

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Factores asociados a escucha activa durante prácticas
clínicas en estudiantes de enfermería de una universidad
privada de San Martín, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Jessica Ticliahuanca Paredes

ASESOR

Lic. Katherine Ortíz Romani

Lima, Perú

2020

FACTORES ASOCIADOS A ESCUCHA ACTIVA DURANTE
PRÁCTICAS CLÍNICAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE
UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE SAN MARTÍN, 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres por todo el apoyo que me brindan día a día, a mi asesora la Lic. Katherine Ortiz por guiarme y hacer posible la realización de este trabajo de investigación y por supuesto, está dedicado a todas las personas en general para que puedan sacar todo el provecho de esta investigación esperando que les sea de mucha utilidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme la vida, la salud, la sabiduría, la paciencia y el amor para hacer posible este trabajo, a mis padres que con mucho amor y paciencia me inspiran a seguir adelante cumpliendo metas y sueños, a mis docentes que me apoyaron y guiaron desde el primer día de clases hasta ahora y sé que seguirán haciéndolo, quiero agradecer en particular a la Licenciada Marina Pinedo, quien marcó en mí ese don de servicio, del conocimiento y el aprendizaje día a día. También quiero agradecer a las Licenciada Ruth Mucha, quien, supo guiarme, orientarme y fortalecer en mí las ganas de superación. Agradezco de todo corazón a todos los docentes que me brindaron un espacio en sus aulas para realizar mis encuestas, a mi asesora la Licenciada Katherine Ortíz por su paciencia, su interés y gran apoyo para con mi persona y la realización de este trabajo de investigación, en fin, agradezco a mis compañeros de clases de todos los ciclos que me apoyaron con el llenado de las encuestas y a cada persona que marcó en mí y me brindó una palabra de aliento para seguir adelante luchando por mis sueños y metas, a todos ellos ¡muchísimas gracias!.

RESUMEN

Objetivo: determinar qué factores se asocian a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de la Selva peruana. **Materiales y métodos:** el estudio fue descriptivo-correlacional de diseño transversal. La población fue conformada por 85 estudiantes de enfermería de pre-grado. La variable principal fue la escucha activa medida por un cuestionario autodirigido. Se utilizaron análisis univariado y bivariado mediante las pruebas de t de Student, de ANOVA y de Correlación de Spearman con el programa STATA versión 14. **Resultados:** el promedio de la escucha activa fue 50.29. Además, los factores con promedios más elevados de escucha activa fueron cursar internado (media=53.60), asistir a prácticas hospitalarias (media=52.41), ser convivientes (media=51.67) o casados (media=51.00), tener un familiar con patología crónica (media=51.46) y el recibir capacitación sobre escucha activa o cuidado humanizado (media=51.10). **Conclusión:** los estudiantes en cuestión poseen un promedio alto de escucha activa. Los factores que se asociaron significativamente con la escucha activa fueron ciclo académico, asistencia a prácticas hospitalarias, estado civil, familiar con patología crónica y capacitaciones sobre escucha activa o cuidado humanizado. Los resultados de esta investigación instruyen a tomar valor sobre la escucha activa y los factores que están interviniendo durante el desarrollo de las prácticas clínicas del estudiante. Las casas de estudios deben incentivar a sus docentes para que estos impulsen esta habilidad de comunicación en sus estudiantes.

Palabras clave: Relaciones Interpersonales; Enfermería Práctica; Estudiantes de Enfermería; Competencia Clínica (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: to determine what factors are associated with active listening in the clinical practice of nursing students in the Peruvian jungle. **Materials and methods:** the study was descriptive-correlational in cross-sectional design. The population was made up of 85 undergraduate nursing students. The main variable was active listening measured by a self-directed questionnaire. Univariate and bivariate analyzes were used using the Student's t-test, ANOVA, and Spearman's Correlation with the STATA version 14 program. **Results:** the average of active listening was 50.29. In addition, the factors with the highest averages of active listening were attending an internship (mean = 53.60), attending hospital practices (mean = 52.41), being cohabiting (mean = 51.67) or married (mean = 51.00), having a family member with pathology chronic (mean = 51.46) and receiving training on active listening or humanized care (mean = 51.10). **Conclusion:** the students in question have a high average of active listening. The factors that were significantly associated with active listening were academic cycle, attendance at hospital practices, marital status, family with chronic pathology and training on active listening or humanized care. The results of this research instruct to take value on active listening and the factors that are intervening during the development of the student's clinical practices. The houses of study must encourage their teachers so that they promote this communication skill in their students.

Key words: Interpersonal Relations; Practical nursing; Nursing students; Clinical Competence (Source: DeCS).

ÍNDICE

Resumen	V
Índice	Vii
Introducción	Viii
Capítulo I El problema de investigación	11
1.1.Situación problemática	11
1.2.Formulación del problema	12
1.3.Justificación de la investigación	12
1.4.Objetivos de la investigación	13
1.4.1.Objetivo general	13
1.4.2.Objetivos específicos	13
1.5.Hipótesis	13
Capítulo II Marco teórico	15
2.1.Antecedentes de la investigación	15
2.2.Bases teóricas	17
Capítulo III Materiales y métodos	24
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	24
3.2.Población y muestra	24
3.2.3.Criterios de inclusión y exclusión	24
3.3.Variables	24
3.3.1.Definición conceptual y operacionalización de variables	24
3.4.Plan de recolección de datos e instrumentos	25
3.5.Plan de análisis e interpretación de la información	25
3.6.Ventajas y limitaciones	25
3.7.Aspectos éticos	26
Capítulo IV Resultados	28
Capítulo V Discusión	31
5.1. Discusión	31
5.2. Conclusión	32
5.3. Recomendaciones	33
Referencias bibliográficas	35
Anexos	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la cultura de los cuidados y la integración de la satisfacción del usuario en el sistema de salud, se remite a la responsabilidad de enfermería por mejorar la calidad de la asistencia brindada. Desde su inicio en la enfermería como profesión es muy conocido que uno de las características más importantes de la atención al individuo sano o enfermo, es la comunicación, ya que establece interacciones y relaciones terapéuticas enfocadas a la restauración de la salud. Sin embargo, hoy en día, continúa emitiéndose a un segundo plano. Las habilidades y características como la empatía, la escucha activa y el respeto a la dignidad del individuo se deben desarrollar con la finalidad de entablar una comunicación eficaz y una relación terapéutica satisfactoria. Esto demanda de un gran cambio en el significado de cuidar y en la humanización del proceso asistencial (1).

Escuchar requiere de concentración y esfuerzo, ya que, de esta manera, se incrementa la capacidad de empatizar con otra persona (Sanz, Luna, Cotera & Comunicación, 2011), es por ello, la necesidad e importancia de incluir en los planes de cuidados enfermeros actividades enfocadas a la comunicación y escucha activa al paciente (Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares & Satorres, 2014) (2). Ello conlleva una gran importancia desde el inicio de la carrera, la formación de los estudiantes de enfermería juega un papel importante en el desarrollo y desempeño del rol profesional al cuidado del paciente (3).

De tal manera se formula el siguiente problema: ¿De qué manera los factores se asocian con la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?, se distingue el objetivo principal que es determinar qué factores se asocian a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018. Así mismo los objetivos específicos: identificar el promedio de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018; identificar el perfil sociodemográfico de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018; identificar el perfil de formación de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018; analizar la relación entre los factores sociodemográficos y la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018 y analizar la relación entre los factores de formación y la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Asimismo al considerar que la Universidad tiene como misión la de formar profesionales humanistas y científicos de alto nivel, que respondan a las necesidades de la sociedad y en el caso de enfermería exige una relación de ayuda al paciente, es necesario que se conozca cómo se están desarrollando los procesos de escucha activa en los estudiantes, habilidad que les va a permitir generar un clima positivo para la comunicación y las relaciones interpersonales con el paciente en los diferentes servicios de salud. Se encontró también ciertas limitaciones en las cuales denotan el no poder evaluar el cambio individual durante mucho tiempo, los resultados del estudio sólo son válidas para la población en estudio, la población reducida de estudiantes de enfermería de la Universidad Católica Sedes Sapientiae Nueva Cajamarca-Rioja y la falta de otros estudios similares. Siendo un estudio correlacional se aplicó pruebas estadísticas que mostraron resultados de asociación entre ciertos factores y la escucha activa en la práctica clínica en estudiantes. Por tal motivo el estudio propuso una alternativa metodológica válida para el estudio de su objeto. Los resultados de la investigación favorecieron la aplicación de un método de trabajo de la profesión con eficiencia y científicidad.

