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción con la atención de salud

		Satisfacción con los Servicios de Salud
	Correlación de Pearson	,412**
Comunicación en referencia al dialogo afectuoso	Sig. (bilateral)	,000
	N	145

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

En la Tabla 2, se reporta un coeficiente r de Pearson = 0.412; por el signo se establece que la asociación es directa, de manera que el incremento de la comunicación en referencia al diálogo afectuoso coincide con mejoras en la satisfacción con los servicios de salud; por el valor se determina que la asociación es moderada, de forma que las influencias entre estas variables no son determinantes y que existirían otras múltiples variables asociadas a la satisfacción con los servicios de salud y la comunicación.

Debido a que el coeficiente r de Pearson obtenido es un estadístico porque procede de datos muestrales, y para poder verificar la hipótesis se requiere de un parámetro procedente de la población; es necesario recurrir al análisis de “ p value”. En la Tabla 02 se

observa un “p value” igual a 0.000 que es ampliamente menor a 0.05; este hallazgo muestra que: el estadígrafo “r” de Pearson es muy similar al parámetro “ρ” de Pearson. En consecuencia, queda verificada la hipótesis.

Estos resultados son la evidencia que nos permite afirmar que; el incremento de la comunicación en referencia al diálogo afectuoso, mejora la satisfacción con los servicios de salud; de esta manera se comprueba la hipótesis establecida.

Proceso Analítico de Verificación de la Primera Hipótesis Específica

i: Elección de la prueba estadística

Se conviene utilizar la “prueba t para coeficientes de correlación”, que es la que se ajusta a este tipo de datos. Tiene la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada en función a datos reales y empíricos
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson muestral
- n : Número de elementos que conforman a la muestra representativa

La prueba empleada define; si, con un coeficiente r de Pearson = 0,412 calculado de una muestra de 145 usuarios; es válido confirmar que, el nivel de correlación muestral preexiste en la población.

ii: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 = La comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, no están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **si** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

iii: Requisitos para poder utilizar la prueba estadística planteada

- a. Que los datos provengan de una muestra representativa
- b. Que el cúmulo de datos de posea normalidad
- c. Que las escalas empleadas en la valoración de las variables incluyan al cero

absoluto

Se cumplen con todos estos requisitos

iv: Elección del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

v: Criterio de decisión

Condiciones:

- Los grados de libertad responden a: $n - 2$. Al reemplazar se tiene: $145 - 2 = 143$
- Se elige un nivel de confiabilidad de 95 %; su recíproco es 5% de error; distribuido en dos colas es 0.025.

Magnitud numérica t tabular:

- Corresponde a 1.977

Pauta de decisión:

- Si el valor de la t calculada en valor absoluto es mayor a 1.977; se rechaza H_0 .

vi: Procesamiento matemático

$$t = \frac{0.412 \sqrt{145 - 2}}{\sqrt{1 - 0.412^2}}$$

$$t = \frac{0.412 \sqrt{143}}{\sqrt{1 - 0.169}}$$

$$t = \frac{0.412 * 11.958}{0.830}$$

$$t = \frac{4.961}{0.911}$$

$$t = 5.445$$

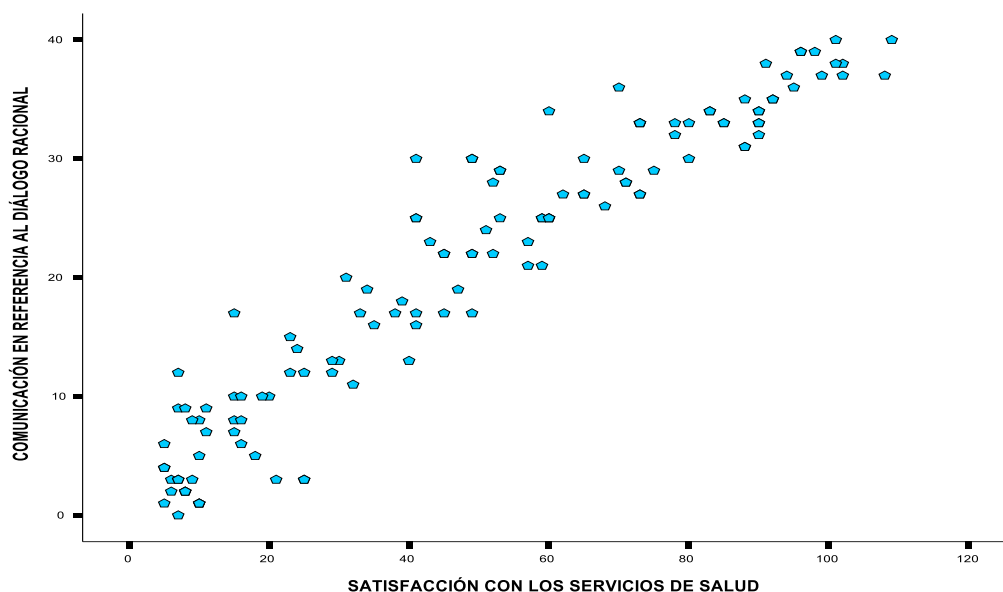
vii: Interpretación de resultados

La t calculada tienen un valor de 5.445, que es numéricamente superior a 1.977; empleando el criterio de decisión, corresponde rechazar la hipótesis nula de correlación cero y aceptar a la hipótesis alterna; en consecuencia, queda verificada la primera hipótesis específica; y se asume como real y tangible la asociación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción de los usuarios de la micro red de salud.

5.2.3. Correlación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción con la atención de salud

Para poder visualizar la asociación entre las variables se preparó un diagrama de dispersión entre la segunda dimensión de la variable comunicación con el usuario y la satisfacción con los servicios de salud.

Figura 19: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción con la atención de salud



En la Figura 19, se comprueba que los usuarios que refieren haber tenido una mala comunicación con el personal de salud en referencia al diálogo racional, también tienen baja satisfacción con los servicios, esto indica una relación directa entre estas variables.

En la investigación hemos planteado la siguiente hipótesis específica:

“La relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia al diálogo racional; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022”

A fin de corroborar esta hipótesis, se procederá con el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente da valores que van desde “0” a “1”; los valores próximos a cero indican débil asociación y los valores próximos a uno indican una fuerte asociación, el signo positivo refleja una asociación directa, mientras que un signo negativo indica una relación inversa (5).

Tabla 3: Coeficiente de correlación de Pearson entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción con la atención de salud

		Satisfacción con los servicios de salud
Comunicación en referencia al dialogo racional	Correlación de Pearson	,435**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	145

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

En la Tabla 3, se reporta un coeficiente r de Pearson = 0.435; por el signo se establece que la asociación es directa, de manera que el incremento de la comunicación en referencia al diálogo racional coincide con mejoras en la satisfacción con los servicios de salud; por el valor se determina que la asociación es moderada, de forma que las influencias entre estas variables no son determinantes y que existirían otras múltiples variables asociadas a la satisfacción con los servicios de salud y la comunicación.

Debido a que el coeficiente r de Pearson conseguido es un estadístico porque procede de datos muestrales, y para poder verificar la hipótesis se requiere de un parámetro procedente de la población; es necesario recurrir al análisis de “p value”. En la Tabla 03 se observa un “p value” igual a 0.000 que es ampliamente menor a 0.05; este hallazgo muestra que: el estadígrafo “r” de Pearson es muy similar al parámetro “p” de Pearson. En consecuencia, queda verificada la hipótesis.

Estos resultados son la evidencia que nos permite afirmar que; el incremento de la comunicación en referencia al diálogo racional, mejora la satisfacción con los servicios de salud; de esta manera se comprueba la hipótesis establecida.

Proceso Analítico De Verificación De La Segunda Hipótesis Específica

i: Elección de la prueba estadística

Se conviene utilizar la “prueba t para coeficientes de correlación”, que es la que se ajusta a este tipo de datos. tiene la siguiente formula:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada en función a datos reales y empíricos
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson muestral
- n : Número de elementos que conforman a la muestra representativa

La prueba empleada define; si, con un coeficiente r de Pearson = 0,435 calculado de una muestra de 145 usuarios; es válido afirmar que, el nivel de correlación muestral preexiste en la población.

ii: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 = La comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, no están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **si** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

iii: Requisitos para poder utilizar la prueba estadística planteada

- a. Que los datos provengan de una muestra representativa
- b. Que el cúmulo de datos de posea normalidad
- c. Que las escalas empleadas en la valoración de las variables incluyan al cero absoluto

Se cumplen con todos estos requisitos

iv: Elección del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

v: Criterio de decisión

Condiciones:

- Los grados de libertad responden a: $n - 2$. Al reemplazar se tiene: $145 - 2 = 143$
- Se elige un nivel de confiabilidad de 95 %; su recíproco es 5% de error; distribuido en dos colas es 0.025.

Magnitud numérica t tabular:

- Corresponde a 1.977

Pauta de decisión:

- Si el valor de la t calculada en valor absoluto es mayor a 1.977; se rechaza H_0 .

vi: Procesamiento matemático

$$t = \frac{0.435 \sqrt{145 - 2}}{\sqrt{1 - 0.435^2}}$$

$$t = \frac{0.435 \sqrt{143}}{\sqrt{1 - 0.189}}$$

$$t = \frac{0.435 * 11.958}{0.811}$$

$$t = \frac{5.238}{0.900}$$

$$t = 5.817$$

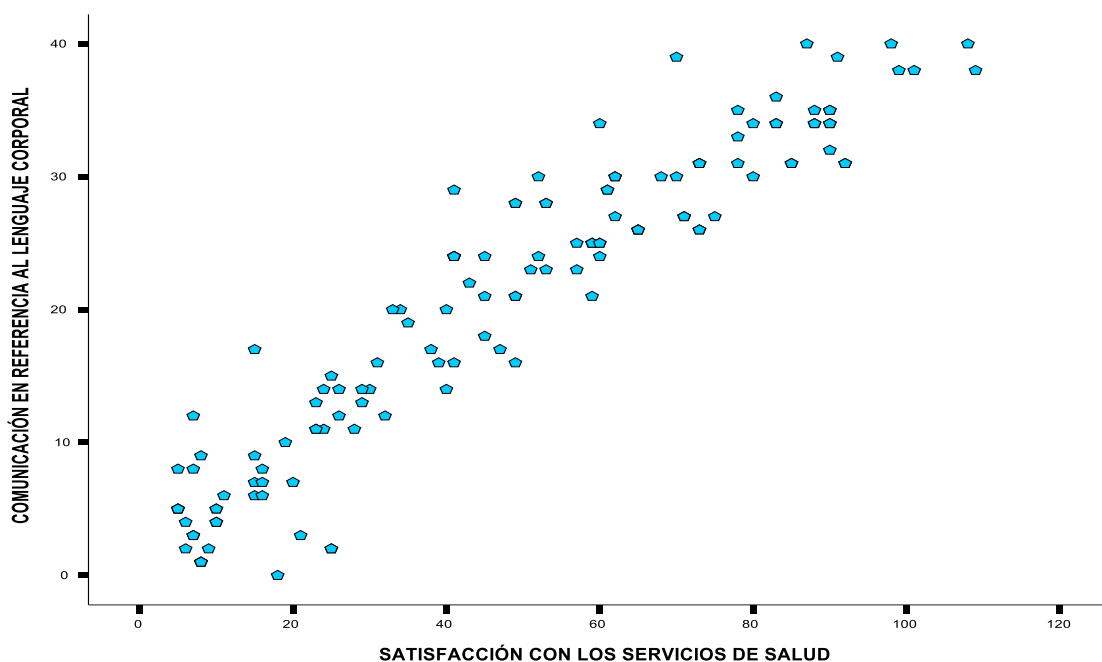
vii: Interpretación de resultados

La t calculada tienen un valor de 5.817, que es numéricamente superior a 1.977; empleando el criterio de decisión, corresponde rechaza la hipótesis nula de correlación cero y aceptar a la hipótesis alterna; en efecto, queda verificada la segunda hipótesis específica; y se asume como real y tangible la asociación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción de los usuarios de la micro red de salud.

5.2.4. Correlación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción con la atención de salud

Para poder visualizar la asociación entre las variables se realizó un diagrama de dispersión entre la tercera dimensión de la variable comunicación con el usuario y la satisfacción con los servicios de salud.

Figura 20: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción con la atención de salud



En la Figura 20, se constata que los usuarios que refieren hacer tenido una mala comunicación con el personal de salud en referencia al lenguaje corporal, también tienen baja satisfacción con los servicios, esto indica un vínculo directo entre estas variables.

En la investigación hemos planteado la siguiente hipótesis específica:

“La relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia al lenguaje corporal; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022”

Para corroborar esta hipótesis, se procederá con el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente da valores que van desde “0” a “1”; los valores próximos a cero indican débil asociación y los valores próximos a uno indican una fuerte asociación, el signo positivo refleja una asociación directa, mientras que un signo negativo indica una relación inversa (5).

Tabla 4: Coeficiente de correlación de Pearson entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción con la atención de salud

		Satisfacción con los servicios de salud
	Correlación de Pearson	,427**
Comunicación en referencia al lenguaje corporal	Sig. (bilateral)	,000
	N	145

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

En la Tabla 4, se reporta un coeficiente r de Pearson = 0.427; por el signo se establece que la asociación es directa, de manera que el incremento de la comunicación en referencia al lenguaje corporal coincide con mejoras en la satisfacción con los servicios de salud; por el valor se determina que la asociación es moderada, de forma que las influencias entre estas variables no son determinantes y que existirían otras múltiples variables asociadas a la satisfacción con los servicios de salud y la comunicación.

Debido a que el coeficiente r de Pearson conseguido es un estadístico porque procede de datos muestrales, y para poder verificar la hipótesis se requiere de un parámetro procedente de la población; es necesario recurrir al análisis de “ p value”. En la Tabla 04 se observa un “ p value” igual a 0.000 que es ampliamente menor a 0.05; este hallazgo muestra que: el estadígrafo “ r ” de Pearson es muy parecido al parámetro “ ρ ” de Pearson. En consecuencia, queda verificada la hipótesis.

Estos resultados son la evidencia que nos permite afirmar que; el incremento de la comunicación en referencia al lenguaje corporal, mejora la satisfacción con los servicios de salud; de esta manera se comprueba la hipótesis establecida.

Proceso Analítico de Verificación de la Tercera Hipótesis Específica

i: Elección de la prueba estadística

Se conviene utilizar la “prueba t para coeficientes de correlación”, que es la que se ajusta a este tipo de datos. Tiene la siguiente fórmula:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “ t ” calculada en función a datos reales y empíricos
- r : Coeficiente de correlación “ r ” de Pearson muestral
- n : Número de elementos que conforman a la muestra representativa

La prueba empleada define; si, con un coeficiente r de Pearson = 0,427 calculado de una muestra de 145 usuarios; es válido afirmar que, el nivel de correlación muestral preexiste en la población.

ii: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 = La comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **no** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **si** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

iii: Requisitos para poder utilizar la prueba estadística planteada

- Que los datos provengan de una muestra representativa
- Que el cúmulo de datos de posea normalidad
- Que las escalas empleadas en la valoración de las variables incluyan al cero absoluto

Se cumplen con todos estos requisitos

iv: Elección del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

v: Criterio de decisión

Condiciones:

- Los grados de libertad responden a: $n - 2$. Al reemplazar se tiene: $145 - 2 = 143$
- Se elige un nivel de confiabilidad de 95 %; su recíproco es 5% de error; distribuido en dos colas es 0.025.