Los antecedentes del estudio se llevaron a cabo en estudiantes de enfermería como lo muestra un estudio realizado en Lima, Perú; el diseño fue no experimental de nivel descriptivo longitudinal de evolución de grupos, en quienes se ejecutaron tres mediciones: al inicio, a mitad y al final de las prácticas pre profesionales, mediante un Test de Likert (4). Sin embargo, en su mayoría se desarrollaron en otros países, entre ellos se encuentra, Colombia en donde la investigación fue cualitativa de carácter fenomenológico interpretativo, el instrumento fue la entrevista (5). De tal manera en Taiwán se desarrollaron evaluaciones por pares grabado y cargado en una plataforma de YouTube (6). Por otro lado, en Irán las habilidades de comunicación de los estudiantes se evaluaron mediante un cuestionario autoadministrado (7). Así mismo en Barcelona fue desarrollado mediante una investigación observacional multidimensional, la actividad interactiva observada y videograbada se analizó utilizando un abordaje por niveles (8). Por otro lado, en Colombia, la investigación fue cualitativa de tipo fenomenológico, la recolección de la información se realizó mediante la entrevista (9). Cabe resaltar que en Japón un estudio descriptivo transversal y de enfoque cuantitativo el instrumento fue mediante 4 cuestionarios (10). En China se utilizaron los diseños cualitativos y cuantitativos en dos etapas separadas, el análisis de contenido se utilizó para evaluar los temas esenciales para desarrollar el contenido específico y las estrategias de enseñanza del curso (11). En México en hombres y mujeres seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental, el análisis de regresión múltiple paso a paso mostró que la presencia de estilos de comunicación positivos y la ausencia de conflictos son factores que contribuyen a la satisfacción marital (12). Otro estudio cualitativo de trayectoria etnográfica realizado en Chile en familiares que desempeñaban el rol de cuidador, se obtuvo su participación a través de consentimiento informado (13).

A partir de lo cual se formula la siguiente hipótesis: los factores se asocian significativamente a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018. Se define a la variable principal escucha activa como: “La aplicación de los componentes físicos y psicológicos, como es la distancia, la expresión del rostro, el parafraseo, la aceptación incondicional, entre otros, que realizan los estudiantes de enfermería durante la interrelación con la persona a la que brindan cuidado” (14).

En el capítulo I se expone la situación de estudio, la escucha activa en los estudiantes de enfermería que inician sus prácticas clínicas hasta el internado, en donde, se detallan los acontecimientos que marcan en el alumno desde sus primeras experiencias clínicas hasta culminar su internado. Se delimita y concreta el problema de investigación, el objetivo general y específicos del estudio, y se da a conocer el diseño observacional adoptado. En el capítulo II se muestran los antecedentes más actuales del estudio que guardan relación con el tema investigado, se realiza un acercamiento a la complementariedad de las bases teóricas, con el fin de proponer un modelo teórico comprensivo y detallar conceptos que faciliten su comprensión. Por otro lado, en el capítulo III, se incluyen el tipo de estudio y diseño de la investigación, descripción de participantes, instrumentos y los planes de recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos, resaltando los aspectos éticos que se tomaron en cuenta en el desarrollo de todo el estudio. En cuanto al capítulo IV, se incluyen los resultados encontrados a partir del instrumento que se eligió para la investigación respectivamente. Finalmente, en el capítulo V, se enuncia la discusión, conclusiones a las que he llegado y propongo algunas recomendaciones futuras que dan continuidad a la senda trazada por esta investigación.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación problemática

La escucha activa según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), es definida como gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente (15). Se usa una diversidad de calificativos en el ámbito clínico respecto a la palabra escucha, que abarcan activa, terapéutica, empática y holística. Cuando se menciona a la escucha terapéutica se refiere al proceso interpersonal de confirmación que implica a todos los sentidos, en donde el terapeuta atiende con empatía todos los mensajes verbales y no verbales del paciente para favorecer la comprensión, la síntesis y la interpretación de la situación. (16). De la misma manera, la escucha impulsa a la independencia y fomenta el crecimiento y el desarrollo de los pacientes, de forma que la empatía y la calidez del enfermero resultan imprescindibles para que se demuestren cambios terapéuticos (17). Sin embargo, existen consecuencias de la mala comunicación enfermero-paciente y estas tienen su inicio cuando el enfermero utiliza el papel del receptor inadecuadamente (18).

En un estudio realizado en estudiantes de enfermería se evidenció que el nivel de Escucha Activa fue medio (69%) (14). Hay dos posibles problemas. El primero que está relacionado con la habilidad personal y el segundo con la carencia de feedback en la comunicación (18). Cabe recalcar que la comunicación interpersonal del estudiante de enfermería con el paciente esté posiblemente asociada con su perfil sociodemográfico o de formación académica. En muchas ocasiones la asistencia a conferencias educativas o a capacitaciones sobre esta temática por parte de los estudiantes de enfermería podría ayudar al desarrollo de sus habilidades comunicacionales con el paciente (6,10,11,19,20). Por otro lado, el empleo de estrategias comunicativas propias del estudiante de enfermería en su crecimiento profesional, tiene mejora cuando genera mayor experiencia en los establecimientos de salud (4,7,21-23). Incluso, la escucha activa suele estar relacionada con la práctica continua (5,9,24,25). Por otro lado, dentro de la convivencia continua que se tiene entre amigos, parejas y familiares con alguna patología, surge la comunicación por el interés del bienestar de la persona afectada, en consecuencia, se podría adquirir la habilidad de la escucha activa (8,9,12,13,26). En este sentido, se estima que la escucha activa es un componente importante en el cuidado del enfermero, porque es él quien convive por tiempos prolongados con el paciente hospitalizado y por ende logra su confianza (27). Esto es una realidad que debería tenerse en cuenta para el estudiante desde el inicio de sus prácticas clínicas y posteriormente cuando labore. Lamentablemente, a nivel nacional e internacional y más aún a nivel local esta temática no ha sido muy acogida ni estudiada, por ello surgió el interés de evaluar a estudiantes de enfermería de una universidad privada de la selva peruana. Cabe resaltar que, en comparación con otras regiones del Perú como la Costa, en la Selva no se cuenta con hospitales con gran demanda de pacientes, lo que conlleva a que los estudiantes experimenten ciertas limitaciones en sus prácticas hospitalarias y por ende el contacto con el paciente. Sin embargo, se están inaugurando nuevas infraestructuras donde el estudiante podrá poseer más contacto con el paciente (28).

Por tal motivo, la realización de este estudio ayuda a contribuir científicamente en el campo de enfermería en la región Selva. Además, es fundamental que se conozca cómo se están desarrollando los procesos de escucha activa en los estudiantes, habilidad que les va a facultar generar un clima positivo para la comunicación y las relaciones interpersonales con el paciente en los distintos servicios de salud (18). Se debe conciderar que existen varios estudios teóricos (29) o cualitativos sobre esta temática, pero muy pocos estudios empíricos, cuantitativos o mixtos. Respecto a lo mencionado anteriormente el objetivo del estudio fue determinar qué factores se asocian a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de la selva peruana.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿De qué manera los factores se asocian con la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

- ❖ ¿Cuál es el promedio de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?
- ❖ ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?
- ❖ ¿Cuál es el perfil de formación de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?
- ❖ ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?
- ❖ ¿Cuál es la relación entre los factores de sociodemográficos y de formación con la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?

1.3 Justificación de la investigación

A partir de la escucha activa el profesional de enfermería se compromete a otorgar los cuidados de enfermería aproximándose desde una dimensión humana. Además de los estilos de relación de ayuda, se desarrolla el uso del poder por parte de la enfermera el cual consiste en una actitud que se basa en buscar los recursos de la propia persona, se orienta a que los utilice de forma adecuada, es así que dentro de esta actitud tiene gran importancia la escucha activa (14).

Relevancia teórica

Tanto a nivel nacional e internacional y más aún a nivel local esta temática no ha sido estudiada y por ende la obtención de información es muy reducida, entre las que se pudo revisar no existía nivel de comparación ni relación de los factores que se asocian en la escucha activa por parte de estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín. Por tal motivo que la realización de este estudio conlleva a desarrollar y evaluar en un peldaño más actualizado y avanzado los distintos factores asociados a la escucha activa en los estudiantes de enfermería que inician prácticas hospitalarias.

Relevancia práctica

A través de los resultados se incentivó a que se realicen conferencias educativas junto con los docentes y se logró fomentar la escucha activa a los estudiantes logrando así una respuesta satisfactoria fuera de un ambiente universitario y respondiendo con buenas habilidades dentro de una institución laboral en salud, todo con el fin último del beneficio al paciente.

Asimismo al considerar que la Universidad tiene como misión la de formar profesionales humanistas y científicos de alto nivel, que respondan a las necesidades de la sociedad y en el caso de enfermería exige una relación de ayuda al paciente, es necesario que se conozca cómo se están desarrollando los procesos de escucha activa en los estudiantes, habilidad que les va a permitir generar un clima positivo para la comunicación y las relaciones interpersonales con el paciente en los diferentes servicios de salud.

Relevancia metodológica

Siendo un estudio correlacional se aplicó pruebas estadísticas que mostraron resultados de asociación entre ciertos factores y la escucha activa en la práctica clínica en estudiantes. Por tal motivo el estudio propuso una alternativa metodológica válida para el estudio de su objeto. Los resultados de la investigación favorecieron la aplicación de un método de trabajo de la profesión con eficiencia y científicidad. Se debe tener en cuenta que existen varios estudios teóricos sobre esta temática, pero muy pocos estudios empíricos como fue el presente estudio.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar qué factores se asocian a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- ❖ Identificar el promedio de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.
- ❖ Identificar el perfil sociodemográfico de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.
- ❖ Identificar el perfil de formación de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.
- ❖ Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.
- ❖ Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

1.5 Hipótesis

Hipótesis general:

Alternativa

Los factores se asocian significativamente a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Nula

Los factores no se asocian significativamente a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Hipótesis específicas:

Alternativa

Los factores sociodemográficos y de formación se relacionan significativamente a la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Nula

Los factores sociodemográficos y de formación no se relacionan significativamente a la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Alterna

Los factores sociodemográficos y de formación se relacionan significativamente a la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Nula

Los factores sociodemográficos y de formación no se relacionan significativamente a la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Nacionales

En un estudio realizado en Lima, Perú; en 37 internos de enfermería en el periodo 2016-2017. El diseño fue no experimental, nivel descriptivo longitudinal de evolución de grupos. En quienes se ejecutaron tres mediciones: al inicio, a mitad y al final de las prácticas pre profesionales; mediante un Test de Likert. Los resultados del estudio muestran a nivel general, que las habilidades sociales de los internos de Enfermería antes, durante y después del internado, descendieron en el nivel medio de 32.4% a 29.7% y el nivel alto de 67.6% a 51.4%; para dar lugar al incremento de los niveles muy altos de habilidades sociales de 0% al inicio a 18.9% al finalizar el internado, no habiéndose encontrado cifras de habilidades bajas (4).

Internacionales

En un estudio realizado en Colombia en 10 estudiantes de enfermería. La investigación fue cualitativa de carácter fenomenológico interpretativo. El instrumento fue la entrevista. Se realizaron de 2 a 4 entrevistas a profundidad, con cada uno de los diez participantes, en las cuales se procuró esclarecer la experiencia humana subjetiva, los participantes mostraron buena disposición para el desarrollo de las mismas. Como resultado se evidenciaron características que surgieron del análisis de contenido para describir el significado de la experiencia de los participantes que fueron: tranquilidad para el alma, aprender a escuchar, mi primer cuidado, más allá de nota y familia y cuidado, en donde reconocen que las habilidades comunicativas como escuchar, interpretar, hablar y expresar son requisito necesario para la práctica en enfermería, los estudiantes evidenciaron la importancia de aprender a escuchar como un acto de cuidado (5).

En un estudio realizado en Taiwán en 50 estudiantes de enfermería matriculados en un curso de enfermería psiquiátrica. El experimento contenía dos rondas de evaluaciones por pares, fue grabado y cargado en una plataforma de YouTube que diseñaron para mantener un registro de visualización, calificación y comentarios de sus pares. El proceso de evaluación de pares se sincronizó con la visualización de los pares videos de comunicación para que los comentarios puedan marcarse en el punto relevante del video. Uno de los propósitos de este estudio fue implementar un sistema de evaluación de pares por video en línea para mejorar sus habilidades de comunicación, el otro propósito era examinar los efectos y la validez de la evaluación por pares. Entre los resultados se evidenció que los puntajes de evaluación de expertos, mostró que el desempeño comunicativo de los estudiantes, cuando participaron en evaluaciones de pares, mejoró significativamente. En la primera ronda, los puntajes determinados por los pares no se correlacionaron con los marcados por los expertos, sin embargo, en la segunda ronda, ambas puntuaciones se correlacionaron significativamente, lo que indica que la evaluación por pares en línea podría percibirse como un método de evaluación válido para la capacitación en habilidades de comunicación de enfermería. En general, los estudiantes estaban satisfechos con las actividades de evaluación por pares y apreciaban la contribución a sus habilidades de comunicación (6).

En un estudio realizado en Fatemeh en Shiraz, Irán; En 200 estudiantes de enfermería que aprobaron dos semestres en la Escuela de Enfermería y Partería. Las habilidades de comunicación de los estudiantes se evaluaron mediante un cuestionario autoadministrado. Luego, los datos se ingresaron en el software estadístico SPSS (v. 16) y se analizaron utilizando estadística descriptiva (media y porcentaje) e inferencial (correlación de Pearson y ANOVA). El 58% eran mujeres y el 42% eran hombres con una edad media de 21,79 años (DE = 2,14). Los resultados del análisis de correlación

de Pearson demostraron una correlación significativa entre los puntajes de comportamiento de comunicación clínica de los estudiantes de enfermería y los puntajes de capacidad de comunicación de tratamiento ($P < 0,001$). Los resultados demostraron que la mayoría de los estudiantes de enfermería requerían una mejora en sus habilidades de comunicación tanto en el comportamiento de comunicación clínica como en la capacidad de comunicación del tratamiento. Además, se observó una diferencia significativa entre los estudiantes de diferentes términos con respecto a los comportamientos de comunicación clínica ($P 0.05$), pero no con respecto a las habilidades de comunicación. Los estudiantes de enfermería en semestres superiores tenían mejores habilidades de comunicación (7).

En un estudio realizado en Barcelona en 9 parejas colombianas, desarrollado mediante una investigación observacional multidimensional combinado con sistemas de categorías aplicada a la comunicación de parejas no clínicas que conversan sobre la perdurabilidad de su relación conyugal, se utilizó la actividad interactiva observada y videograbada, las parejas participantes disponen de 20 minutos por pregunta-tarea para aportar su experiencia conyugal afrontando los problemas de co-orientación, evaluación y control de la interacción dialógica. Una vez testada la concordancia entre observadores mediante índice kappa de Cohen, se ha analizado utilizando un abordaje por niveles: ecológico, estructural y regularidades temporales. Dependiendo de la naturaleza de cada nivel y de los problemas que se abordan se utilizan técnicas analíticas cuantitativas y cualitativas. Los resultados mostraron que estas parejas han logrado consolidar un modo de relación comunicativa basado en la escucha activa, la crítica correctiva balanceada con la estima y el respeto y las muestras de calor relacional. Este modo de relación descubierto se individualiza en cada pareja según los patrones secuenciales (lag) y de tiempo (T-patterns) encontrados (8).

En un estudio realizado en Colombia en 14 estudiantes del último año del programa de Enfermería de la Universidad del Tolima. La investigación fue cualitativa de tipo fenomenológico desde una perspectiva hermenéutica. Así mismo, la recolección de la información se realizó mediante la entrevista en profundidad, y se procuró esclarecer una experiencia humana subjetiva por medio de la interacción directa con el paciente. Los investigadores identificaron dos grandes categorías, que fueron denominadas Vivencias de infligir dolor y Estrategias de Afrontamiento. Los resultados mostraron que la vivencia es aprendida y vivida por el individuo y se expresa en el sentido común, es una elaboración que hace el estudiante sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y la sociedad, del mismo modo, reportó que la percepción del dolor del paciente en las prácticas clínicas hace consciente su falta de "experiencia", y reconocen que con el tiempo y la práctica lograrán adquirir las destrezas que les permitan demostrar eficacia en el cuidado del paciente (9).

Por otro lado, un estudio realizado en Japón en 22 colegios o universidades de enfermería la muestra fue agrupada de 312 estudiantes de enfermería desarrollado mediante un estudio descriptivo transversal y de enfoque cuantitativo. El instrumento fue mediante 4 cuestionarios para datos demográficos, comportamiento de comunicación clínica, habilidades de comunicación de tratamiento y habilidades de comunicación interpersonal al comienzo de la sesión práctica clínica. La estabilidad y la precisión de los cuestionarios se establecieron con un índice de validez de contenido general de 0.78; el índice Alpha de Cronbach osciló entre 0,872 y 0,951, y el índice de letras fluctúa entre 0,85 y 0,89. Los resultados demostraron que el 88.1% de los estudiantes de enfermería requieren capacitación adicional en comportamiento de comunicación clínica, habilidades de comunicación de tratamiento y habilidades de comunicación interpersonal. El análisis de Pearson reveló correlaciones significativamente positivas entre las habilidades de comunicación y el nivel educativo de los estudiantes, la

experiencia de capacitación clínica, las circunstancias de vida y el número de hermanos (10).

En un estudio realizado en China se tomó una muestra aleatoria y una muestra de conveniencia de estudiantes en un programa de licenciatura de cuatro años en un instituto público en Macao. Los diseños cualitativos y cuantitativos se utilizaron en dos etapas separadas. La etapa I consistió en desarrollar un curso de capacitación en habilidades de comunicación centrado en el alumno utilizando cuatro grupos focales (n = 32). La Etapa II evaluó la eficacia de la capacitación comparando habilidades de comunicación, interacción clínica, disfunción interpersonal y habilidades de resolución de problemas sociales utilizando un diseño pre-post longitudinal cuasi-experimental entre 62 estudiantes de enfermería. El análisis de contenido se utilizó para evaluar los temas esenciales para desarrollar el contenido específico y las estrategias de enseñanza del curso, en donde los resultados fueron que, las pruebas t emparejadas y las pruebas de rango con signo de Wilcoxon mostraron una mejora significativa en todos los puntajes posteriores a la capacitación en cuanto a capacidad de comunicación, contenido de comunicación y manejo de barreras de comunicación. Según los puntajes promedio del formulario de evaluación del curso, los estudiantes generalmente estaban muy satisfechos con el curso: 6.11 a 6.74 en una escala del 1 al 7 (11).