Magnitud numérica t tabular:

- Corresponde a 1.977

Pauta de decisión:

- Si el valor de la t calculada en valor absoluto es mayor a 1.977; se rechaza H_0 .

vi: Procesamiento matemático

$$t = \frac{0.427 \sqrt{145 - 2}}{\sqrt{1 - 0.427^2}}$$

$$t = \frac{0.427\sqrt{143}}{\sqrt{1 - 0.182}}$$

$$t = \frac{0.427 * 11.958}{0.818}$$

$$t = \frac{5.142}{0.904}$$

$$t = 5.686$$

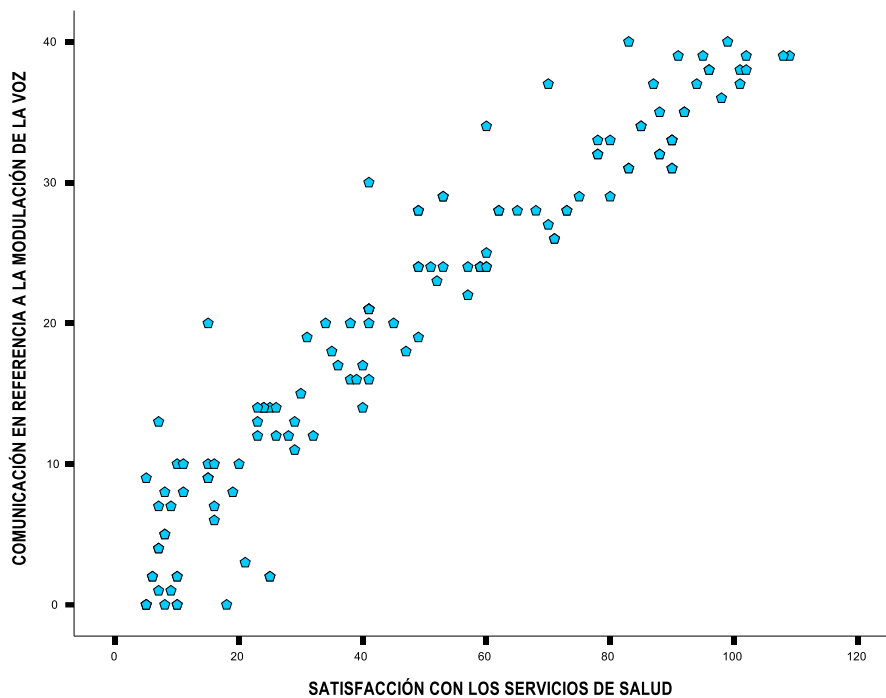
vii: Interpretación de resultados

La t calculada tienen un valor de 5.686, que es numéricamente superior a 1.977; empleando el criterio de determinación, corresponde rechaza la hipótesis nula de correlación cero y aceptar a la hipótesis alterna; en efecto, queda verificada la tercera hipótesis específica; y se asume como real y tangible la asociación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción de los usuarios de la micro red de salud.

5.2.5. Correlación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción con la atención de salud

Para poder visualizar la asociación entre las variables se desarrolló un diagrama de dispersión entre la cuarta dimensión de la variable comunicación con el usuario y la satisfacción con los servicios de salud.

Figura 21: Diagrama de dispersión entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción con la atención de salud



En la Figura 21, se constata que los usuarios que refieren haber tenido una mala comunicación con el personal de salud en referencia a la modulación de la voz, también tienen baja satisfacción con los servicios, esto indica un vínculo directo entre estas variables.

En el estudio hemos planteado la siguiente hipótesis específica:

“La relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencia a la modulación de la voz; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022”

Para corroborar esta hipótesis, se procederá con el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente da valores que van desde “0” a “1”; los valores próximos a cero indican débil asociación y los valores próximos a uno indican una fuerte asociación, el signo positivo refleja una asociación directa, mientras que un signo negativo indica una relación inversa (5).

Tabla 5: Coeficiente de correlación de Pearson entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción con la atención de salud

		Satisfacción con los servicios de salud
Comunicación en referencia a la modulación de la voz	Correlación de Pearson	,439**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	145

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

En la Tabla 5, se reporta un coeficiente r de Pearson = 0.439; por el signo se establece que la asociación es directa, de manera que el incremento de la comunicación en referencia a la modulación de la voz coincide con mejoras en la satisfacción con los servicios de salud; por el valor se determina que la asociación es moderada, de forma que las influencias entre estas variables no son determinantes y que existirían otras múltiples variables asociadas a la satisfacción con los servicios de salud y la comunicación.

Debido a que el coeficiente r de Pearson conseguido es un estadístico porque procede de datos muestrales, y para poder verificar la hipótesis se requiere de un parámetro procedente de la población; es necesario recurrir al análisis de “ p value”. En la Tabla 05 se observa un “ p value” igual a 0.000 que es ampliamente menor a 0.05; este hallazgo indica que: el estadígrafo “ r ” de Pearson es muy similar al parámetro “ p ” de Pearson. En consecuencia, queda verificada la hipótesis.

Estos resultados son la evidencia que nos permite confirmar que; el incremento de la comunicación en referencia a la modulación de la voz, mejora la satisfacción con los servicios de salud; de esta manera se comprueba la hipótesis establecida.

Proceso Analítico de Verificación de la cuarta Hipótesis Específica

i: Elección de la prueba estadística

Se conviene utilizar la “prueba t para coeficientes de correlación”, que es la que se ajusta a este tipo de datos. Tiene la siguiente ecuación:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada en función a datos reales y empíricos
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson muestral
- n : Número de elementos que conforman a la muestra representativa

La prueba empleada define; si, con un coeficiente r de Pearson = 0,427 calculado de una muestra de 145 usuarios; es válido confirmar que, el nivel de correlación muestral preexiste en la población.

ii: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 = La comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **no** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **si** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

iii: Requisitos para poder utilizar la prueba estadística planteada

- a. Que los datos provengan de una muestra representativa
- b. Que el cúmulo de datos de posea normalidad

c. Que las escalas empleadas en la valoración de las variables incluyan al cero absoluto

Se cumplen con todos estos requisitos

iv: Elección del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

v: Criterio de decisión

Condiciones:

- Los grados de libertad responden a: $n - 2$. Al reemplazar se tiene: $145 - 2 = 143$
- Se elige un nivel de confiabilidad de 95 %; su recíproco es 5% de error; distribuido en dos colas es 0.025.

Magnitud numérica t tabular:

- Corresponde a 1.977

Pauta de decisión:

- Si el valor de la t calculada en valor absoluto es mayor a 1.977; se rechaza H_0 .

vi: Procesamiento matemático

$$t = \frac{0.439 \sqrt{145 - 2}}{\sqrt{1 - 0.439^2}}$$

$$t = \frac{0.439 \sqrt{143}}{\sqrt{1 - 0.193}}$$

$$t = \frac{0.439 * 11.958}{0.807}$$

$$t = \frac{5.286}{0.898}$$

$$t = 5.883$$

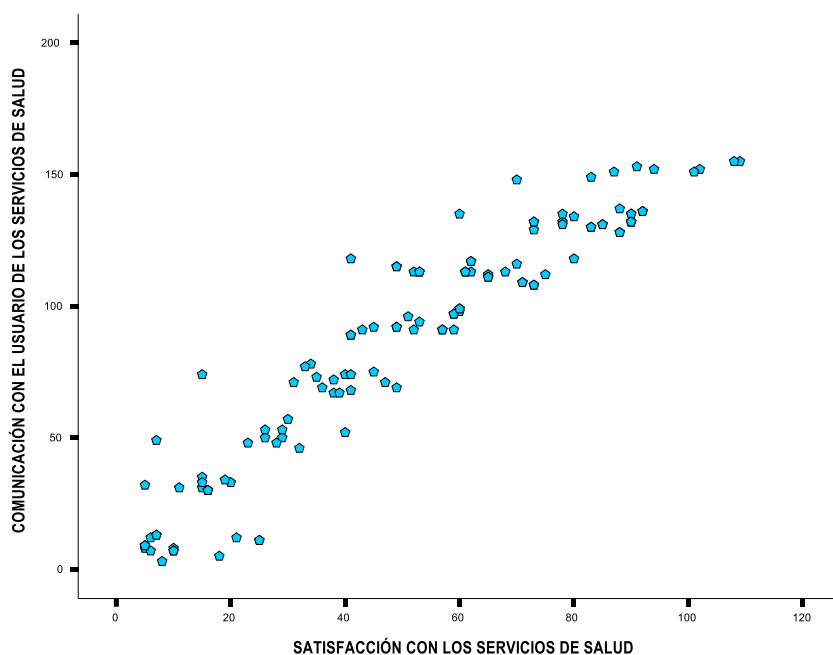
vii: Interpretación de resultados

La t calculada tienen un valor de 5.883, que es numéricamente superior a 1.977; empleando el criterio de decisión, corresponde rechazar la hipótesis nula de correlación cero y aceptar a la hipótesis alterna; en consecuencia, queda verificada la cuarta hipótesis específica; y se asume como real y tangible la asociación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción de los usuarios de la micro red de salud.

5.2.6. Correlación entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud

Para poder visualizar la asociación entre las variables se realizó un diagrama de dispersión entre la variable comunicación con el usuario y la satisfacción con los servicios de salud.

Figura 22: Diagrama de dispersión entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud



En la Figura 22, se comprueba que los usuarios que refieren haber tenido una mala comunicación con el personal de salud, también tienen baja satisfacción con los servicios, esto indica un vínculo directo entre estas variables.

En el estudio hemos planteado la siguiente hipótesis general:

“La relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022”

Para confirmar esta hipótesis, se procederá con el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente da valores que van desde “0” a “1”; los valores próximos a cero indican débil asociación y los valores próximos a uno indican una fuerte asociación, el signo positivo refleja una asociación directa, mientras que un signo negativo indica una relación inversa (5).

Tabla 6: Coeficiente de correlación de Pearson entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud

Satisfacción con los servicios de salud

Comunicación con el usuario de los servicios de salud	Correlación de Pearson	,428**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	145

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

En la Tabla 6, se reporta un coeficiente r de Pearson = 0.428; por el signo se establece que la asociación es directa, de manera que el incremento de la comunicación coincide con mejoras en la satisfacción con los servicios de salud; por el valor se determina que la asociación es moderada, de forma que las influencias entre estas variables no son determinantes y que existirían otras múltiples variables asociadas a la satisfacción con los servicios de salud y la comunicación.

Debido a que el coeficiente r de Pearson alcanzado es un estadístico porque procede de datos muestrales, y para poder verificar la hipótesis se requiere de un parámetro procedente de la población; es necesario recurrir al análisis de “ p value”. En la Tabla 06 se observa un “ p value” igual a 0.000 que es ampliamente menor a 0.05; este hallazgo indica que: el estadígrafo “ r ” de Pearson es muy similar al parámetro “ p ” de Pearson. En consecuencia, queda verificada la hipótesis.

Estos resultados son la evidencia que nos permite afirmar que; el incremento de la comunicación, mejora la satisfacción con los servicios de salud; de esta manera se comprueba la hipótesis establecida.

Proceso Analítico de comprobación de la Hipótesis General

i: Elección de la prueba estadística

Se conviene utilizar la “prueba t para coeficientes de correlación”, que es la que se ajusta a este tipo de datos. Tiene la siguiente formula:

$$t = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada en función a datos reales y empíricos
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson muestral
- n : Número de elementos que conforman a la muestra representativa

La prueba empleada define; si, con un coeficiente r de Pearson = 0,427 calculado de una muestra de 145 usuarios; es válido confirmar que, el nivel de correlación muestral preexiste en la población.

ii: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 = La comunicación y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **no** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La comunicación y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, **si** están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

iii: Requisitos para poder utilizar la prueba estadística planteada

- a. Que los datos provengan de una muestra representativa
- b. Que el cúmulo de datos de posea normalidad
- c. Que las escalas empleadas en la valoración de las variables incluyan al cero absoluto

Se cumplen con todos estos requisitos

iv: Elección del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

v: Criterio de decisión

Condiciones:

- Los grados de libertad responden a: $n - 2$. Al reemplazar se tiene: $145 - 2 = 143$
- Se elige un nivel de confiabilidad de 95 %; su recíproco es 5% de error; distribuido en dos colas es 0.025.

Magnitud numérica t tabular:

- Corresponde a 1.977

Pauta de decisión:

- Si el valor de la t calculada en valor absoluto es mayor a 1.977; se rechaza H_0 .

vi: Procesamiento matemático

$$t = \frac{0.428 \sqrt{145 - 2}}{\sqrt{1 - 0.428^2}}$$

$$t = \frac{0.428 \sqrt{143}}{\sqrt{1 - 0.183}}$$

$$t = \frac{0.428 * 11.958}{0.817}$$

$$t = \frac{5.154}{0.904}$$

$$t = 5.703$$

vii: Interpretación de resultados

La t calculada tienen un valor de 5.703, que es numéricamente superior a 1.977; empleando el criterio de decisión, corresponde rechazar la hipótesis nula de correlación cero y aceptar a la hipótesis alterna; en consecuencia, queda verificada la hipótesis general; y se asume como real y tangible la asociación entre la comunicación y la satisfacción de los usuarios de la micro red de salud.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Características de la comunicación con el usuario de los servicios de salud

En este estudio se encontró que el 40.7 % de los usuarios de salud refieren tener una mala o muy mala comunicación con el personal de salud; es decir que cerca de la mitad de los usuarios de salud no pueden intercambiar eficientemente mensajes sobre su condición de salud con el personal sanitario; esto podría deberse principalmente a las características culturales de la población y a la baja formación en habilidades de comunicación e interculturalidad de los profesionales de la salud. Los usuarios tienen diferentes perspectivas, valores y creencias sobre el proceso salud enfermedad y muchos desconfían de la medicina científica, estas diferencias son fuentes potenciales de malentendidos. La manera en que los clientes: distinguen, experimentan y enfrentan la enfermedad, se basa en sus significados y creencias que explican la enfermedad; de forma que, si el personal sanitario no asume la misma perspectiva cultural del usuario, no puede sintonizar sus razones y propósitos y no consiguen una comunicación efectiva; además, los pacientes con fuertes arraigos culturales son menos expresivos y asertivos. Los profesionales de salud no se empeñan en desarrollar competencias de comunicación, al no reconocer la verdadera importancia de la comunicación efectiva en la práctica de salud. Los profesionales tienen limitadas competencias de comunicación efectiva; pocas veces amoldan sus mensajes al nivel educativo de su interlocutor, no seleccionan las palabras y frases más adecuadas, no les dan claridad y concisión a las recomendaciones. Pocas veces se percatan que el paciente esté comprendiendo las explicaciones y no se involucran en reconocer y responder a los sentimientos y emociones de los pacientes dada su condición de salud; tampoco esclarecen sus preocupaciones ni sintetizan todo lo tratado. Asimismo, es común que el personal de salud no busca mantener el contacto visual, y no se preocupa en poner énfasis a sus

exposiciones moviendo las manos y otras partes corporales, y no mantienen una actitud amistosa.