En un estudio realizado en la ciudad de Mérida, México; en 76 hombres y 111 mujeres seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental, desarrollado mediante inventarios de Estilos de Comunicación de la Pareja (Sánchez Aragón & Díaz-Loving, 2003), a la Escala de Conflicto (Rivera Aragón, Díaz-Loving & Cruz del Castillo, 2005) y el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (Cañetas Yerbes, Rivera Aragón & Díaz-Loving, 2000). Tuvo como objetivo determinar el mejor predictor de la satisfacción marital a partir de la comunicación y la percepción de los conflictos en la pareja en hombres y mujeres. El análisis de regresión múltiple paso a paso mostró que la presencia de estilos de comunicación positivos y la ausencia de conflictos son factores que contribuyen a la satisfacción marital. Asimismo, se observan diferencias por sexo en el modelo de predicción que son explicadas culturalmente. Los resultados obtenidos mostraron que la muestra estudiada considera que uno de los estilos de comunicación más importantes tanto en la persona misma como en la pareja es el social afiliativo, es decir, hacer uso de expresiones de cariño, comprensión, dulzura y afecto como formas de complacer y ser sociable con la pareja. Estos datos muestran, por un lado, el efecto de la cultura en las relaciones interpersonales (12).

Otro estudio realizado en Chile en 9 familiares que desempeñaban el rol de cuidador. De tipo cualitativo de trayectoria etnográfica utilizando el referencial de Spradley, tuvo como objetivo comprender cómo los cuidadores familiares vivencian la depresión de los adultos mayores, en su contexto cultural. El universo cultural se constituyó con familiares, quienes ejercían el rol de cuidador, obteniéndose su participación a través de consentimiento informado. Los resultados muestran que la enfermedad es percibida por los cuidadores como una limitación profunda en la calidad de vida del anciano, sumando soledad, tristeza y dolor, los sentimientos de los pacientes deprimidos se hacen extensivos a los ellos, quienes también corren el riesgo de deprimirse. Las responsabilidades propias del cuidado también generan en los cuidadores sentimientos de culpa, lo cual los expone a un mayor grado de sufrimiento, reconocen las formas de inicio de la enfermedad, sus atributos, las formas de tratamiento, y el estigma social asociado a la enfermedad mental y su rol fundamental de apoyo y cuidado en la recuperación (13).

2.2. Bases teóricas

Teoría de Martha Roger: Los Seres Humanos Unitarios

Martha Elizabeth Rogers nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas, Texas. Se graduó en enfermería en 1936. El propósito de su teoría es demostrar que el entorno y la forma de actuar de una persona que interactúa en este, influye de diversas formas, creando de esta manera un todo unificado. Es decir, el hombre reacciona según lo que encuentre en su entorno. Esto a su vez participa de forma directa en su salud, lo cual va a afectar a sus pensamientos y a sus familiares, así como a los profesionales de salud que le brindan los cuidados, pues también son seres humanos. De esta manera se forma un todo unitario, donde el entorno, el paciente y las personas de su alrededor actúan en relación a las percepciones y los hechos. Considera al hombre como un ser unificado que mantiene integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes al estar inmerso en un entorno.

Lo define también como un valor establecido por la cultura de la persona, es decir, sería un estado de tranquilidad o bienestar así el estado de salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto, el potencial de máxima salud es variable.

Roger define las características de su teoría como:

Campo de energía

Manifiesta que tanto el ser humano como el entorno son considerados campos de energía. Es decir, cada campo del entorno es específico para cada campo de energía humano. Según Rogers, los dos campos de presentar cambios lo harán de manera continua, creativa e integral.

Universo de sistemas abiertos

Este concepto afirma que los campos de energía no tienen un inicio ni un final pero que se relacionan entre sí. Por lo tanto, define de este mismo modo al ser humano y su entorno.

Patrón

Lo define como instrumento que sirve para identificar los campos de energía. Es algo abstracto que se evidencia por las manifestaciones. Tiende a cambiar de forma continua y es lo que le da identidad al campo de energía. Este cambio puede manifestar enfermedad, malestar o bienestar.

Pandimensionalidad

Dominio sin límites que padece de atributos espaciales o temporales, siendo esta la mejor manera de definir la idea de un todo unitario. Se refiere a la enfermera como ciencia y arte a partes iguales, afirmando que debe centrarse en la observación de los pacientes y de su entorno con el fin de fomentar la salud y el bienestar de todos. Afirma que todos los seres humanos son seres unitarios que están en persistente relación con su entorno, el cual cambia constantemente (30).

Hildegart Peplau

Relaciones Interpersonales

Hildegart Elizabeth Peplau nació el 1 de septiembre de 1909 en Reading, Pennsylvania. Era la única enfermera que ocupó los cargos de director ejecutivo y presidente de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA). También trabajó con el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) durante dos períodos. Evidenció en la enfermería un proceso interpersonal, a través del cual, las enfermeras y los pacientes pueden alcanzar

el crecimiento y desarrollo personal, refiere que los elementos fundamentales de la práctica de enfermería son el paciente, la enfermera y los eventos que se desarrollan entre ambos durante una situación de cuidado. Se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada profesionalmente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente (31). De acuerdo con Peplau, la relación que se establece es recíproca, por lo que los cuidados de enfermería que se brinda no son sólo en, para y hacia el paciente, sino con él, e implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos.

Este modelo se denota en el paradigma de la integración, es decir, orienta a la enfermera a distinguir en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual dirigiendo el cuidado a sus dimensiones físico, social y mental (32). Se describe el proceso de relación interpersonal de enfermería en cuatro fases: orientación, identificación, exploración y resolución (33). Aunque independientes, estas fases se individualizan cuando se establecen a lo largo de la relación (33).

Orientación: en esta fase se marca la relación de la enfermera-paciente donde el individuo experimenta una necesidad y busca asistencia profesional. La enfermera identifica las necesidades que le proporciona información sobre cómo visualiza el paciente la dificultad que está experimentando, ello le ofrece a la enfermera la oportunidad de reconocer su falta de información y comprensión sobre el problema (31).

Identificación: en esta fase el paciente se identifica con la enfermera que le brinda los cuidados y establece una relación. La enfermera facilita la resolución de preguntas, dudas, emociones para ayudar a sobrellevar el proceso de enfermedad, reforzando sus mecanismos de adaptación, aceptación y proporcionando satisfacción, dirigiendo sus objetivos a lograr en el paciente un aprendizaje constructivo, que ocurre cuando el paciente puede concentrar elementos esenciales de su situación por sus propios medios y puede dar respuestas independientemente de la enfermera (31).

Aprovechamiento: el paciente trata de obtener mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación enfermera- paciente. La enfermera ya logró la confianza del paciente y la usa para incentivar la independencia del paciente buscando soluciones y fomentar el autocuidado (31).

Resolución: en esta última fase se reemplazan de forma consecuente y gradual los antiguos objetivos por nuevos. En decir, el paciente se desliga de la identificación con la enfermera. El paciente es autosuficiente, tiene conocimientos y está informado sobre la intervención de enfermería que se le realizó (31).

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau describe seis funciones diferentes a desarrollar.

1. Papel del extraño: en primera instancia, el enfermero es, para el paciente, un extraño. La enfermera establece una relación con el paciente, aceptándolo sin juicios de valor sobre su persona basado en el respeto y el interés. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún clara (31).

2. Papel de persona-recurso: la enfermera brinda respuestas específicas a las preguntas del paciente con respecto a su salud, sin alterar la función médica, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades del paciente (31).

3. Papel docente: se refiere a dos categorías de enseñanza a los enfermos: la enseñanza instructiva, que consiste en brindar a las personas la información necesaria,

y enseñanza experiencial, que rescata la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender de la propia experiencia) (31).

4. Papel conductor: El profesional de enfermería brinda su apoyo al paciente a través de una relación de cooperación y de participación mutua y activa (31).

5. Papel de sustituto: El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto. Posteriormente es necesario ayudar al paciente a diferenciar, ya que se tienen que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero-paciente (31).

6. Papel de consejero: Es el papel que Peplau da mayor importancia en Enfermería, funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda asociar esa experiencia en vez de separarlas de las demás experiencias de su vida (31).

Patricia Benner “De principiante a experto: Excelencia y poder en la práctica de la enfermería clínica

Patricia Benner nació el 17 de agosto de 1942 en Hampton, Virginia. Obtuvo su grado y licenciatura en enfermería en la Facultad de Pasadena en 1964. En su teoría Benner refiere:

“La enfermería, como la medicina, implica un conocimiento clínico rico y socialmente integrado que abarca habilidades perceptivas, comprensiones de transición a lo largo del tiempo y comprensión de lo particular en relación con lo general. El conocimiento clínico es una forma de razonamiento comprometido que sigue el pensamiento del modus operandi, en relación con las manifestaciones particulares de enfermedad, disfunción, respuesta al tratamiento y trayectorias de recuperación de pacientes y poblaciones clínicas. El conocimiento clínico es necesariamente configuracional, histórico (las historias inmediatas ya largo plazo de pacientes particulares y poblaciones clínicas), contextual, perceptual y basado en el conocimiento adquirido en las transiciones. . . .” (34).

La Filosofía de principiante a experto, representa un avance lineal de conocimientos y experiencias que conllevan a la adquisición de habilidades en el estudiante. La experiencia se incrementa cuando se integra la memoria al reconocimiento de patrones basándose en conocimiento racional y analítico, experiencia que no depende del tiempo, sino de la cantidad de situaciones reales que le brindan herramientas para utilizarlas posteriormente, permitiendo que el estudiante pase de observador pasivo a participante implicado, por medio de estrategias que le ayudan asumir la responsabilidad individual (34).

Benner identificó cinco etapas que permiten al estudiante de enfermería, adquirir conocimientos, juicio clínico y desarrollar habilidades que le permitan desarrollar su intuición de experto para responder adecuada y oportunamente en distintas situaciones. (34).

Las etapas son:

Novato o Principiante: Etapa que los enfermeros(as) ven el inicio de su formación y cuando ingresan al mundo laboral, en ella, perciben el entorno a través de situaciones recurrentes, se adhieren a las reglas y planes de estudio, no presentan experiencia para comprender el entorno y el análisis para tomar decisiones se basa en la teoría (35).

Principiante avanzado: Todavía no establece prioridades, el análisis del entorno es inicial, lo que puede ocasionar dificultades, basa sus decisiones y acciones estrictamente en la teoría y tiene capacidad para aplicar protocolos en la resolución de problemas reales (35).

Competente: posee experiencia en situaciones que le permiten diseñar planes de mejora porque conoce las intervenciones y posibles resultados, se basa en las reglas y la teoría, plantea los procedimientos diarios, programa y realiza actividades previendo resultados a largo plazo y busca identificar limitaciones de las guías y protocolos. Tiene la capacidad de enfrentar eventualidades de la práctica diaria (35).

Eficiente: Puede diferenciar lo correcto de lo incorrecto, genera habilidad innata en sus actividades. Utiliza la experiencia para establecer prioridades y tomar decisiones. Discrimina por grado de importancia y es capaz de reconocer las dificultades rápidamente e identificar la mejor decisión a seguir (35).

Experto o avanzado: Se guía por experiencias pasadas, el conocimiento teórico, práctico y la memoria actúa de manera intuitiva, no depende de las normas ni directrices, únicamente recurre a ellas cuando afronta una situación nueva (35).

Definiciones conceptuales:

Escucha activa

Se utiliza una variedad de calificativos a la par de la palabra escucha, que incluyen activa, terapéutica, empática y holística. Se recurre al concepto escucha terapéutica con el objetivo de enfocarse en las acciones formales y deliberadas de escuchar con propósitos terapéuticos (29). La escucha terapéutica se define como "un proceso interpersonal de confirmación que involucra a todos los sentidos, en el que el terapeuta atiende con empatía todos los mensajes verbales y no verbales del paciente para facilitar la comprensión, la síntesis y la interpretación de la situación del mismo" (16).

La escucha activa es definida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) como: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente (15). Es cuando el receptor (profesional) trata de entender lo que siente el emisor (paciente), o lo que significa el mensaje. Posteriormente expone con palabras lo que comprendió y le retroinforma (feedback) para que el emisor (paciente) lo verifique. El receptor no manda un mensaje propio, como sería el caso de una evaluación, solución, crítica, sino que retroinforma solamente lo que piensa que significa el mensaje del emisor, ni más ni menos (36).

Componentes que forman parte de la escucha activa

Los componentes de la escucha activa se dividen en componente físico y psicológico:

Componente físico

El componente físico comprende las conductas del personal que muestran acogida hacia el paciente, se considera en este grupo a:

a) La Distancia adecuada. - Es el uso del espacio de comunicación con el paciente; recomienda que entre ambos debe existir una distancia adecuada que puede variar según las culturas y las personas con las que nos estemos relacionando; así una distancia muy próxima puede ser considerada por el paciente como una invasión de su intimidad, o, por el contrario, una distancia excesiva puede interpretarse o percibirse como una falta de interés del interlocutor (14).

b). Los movimientos corporales. - Los movimientos de la cabeza son una forma sencilla, frecuente y espontánea de conducta no verbal que indica nuestra escucha, interés y habilidad de aceptación. Es como un feedback que muestra atención, comprensión, aceptación e invitación a continuar la comunicación. Los movimientos de las piernas y los pies son interpretados como expresión de ansiedad, contrariedad, molestia, tener prisa, etc. (14).

c). La dirección del cuerpo.- Es la postura que se adopta ya sea estar sentados o de pie, es importante colocarse frente al paciente de tal manera que los hombros estén inclinados hacia el interlocutor y que pueda apoyar los antebrazos sobre sus muslos, la cual es una posición que demuestra atención; por el contrario, cruzarse de brazos y de piernas puede interpretarse fácilmente como una actitud defensiva, salvo cuando transcurren unos momentos de la entrevista donde se busca la posición más confortable, pero también porque probablemente el interés ha disminuido (14).

d) La expresión del rostro. - El rostro es la parte del cuerpo más expresivo y también es la parte que el paciente evalúa con más atención. Es muy importante para el paciente que nuestro rostro muestre adecuadamente los sentimientos de acogida, interés y cordialidad (14).

Entre las expresiones del rostro que expresan acogida se señala las siguientes:

- La sonrisa: la cual debe ser natural y auténtica.
- Una tensión muscular moderada: Se refiere a los músculos de las cejas, labios y párpados, esta resulta muy adecuada para comunicar a nuestro paciente atención e interés (14).

e) Contacto visual. - Es una forma de mostrar atención al paciente. Cuando se mantiene la mirada en el paciente se le está comunicando atención; así mediante el lazo de la mirada, el paciente evidencia que nos esforzamos para acercarnos a él (14).

Componente psicológico

Ayuda al enfermero a comprender al paciente ante la situación o el problema que nos está contando suspendiendo todo tipo de barreras, entre ellas tenemos:

a) Suspender todo tipo de juicio. - No imponer juicios sobre la persona que nos está hablando, de esta forma se está más propenso a aceptar a la persona tal como es (14).

b) Aceptación incondicional de la otra persona. - Consiste en no tener ningún tipo de evaluación por parte del receptor, sino más bien una aceptación incondicional y un intento de aproximación y comprensión (14).

c) No interrumpir o acabar las frases. - No todas las respuestas de los pacientes necesitan de una retroinformación, ésta se emplea solo cuando los sentimientos que nos exponen son profundos, o cuando lo que nos está exponiendo nos parece que es importante saber si le hemos comprendido o no, de no ser así se caerá en la interrupción del mensaje y con ello cortaremos la comunicación e interrelación con el paciente (14).

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

Los seres humanos tienden por naturaleza a comunicarse, este proceso es constante y por ende genera entre las personas una interacción que puede mantener a un individuo o a la sociedad en general en una relación mutua. En el ambiente hospitalario es frecuente observar que el personal de salud tiene un ritmo de trabajo acelerado; sin embargo, la comunicación no puede ser descuidada, debe ser constante y existir una

relación de compañerismo, que permita al equipo de salud realizar sus actividades de manera que el paciente reciba de ellos una buena atención (37).

La empatía es una competencia social y comunicativa compleja e indispensable, que el profesional de enfermería debe desarrollar con la finalidad de brindar el cuidado al paciente y a sus familiares de forma holística para poder establecer una relación terapéutica adecuada. La literatura reporta que las relaciones terapéuticas basadas en la empatía repercuten positivamente, tanto en el paciente, en el profesional de salud y el campo clínico laboral (38).

Cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se establece un ambiente de confianza que ayuda a mejorar su estado emocional, creando así un ambiente favorable en donde el paciente cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será agradable. Cada paciente tiene una forma distinta de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una comunicación fácil de comprender utilizando términos que ayuden a que el mensaje sea entendido en su totalidad (38).

Peplau opinaba que las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona (40), para fortalecer esta relación es necesario que la enfermera desarrolle las habilidades específicas relacionadas al manejo y conocimiento actualizado con las patologías de los pacientes. Así mismo, la comunicación con el paciente proporcionará una relación de ayuda con cuidados holísticos a los pacientes de manera individualizada (40).

IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La formación en enfermería permite crear bases sólidas para el desempeño del profesional, es un proceso de maduración que pretende promover el avance hacia una vida personal social, cognitiva, creativa, constructiva y productiva (21). La práctica clínica implica habilidades y conocimientos que deben ser desarrollados en la prestación de cuidados de calidad y evaluados según la satisfacción del paciente, donde la enfermera debe saber relacionar en el momento adecuado con lo aprendido en el pregrado, es decir, con conocimiento científico al cual se suma la destreza que debe tener para ejecutar la acción en sí (41).