Kwamea A, Petrucka P, en el año 2021, encuentran que alrededor del 50% de los pacientes reportan tener una mala comunicación con los trabajadores de salud; asimismo, para brindar atención de salud efectiva se requiere una comunicación clara como elemento esencial, el impacto de las competencias comunicativas deficientes de los profesionales sanitarios es perjudicial para la calidad de la atención y la seguridad; el talento comunicativo es una habilidad necesaria. La comunicación efectiva puede conducir a una mayor confianza y disposición del paciente para seguir adelante con el plan de tratamiento, lo que, a su vez, mejora la supervivencia. La participación de los pacientes en las consultas ayuda a comprender sus valores y preferencias y descubrir posibles percepciones erróneas con respecto a los efectos del tratamiento. La comunicación deficiente, incluidos los discursos descorteses, el uso de un lenguaje áspero y grosero, el uso de palabras humillantes y provocativas y el lenguaje abusivo, llevan a reacción violentas contra el personal de salud. La comunicación intercultural será efectiva si ambos participantes entienden el significado de la información dada, puede ser una herramienta útil que minimiza los diferentes puntos de vista y las barreras. La familiarización con la historia, las costumbres, las tradiciones, las actitudes hacia la salud y la enfermedad crea la base del enfoque multicultural en salud. Es necesario tener suficiente tiempo para cada cliente de una cultura diferente, se deben de usar palabras simples y expresiones que los clientes entenderán y evitar terminología médica tanto como sea posible, se tiene que hablar despacio y con claridad, repetir las palabras, los profesionales de la salud deben de aprender palabras para la comunicación básica en un idioma diferente y utilizarlos adecuadamente, emplear sonrisas, gestos, imágenes para una mejor comprensión, ayudar a los clientes a expresar sus sentimientos, ideas, opiniones y

necesidades, verificar la comprensión de la información básica y animar al paciente a expresar sus sentimientos, ideas, opiniones y necesidades (1).

Shiraly R, Mahdaviazad H, Pakdin A, en el año 2021, Irán; hallan que el 55% de los participantes declaran tener una deficiente comunicación con los profesionales sanitarios; las habilidades de comunicación son fundamentales para la atención de salud exitosa y tienen un gran impacto en la satisfacción, el cumplimiento y los resultados del paciente, aunque estas habilidades dependen de varios factores personales, se ha demostrado que las habilidades comunicativas pueden mejorarse con entrenamiento y experiencia. La falta de currículos de capacitación integral en habilidades de comunicación para profesionales de salud, han provocado deficiencias en esta área. El concepto de relación profesional-paciente ha evolucionado con el tiempo desde un modelo paternalista a uno centrado en el paciente que respeta las necesidades, la autonomía y las preferencias de los pacientes; hoy en día, el enfoque centrado en el paciente es preponderante; este enfoque lleva a ver la enfermedad desde la perspectiva del paciente. La comunicación efectiva es tan importante para la atención de salud de alta calidad como la competencia técnica; la comunicación es la clave para aliviar gran parte del estrés y la ansiedad que experimentan los pacientes; si este aspecto no es abordado el resultado puede ser confusión, mala interpretación, falta de cambio de comportamiento e incumplimiento del tratamiento. La empatía es importante para una comunicación de salud exitosa; la empatía es el poder de identificarse mentalmente con el paciente e incluye ser sensible a las emociones cambiantes que fluyen en la otra persona, ya sea miedo o rabia, ternura o confusión. La empatía es una habilidad para desarrollar una comprensión completa de la condición y los sentimientos de un cliente, juega un papel especialmente importante en la comunicación de salud interpersonal efectiva donde el énfasis está en el cliente que tiene un problema de salud (2).

Tran T, Scherpbier A, Dalen J, Van D, Wright E, en el año 2022, constatan que alrededor de la mitad de los pacientes encuentran deficiencias en la comunicación con los profesionales de salud. En el cuidado de la salud, la comunicación es un medio para crear significado a partir de mensajes; los mensajes externos se pueden comunicar de forma verbal y no verbal. Los mensajes kinésicos son una forma de comunicación no verbal, es la forma en que las personas mueven sus cuerpos y se posicionan con: posturas, gestos, movimientos de cabeza y piernas; estos indican si alguien está muy involucrado o se siente distante y alejado de una situación determinada, o si tiene sentimientos positivos o negativos hacia una situación y quienes lo rodean; cuando el cliente no puede expresar verbalmente sus sentimientos, un profesional de la salud puede tomar nota de sus gestos. El tono de voz que utiliza un profesional de la salud podría comunicarle al cliente el nivel de sinceridad y cariño, o falta de interés, intimidación, agresividad y desprecio, o confirmación del cliente como persona, y puede tener un efecto significativo en el nivel de cumplimiento del cliente. Los profesionales de la salud a menudo hacen esperar a los clientes, sin darse cuenta de cómo el tiempo de espera influye negativamente en el establecimiento de relaciones de comunicación efectivas. La comunicación no verbal también puede repetir, contradecir, sustituir, enfatizar o regular la comunicación verbal y, por lo tanto, se debe tener cuidado cuando es aplicada. La empatía puede ocurrir en varios puntos dentro del proceso de comunicación de salud; aquellos que desean mostrar empatía necesitan muchas cualidades, por ejemplo, habilidades de observación, de percepción, sensibilidad emocional y cariño; a través de la empatía, los profesionales de la salud comprenden mejor a sus clientes y sus problemas, así como a otros trabajadores de la salud en el equipo de asistencia médica. Ser comprendido ayuda a los clientes a afrontar las emociones de miedo y confusión causadas por la enfermedad (3).

Chin Y, en el año 2020, Pakistán evidencia que más de la mitad de los usuarios de salud manifiestan tener mala comunicación con los trabajadores de salud; las dificultades de

comunicación entre personal de salud y pacientes probablemente podrían explicarse por sus diferencias culturales; estas diferencias crean barreras de comunicación tan importantes que muchos pacientes salen del consultorio sin saber lo que les han estado diciendo. Los profesionales de salud culturalmente competentes son aquellos que pueden brindar atención centrada el paciente, ajustada a su cosmovisión particular del mundo y a sus formas culturales de atender sus problemas de salud. Cuando los trabajadores de la salud se comunican de manera confirmatoria, reconocen a los clientes como individuos únicos con problemas reales; validan al cliente como persona; los clientes a menudo experimentan sentimientos de despersonalización, rechazo y alienación en los entornos de atención médica; desafortunadamente, las presiones de tiempo, las condiciones de trabajo inaceptables, los turnos rotativos e incluso la escasez de personal contribuyen a estos sentimientos y dificultan el desarrollo de una comunicación significativa. Debido a que los clientes y pacientes se sienten particularmente indefensos, vulnerables, inseguros y necesitados de apoyo, la comunicación que da confianza juega un papel esencial en el establecimiento de asociaciones relacionales efectivas en el cuidado de la salud. El dialogo de confianza ayuda a disminuir los sentimientos de despersonalización o deshumanización. La confianza aumenta la sensación de seguridad de un cliente porque él o ella no se siente solo en la situación particular, sino que percibe que otro se preocupa por él o ella. Esto conduce a que las personas sean más abiertas y honestas acerca de sus actitudes, sentimientos y valores, y estén más dispuestas a asumir la responsabilidad y el control de su salud (4).

Características de la satisfacción del usuario de los servicios de salud

Es este estudio se ha encontrado que el 57.2 % de los usuarios del primer nivel de atención de salud, posee baja o muy baja satisfacción con los servicios; esto quiere decir que

más de la mitad de los usuarios que recurren a los establecimientos de salud califican a los servicios de salud por debajo de sus expectativas; esto podría deberse a que la población espera disponer en los establecimientos de salud, de especialistas muy capacitados y de equipos sofisticados para la resolución inmediata de sus problemas de salud; los usuarios no discernen lo que son los niveles de atención, ni la atención preventivo promocional. Es común y masiva la desconfianza de la población en los profesionales que laboran en los establecimientos periféricos, los consideran con bajo profesionalismo y reducida experticia, los usuarios asumen que, los que están trabajando en un establecimiento alejado, es porque no tienen la suficiente calificación profesional para trabajar en los grandes hospitales urbanos. La población en general desdeña a las actividades preventivo promocionales realizadas en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, por considerarlas innecesarias. Uno de los factores que más incide en la insatisfacción, es el prolongado tiempo de espera, aguardar largamente les genera ansiedad y frustración. Por ser productores independientes y comerciantes, los usuarios en su mayoría, deben de abandonar sus actividades productivas para asistir a los establecimientos de salud, situación que les provoca notables perjuicios económicos. La insatisfacción también deviene al percatarse que la infraestructura de los establecimientos de salud es anómala; el usuario se siente insatisfecho al vislumbrar que las características estructurales del entorno de trabajo no facilitan la práctica profesional; los ambientes son estrechos e insuficientes, el mobiliario está desgastado u obsoleto y los insumo y medicamentos son exigüos o ausentes. Asimismo, los trabajadores de salud pocas veces ofrecen un trato: amable, afectuoso, sensible, empático y compasivo a los usuarios.

Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, en el año 2019, Pakistán; reportan que más de la mitad de los usuarios de salud se sienten insatisfechos con la atención de salud recibida; la satisfacción con el servicio de salud, está influenciado por las circunstancias bajo las

cuales se brinda la atención; incluye propiedades como: conveniencia, privacidad, comodidad, descanso, limpieza, disponibilidad de estacionamiento adecuado, disponibilidad de refrigerios, etc.; estas características ayudan a que la experiencia de recibir atención médica sea placentera y gratificante o desagradable y humillante. Los pacientes difieren mucho en sus expectativas y preferencias; algunos preferirían un profesional de salud: frío, distante y autoritario, mientras que otros desearían tener uno que sea cálido, empático y amistoso; algunos pacientes prefieren que se les diga; otros desean ser consultados. Las expectativas y preferencias de los pacientes están fuertemente condicionadas por experiencias personales en circunstancias similares. La satisfacción esta aunada a la accesibilidad de los servicios, a la facilidad con la que las personas pueden obtener atención; esto depende de factores espaciales como la distancia de las fuentes de atención y de la disponibilidad y costo del transporte; en factores organizacionales como los días y horas en que la atención está abierta para recibir pacientes. La satisfacción del cliente como el sentimiento de placer o decepción del paciente que surge después de comparar el desempeño real del servicio contra el rendimiento esperado; el grado en que los beneficios de un servicio de salud se perciben de acuerdo con lo que los pacientes esperan. Para que el usuario tenga elevada satisfacción, la atención debe de ser segura, estar destinada a ayudarlo y no debe de dañarlo; debe de ser eficaz, basarse en conocimientos científicos y brindarse a los pacientes que podrían beneficiarse, evitando la infrautilización o el uso excesivo (5).

Aiken L, Sloane D, Ball J, Bruyneel L, 2018 Inglaterra; encuentran que una proporción por encima de la mitad de los usuarios de salud están insatisfechos con los servicios; la satisfacción del paciente es la medida primordial que brinda información sobre el grado en que se cumplen los valores y expectativas del usuario e indica la calidad de la atención en la que la mayor autoridad es el usuario. La satisfacción del usuario puede cambiar según una variedad de factores, incluidas las condiciones físicas y ambientales de un hospital, el

personal del hospital y las características de un hospital. La satisfacción del paciente requiere que los profesionales pasen cierto tiempo con los pacientes, les hablen, les expliquen qué hacer, atiendan sus necesidades en un tiempo aceptable, apoyen a sus familiares y amigos, y sean útiles, competentes y calificados en su ocupación. Los pacientes tienen mayor satisfacción cuando los profesionales sanitarios son compasivos y empáticos al atenderlos. Tienen el sentimiento de ser comprendidos y aceptados; el profesional debe tener la capacidad para comprender con precisión el estado mental del paciente (la capacidad de adoptar el punto de vista de otra persona) y comunicar de manera efectiva esta perspectiva al paciente; además deben responder y mejorar su estado emocional. Cuando los pacientes perciben la empatía del personal sanitario, se sienten respetados, comprendidos y atendidos, de modo que puedan cooperar con los médicos en el tratamiento, tener una actitud más positiva hacia el resultado del tratamiento y una mayor satisfacción del paciente. Por lo tanto, también se reduce la contradicción entre médicos y pacientes (6).

Adhikary G, Shawon M, Ali M, Shamsuzzaman M, Ahmed S, en el año 2018, Asia; evidencian que alrededor del 50% de los usuarios de salud se sienten insatisfechos con la atención recibida; diferentes componentes tangibles (es decir, el entorno físico, la competencia del personal médico y la adecuación de las instalaciones y el equipo) e intangibles influyen en la satisfacción con la atención de salud (es decir, preferencias personales, rasgos de personalidad y experiencia de vida). Entonces, las emociones del paciente se consideran como uno de estos componentes que tienen un impacto directo en la satisfacción del paciente. El entorno físico que se define como un elemento tangible tiene una asociación con la satisfacción del paciente, la calidad del entorno físico tiene un efecto directo en la satisfacción del paciente; la comodidad y la limpieza de la clínica son los factores más importantes del entorno físico; el ruido, la frescura del aire, la limpieza y el diseño de los asientos son factores muy importantes del entorno físico que afectan

directamente las perspectivas y la satisfacción. Los servicios de salud son servicios de alta emoción, que incluyen numerosas situaciones desconocidas y el paciente se pone en riesgo debido a muchos procedimientos que salen mal y pueden conducir a la muerte; a veces los pacientes se sienten impotentes y no pueden controlar los procedimientos que se apoderan de sus cuerpos. Durante la prestación de servicios de atención médica, los profesionales de la salud deben tener en cuenta las emociones del paciente. Las emociones se han relacionado con la satisfacción de varias maneras y se pueden identificar tres formas: la satisfacción se considera en sí misma como una respuesta emocional a un producto; las emociones se tratan como un mediador entre las evaluaciones cognitivas, como el desempeño percibido del producto o la no confirmación de algún estándar de comparación; las emociones se modelan como un factor que contribuye al nivel de satisfacción percibida (7).

Umoke M, Ifeanachor P, Nwimo I, en el año 2020 Nigeria; determinan que más de la mitad de los pacientes están insatisfechos con el servicio de salud recibido; para lograr la satisfacción del usuario es necesario brindar una atención respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales del usuario, y los valores del usuario deben de orientar todas las decisiones clínicas. Es necesario que exista puntualidad, la atención debe de brindarse con prontitud cuando el paciente la necesite; la eficiencia debe de ser el propósito orientador de toda la atención. La satisfacción de los pacientes proporciona información sobre la mejora de los trabajadores hacia el logro de los deseos de los usuarios sobre el servicio requerido; en los últimos años, los usuarios han iniciado a reclamar su derecho a obtener un mejor servicio como resultado de su mayor conocimiento y comprensión del tipo de atención y las alternativas de tratamiento que pueden recibir. La satisfacción del usuario se ve perjudicada por: la actitud del personal de salud, la capacidad de brindar atención rápida, el tiempo de espera, la capacidad de mandar información y la tolerancia de los galenos para explicar claramente al usuario lo que estaba mal antes de dar

un mensaje detallado sobre los medicamentos y el medio ambiente. La satisfacción depende de una atención compasiva, de la coherencia de los servicios, de la pertinencia de las respuestas, de la claridad de la información y de la atención afectuosa recibida. La satisfacción es un reflejo de la tangibilidad o evidencia física de las cualidades positivas del servicio como: la apariencia del instrumental, los equipos y las instalaciones físicas empleadas para ofrecer el servicio, estos tienen un efecto psicológico en el proceso de recuperación del individuo y, por lo tanto, deben mantenerse limpios y funcionales en todo momento. La satisfacción es una reacción que deviene de calificar como capaces a los profesionales para realizar el servicio prometido, además de notar la disposición y experticia de los profesionales para brindar los servicios de manera rápida y oportuna (8).