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El tipo de estudio fue no experimental, con alcance descriptivo y correlacional y de diseño transversal. El diseño transversal es donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un solo momento dado (41).

3.2. Población y muestra

El estudio estuvo conformado por una población de 85 estudiantes de ambos sexos, mayores de 18 años, de la región Selva pertenecientes al departamento de San Martín, de la carrera de enfermería del cuarto al décimo ciclo, ya que desde el cuarto ciclo se inician las prácticas hospitalarias y se culmina con el internado en el noveno y décimo ciclo. No se realizó el cálculo muestral puesto que se realizó un censo (se evaluó a toda la población).

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Estudiantes de la carrera de enfermería de ambos sexos del cuarto al décimo ciclo.
- Estudiantes que asistieron a prácticas hospitalarias.
- Estudiantes de la carrera de enfermería que firmaron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no desearon participar en el estudio.
- Estudiantes que no complementaron los cuestionarios.

3.3 Variables

3.3.1 Definición conceptual y operacionalización

Variable principal:

Escucha activa:

Definición conceptual: Es la aplicación de los elementos físicos y psicológicos, como es la distancia, la expresión del rostro, la interpretación, la aceptación absoluta, entre otros, que realizan los estudiantes de enfermería mediante la interrelación con el paciente al que dedican el cuidado (14).

Definición operacional: variable cuantitativa discreta con un rango de 0 a 60.

Factores:

Sociodemográficos

- Edad: variable cuantitativa discreta (años)
- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica (femenino y masculino).
- Ocupación laboral: variable cualitativa nominal dicotómica (sí y no)
- Estado civil: variable cualitativa politómica (soltero, casado o conviviente)
- Lugar de residencia: variable cualitativa nominal dicotómica (rural y urbano).
- Religión: variable cualitativa dicotómica (católico y otra religión)
- Familiar con Patología crónica: variable cualitativa dicotómica (sí y no)

Formación:

- Estudios técnicos en enfermería: variable cualitativa dicotómica (sí y no)
- Capacitaciones sobre escucha activa o cuidado humanizado: variable cualitativa dicotómica (sí y no)
- Ciclo académico: variable cualitativa dicotómica (primeros ciclos e internado). Cabe resaltar que los primeros ciclos son desde el cuarto al octavo ciclo y el internado corresponde del noveno al décimo ciclo.
- Servicio de rotación: variable cualitativa politómica (Emergencia, hospitalización adultos y niños y consultorios externos).
- Asistencia de prácticas hospitalarias: variable cualitativa nominal dicotómica (asistió a todas y faltó más de una vez).

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

Una vez registrado y evaluado el proyecto de tesis en el Departamento de investigación de la Facultad de ciencias de la Salud y aprobado por el Comité de ética de investigación en salud (ver anexo 5), se procedió a realizar los trámites administrativos con las autoridades correspondientes a fin de obtener las facilidades para la recolección de los datos. Luego se realizó las coordinaciones pertinentes con los profesores a fin de elaborar el cronograma de fechas accesibles para la recolección de datos el cual se realizó durante el mes de noviembre del año 2018. Se les entregó el consentimiento informado a los estudiantes y luego se les proporcionó un cuestionario y una ficha de datos. La aplicación de los mismos demoró un tiempo aproximado de 15 minutos.

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados utilizando el programa Excel en donde se analizó posteriormente con el programa Stata versión 14.

Instrumento:

Para el estudio se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta y el instrumento fue un Test para una Autoevaluación de la Habilidad de Saber Escuchar Test de Edgar Schein, la que permitió medir la variable de estudio, es decir la aplicación de escucha activa. Consta de 20 ítems: 12 positivos y 8 negativos, con tres alternativas de respuesta: A menudo, A veces, Casi nunca, el cual fue sometido a validez de contenido a través del juicio de 8 expertos, quienes proporcionaron aportes, las mismas que fueron sometidas a la prueba Binomial significativa < 0.05 mediante la tabla de concordancia. Luego se realizó una prueba piloto a fin de someter a la confiabilidad estadística mediante la aplicación del alfa de Cronbach 0.68. El instrumento fue tomado del estudio de *Suárez*, titulado: "Nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2008" (14).

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Paquete estadístico: El paquete que utilicé es Stata 14

Análisis univariado:

- Para variables cualitativas se utilizaron frecuencias (n) y porcentajes (%).
- Para variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar.

Análisis bivariado:

- Se utilizó la prueba de kolmogorov-Smirnov para medir la normalidad de la variable cuantitativa (escucha activa).
- Para la variable escucha activa y sus dimensiones (variables cuantitativas paramétricas) con los factores (variables dicotómicas) se empleó la prueba de t de Student.
- Variable numérica VS variable cualitativa (escucha activa) se empleó la prueba de ANOVA.

Con un nivel de significancia menor o igual a 0.05

3.6. Ventajas y limitaciones

Ventajas:

- Rápido y económico.
- Estudia una o diversas variables en un momento dado.
- No existieron sesgos por ser una población reducida.
- Se pudo encuestar a toda la población.

Limitaciones:

- No permite evaluar el cambio individual durante mucho tiempo.
- Son muy susceptibles a la presencia de errores (sesgos y factores de confusión).
- No se realiza seguimiento de individuos.
- Efecto de “Hawthorne” el cual significa que las personas pueden cambiar su comportamiento al saber que participan en un estudio provocando cambios.
- Los resultados del estudio sólo son válidos para la población en estudio.
- La población reducida de estudiantes de enfermería de la Universidad Católica Sedes Sapientiae Nueva Cajamarca-Rioja.
- La existencia de otros estudios similares pudo ser de mayor ayuda por la cantidad de información que se necesita sobre el tema tratado.

3.7. Aspectos éticos

Como condición inicial a la puesta en marcha del Proyecto de investigación se tomó en consideración la aprobación por parte del Comité de ética de investigación en salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCSS.

La participación en el proyecto no comporta riesgos a la salud de los encuestados pues se trata de un estudio transversal de tipo descriptivo correlacional. El cuestionario se aplicará a estudiantes de enfermería que estudian en la UCSS-Nueva Cajamarca-Rioja, 2018, con el fin de obtener información referente a la actitudes y conocimiento sobre la escucha activa.

Estos serán los principios y criterios de buena praxis que regulan y serán utilizados por la investigadora:

1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos

- a. La aplicación de los cuestionarios será de manera anónima.
- b. Indicar y explicar a los participantes de la finalidad y del uso que se dará a la información resultante de su participación.
- c. Los datos de los participantes serán accesibles solo por los investigadores: Prof. Katherine Jenny Ortiz Romaní (asesora) y la estudiante Jessica Ticliahuanca Paredes.
- d. Los datos generados a partir de la fase de obtención de la información y el libro de variables (Codebook) serán, a su vez, guardados en la computadora del director Científico utilizando una contraseña personal.

2. Respeto de la privacidad

- a. Respeto del derecho de los sujetos, que participan en el estudio, a elegir el tiempo, las circunstancias y la cantidad de información a compartir con los investigadores.

b. Respeto del derecho de los sujetos, que participan en el estudio, a no dar Información que no desea compartir.

3. No discriminación y libre participación

a. No existirán formas de discriminación en el grupo de internos de enfermería que participen al estudio en cuanto a sexo, grupo étnico o por condición social, en sintonía con los criterios de exclusión e inclusión al estudio.

b. No existirán formas de inducción coercitiva de participación al estudio.

4. Consentimiento informado a la participación a la investigación

a. Se ofrecerá información relevante a los estudiantes de enfermería sobre la finalidad y las características del proyecto de investigación para solicitar el consentimiento informado a la participación al estudio.

b. Se ofrecerá información clara y precisa a los estudiantes de enfermería sobre los riesgos y beneficios relativos a la participación al estudio.

c. Se garantizará la obtención del consentimiento informado de los sujetos antes de participar al estudio.

d. Se informará a los futuros encuestados de la posibilidad de abandonar el estudio y de la ausencia de consecuencias derivadas de esta decisión.

5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados

a. Promoción del valor científico de la investigación representado por la importancia empírica y social del estudio.

b. Búsqueda de la validez científica del estudio representado por la creación de un marco teórico suficiente que se basa en documentación científica válida y actualizada, el uso coherente del método de investigación con el problema que se desea dar respuesta, la selección adecuada de la muestra de los sujetos que serán involucrados, una codificación y análisis de los datos que garanticen elevados estándares de calidad y una interpretación crítica de los mismos, uso de un lenguaje adecuado en la comunicación de los resultados de la investigación.

c. Disponibilidad a la autoridad competente del material físico y de la base de datos elaborada a la revisión del proceso de recolección de información.

d. Es reconocido a los investigadores del equipo de trabajo el derecho de autoría de los productos del estudio en el respeto de las normas nacionales e internacionales que regulan el tema y la filiación institucional.

e. Queda prohibida la comercialización, negociación y la divulgación indiscriminada del contenido parcial o total del proyecto y de los potenciales resultados futuros por parte del equipo de investigación o de terceros ajenos al mismo.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En la tabla 1, se muestra que de los 85 estudiantes de enfermería del cuarto al décimo ciclo la mayoría de sexo femenino (75.29%), el 61.18% no tenía ocupación laboral, el 88.23% era soltero, vivía en zona rural (51.76%) y reportó la religión católica (54.12%). Por otro lado, del total de estudiantes el 81.18% no tuvo un familiar con patología crónica, el 89.41% no contó con estudios técnicos en enfermería, el 57.65% tuvo capacitaciones sobre escucha activa o cuidado humanizado, el 94.12% cursó los primeros ciclos, el 52.94% rotó por el servicio de hospitalización adultos y el 92.94% asistió a todas sus prácticas hospitalarias.

Tabla 1. Descripción de los estudiantes de enfermería

Factores	n	%
Factores sociodemográficos		
Edad (media \pm DE)	22.72 \pm 4.26	
Sexo		
Masculino	21	24.71
Femenino	64	75.29
Ocupación laboral		
No	52	61.18
Sí	33	38.82
Estado civil		
Soltero(a)	75	88.23
Casado(a)	1	1.18
Conviviente	9	10.59
Lugar de residencia		
Rural	44	51.76
Urbano	41	48.24
Religión		
Católico(a)	46	54.12
Otra religión	39	45.88
Familiar con patología crónica		
No	69	81.18
Sí	16	18.82
Factores de formación académica		
Estudios técnicos en enfermería		
No	76	89.41
Sí	9	10.59
Capacitaciones sobre escucha activa o cuidado humanizado		
No	36	42.35
Sí	49	57.65
Ciclo académico		
Primeros ciclos	80	94.12
Internado	5	5.88
Servicio de rotación		
Hospitalización adultos	45	52.94
Hospitalización niños	22	25.88

Consultorios externos	8	9.42
Otros	10	11.76
Asistencia de prácticas hospitalarias		
Asistió a todas	79	92.94
Faltó más de una vez	6	07.06
Escucha activa (media ±DE)	50.29 ±4.00	
Dimensión física (media ±DE)	32.91±2.78	
Dimensión psicológica (media ±DE)	17.34±1.85	

En la tabla 2 se evidenció que los factores estado civil (p -valor=0.011), capacitación sobre escucha activa y cuidado humanizado (p -valor=0.029), ciclo académico (p -valor=0.050) familiar con patología crónica (p -valor=0.040) y asistencia a prácticas hospitalarias (p -valor=0.050) se relacionaron significativamente con la escucha activa. El promedio más alto de escucha activa corresponde al estado civil conviviente (media=51.67) y casados (media=51.00), estudiantes que recibieron capacitación sobre escucha activa (media=51.10), cursar internado (media= 53.60), tener un familiar con patología crónica (media=51.46) y asistir a prácticas hospitalarias (media=52.41).

Tabla 2. Análisis bivariado entre los factores y la escucha activa de los estudiantes de enfermería

Factores	Escucha activa		
	Media	DE	p-valor
Factores sociodemográficos			
Estado civil			0,011
Soltero (a)	50.17	3.64	
Casado (a)	51.00	0.00	
Conviviente	51.67	6.52	
Familiar con patología crónica			
No	48.56	4.17	0,040
Sí	51.46	3.97	
Factores de formación académica			
Recibió capacitación			0,029
No	49.19	3.90	
Sí	51.10	3.92	
Ciclo académico			0,050
Primeros ciclos	50.09	3.99	
Internado	53.60	2.70	
Asistencia de prácticas hospitalarias			0,050
Asistió a todas	52.41	3.81	
Faltó más de una vez	48.66	6.25	

Por otro lado, en la tabla 3, se observó que los factores que se relacionaron significativamente con la dimensión física de la escucha activa fueron el estado civil (p =0.017), la capacitación en escucha activa o cuidado humanizado (p =0.048) y el ciclo académico (p =0.050), en donde resultó que el promedio más alto se observó en el estado civil conviviente (media=33.89) y casados (media=33.00), en recibir capacitación en escucha activa y cuidado humanizado (media=33.43) y en el ciclo académico internado (media= 35.2). El resto de asociaciones no fue significativo.

Tabla 3. Análisis bivariado entre los factores y las dimensiones de la escucha activa de los estudiantes de enfermería

Factores	Dimensión física			Dimensión psicológica		
	Media	DE	p-valor	Media	DE	p-valor
Estado civil			0,017			0,291
Soltero (a)	32.84	2.54		17.29	1.79	
Casado (a)	33,00	0,00		17.00	0.00	
Conviviente	33.89	4.43		18.78	2.33	
Recibió capacitación			0,048			0,067
No	32.22	2.64		16.92	1.93	
Sí	33.43	2.81		17.65	1.71	
Ciclo académico			0,050			0,185
Primeros ciclos	32.78	2.76		17.28	1.86	
Internado	35.2	2.39		18.4	1.14	

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Los factores asociados a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes dentro de los sociodemográficos fueron el estado civil y tener un familiar con patología crónica, y respecto a los de formación académica fueron el recibir capacitación en escucha activa o cuidado humanizado, ciclo académico y asistencia a prácticas hospitalarias.

Según el resultado, los estudiantes que convivieron o estuvieron casados tuvieron promedios más altos de la escucha activa y la dimensión física. La literatura no reporta semejanza con este hallazgo, no obstante, un estudio realizado en 9 parejas colombianas en Barcelona, mostró que lograron consolidar un modo de relación comunicativa basado en la escucha activa, la crítica correctiva balanceada con la estima y el respeto (8). Otro estudio realizado en 76 hombres y 111 mujeres en Mérida-México mostró que uno de los estilos de comunicación más importantes tanto en la persona misma como en la pareja es el Social afiliativo, es decir, hacer uso de expresiones de cariño y afecto como formas de complacer y ser sociable con la pareja facilitan la mutua comprensión, el respeto y la toma responsable de decisiones en la pareja (12). Asimismo, la escucha activa tiene el poder transformador tanto para el emisor como para el receptor (26). Puesto que ayuda a que el emisor tenga la capacidad de poder desarrollar la escucha activa fuera de su relación haciéndola presente dentro de sus competencias laborales y mejorando la interacción que se tenga con otras personas tanto a nivel profesional como laboral (26). En este sentido esta experiencia comunicativa de los estudiantes en tener una pareja lo aplica en sus prácticas clínicas con los pacientes.

Otro hallazgo fue que los estudiantes de enfermería que tuvieron un familiar con alguna patología presentaron una mayor escucha activa en comparación a los que no. La literatura no reporta semejanza con este hallazgo; sin embargo, un estudio muestra que vivir o cuidar a un familiar enfermo repercute negativamente en el cuidador o la persona más cercana, donde él percibe la enfermedad como adquisición de una serie de sentimientos como soledad, tristeza, culpa y lástima e incluso es propenso a sufrir depresión. Pero admiten que en la vivencia con el familiar enfermo conocen el inicio de la enfermedad, sus atributos, las formas de tratamiento, entre otros (13). Es por ello que el estudiante de enfermería teniendo la experiencia de vivir con un familiar enfermo tiene la seguridad al comunicarse con un paciente por el conocimiento y la sensibilidad que adquirió a través de esta experiencia familiar (9).

Según los resultados fueron satisfactorios respecto a la escucha activa y la dimensión física para el grupo de estudiantes que asistieron a una capacitación sobre escucha activa o cuidado humanizado tuvieron una mayor escucha activa hacia el paciente. Un estudio realizado en 312 estudiantes de enfermería de China mostró que se asoció significativamente la experiencia de capacitación clínica y las habilidades de comunicación (10). Asimismo, otro estudio realizado en ese mismo país evidenció que los estudiantes que asistieron a un curso de capacitación fue efectivo para mejorar las habilidades de comunicación, especialmente en términos del contenido y el manejo de las barreras de comunicación (11). Otro estudio realizado en Taiwán mostró que los estudiantes estuvieron satisfechos con las actividades de evaluación por pares (mediante videos) y apreciaban la contribución a sus habilidades de comunicación. Además, en el análisis de la retroalimentación de los pares se reveló que la comunicación de los estudiantes se volvió gradualmente más centrada hacia el paciente (6). Una explicación de este hallazgo es que en el campo clínico se necesita de un personal de enfermería cada vez más capacitado tanto en el conocimiento (en conceptos y reflexiones científicas que instiguen el progreso teórico) como de las habilidades (práctica) de forma que “el saber lleve a eficiencia en el hacer” (19,20). Es

importante resaltar que el desarrollo de los programas de capacitaciones es una opción de gran valor que debe ser tomada por los enfermeros y estudiantes de enfermería para alcanzar la eficiencia plena del hacer, estimulando la razón crítica que conlleve al desarrollo de construcción y reconstrucción del conocimiento en su práctica profesional (20).