Comunicación y satisfacción del usuario de salud

En este trabajo científico se ha hallado que existe una asociación moderada positiva entre la comunicación y la satisfacción con la atención de salud en el primer nivel de atención (coeficiente de correlación r de Pearson = 0,428); este resultado indica que cuando mejora la comunicación del personal de salud con los usuarios, se incrementa la satisfacción con los servicios de salud; esto podría deberse a que; mediante a la comunicación efectiva, el personal de salud: toma conocimiento del problema de salud por referencia del paciente, puede plantear una forma acertada de enfrentar el problema de salud, hace consciente al paciente de la importancia del plan terapéutico, y alcanza una adecuada adherencia terapéutica; todo esto incide en una atención eficiente, el que su vez suscita satisfacción con el servicio por parte del usuario. Las expresiones de calidez personal y cortesía del personal hacia el paciente, como saludarlo de modo formal, mostrar interés personal por su problema de salud, tener expresiones y actitudes de calidez y amistad, genera un clima de apertura que a la vez suscita sentimientos positivos satisfactorios. La escucha activa del personal,

mediante: preguntas abiertas, preguntas aclaratorias, efectuar aclaraciones, resumir explicaciones, proporcionar alternativas, sugerir acciones, preguntas empáticas, preguntas alentadoras y disuasorias de las preocupaciones del paciente; permiten que el paciente pueda manejar mayor información y pueda tomar decisiones más acertadas, mejorando su percepción de control de la situación, que le resulta en mayor satisfacción con el servicio.

Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M, en el año 2019 en Tabriz, Irán; encuentran que existe una correlación positiva entre la comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería ($r = 0,73$, $p < 0,003$); las enfermeras deben poder comunicarse con claridad; usar términos que los pacientes, colegas y el público puedan entender; tomar medidas para satisfacer las necesidades de lenguaje y comunicación de los usuarios, brindando asistencia a quienes necesitan ayuda para comunicarse; utilizar una variedad de métodos de comunicación; verificar la comprensión de las personas para evitar malentendidos; y ser capaz de comunicarse clara y efectivamente. En la cultura sanitaria actual, la forma en que se transmite la información es tan importante como la información misma. Cada traspaso e interacción, ya sea entre los cuidadores o entre el cuidador y el paciente, implica un intercambio de información. Para ser eficaz desde las perspectivas clínica, administrativa e interpersonal, la información compartida debe ser precisa, completa y clara, y el compartir en sí debe ser abierto, honesto y compasivo. Cuando los profesionales de la salud se comunican de manera efectiva, transmitiendo información crítica de manera oportuna o fácilmente comprensible, explicando claramente las órdenes o instrucciones y respondiendo preguntas de manera completa y reflexiva, brindan una atención que incrementa la satisfacción del paciente (9).

Allenbaugh J, Corbelli J, Rack L, Rubio D, en el año 2019, en Pittsburgh, EEUU; hallan que la intervención educativa mejora en 3.6 veces la satisfacción en los usuarios (OR=

3.6); la mala comunicación entre los miembros del equipo de atención y con los pacientes, puede generar confusión en torno a la atención de seguimiento y los medicamentos, lo que puede provocar gran insatisfacción con los servicios, readmisiones innecesarias y litigios por mala práctica. Comunicarse de manera efectiva con los pacientes es una habilidad fundamental que deben tener los proveedores de salud. Es fundamental no solo transmitir información o impulsar cambios en el comportamiento del paciente, sino que, a nivel de sistemas, la comunicación sostenida y efectiva es muy importante para lograr cambios positivos. Las oportunidades de comunicación en un entorno clínico pueden ser horizontales o verticales. La comunicación horizontal es cuando los profesionales comparten información entre ellos. La comunicación vertical implica comunicarse directamente con los pacientes o las familias de los pacientes. Las oportunidades para esta forma de comunicación surgen, al tomar el historial de un paciente, explicar los exámenes que deben realizarse, explicar un diagnóstico o delinear las opciones de tratamiento. La comunicación es una forma en que los pacientes evalúan el conocimiento y la competencia de los proveedores de atención, especialmente durante las interacciones físicas. La forma en que un proveedor se comunica es un criterio que el paciente utiliza para juzgar qué tan competente cree que es el proveedor de atención, y contribuirá en gran medida a ganar su confianza y hacer que se sientan lo suficientemente cómodos para ofrecer información o hacer preguntas que son importantes para ellos. Los profesionales de salud deben emplear señales no verbales, como: el contacto visual, sonreír, mantener una postura profesional y cálida y usar movimientos significativos de las manos para enfatizar la comunicación verbal; estas acciones incrementarán notablemente la satisfacción de los pacientes (10).

Villalona S, Cervantes C, Boxtha C, en el año 2020, en Florida, EEUU; evidencian que los pacientes que tuvieron una buena comunicación con el personal de salud, sostienen 4.2 veces más satisfacción con los servicios frente a los que tuvieron una mala comunicación

(OR = 0.422); es importante comprender la audiencia a la que se dirige la comunicación, ya que esto debería determinar el estilo, el lenguaje y, a veces, el contenido de lo que se comunica. Ciertas diferencias demográficas de los pacientes influyen en las expectativas sobre la comunicación y su percepción de lo que se está comunicando; ser consciente de esto y de la dinámica que rodea al paciente y/o a la familia ayuda a que las conversaciones sean fluidas y personalizadas; cuando el paciente percibe que es comprendido se siente más satisfecho con los servicios. La comunicación debe llevarse a cabo de forma sistemática y estructurada. Al transmitir información, las ideas principales deben comunicarse primero, seguidas de los hechos u opiniones de apoyo. La información crítica debe transmitirse lenta y deliberadamente, mantener la conversación estructurada y simple mejorará la claridad y la comprensión, así como también limitará la angustia emocional en el entorno a menudo de alto estrés donde los pacientes reciben atención. Por último, se debe evaluar si la comunicación ha logrado el propósito previsto verificando la comprensión por parte del paciente. Hay que poner atención en las pistas no verbales, como las expresiones faciales y la postura del cuerpo, escuchar activamente, responder preguntas y hacer preguntas para llegar a la raíz de las preocupaciones. Esto refuerza el mensaje que se transmite y le brinda al proveedor de atención médica la oportunidad para aclarar puntos. De esta manera la comunicación con el paciente acrecentará su satisfacción con la atención de salud (11).

Izumi N, Matsuo T, Matsukawa Y, en el año 2022, en Nagoya, Japón; evidencian que la buena comunicación médico paciente mejora en 3.8 veces la satisfacción con la atención (OR = 3.87); la comunicación depende en gran medida de la cultura, el estatus social de los pacientes y las relaciones recíprocas de simpatía con el personal de salud; la comunicación permite el intercambio de información con el fin de comprender el estado de salud del paciente. La comunicación instrumental, tiene un fin práctico y está enfocado a promover o mejorar la adherencia del paciente; la mayor parte de la comunicación clínica tiene la

intención de mejorar el estado de salud del individuo. La comunicación constituye una parte importante de la calidad de la atención de salud e influye predominantemente en la satisfacción del paciente; es un elemento central del cuidado de la salud, una habilidad fundamentalmente requerida en los profesionales sanitarios. Las relaciones interpersonales o terapéuticas son procesos continuos de comunicación; en consecuencia, la comunicación puede verse como un requisito previo para una buena interacción. La adaptación de los pacientes a determinado régimen terapéutico ocurre a través de la comunicación; esto se logra comunicando y negociando objetivos e intereses individuales. El paciente tiene la oportunidad de percibirse a sí mismo a través de la comunicación al expresar emociones y recuerdos a los profesionales de salud de manera consciente; una comunicación exitosa exige un esfuerzo cognitivo consciente, de adecuación de los mensajes y a las características culturales del paciente. Todo comportamiento puede transmitir mensajes y significado, lo que sugiere que todo comportamiento del personal de salud es comunicativo (12).

Noro I, Roter D, Kurosawa S, Miura Y, en el año 2018, en Tokio, Japón; encuentran que la comunicación mejora en 3.9 veces la satisfacción del paciente; para las buenas relaciones entre el personal de la salud y el usuario se requieren de la comunicación, de la empatía, el respeto a la intimidad y una actitud compasiva. Los pacientes describen las relaciones con los profesionales de la salud como buenas cuando tienen la sensación de haber sido tratados con cortesía, como personas valiosas y fueron informados de manera clara y oportuna. Las buenas relaciones dependen de las habilidades interpersonales de los profesionales, que emplean mensajes claros, escuchar sin juzgar, transmiten calidez y comprensión. Es fundamental tener una buena conducta de escucha, inspirar confianza, ser receptivo, mostrar afecto, dominar la temática tratada, mantener la formalidad y la compostura, cuando se le comunicará algo al paciente. El comportamiento de escuchar es el comienzo de una buena relación de comunicación; la reciprocidad es el aspecto central de

las relaciones y se refiere a validar a las personas en una relación, lo que significa atribuirle importancia, compartir, reconocer y aceptar las diferencias. En la comunicación con el paciente el profesional de salud incide en: promover la plena comprensión del proceso terapéutico, procurar la cooperación, buscar el compromiso con la mejoría de su salud, mostrar respeto, actuar con amabilidad y simpatía, hacer sentir al paciente que tiene una genuina preocupación por su salud. La comunicación es un proceso dinámico y continuo que es influenciado por el estado cognitivo del paciente y el estilo de comunicación del profesional; el profesional muchas veces se limita a dar órdenes. La comunicación de interacción narrativa mejora la comprensión del paciente de su estado de salud; la comunicación de resolución de problemas le otorga confianza y la comunicación instrumental busca la adopción de algún régimen terapéutico. Los pacientes que creen que la comunicación fue positiva, se sienten más satisfechos con los servicios (13).

Stockdale S, Rose D, Darling J, en el año 2018, California, EEUU; evidencia que los resultados se destacan que existe asociación significativa entre la comunicación dentro del equipo y la satisfacción del paciente (r de Pearson = 0.52); la comunicación efectiva es la base de cualquier relación en el cuidado de la salud, y la atención de alta calidad de manera constante requiere que esta relación sea sólida y significativa. La comunicación del profesional de salud es predominantemente interpersonal; ayuda a transmitir compasión y apoyo a los pacientes; la información se comparte mediante la comunicación y las decisiones se toman cuando los trabajadores de la salud y el usuario se han comunicado de manera efectiva. Las enfermeras pasan una gran cantidad de tiempo con los pacientes y desarrollan una relación de confianza; esta relación es muy importante tanto para el paciente como para la enfermera. Los pacientes deben poder encontrar una conexión efectiva y una sensación de ser tratados como individuos por el personal con el que entran en contacto; las enfermeras pueden hacer esto haciendo preguntas abiertas al paciente cuando lo conocen por primera

vez; a veces, los pacientes no desean compartir pensamientos y sentimientos y depende de la enfermera reconocer/respetar esto. Las personas deben ser tratadas como individuos y se debe mantener su dignidad, los profesionales de salud y matronas necesitan entender a la persona para tratarla como individuo, y esto solo se puede lograr si hacen las preguntas correctas y escuchan activamente las respuestas. Las barreras para la comunicación, pueden provenir de las condiciones ambientales, como las presiones de tiempo, lo que significa que es posible que no establezcan buenas relaciones con sus pacientes. Además, los pacientes también pueden tener barreras personales como: actitudes y creencias, mecanismos de defensa y prejuicios que pueden afectar negativamente a su comunicación (14).

CONCLUSIONES

1. Cuando se incrementa la comunicación en referencia al diálogo afectuoso, mejora la satisfacción con los servicios de salud en los usuarios del primer nivel de atención (coeficiente de correlación r de Pearson moderado positivo = 0,412)
2. Cuando se incrementa la comunicación en referencia al diálogo racional, mejora la satisfacción con los servicios de salud en los usuarios del primer nivel de atención (coeficiente de correlación r de Pearson moderado positivo = 0,435)
3. Cuando se incrementa la comunicación en referencia al lenguaje corporal, mejora la satisfacción con los servicios de salud en los usuarios del primer nivel de atención (coeficiente de correlación r de Pearson moderado positivo = 0,427)
4. Cuando se incrementa la comunicación en referencia a la modulación de la voz, mejora la satisfacción con los servicios de salud en los usuarios del primer nivel de atención (coeficiente de correlación r de Pearson moderado positivo = 0,439)
5. De forma general, cuando se incrementa la comunicación, mejora la satisfacción con los servicios de salud en los usuarios del primer nivel de atención (coeficiente de correlación r de Pearson moderado positivo = 0,428)

RECOMENDACIONES

1. A la red de salud de Chupaca; se ha recomendado la implementación de programas que mejoren las habilidades de comunicación en el personal de salud; para transmitir significados precisos y lograr los resultados deseados en los pacientes. (comunicación empática y persuasiva).
2. Es fundamental implementar un programa que desarrolle habilidades para llevar un diálogo afectuoso, en los profesionales de salud; para que puedan emitir mensajes que generen sentimientos y emociones positivas, que reduzcan cualquier perjuicio emocional en los usuarios de salud; esto incidirá en el incremento de la satisfacción con los servicios.
3. Es conveniente poner en marcha un programa que fomenten aptitudes para llevar un diálogo racional, en los profesionales de salud; para que emitan mensajes claros que apelen a la razón, coherencia y entendimiento, y puedan modificar o modular creencias y conductas; esto repercutirá en el aumento de la satisfacción con los servicios.
4. Es provechoso poner en funcionamiento un programa que suscite destrezas de lenguaje corporal, en los profesionales de salud; para que pueda realizar gestos faciales y corporales, ademanes y posturas que enfatizen sus expresiones verbales; esto incidirá en el acrecentamiento de la satisfacción con los servicios.
5. Es indispensable llevar a la práctica un programa que impulse cualidades para efectuar una óptima modulación de la voz en los profesionales de salud; para que puedan efectuar variaciones de volumen, velocidad, tono, pronunciación y ritmo en la pronunciación de las palabras, dándole mayor claridad y sentido de

importancia a sus mensajes; esto incidirá en la ampliación de la satisfacción con los servicios.

6. De forma general, es favorable llevar a efecto un programa que perfeccionen las competencias para la comunicación en los profesionales de salud; para que puedan emitir mensajes que impacten en la modificación o modulación de conductas, creencias, pensamientos, sentimientos y emociones para favorecer a la salud; esto incidirá en la ascensión de la satisfacción con los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hong H, Jee H. The Effects of Patient-Centered Communication: Exploring the Mediating Role of Trust in Healthcare Providers. *Health communication*. 2019; 23(1): p. 1 - 10. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706741/>.
2. Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Ali S. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 16(18): p. 1 - 16. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31505840/>.
3. Supriatin T, Desy E, Devita W. The effect of service quality and nurse therapy communication on complaints handling towards patient loyalty with intervening by patient family satisfaction. *Journal of Humanities, Social Science, Public Administration and Management*. 2022; 2(2): p. 85 - 92. Retrieved from: <https://www.publication.idsolutions.co.id/journals/index.php/husocpument/article/view/157>.
4. Omar J, Khan A, Ibrahim F, Farooqi N. Patient Satisfaction and Adherence to Treatment in Relation to Communication/ Interaction with Health Professionals; A Cross Sectional Study. *BMC Jr Med Sci*. 2020; 11(2): p. 32 - 35.
5. Pouraboli B, Ghazanfarnegad M, Azizzadeh M. The Evaluation of the Nurses ' Communication Performance and Satisfaction with Hospital Care from the Perspective of Mothers of Newborns admitted to Neonatal Intensive Care Units (NICU). *Iranian Journal of Pediatric Nursing*. 2019; 5(4): p. 1 - 7. Retrieved from: <https://jpen.ir/article-1-342-en.html>.
6. González E, Holguín V, Hoyos T, Peña A. Comunicación, satisfacción del paciente y el odontólogo durante la atención odontológica. [Tesis]. Universidad El Bosque, Facultad de Odontología; 2018.
7. Fonseca A, Ostos M, Vargas R, Barrutia I. Habilidades comunicacionales y la satisfacción del paciente en los servicios de consulta externa. *Revista de Salud Pública*. 2020; 24(1): p. 72 - 81.
8. Dainton M, Zelle E. *Applying communication theory for professional life*. 5th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2019.
9. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*. 2019; 6(1): p. 1189 - 1196. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31367445/>.
10. Allenbaugh J, Corbelli J, Rack L, Rubio D, Spagnoletti C. A brief communication curriculum improves resident and nurse communication skills and patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2019; 34(7): p. 1167 - 1173. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30997637/>.
11. Villalona S, Cervantes C, Boxtha C. "I Felt Invisible Most of the Time": Communication and satisfaction among patients treated in emergency department hallway beds. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020; 31(1): p. 1 - 3. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32475763/>.
12. Izumi N, Matsuo T, Matsukawa Y. Associations among Physician-Patient Communication, Patient Satisfaction, and Clinical Effectiveness of Overactive

- Bladder Medication: A Survey of Patients with Overactive Bladder. *J Clin Med.* 2022; 11(1): p. 1 - 14. Retrieved from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/14/4087#:~:text=Satisfaction%20with%20OAB%20care%20was,sex%2C%20and%20not%20switching%20medication.>
13. Noro I, Roter D, Kurosawa S, Miura Y. The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. *Patient Education and Counseling.* 2017; 26(1): p. 1 - 6. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28823411/#:~:text=Conclusion%3A%20Contrary%20to%20normative%20experience,associated%20with%20female%20patient%20satisfaction.>
 14. Stockdale S, Rose D, Darling J. Communication Among Team Members Within the Patient-centered Medical Home and Patient Satisfaction With Providers. *Medical Care.* 2018; 41(1): p. 1 - 6. Retrieved from: [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/2018/06000/communication_among_team_members_within_the.6.aspx.](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/2018/06000/communication_among_team_members_within_the.6.aspx)
 15. Agostino A, Imbolter N, Stefanatos A, Dennis M. Understanding ironic criticism and empathic praise: The role of emotive communication. *The British journal of developmental psychology.* 2017 June; 35(2): p. 186-201.
 16. Chou W, Budenz A. Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence. *Health communication.* 2020 December; 35(14): p. 1718-1722.
 17. Geurts E, Pittens C, Boland G, Van S, Noordman J. Persuasive communication in medical decision-making during consultations with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care. *Patient education and counseling.* 2022 May; 105(5): p. 1130-1137.
 18. Harlak H, Gemalmaz A, Gurel F, Dereboy C, Ertekin K. Communication skills training: effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Education for health.* 2008 July; 21(2): p. 62 - 75.
 19. Rosenberg M, Molho P. Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia.* 1998 July; 4(4): p. 335-340.
 20. Aktas S, Pasinlioğlu T. The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *Journal of evaluation in clinical practice.* 2021 August; 27(4): p. 858-867.
 21. Burkhartzmeyer H, Preston H, Arcand L, Mullenbach D, Nelson D, Lorentz P, et al. Speaking to the Heart of Our Patients: An Empathic Communication Education Initiative. *Journal of continuing education in nursing.* 2021 July; 52(7): p. 319-325.
 22. Quintero J, Sangalang A, Park S. First-Person, Third-Person, or Bystander? Exploring the Persuasive Influence of Perspective in Mental Health Narratives. *Journal of health communication.* 2021 April; 26(4): p. 225-238.
 23. Mroz E, McDarby M, Arnold R, Bylund C, Kutner J. Empathic Communication in Specialty Palliative Care Encounters: An Analysis of Opportunities and Responses. *Journal of palliative medicine.* 2022 April; 12(1): p. 145 - 153.

24. Orji R, Oyibo K, Lomotey R, Orji F. Socially-driven persuasive health intervention design: Competition, social comparison, and cooperation. *Health informatics journal*. 2019 December; 25(4): p. 1451-1484.
25. Banerjee S, Manna R, Coyle N, Shen M, Pehrson C. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse education in practice*. 2016 January; 16(1): p. 193-201.
26. Page M, Crampton P, Viney R, Rich A, Griffin A. Teaching medical professionalism: a qualitative exploration of persuasive communication as an educational strategy. *BMC medical education*. 2020 March; 20(1): p. 74 - 84.
27. Nagy L, Balázs K. Fear appealing health communication and coping style. *Psychiatria Hungarica*. 2018; 33(2): p. 106-124.
28. Piperini M. The paradoxical effect of persuasive communication in health education sessions. *Sante publique*. 2012 November; 24(6): p. 533-546.
29. Ort A, Fahr A. Using efficacy cues in persuasive health communication is more effective than employing threats - An experimental study of a vaccination intervention against Ebola. *British journal of health psychology*. 2018 September; 23(3): p. 665-684.
30. Wacker R, Dziobek I. Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. *Journal of occupational health psychology*. 2018 January; 23(1): p. 141-150.
31. Banerjee S, Manna R, Coyle N, Penn S, Gallegos T. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine*. 2017 September; 7(3): p. 615-623.
32. Bylund C, Taylor G, Mroz E, Wilkie D. Empathic communication in dignity therapy: Feasibility of measurement and descriptive findings. *Palliative & supportive care*. 2022 June; 20(3): p. 321-327.
33. Kim S, Kaplowitz S, Johnston M. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*. 2004 September; 27(3): p. 237-251.
34. Lyness E, Vennik J, Bishop F, Misurya P, Howick J. Exploring patient views of empathic optimistic communication for osteoarthritis in primary care: a qualitative interview study using vignettes. *BJGP open*. 2021 June; 5(3): p. 521 - 534.
35. Gilligan T, Salmi L, Enzinger A. Patient-Clinician Communication Is a Joint Creation: Working Together Toward Well-Being. *American Society of Clinical Oncology educational book*. 2018 May; 38(1): p. 532-539.
36. Ludolph R, Schulz P. Does regulatory fit lead to more effective health communication? A systematic review. *Social science & medicine*. 2015 March; 128(1): p. 142-150.
37. Okuhara T, Ishikawa H, Okada M, Kato M, Kiuchi T. Designing persuasive health materials using processing fluency: a literature review. *BMC research notes*. 2017 June; 10(1): p. 198 - 207.
38. Kreuter M, McClure S. The role of culture in health communication. *Annual review of public health*. 2004; 25(1): p. 439-455.
39. Ianni A, Tedeschi R, Marchetti A, Basso D, Virgili R. The role of nurses in health education about vaccines: analysis of style and communication models of institutional vaccination campaigns. *Igiene e sanita pubblica*. 2019 September; 75(5): p. 355-369.

40. Kaye S, White M, Lewis I. The use of neurocognitive methods in assessing health communication messages: A systematic review. *Journal of health psychology*. 2017 October; 22(12): p. 1534-1551.
41. Krystallidou D, Bylund C, Pype P. The professional interpreter's effect on empathic communication in medical consultations: A qualitative analysis of interaction. *Patient education and counseling*. 2020 March; 103(3): p. 521-529.
42. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe T. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2018 July; 111(7): p. 240-252.
43. Bakken S. Progress toward contextualized, persuasive, and integrated consumer information technologies for health. In *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*; 2021 October. p. 2311-2312.
44. Bradshaw A, Raphaelson S. Improving patient satisfaction with wait times. *Nursing*. 2021 April; 51(4): p. 67-69.
45. Gebreyesus A. Determinants of client satisfaction with family planning services in public health facilities of Jigjiga town, Eastern Ethiopia. *BMC health services research*. 2019 September; 19(1): p. 618 - 623.
46. Hoff T, Prout K, Carabetta S. How teams impact patient satisfaction: A review of the empirical literature. *Health care management review*. 2021 January; 46(1): p. 75-85.
47. Stepurko T, Pavlova M, Groot W. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC health services research*. 2016 August; 16(1): p. 342 - 351.
48. Tong Y, Wang H, Zhu K, Zhao H, Qi Y. Satisfaction With Community Health Education Among Residents in China: Results From a Structural Equation Model. *Frontiers in public health*. 2022; 10(1): p. 152 - 163.
49. Trant A, Szekely B, Mougalian S, DiGiovanna M. The impact of communication style on patient satisfaction. *Breast cancer research and treatment*. 2019 July; 176(2): p. 349-356.
50. Anguiano R, Zuckerman A, Hall E, Diamantides E. Comparison of provider satisfaction with specialty pharmacy services in integrated health-system and external practice models: A multisite survey. *American journal of health-system pharmacy*. 2021 May; 78(11): p. 962-971.
51. Emiru A, Alene G, Debelew G. Women's satisfaction with the quality of antenatal care services rendered at public health facilities in Northwest Ethiopia: the application of partial proportional odds model. *BMJ open*. 2020 September; 10(9): p. 85 - 97.
52. Asamrew N, Endris A, Tadesse M. Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants: A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. *Journal of environmental and public health*. 2020; 20(2): p. 469 - 475.
53. Cantalino J, Scherer M, Soratto J, Schäfer A. User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil. *Revista de saude publica*. 2021; 55(1): p. 22 - 35.
54. Amu H, Nyarko S. Satisfaction with Maternal Healthcare Services in the Ketu South Municipality, Ghana: A Qualitative Case Study. *BioMed research international*. 2019; 23(2): p. 69 - 77.

55. Salim N, Meyad S, Sawair F, Satterthwaite J, Sartawi S. Satisfaction with healthcare services among refugees in Zaatari camp in Jordan. *BMC health services research*. 2021 May; 21(1): p. 507 - 516.
56. Skar R, Clausen H, Šaltytė J, Ruud T, Slade M. Relationship between satisfaction with mental health services, personal recovery and quality of life among service users with psychosis: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2021 May; 21(1): p. 439 - 448.
57. Spiridon Ş, Gheorghe C, Gheorghe I, Purcărea V. Removing the barriers in health care services: the importance of emotional satisfaction. *Journal of medicine and life*. 2018 April; 11(2): p. 168-174.
58. Compton J, Glass N, Fowler T. Evidence of Selection Bias and Non-Response Bias in Patient Satisfaction Surveys. *The Iowa orthopaedic journal*. 2019; 39(1): p. 195-201.
59. Gitobu C, Gichangi P, Mwanda W. Satisfaction with Delivery Services Offered under the Free Maternal Healthcare Policy in Kenyan Public Health Facilities. *Journal of environmental and public health*. 2018; 17(1): p. 28 - 36.
60. Chikasema B, Hunt X, Sorsdahl K, Tomlinson M. Rural-urban variation in user satisfaction with outpatient mental health services in Southern Malawi: a cross-sectional survey. *Journal of mental health*. 2021 April; 30(2): p. 224-231.
61. Shan S, Sun Z, Zhang F, Zhang R, Yang B. Have Elderly Individuals in Urban China Been Satisfied with Nursing Services during the COVID-19 Pandemic? *International journal of environmental research and public health*. 2021 October; 18(20): p. 47 - 53.
62. Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah S. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International journal of environmental research and public health*. 2019 September; 16(18): p. 43 - 56.
63. Qin S, Ding Y. Who Is More Satisfied with Health Services? A Cross-Sectional Study in China. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*. 2021 January; 58(2): p. 126 - 137.
64. Shirley E, Sanders J. Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *The Journal of bone and joint surgery*. 2013 May; 95(10): p. 78 - 85.
65. Perneger T, Peytremann I, Combescure C. Patient satisfaction and survey response in 717 hospital surveys in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2020 March; 20(1): p. 158 - 167.
66. Shumba C, Kabali K, Miyonga J, Mugadu J, Lakidi L, Kerchan P, et al. Client satisfaction in a faith-based health network: findings from a survey in Uganda. *African health sciences*. 2017 September; 17(3): p. 942-953.
67. Kieseppä V, García R, Vehko T, Kuusio H. Satisfaction with access to health services among foreign-born population in Finland: a survey-based study. *BMC health services research*. 2022 June; 22(1): p. 781-795.
68. Hooker R, Moloney A, McFarland M. Patient satisfaction with physician assistant/associate care: an international scoping review. *Human resources for health*. 2019 December; 17(1): p. 104 - 112.
69. Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, Mattila K. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC family practice*. 2020 September; 21(1): p. 181 - 192.

70. Joseph K, Udogwu U, Manson T. Patient Satisfaction After Discharge Is Discordant With Reported Inpatient Experience. *Orthopedics*. 2021 May; 44(3): p. 427- 433.
71. Kotake R, Hanari K, Iwagami M, Okochi Z, Ueshima H, Tamiya N. Factors related to bereaved family's satisfaction with end-of-life care at geriatric health services facilities. *Japanese journal of public health*. 2020; 67(6): p. 390-398.
72. Berning V, Heidegger T, Laupheimer M, Nübling M. Patient satisfaction and quality of recovery. 2018 April..
73. Chatterjee A, Hunt J. The relationship of character structure to persuasive communication in advertising. *Psychological reports*. 2005 February; 96(1): p. 215-221.
74. Piperini M. The paradoxical effect of persuasive communication in health education sessions. *Sante publique*. 2012 November; 24(6): p. 533-546.
75. Rosenblatt C, Davis M. Effective communication techniques for nurse managers. *Nursing management*. 2009 June; 40(6): p. 52-64.
76. Bergren M. Persuasive Presentations: How to Speak So People Will Listen. *NASN school nurse*. 2018 July; 33(4): p. 220-221.
77. Clarke A. Changing attitudes through persuasive communication. *Nursing standard*. 1999 April; 13(30): p. 45-47.
78. MacDonald E. Quantifying the impact of Wellington Zoo's persuasive communication campaign on post-visit behavior. *Zoo biology*. 2015 March; 34(2): p. 163-169.
79. Page M, Crampton P, Viney R, Rich A, Griffin A. Teaching medical professionalism: a qualitative exploration of persuasive communication as an educational strategy. *BMC medical education*. 2020 March; 20(1): p. 74 - 82.
80. Pruzan P. *Research Methodology The Aims, Practices and Ethics of Science*. 1st ed. Switzerland : Springer International ; 2016.
81. Brink H, Vander C, Vanrensburg G,. *Fundamentals of Research Methodology for Healthcare Professionals*. 4th ed. California: Juta and Company; 2018.
82. Novikov A, Novikov D,. *Research Methodology From Philosophy of Science to Research Design*. 1st ed. New York: Taylor & Francis Group; 2013.
83. José Supo - De Tipos Niveles y Diseños de Investigación Científica.
<https://www.youtube.com/watch?v=UuNU7ckDFz0>
84. Thomas G. *Research Methodology and Scientific Writing*. 2nd ed. Switzerland: Springer; 2021.
85. Demiris G, Ganz F, Han C, Pike K, Oliver D, Washington K. Design and Preliminary Testing of the Caregiver-Centered Communication Questionnaire (CCCQ). *Journal of Palliative Care*. 2020; 35(3): p. 154 - 160.
86. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64(1): p. 12 - 40.
87. Öztuna D, Elhan A, Tüccar E. Investigation of Four Different Normality Tests in Terms of Type 1 Error Rate and Power under Different Distributions. *Turk J Med Sci*. 2006; 36(3): p. 171-176.
88. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2016; 6(3): p. 105-114.

89. Flores P, Muñoz L, Sánchez T. Estudio de potencia de pruebas de normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no normalidad. *Perfiles*. 2019; 21(1): p. 4 - 11.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS
4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
5. TABLAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
6. OFICIO DE PRESENTACIÓN A LA MICRO RED DE SALUD “CHUPACA”
7. CONSENTIMIENTO INFORMADO
8. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD
9. VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS
10. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA: 2022

AUTOR: Bach. Edgar Rubén Arias Rosales

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022? ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022? ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022? ¿Cuál es la relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022? 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer la relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 Establecer la relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 Establecer la relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 Establecer la relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 	<p>HIPÓTESIS GENERAL La relación entre la comunicación y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> La relación entre la comunicación en referencia al diálogo afectuoso y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencial al diálogo afectuoso; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 La relación entre la comunicación en referencia al diálogo racional y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencial al diálogo racional; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 La relación entre la comunicación en referencia al lenguaje corporal y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencial al lenguaje corporal; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 La relación entre la comunicación en referencia a la modulación de la voz y la satisfacción del usuario es que: a mejor comunicación referencial a la modulación de la voz; mayor satisfacción del usuario de la Micro Red de Salud Chupaca en el 2022 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN La investigación es de tipo básico cuya finalidad es lograr la mejor comprensión de un tema, de un fenómeno o de un área. Este estudio se define como cuantitativa; observacional, transversal Analítico.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN La investigación es de nivel relacional, básico o puro ya que buscan incrementar el conocimiento existente en la realidad y en el campo teórico; permite establecer dos cosas, la primera si las variables se encuentran relacionadas y la segunda que tan fuerte es esa relación.</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION Es prospectivo, no experimental de corte transversal.</p>	<p>VARIABLE 1: Comunicación con el usuario de los servicios de salud</p> <p>VARIABLE 2: Satisfacción del usuario de los servicios de salud</p> <p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedencia del usuario - Edad del usuario - Nivel educativo del usuario - Estado civil del usuario - Problema de salud del usuario - Ocupación del usuario 	<p>POBLACIÓN La investigación se basará a una población de 1076 personas que emplean los servicios de salud de los establecimientos pertenecientes a la micro red de salud Chupaca, además asisten a los controles de salud programados por los profesionales de salud de los establecimientos</p> <p>MUESTRA Se tiene un tamaño muestral de 145 usuarios de salud</p> <p>TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS</p> <p>Evaluación de la comunicación con el usuario de los servicios de salud Se utilizará la técnica de la encuesta y como instrumento, el cuestionario estructurado denominado “protocolo de comunicación: profesional de salud - paciente”</p> <p>Evaluación de la satisfacción del usuario de los servicios de salud Se utilizará la técnica de la encuesta y como instrumento, el cuestionario estructurado denominado “cuestionario de satisfacción con los servicios de salud”</p>

ANEXO 2:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: COMUNICACIÓN CON EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
Comunicación con el usuario de los servicios de salud	Es la acción consciente de intercambiar mensajes entre el personal de salud y el paciente referentes a su condición de salud; está orientada a modificar o modular: conductas, creencias, pensamientos, sentimientos y emociones vinculadas a la salud	Diálogo afectuoso	Es emitir mensajes de una forma que generen sentimientos y emociones positivas o que provoquen el menor perjuicio emocional posible	Elogia los progresos	Cualitativo ordinal	Ordinal llevado a escala de razón/proporción mediante la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Elogios que animan		
				Cambian mi estado de ánimo		
				Saben cómo tranquilizarme		
				Saben cómo alegrarme		
				Controlan a los emocionales		
				Ayudan a cambiar conducta		
				Recomendaciones convenientes		
				Comprenden mi situación personal		
				Me dan suficiente confianza		
		Diálogo racional	Son los argumentos que apelen a la: razón, coherencia y entendimiento, dirigidas a modificar o modular creencias y conductas	Me explican sobre mi problema		
				Me entienden cuando explico		
				Me explican lo desconocido		
				Disposición para explicarme		
				Explicaciones repetidas		
				Muestras de importancia		
				Aceptan opiniones		
				Me hacen cambiar de opinión		
				Explican el tratamiento		
				Comprenden mis razones		
Lenguaje corporal	Son los gestos faciales y corporales, ademanes y posturas que acompañan a las expresiones verbales para enfatizar algún mensaje	Entiendo las conductas				
		Me explica los trámites				
		Gestos y ademanes de confianza				
		Expresión facial alegre y amable				
		Conductas que dan ánimos				
		Control de la irritación y disgusto				
		Control del enfado				
		Muestras de esmero				
		Muestras de seguridad				
		Indicaciones por escrito				
Modulación de la voz	Son las variaciones de volumen, velocidad, tono, pronunciación y ritmo en la pronunciación de las palabras; para darle mayor claridad y sentido de importancia a los mensajes	Muestras de interés				
		Uniforme limpio y ordenado				
		Responden de manera clara y pausada				
		Me animan a expresar mis dudas				
		Modulan tono y volumen				
		Piden mi opinión con tono amistoso				
		Evitan tono autoritario				
		Evita expresiones que minimicen				
Tono de voz que da igualdad						
Evitan tono de voz ofensivo						

VARIABLE 2: SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
Satisfacción del usuario de los servicios de salud	Es cuando los servicios suministrados por una institución de salud cumplen o superan las expectativas del paciente	Tangible	Es cuando las instalaciones físicas, equipo, personal y material son concordantes con las exigencias predeterminadas de los pacientes	Instalaciones físicas cómodas y atractivas	Cualitativo ordinal	Ordinal llevado a escala de razón/proporción mediante la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Trabajadores de apariencia pulcra		
				Equipos tecnológicos modernos		
				Materiales informativos disponibles		
		Fiabilidad	Es cuando los servicios ofrecidos son concordantes con los que espera de la institución o coincide con aquello que se publicita	Cumple lo que promete		
				Trabajadores competentes		
				Trabajadores dispuestos a ayudar		
				Información oportuna		
		Capacidad de respuesta	Es cuando existe capacidad de atender a las necesidades de salud de manera oportuna, teniendo la suficiente capacidad resolutive para controlar el problema de salud	Atención rápida oportuna		
				Desempeño rápido		
				Informa fecha y hora		
				Atiende llamadas oportunamente		
		Seguridad	Es crear la impresión que se podrá atender el problema de salud de la mejor forma posible, que se tiene pleno control de la situación	Servicios acordes a gravedad		
				Paciente se siente seguro		
				Trabajadores transmiten confianza		
				Trabajadores con suficiente conocimiento		
		Empatía	Es atender al paciente acorde a su condición particular; respondiendo a sus requerimientos personales de la manera en que nosotros deseáramos ser atendidos	Se muestra sincero interés		
				Atención personalizada		
				Comprende las necesidades específicas		
				Conveniente horario de atención		
				Trabajadores educados y amables		
				Valora y reconoce sugerencias		

ANEXO 3:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN: PROFESIONAL DE SALUD – PACIENTE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	POSIBLES VALORES
Comunicación con el usuario de los servicios de salud	Diálogo afectuoso	Elogia los progresos	1. El personal de salud elogia, los progresos que tengo en mi salud	Nunca = 0 A veces = 1 De forma regular = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4
		Elogios que animan	2. Cuando el personal de salud me hace elogios, me siento animado y seguro	
		Cambian mi estado de ánimo	3. Cuando estoy enfadado/a, el personal de salud sabe cómo cambiar mi estado de ánimo	
		Saben cómo tranquilizarme	4. Cuando estoy nervioso/a, el personal de salud sabe cómo tranquilizarme	
		Saben cómo alegrarme	5. Cuando estoy triste, el personal de salud sabe cómo alegrarme	
		Controlan a los emocionales	6. El personal de salud puede controlar a las personas que no controlan sus sentimientos	
		Ayudan a cambiar conducta	7. El personal de salud me hace críticas que ayudan a cambiar mi conducta para favorecer a mi salud	
		Recomendaciones convenientes	8. Creo que las críticas y recomendaciones que da el personal de salud son conveniente para mejorar mi salud	
		Comprenden mi situación personal	9. Por la forma en que el personal de salud se comunica conmigo, siento que comprende mi situación personal	
		Me dan suficiente confianza	10. El personal de salud me da la suficiente confianza para poder expresar todas mis dudas y temores	
	Diálogo racional	Me explican sobre mi problema	11. El personal de salud me explica sobre mi problema de salud, de una forma en que pueda comprenderlo	
		Me entienden cuando explico	12. El personal de salud me entiende cuando le explico algo	
		Me explican lo desconocido	13. El personal de salud me explica las cosas que desconozco, para cuidar mejor mi salud	
		Disposición para explicarme	14. Cuando pregunto algo al personal de salud, este tiene la buena disposición de explicarme y resolver mi interrogante	
		Explicaciones repetidas	15. El personal de salud no se altera, aun cuando tenga que explicarme de forma repetida muchas cosas	
		Muestras de importancia	16. El personal de salud, da muestras que le importa mi estado de salud	
		Aceptan opiniones	17. El personal de salud, acepta con agrado mi opinión	
		Me hacen cambiar de opinión	18. El personal de salud, me explica las cosas con tanta claridad que muchas veces me hace cambiar de opinión	
		Explican el tratamiento	19. El personal de salud, hace que comprenda como el tratamiento mejorará mi salud	
		Comprenden mis razones	20. El personal de salud, comprende mis razones y mis sentimientos	
	Lenguaje corporal	Entiendo las conductas	21. El personal de salud hace que entienda; porque, algunas de mis conductas son indebidas	
		Me explica los trámites	22. El personal de salud, me explica todos los trámites que debo de seguir de forma clara	
		Gestos y ademanes de confianza	23. Los gestos y ademanes del personal de salud, me dan confianza y apertura	
		Expresión facial alegre y amable	24. El personal de salud tiene una expresión facial alegre y amable	
		Conductas que dan ánimos	25. El personal de salud, actúa en una forma que me da seguridad y ánimos para seguir con sus indicaciones	
		Control de la irritación y disgusto	26. El personal de salud no da muestras de irritación ni disgusto cuando le llevas la contraria	
		Control del enfado	27. El personal de salud no da muestras de enfado si incumples sus indicaciones	
		Muestras de esmero	28. Es notorio que el personal de salud, se esmera en hacer su trabajo lo mejor posible	
		Muestras de seguridad	29. El personal de salud, da muestras de seguridad al momento de hacer su trabajo	
		Indicaciones por escrito	30. El personal de salud, procura darme las indicaciones por escrito para que no que se me olvide	
	Modulación de la voz	Muestras de interés	31. El personal de salud, da muestras de interesarse por darme una adecuada atención	
		Uniforme limpio y ordenado	32. El personal de salud, lleva su uniforme de manera limpia y ordenada	
		Responden de manera clara y pausada	33. Cuando hablo con el personal de salud, escucha y responde a mis requerimientos de manera clara y pausada	
		Me animan a expresar mis dudas	34. Con una voz baja y pausada, me animan a que siga expresando mis requerimientos, dudas u opiniones	
		Modulan tono y volumen	35. El personal de salud, modula el tono y volumen de su voz para que pueda comprender bien sus indicaciones	
		Piden mi opinión con tono amistoso	36. El personal de salud, con un tono de voz amistosa, me invitan a dar mi punto de vista, al momento de plantear algún tratamiento	
		Evitan tono autoritario	37. El personal de salud, evita emplear un tono de voz autoritario	
		Evita expresiones que minimicen	38. El personal de salud, evita emplear un tono de voz o expresiones que minimicen o ridiculicen	
		Tono de voz que da igualdad	39. El tono de voz que emplea el personal de salud, me permite conversar de igual a igual con ellos	
		Evitan tono de voz ofensivo	40. Los profesionales de salud evitan un tono de voz ofensivo o hiriente	

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	POSIBLES VALORES	
Satisfacción del usuario de los servicios de salud	Tangible	Instalaciones físicas cómodas y atractivas	1. Las instalaciones físicas de la institución de salud son cómodas y visualmente atractivas	Totalmente en desacuerdo = 0 En desacuerdo = 1 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 De acuerdo = 3 Totalmente de acuerdo = 4	
		Trabajadores de apariencia pulcra	2. Los trabajadores de la institución de salud tienen apariencia pulcra		
		Equipos tecnológicos modernos	3. La institución de salud tiene equipos tecnológicos de apariencia moderna		
		Materiales informativos disponibles	4. En la institución de salud, los materiales informativos		
	Fiabilidad	Cumple lo que promete	5. Cuando la institución de salud promete hacer algo en cierto tiempo lo cumple		
		Trabajadores competentes	6. Los trabajadores de la institución de salud son competentes y están capacitados para resolver problemas del paciente		
		Trabajadores dispuestos a ayudar	7. Los trabajadores de la institución de salud, siempre están dispuestos a ayudar al paciente		
		Información oportuna	8. La institución de salud informa al usuario de forma oportuna sobre los resultados de sus exámenes clínicos		
	Capacidad de respuesta	Atención rápida oportuna	9. La institución de salud atiende de forma oportuna y rápida las consultas, solicitudes y reclamos de los pacientes		
		Desempeño rápido	10. La institución de salud desempeña bien el servicio de forma rápida y sin retraso		
		Informa fecha y hora	11. La institución de salud informa al usuario la fecha y hora en que será atendido		
		Atiende llamadas oportunamente	12. La institución de salud atiende las llamadas de los usuarios de forma oportuna		
	Seguridad	Servicios acordes a gravedad	13. La institución de salud proporciona sus servicios en el momento que lo necesita de acuerdo a la gravedad del caso		
		Paciente se siente seguro	14. El paciente se siente seguro al momento de ser atendido en la institución de salud		
		Trabajadores transmiten confianza	15. El comportamiento de los trabajadores de la institución de salud transmite confianza		
		Trabajadores con suficiente conocimiento	16. Los trabajadores de la institución de salud poseen conocimiento suficiente para responder las preguntas del paciente		
	Empatía	Se muestra sincero interés	17. Cuando el paciente tiene un problema, la institución de salud muestra un sincero interés en resolverlo		
		Atención personalizada	18. La institución de salud brinda al paciente una atención personalizada		
		Comprende las necesidades específicas	19. La institución de salud comprende las necesidades específicas del paciente		
		Conveniente horario de atención	20. La institución de salud tiene un horario de atención conveniente para todos		
			Trabajadores educados y amables		21. Los trabajadores de la institución de salud son educados, amables y profesionales al momento de tratar con el paciente
			Valora y reconoce sugerencias		22. La institución de salud valora y reconoce las sugerencias del paciente para mejorar sus procesos

ANEXO 4:
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

1. Procedencia del usuario _____

2. Edad del usuario _____

3. Nivel educativo del usuario _____

4. Estado civil del usuario _____

5. Problema de salud del usuario _____

6. Ocupación del usuario _____

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN: PROFESIONAL DE SALUD – PACIENTE

Basado en el “Caregiver-Centered Communication Questionnaire (CCCQ)”
Elaborado por: Demiris G, Ganz F, Han C, Pike K, Oliver D, Washington K, en el 2020 (85)

INSTRUCCIONES; se presenta una relación de afirmaciones referentes a la forma en que el personal de salud se comunicó con usted las veces que acudió a esta institución de salud para recibir atención de salud. Marque la opción que se aproxima más a su caso particular de acuerdo a la escala que se presenta a continuación:

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Siempre	Casi siempre

Marque con toda sinceridad, no hay respuestas correctas ni incorrectas, la encuesta es anónima.

DIÁLOGO AFECTUOSO					
1. El personal de salud elogia, los progresos que tengo en mi salud	0	1	2	3	4
2. Cuando el personal de salud me hace elogios, me siento animado y seguro	0	1	2	3	4
3. Cuando estoy enfadado/a, el personal de salud sabe cómo cambiar mi estado de ánimo	0	1	2	3	4
4. Cuando estoy nervioso/a, el personal de salud sabe cómo tranquilizarme	0	1	2	3	4
5. Cuando estoy triste, el personal de salud sabe cómo alegrarme	0	1	2	3	4
6. El personal de salud puede controlar a las personas que no controlan sus sentimientos (que lloran, dan gritos, o se muestran excesivamente contentas)	0	1	2	3	4
7. El personal de salud me hace críticas que ayudan a cambiar mi conducta para favorecer a mi salud	0	1	2	3	4
8. Creo que las críticas y recomendaciones que da el personal de salud son conveniente para mejorar mi salud	0	1	2	3	4
9. Por la forma en que el personal de salud se comunica conmigo, siento que comprende mi situación personal	0	1	2	3	4
10. El personal de salud me da la suficiente confianza para poder expresar todas mis dudas y temores	0	1	2	3	4
DIÁLOGO RACIONAL					
11. El personal de salud me explica sobre mi problema de salud, de una forma en que pueda comprenderlo	0	1	2	3	4
12. El personal de salud me entiende cuando le explico algo	0	1	2	3	4
13. El personal de salud me explica las cosas que desconozco, para cuidar mejor mi salud	0	1	2	3	4
14. Cuando pregunto algo al personal de salud, este tiene la buena disposición de explicarme y resolver mi interrogante	0	1	2	3	4
15. El personal de salud no se altera, aun cuando tenga que explicarme de forma repetida muchas cosas	0	1	2	3	4
16. El personal de salud, da muestras que le importa mi estado de salud	0	1	2	3	4
17. El personal de salud, acepta con agrado mi opinión	0	1	2	3	4
18. El personal de salud, me explica las cosas con tanta claridad que muchas veces me hace cambiar de opinión	0	1	2	3	4
19. El personal de salud, hace que comprenda como el tratamiento mejorará mi salud	0	1	2	3	4
20. El personal de salud, comprende mis razones y mis sentimientos	0	1	2	3	4
21. El personal de salud hace que entienda; porque, algunas de mis conductas son indebidas	0	1	2	3	4

22. El personal de salud, me explica todos los trámites que debo de seguir de forma clara	0	1	2	3	4
LENGUAJE CORPORAL					
23. Los gestos y ademanes del personal de salud, me dan confianza y apertura	0	1	2	3	4
24. El personal de salud tiene una expresión facial alegre y amable	0	1	2	3	4
25. El personal de salud, actúa en una forma que me da seguridad y ánimos para seguir con sus indicaciones	0	1	2	3	4
26. El personal de salud no da muestras de irritación ni disgusto cuando le llevas la contraria	0	1	2	3	4
27. El personal de salud no da muestras de enfado si incumples sus indicaciones	0	1	2	3	4
28. Es notorio que el personal de salud, se esmera en hacer su trabajo lo mejor posible	0	1	2	3	4
29. El personal de salud, da muestras de seguridad al momento de hacer su trabajo	0	1	2	3	4
30. El personal de salud, procura darme las indicaciones por escrito para que no que se me olvide	0	1	2	3	4
31. El personal de salud, da muestras de interesarse por darme una adecuada atención	0	1	2	3	4
32. El personal de salud, lleva su uniforme de manera limpia y ordenada	0	1	2	3	4
MODULACIÓN DE LA VOZ					
33. Cuando hablo con el personal de salud, escucha y responde a mis requerimientos de manera clara y pausada	0	1	2	3	4
34. Con una voz baja y pausada, me animan a que siga expresando mis requerimientos, dudas u opiniones	0	1	2	3	4
35. El personal de salud, modula el tono y volumen de su voz para que pueda comprender bien sus indicaciones	0	1	2	3	4
36. El personal de salud, con un tono de voz amistosa, me invitan a dar mi punto de vista, al momento de plantear algún tratamiento	0	1	2	3	4
37. El personal de salud, evita emplear un tono de voz autoritario	0	1	2	3	4
38. El personal de salud, evita emplear un tono de voz o expresiones que minimicen o ridiculicen	0	1	2	3	4
39. El tono de voz que emplea el personal de salud, me permite conversar de igual a igual con ellos	0	1	2	3	4
40. Los profesionales de salud evitan un tono de voz ofensivo o hiriente	0	1	2	3	4

.....Gracias

BAREMOS

De 0 a 32	Muy mala comunicación
De 32.1 a 64	Mala comunicación
De 64.1 a 96	Regular comunicación
De 96.1 a 128	Buena comunicación
De 128.1 a 160	Muy buena comunicación

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Basado en el SERVQUAL

Elaborado por: Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L, en 1988 (86)

Instrucciones; a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre su percepción de la atención recibida en la institución de salud, marque la opción que más se aproxima a su experiencia personal según la escala que se presenta a continuación:

0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Responda con toda sinceridad, no existen respuestas correctas ni incorrectas, la encuesta es anónima.

DIMENSIÓN TANGIBLE:					
1. Las instalaciones físicas de la institución de salud son cómodas y visualmente atractivas	0	1	2	3	4
2. Los trabajadores de la institución de salud tienen apariencia pulcra	0	1	2	3	4
3. La institución de salud tiene equipos tecnológicos de apariencia moderna	0	1	2	3	4
4. En la institución de salud, los materiales informativos (folletos, guía de atención, localización de servicios, tipos de servicio, etc.) están disponibles y actualizados	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN FIABILIDAD:					
5. Cuando la institución de salud promete hacer algo en cierto tiempo lo cumple	0	1	2	3	4
6. Los trabajadores de la institución de salud son competentes y están capacitados para resolver problemas del paciente	0	1	2	3	4
7. Los trabajadores de la institución de salud, siempre están dispuestos a ayudar al paciente	0	1	2	3	4
8. La institución de salud informa al usuario de forma oportuna sobre los resultados de sus exámenes clínicos	0	1	2	3	4
9. La institución de salud atiende de forma oportuna y rápida las consultas, solicitudes y reclamos de los pacientes	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA:					
10. La institución de salud desempeña bien el servicio de forma rápida y sin retraso	0	1	2	3	4
11. La institución de salud informa al usuario la fecha y hora en que será atendido	0	1	2	3	4
12. La institución de salud atiende las llamadas de los usuarios de forma oportuna	0	1	2	3	4
13. La institución de salud proporciona sus servicios en el momento que lo necesita de acuerdo a la gravedad del caso	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN SEGURIDAD:					
14. El paciente se siente seguro al momento de ser atendido en la institución de salud	0	1	2	3	4
15. El comportamiento de los trabajadores de la institución de salud transmite confianza	0	1	2	3	4
16. Los trabajadores de la institución de salud poseen conocimiento suficiente para responder las preguntas del paciente	0	1	2	3	4

17. Cuando el paciente tiene un problema, la institución de salud muestra un sincero interés en resolverlo	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN EMPATÍA:					
18. La institución de salud brinda al paciente una atención personalizada	0	1	2	3	4
19. La institución de salud comprende las necesidades específicas del paciente	0	1	2	3	4
20. La institución de salud tiene un horario de atención conveniente para todos	0	1	2	3	4
21. Los trabajadores de la institución de salud son educados, amables y profesionales al momento de tratar con el paciente	0	1	2	3	4
22. La institución de salud valora y reconoce las sugerencias del paciente para mejorar sus procesos	0	1	2	3	4

.....Gracias

BAREMOS

De 0 a 17.6	Muy baja satisfacción
De 17.7 a 35.2	Baja satisfacción
De 35.3 a 52.8	Mediana satisfacción
De 52.9 a 70.4	Alta satisfacción
De 70.5 a 88	Muy alta satisfacción

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN:
PROFESIONAL DE SALUD – PACIENTE”**

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.834
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8120.173
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
1. El personal de salud elogia, los progresos que tengo en mi salud	0,504			
2. Cuando el personal de salud me hace elogios, me siento animado y seguro	0,434			
3. Cuando estoy enfadado/a, el personal de salud sabe cómo cambiar mi estado de ánimo	0,448			
4. Cuando estoy nervioso/a, el personal de salud sabe cómo tranquilizarme	0,448			
5. Cuando estoy triste, el personal de salud sabe cómo alégrame	0,504			
6. El personal de salud puede controlar a las personas que no controlan sus sentimientos (que lloran, dan gritos, o se muestran excesivamente contentas)	0,502			
7. El personal de salud me hace críticas que ayudan a cambiar mi conducta para favorecer a mi salud	0,511			
8. Creo que las críticas y recomendaciones que da el personal de salud son conveniente para mejorar mi salud	0,489			
9. Por la forma en que el personal de salud se comunica conmigo, siento que comprende mi situación personal	0,440			
10. El personal de salud me da la suficiente confianza para poder expresar todas mis dudas y temores	0,444			
11. El personal de salud me explica sobre mi problema de salud, de una forma en que pueda comprenderlo		0,475		
12. El personal de salud me entiende cuando le explico algo		0,466		
13. El personal de salud me explica las cosas que desconozco, para cuidar mejor mi salud		0,434		
14. Cuando pregunto algo al personal de salud, este tiene la buena disposición de explicarme y resolver mi interrogante		0,424		
15. El personal de salud no se altera, aun cuando tenga que explicarme de forma repetida muchas cosas		0,450		
16. El personal de salud, da muestras que le importa mi estado de salud		0,469		
17. El personal de salud, acepta con agrado mi opinión		0,495		
18. El personal de salud, me explica las cosas con tanta claridad que muchas veces me hace cambiar de opinión		0,494		
19. El personal de salud, hace que comprenda como el tratamiento mejorará mi salud		0,442		
20. El personal de salud, comprende mis razones y mis sentimientos		0,415		

21. El personal de salud hace que entienda; porque, algunas de mis conductas son indebidas		0,459		
22. El personal de salud, me explica todos los trámites que debo de seguir de forma clara		0,439		
23. Los gestos y ademanes del personal de salud, me dan confianza y apertura			0,422	
24. El personal de salud tiene una expresión facial alegre y amable			0,446	
25. El personal de salud, actúa en una forma que me da seguridad y ánimos para seguir con sus indicaciones			0,488	
26. El personal de salud no da muestras de irritación ni disgusto cuando le llevas la contraria			0,492	
27. El personal de salud no da muestras de enfado si incumples sus indicaciones			0,487	
28. Es notorio que el personal de salud, se esmera en hacer su trabajo lo mejor posible			0,505	
29. El personal de salud, da muestras de seguridad al momento de hacer su trabajo			0,453	
30. El personal de salud, procura darme las indicaciones por escrito para que no que se me olvide			0,432	
31. El personal de salud, da muestras de interesarse por darme una adecuada atención			0,493	
32. El personal de salud, lleva su uniforme de manera limpia y ordenada			0,491	
33. Cuando hablo con el personal de salud, escucha y responde a mis requerimientos de manera clara y pausada				0,444
34. Con una voz baja y pausada, me animan a que siga expresando mis requerimientos, dudas u opiniones				0,511
35. El personal de salud, modula el tono y volumen de su voz para que pueda comprender bien sus indicaciones				0,453
36. El personal de salud, con un tono de voz amistosa, me invitan a dar mi punto de vista, al momento de plantear algún tratamiento				0,484
37. El personal de salud, evita emplear un tono de voz autoritario				0,463
38. El personal de salud, evita emplear un tono de voz o expresiones que minimicen o ridiculicen				0,459
39. El tono de voz que emplea el personal de salud, me permite conversar de igual a igual con ellos				0,454
40. Los profesionales de salud evitan un tono de voz ofensivo o hiriente				0,493
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>				
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>				

Fuente: Prueba piloto realizada en 30 usuarios de la Microred de Salud "Chilca" en el 2022.

Elaboración: Propia.

CONFIABILIDAD DEL “PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN: PROFESIONAL DE SALUD – PACIENTE”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,836	40

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. El personal de salud elogia, los progresos que tengo en mi salud	0,809
2. Cuando el personal de salud me hace elogios, me siento animado y seguro	0,807
3. Cuando estoy enfadado/a, el personal de salud sabe cómo cambiar mi estado de ánimo	0,692
4. Cuando estoy nervioso/a, el personal de salud sabe cómo tranquilizarme	0,737
5. Cuando estoy triste, el personal de salud sabe cómo alegrarme	0,720
6. El personal de salud puede controlar a las personas que no controlan sus sentimientos (que lloran, dan gritos, o se muestran excesivamente contentas)	0,727
7. El personal de salud me hace críticas que ayudan a cambiar mi conducta para favorecer a mi salud	0,751
8. Creo que las críticas y recomendaciones que da el personal de salud son conveniente para mejorar mi salud	0,800
9. Por la forma en que el personal de salud se comunica conmigo, siento que comprende mi situación personal	0,783
10. El personal de salud me da la suficiente confianza para poder expresar todas mis dudas y temores	0,693
11. El personal de salud me explica sobre mi problema de salud, de una forma en que pueda comprenderlo	0,730
12. El personal de salud me entiende cuando le explico algo	0,752
13. El personal de salud me explica las cosas que desconozco, para cuidar mejor mi salud	0,799
14. Cuando pregunto algo al personal de salud, este tiene la buena disposición de explicarme y resolver mi interrogante	0,757
15. El personal de salud no se altera, aun cuando tenga que explicarme de forma repetida muchas cosas	0,710
16. El personal de salud, da muestras que le importa mi estado de salud	0,805
17. El personal de salud, acepta con agrado mi opinión	0,734
18. El personal de salud, me explica las cosas con tanta claridad que muchas veces me hace cambiar de opinión	0,763
19. El personal de salud, hace que comprenda como el tratamiento mejorará mi salud	0,794
20. El personal de salud, comprende mis razones y mis sentimientos	0,767
21. El personal de salud hace que entienda; porque, algunas de mis conductas son indebidas	0,683
22. El personal de salud, me explica todos los trámites que debo de seguir de forma clara	0,780
23. Los gestos y ademanes del personal de salud, me dan confianza y apertura	0,680
24. El personal de salud tiene una expresión facial alegre y amable	0,705
25. El personal de salud, actúa en una forma que me da seguridad y ánimos para seguir con sus indicaciones	0,754
26. El personal de salud no da muestras de irritación ni disgusto cuando le llevas la contraria	0,782
27. El personal de salud no da muestras de enfado si incumples sus indicaciones	0,790
28. Es notorio que el personal de salud, se esmera en hacer su trabajo lo mejor posible	0,718
29. El personal de salud, da muestras de seguridad al momento de hacer su trabajo	0,786

30. El personal de salud, procura darme las indicaciones por escrito para que no que se me olvide	0,748
31. El personal de salud, da muestras de interesarse por darme una adecuada atención	0,738
32. El personal de salud, lleva su uniforme de manera limpia y ordenada	0,721
33. Cuando hablo con el personal de salud, escucha y responde a mis requerimientos de manera clara y pausada	0,822
34. Con una voz baja y pausada, me animan a que siga expresando mis requerimientos, dudas u opiniones	0,823
35. El personal de salud, modula el tono y volumen de su voz para que pueda comprender bien sus indicaciones	0,771
36. El personal de salud, con un tono de voz amistosa, me invitan a dar mi punto de vista, al momento de plantear algún tratamiento	0,736
37. El personal de salud, evita emplear un tono de voz autoritario	0,821
38. El personal de salud, evita emplear un tono de voz o expresiones que minimicen o ridiculicen	0,710
39. El tono de voz que emplea el personal de salud, me permite conversar de igual a igual con ellos	0,796
40. Los profesionales de salud evitan un tono de voz ofensivo o hiriente	0,775

Fuente: Prueba piloto realizada en 30 usuarios de la Microred de Salud "Chilca" en el 2022.

Elaboración: Propia.

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON
LOS SERVICIOS DE SALUD”**

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.837
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8513.873
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a	Componente				
	1	2	3	4	5
1. Las instalaciones físicas de la institución de salud son cómodas y visualmente atractivas	0,485				
2. Los trabajadores de la institución de salud tienen apariencia pulcra	0,512				
3. La institución de salud tiene equipos tecnológicos de apariencia moderna	0,429				
4. En la institución de salud, los materiales informativos (folletos, guía de atención, localización de servicios, tipos de servicio, etc.) están disponibles y actualizados	0,502				
5. Cuando la institución de salud promete hacer algo en cierto tiempo lo cumple		0,507			
6. Los trabajadores de la institución de salud son competentes y están capacitados para resolver problemas del paciente		0,467			
7. Los trabajadores de la institución de salud, siempre están dispuestos a ayudar al paciente		0,504			
8. La institución de salud informa al usuario de forma oportuna sobre los resultados de sus exámenes clínicos		0,420			
9. La institución de salud atiende de forma oportuna y rápida las consultas, solicitudes y reclamos de los pacientes		0,441			
10. La institución de salud desempeña bien el servicio de forma rápida y sin retraso			0,414		
11. La institución de salud informa al usuario la fecha y hora en que será atendido			0,468		
12. La institución de salud atiende las llamadas de los usuarios de forma oportuna			0,502		
13. La institución de salud proporciona sus servicios en el momento que lo necesita de acuerdo a la gravedad del caso			0,422		
14. El paciente se siente seguro al momento de ser atendido en la institución de salud				0,506	
15. El comportamiento de los trabajadores de la institución de salud transmite confianza				0,468	
16. Los trabajadores de la institución de salud poseen conocimiento suficiente para responder las preguntas del paciente				0,431	
17. Cuando el paciente tiene un problema, la institución de salud muestra un sincero interés en resolverlo				0,425	
18. La institución de salud brinda al paciente una atención personalizada					0,480
19. La institución de salud comprende las necesidades específicas del paciente					0,458
20. La institución de salud tiene un horario de atención conveniente para todos					0,478
21. Los trabajadores de la institución de salud son educados, amables y profesionales al momento de tratar con el paciente					0,424

22. La institución de salud valora y reconoce las sugerencias del paciente para mejorar sus procesos					0,441
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>					
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>					

Fuente: Prueba piloto realizada en 30 usuarios de la Microred de Salud "Chilca" en el 2022.

Elaboración: Propia.

CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	36

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Las instalaciones físicas de la institución de salud son cómodas y visualmente atractivas	0,742
2. Los trabajadores de la institución de salud tienen apariencia pulcra	0,803
3. La institución de salud tiene equipos tecnológicos de apariencia moderna	0,705
4. En la institución de salud, los materiales informativos (folletos, guía de atención, localización de servicios, tipos de servicio, etc.) están disponibles y actualizados	0,748
5. Cuando la institución de salud promete hacer algo en cierto tiempo lo cumple	0,801
6. Los trabajadores de la institución de salud son competentes y están capacitados para resolver problemas del paciente	0,824
7. Los trabajadores de la institución de salud, siempre están dispuestos a ayudar al paciente	0,699
8. La institución de salud informa al usuario de forma oportuna sobre los resultados de sus exámenes clínicos	0,742
9. La institución de salud atiende de forma oportuna y rápida las consultas, solicitudes y reclamos de los pacientes	0,793
10. La institución de salud desempeña bien el servicio de forma rápida y sin retraso	0,725
11. La institución de salud informa al usuario la fecha y hora en que será atendido	0,754
12. La institución de salud atiende las llamadas de los usuarios de forma oportuna	0,781
13. La institución de salud proporciona sus servicios en el momento que lo necesita de acuerdo a la gravedad del caso	0,730
14. El paciente se siente seguro al momento de ser atendido en la institución de salud	0,823
15. El comportamiento de los trabajadores de la institución de salud transmite confianza	0,695
16. Los trabajadores de la institución de salud poseen conocimiento suficiente para responder las preguntas del paciente	0,698
17. Cuando el paciente tiene un problema, la institución de salud muestra un sincero interés en resolverlo	0,706
18. La institución de salud brinda al paciente una atención personalizada	0,733
19. La institución de salud comprende las necesidades específicas del paciente	0,823
20. La institución de salud tiene un horario de atención conveniente para todos	0,819
21. Los trabajadores de la institución de salud son educados, amables y profesionales al momento de tratar con el paciente	0,800
22. La institución de salud valora y reconoce las sugerencias del paciente para mejorar sus procesos	0,795

*Fuente: Prueba piloto realizada en 30 usuarios de la Microred de Salud “Chilca” en el 2022.
Elaboración: Propia.*

ANEXO 06: OFICIO PRESENTADO A LA MICRO RED DE SALUD
"CHUPACA"

Solicito: AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DE
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE
DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION


Lic. Maria Suazo Córdova
Jefe de la Micro Red de Salud Chupaca

Yo, Anas Rosales **Edgar** Rubén, identificado con DNI No 20056457, domiciliado en Jr. Revolución No 200 Pilcomayo, Provincia de Huancayo, personal nombrado, del Centro de Salud ACLAS Chongos Bajo, perteneciente a la Micro Red de Salud Chupaca ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo culminado estudios de Maestría en Ciencias de la Salud, mención Gestión en servicios de salud, en la escuela de Pos grado de la Universidad Peruana Los Andes, Por lo cual solicito a su persona tenga a bien de **autorizar la aplicación del instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado: "COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA: 2022"**, en los establecimientos de la Micro Red de Salud Chupaca.

Sin otro particular me despido de usted no sin antes agradecer la atención al presente.

Atentamente;


EDGAR RUBEN ARIAS ROSALES
DNI 20056457

Huancayo 13 de octubre del 2022



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CARTA N° 327 -2022- GRJ-DRSJ-URSCH/ORH/DE

Señor: Lic. en enf. ARIAS ROSALES EDGAR RUBEN
C.S. CHONGOS BAJO

PRESENTE:

ASUNTO: ACEPTACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y/O REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS A SU TRABAJO DE INVESTIGACION.

Referencia: Expediente N° 4035222

Por medio del presente me dirijo a Usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez hacerle de conocimiento que su Expediente N° 4275989 DEVIENE PROCEDENTE por nuestra entidad para que realice **LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y/O REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS A SU TRABAJO DE INVESTIGACION**, solicitado por la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana los Andes, de acuerdo al caso que amerita para el logro de los objetivos académicos en beneficio de ambas partes.

Es menester recordarle a Ud. Que el proceso administrativo se sustenta fundamentalmente en el Principio de Legalidad y el Debido Proceso, establecidas en el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.



CC. ARCHIVO
ORH WUTJ IMPRIDE

DOCUMENTO	06336992
EXPEDIENTE	04275989

Chupaca, 30 de diciembre del 2022

Atentamente:

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD CHUPACA

[Signature]
D.F. Milagros P. Román Beltrán
C.O.F.P. 98818
DIRECTORA EJECUTIVA

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA: 2022", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el investigador responsable: Bach. Edgar Rubén Arias Rosales.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 30 de 11 2022.



(PARTICIPANTE)

Apellidos y nombres: *Santana Casaña Delia Abraham*
N° DNI: *75624221*

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: *Arias Rosales Edgar Rubén*
D.N.I. N°: *20056457*
N° de teléfono/celular: *995954904*
Email: *edgar.arias.rosales@upla.edu.pe*
Firma: *[Signature]*

2. Responsable de investigación

Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma:

3. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: *Sanchez Soto Juan Manuel*
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular: *964756119*
Email: *jsanchez@upla.edu.pe*
Firma:

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

ANEXO 8 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Edgar Rubén Arias Rosales, identificado (a) con DNI 20056457, egresado de la Escuela Posgrado de la Universidad Peruana Los Andes, vengo realizando el estudio de investigación titulado "COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA: 2022", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 05 de julio del 2022.



Nombre y Apellidos. Edgar Rubén Arias Rosales

Responsable de investigación

ANEXO 09: VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Balbin Lazo Jhanet
 1.2 Grado Académico : Maestría
 1.3 Profesión : Tecnóloga en Medicina
 1.4 Institución donde labora : Escuela Superior de Medicina
 1.5 Cargo que desempeña : Tecnóloga en Medicina Asistencial
 1.6 Denominación del Instrumento : Protocolo de comunicación profesional de salud por escrito

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 24

3.2. Opinión :

FAVORABLE DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 20 de Setiembre 2022

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

119
 M^g Jhanet Balbin Lazo
 ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN
 CTMP 5249

Balbin Lazo Jhanet
20112103

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Babin Lazo Jhanet
 1.2 Grado Académico : Magister
 1.3 Profesión : Tecnólogo Médico
 1.4 Institución donde labora : ESFALUD - HM RPP
 1.5 Cargo que desempeña : Tecnólogo Médico - Asistencial
 1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario de Satisfacción con los servicios de salud

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 24.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 20 de Setiembre 2022

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

Jhanet
 Ms. Jhanet Babin Lazo
 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
 20004 - 2011

Babin Lazo Jhanet
2011103

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto): Matos Olivera Lucila Milagros
 1.2 Grado Académico: Magister
 1.3 Profesión: Tecnólogo Médico
 1.4 Institución donde labora: Essalud - Hro
 1.5 Cargo que desempeña: Tecnólogo Médico Asistencial
 1.6 Denominación del Instrumento: Protocolo de Comunicación profesional de Salud - Paciente

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 24.....

3.2. Opinión:

FAVORABLE

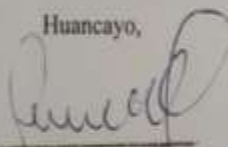
DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo,

22 de Setiembre 2022



ME LUCILA MILAGROS MATOS OLIVERA
 CTMP: 3171
 Medicina Física y Rehabilitación

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Lucila Milagros Matos Olivera

DNI

20005935

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto): Matos Olivera Lucila Milagros
 1.2 Grado Académico: Magister
 1.3 Profesión: Tecnólogo Médico
 1.4 Institución donde labora: EsSalud - HYO
 1.5 Cargo que desempeña: Tecnólogo Médico - Asistencia
 1.6 Denominación del Instrumento: Cuestionario de satisfacción con los servicios de Salud

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					✗
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					✗
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✗
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✗
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 24

3.2. Opinión:

FAVORABLE

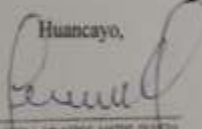
DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:

Huancayo,

22 de Setiembre 2022


 DR. LUCILA MILAGROS MATOS OLIVERA
 C.O.M.P. 3171
 Médica Física y Rehabilitación

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Lucila Milagros Matos Olivera

DNI

20005935

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Ruiz Rafael Jorge Luis
 1.2 Grado Académico : Magister
 1.3 Profesión : Terapeuta Médico
 1.4 Institución donde labora : C.S.S.H. 5110
 1.5 Cargo que desempeña : Terapeuta médico mantenedor
 1.6 Denominación del Instrumento : Protocolo de Comunicación Asesoria de Salud - Versión 8

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 24/24

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 23 de Setiembre 2022

FIRMA Y SELLO

Ruiz
 Lic. Jorge Ruiz Rafael

PSICOTERAPEUTA

CTMP 5700

AAEsSalud

APELLIDOS Y NOMBRES

40661636

DNI

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : *Ruiz Rafael Jorge Ruiz*
 1.2 Grado Académico : *Magister*
 1.3 Profesión : *Psicólogo Clínico*
 1.4 Institución donde labora : *ESSEPIA*
 1.5 Cargo que desempeña : *Tecnólogo Médico - Asesoría*
 1.6 Denominación del Instrumento : *Cuestionario de Satisfacción con la Atención de Salud*

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : ...*24*...

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, *23 de Setiembre 2022*

FIRMA Y SELLO

Ruiz
Lic. Jorge Ruiz Rafael

FISIOTERAPISTA
CTMP 5703

APELLIDOS Y NOMBRES

Ruiz

DNI

40661636

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : ANGE CORREA GABY MAGALY
 1.2 Grado Académico : MAGISTER
 1.3 Profesión : ENFERMERA
 1.4 Institución donde labora : P.S. LA PUNTA
 1.5 Cargo que desempeña : ENFERMERA
 1.6 Denominación del Instrumento : PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN PROFESIONAL DE SALUD - PACIENTE

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : ...24.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

FIRMA Y SELLO



Gaby M. Correa
 LIC. ENFERMERIA
 N.º 0000000000

APELLIDOS Y NOMBRES

ANGE CORREA GABY MAGALY

DNI

41804345

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : AME. GABRY GABRY MAGALY
 1.2 Grado Académico : MAESTRO
 1.3 Profesión : ENFERMERA
 1.4 Institución donde labora : P.S. LA PUNTA
 1.5 Cargo que desempeña : ENFERMERA
 1.6 Denominación del Instrumento : CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 24.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

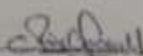
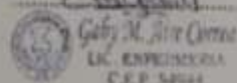
DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 27 DE SETIEMBRE DEL 2022

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

AME. GABRY GABRY MAGALY

DNI

41801345

ANEXO 10: REGISTRO FOTOGRÁFICO

FOTO: 01

PUESTO DE SALUD ISCOS



FOTO: 02

PUESTO DE SALUD TINYARI GRANDE



FOTO: 03

PUESTO DE
SALUD TINYARI
CHICO



FOTO: 04

PUESTO DE
SALUD AHUAC



FOTO: 05

PUESTO DE
SALUD
HUAMANCACA
CHICO



FOTO :06

PUESTO DE
SALUD TRES DE
DICIEMBRE