Del mismo modo, los resultados también fueron satisfactorios respecto a la escucha activa y la dimensión física para el grupo de estudiantes que se encontraban en el nivel de internado que corresponde al noveno y décimo ciclo de la carrera de enfermería en comparación con ciclos inferiores. Al respecto, un estudio realizado en estudiantes de enfermería mostró una correlación significativa entre el ciclo educativo de los estudiantes y el comportamiento de comunicación clínica y de habilidad de comunicación de tratamiento. Es decir, los estudiantes de ciclos superiores tenían mejores habilidades de comunicación en comparación con ciclos inferiores (7). Asimismo, un estudio realizado en Lima en internos de enfermería reportó una evolución favorable en el desarrollo de sus habilidades de comunicación comparando el inicio y el fin de internado (4). Esto se debe a que los estudiantes de ciclos inferiores tienden a mostrar estrés por la nueva experiencia en un campo desconocido. A menudo se encuentran con pacientes en situaciones estresantes en la que su atención exige esfuerzo físico que les causa dificultad en la comunicación, sentimientos de ansiedad e inseguridad (21). Además, la transición del enfermero de novato a experto requiere de la experiencia y en forma relevante involucrarse emocionalmente con el paciente y su familia; siendo este aspecto el que le permite encajar los elementos de la situación y ser capaz de identificar lo que sucede sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos (22). Por ende, la comunicación terapéutica entre estudiantes y pacientes de enfermería incluyen educación y práctica clínica (23).

Dentro de los hallazgos los estudiantes que asistieron a todas sus prácticas hospitalarias tuvieron promedios mayores de escucha activa en comparación con los estudiantes que faltaron más de una vez. Este resultado coincide con lo expuesto por un estudio cualitativo realizado en estudiantes de enfermería que asistieron a todas sus prácticas clínicas donde los estudiantes consideraron que aprender a escuchar es un acto de cuidado (5). Otro estudio cualitativo realizado en 14 estudiantes de enfermería en Colombia, reportó que la percepción del dolor del paciente en las prácticas clínicas hace consciente su falta de “experiencia”, y reconocen que con el tiempo y la práctica lograrán adquirir las destrezas que les permitan demostrar eficacia en el cuidado del paciente (9). Otra explicación del hallazgo es que los estudiantes de enfermería que asisten a las prácticas clínicas lo hacen para desarrollar una serie de habilidades de comunicación (24). Es decir, se conectan con los pacientes y hacen una relación interpersonal cara a cara a través de la empatía y las habilidades de escucha, la cual, es adquirida en el transcurso de la práctica que el estudiante de enfermería realiza en cada oportunidad de interacción diaria con el paciente (24). Cabe resaltar que estas habilidades se adquieren sólo con las prácticas hospitalarias y las enseñanzas del docente de práctica (24), pero lamentablemente hay muchos estudiantes que desertan a sus prácticas y les dificulta desarrollar estas habilidades. Uno de los motivos es por el temor de experimentar ansiedad y otras cargas emocionales (25).

5.2. Conclusiones

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos se concluye lo siguiente:

- Los estudiantes de enfermería que asisten a todas sus prácticas hospitalarias presenta un nivel de aplicación de la escucha activa significativamente positiva en comparación con los estudiantes de enfermería que faltaron más de una vez a sus prácticas hospitalarias, debido a que en el desarrollo de las actividades y

cuidados de enfermería es necesaria la práctica e interacción, comunicación y la empatía que se va experimentando día a día con los distintos pacientes.

- Los estudiantes de enfermería que tiene un familiar con patología alcanzan en su mayoría un nivel de aplicación de escucha activa significativa. Estos resultados están referidos al hecho que los estudiantes manejan adecuadamente los aspectos físicos de la comunicación, tales como los relacionados con la distancia física con el paciente, el contacto visual y los movimientos corporales, entre otros.
- La mayoría de los estudiantes de enfermería que asistieron a capacitaciones de escucha activa y/o cuidado humanizado presentan un nivel de aplicación de escucha activa significativamente positiva en comparación a los estudiantes de enfermería que no asistieron a ninguna capacitación de escucha activa y/o cuidado humanizado, debido a que los que asistieron reflejan lo aprendido y mejoran en cuanto a su práctica individual reflejado en el cuidado y atención que brindan al paciente.
- Los estudiantes de enfermería que se encontraron en el ciclo académico de noveno y décimo ciclo o internado presentan un nivel de escucha activa significativamente positivo en comparación con los estudiantes de enfermería de los primeros ciclos, debido al nivel de experiencia y conocimiento obtenido durante los ciclos académicos avanzados.
- Los estudiantes de enfermería que mantiene una convivencia en pareja presenta un nivel de escucha significativamente positivo en comparación con los estudiantes de enfermería que se mantienen en un estado civil soltero, esto debido a que el desarrollo de la escucha activa en pareja es fundamental para mantener una adecuada comunicación ya que se pone en práctica la empatía por el interés que se tiene a la otra persona.

5.3. Recomendaciones

Las recomendaciones dadas por el estudiante son:

Metodológicas

- ❖ Realizar estudios de investigación en el contexto formativo y académico, respecto a la aplicación de la escucha activa en las aulas teniendo como máxima autoridad al docente como impulsador, orientador y guía del desempeño del alumno tanto a nivel teórico como práctico.
- ❖ Agregar más variables pudo proporcionar mayor obtención de información que ayudaría a futuros estudios cuantitativos y mixtos que se puedan realizar, como: tipo de universidad, percepciones del estudiante frente a la labor docente, y características clínicas del paciente, número de hijos, familiares con alguna profesión en salud, abuelos vivos o familiares de la tercera edad, entre otros.
- ❖ Utilizar la dimensión espiritual ya que en todo sentido el pilar de la vida es Dios.

Comunidad

- Que la institución educativa forme y/o elabore estrategias orientadas a fortalecer y promover el desarrollo individual de la Escucha Activa por parte del docente, ayudando al desarrollo de la empatía y por ende al alumno, para que este, sea capaz de hacer frente al paciente respondiendo satisfactoriamente a sus distintas necesidades.
- Brindar capacitaciones respecto a la relación de ayuda, habilidades sociales y estilos de comunicación en la formación del estudiante de enfermería.
- La asistencia de los estudiantes a este tipo de capacitaciones de escucha activa o cuidado humanizado es de gran importancia ya que se favorecen satisfactoriamente en cuanto a la atención que brindan al paciente en la totalidad

de sus cuidados y que beneficiarán a su desempeño a nivel personal y profesional.

- La importancia de su asistencia a la totalidad de sus prácticas hospitalarias.
- Motivar a los primeros ciclos a mejorar su capacidad de Escucha activa en cuanto al desarrollo que desempeñan día a día como estudiantes en las aulas y como personales de salud en el campo clínico y hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belda L. "La comunicación, pieza clave en enfermería." *Enfermería dermatológica*.2012;6(16): 16-19.
2. Rodríguez R, Zaraida A, and López L. "Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica, Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review." *Revista Española de Comunicación en Salud*.2018;9(2): 221-229.
3. Rosenberg S, Gallo-Silver L. Habilidades de comunicación terapéutica y estudiantes de enfermería en el entorno clínico. *Enseñanza y aprendizaje en enfermería*. 2011; 6 (1): 2–8. doi: 10.1016 / j.teln.2010.05.003.
4. Arévalo JM. Evolución de Habilidades Sociales en Internos de Enfermería de una Universidad Privada de Lima. *Ciencia y arte de Enfermería*. 2017; 2(1).
5. Valderrama ML, Peña AP, Clavijo LM. Narrativa: el estudiante de enfermería aprendiendo el arte de cuidar. *Rev Cuidarte*. 2017;8(1):1488-98.
6. Chin Y. Article: Training nursing students' communication skills with online video peer assessment. *Computers & Education*. 2016;97:21-30.
7. Shafakhah M, Zarshenas L, Sharif F, Sarvestani RS. Evaluation of Nursing Students' Communication Abilities in Clinical Courses in Hospitals. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(4): 323– 328.
8. Cuervo JJ, Izquierdo C, Anguera MT, Linares JL. Comunicación y perdurabilidad en parejas viables. Estudio observacional de caso múltiple [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona;2014.
9. Henao M, Fajardo E, Núñez ML. La experiencia de estudiantes de enfermería ante el dolor infligido en la práctica clínica. *Salud Uninorte* [Internet]. 2014;30(3):431-441. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81737153005>.
10. Jianfei X, Siqing D, Chunmei W, Aizhong L. Article: An evaluation of the communication skills of nursing students during practical clinical training. *Nurse Education Today*. 2013;33:823- 827.
11. Ying L, Wenru W. Article: Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*. 2013;33:1617-1623.
12. Flores MM. Comunicación y conflicto: ¿Qué tanto impactan en la satisfacción marital?. *Acta de Investigación Psicológica*. 2011;1(2).
13. Muñoz LA, Price YM, Reyes M, Ramírez M, Costa M. The experience of family caregivers of older people with depression. *Revista da escola de enfermagem da usp*. 2010; 44(1).
14. Suarez C.A. Nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2008.
15. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3aed. Madrid: Harcourt; 2001.
16. Kemper BJ: Therapeutic listening: developing the concept. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1992;30(7):21- 23.
17. Rogers CR: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 1957;21:95-103.
18. Van-der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, José QSM. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería, Conselleria de Sanitat. Primera ed. Valencia: Generalitat Valenciana; 2006.
19. MsC. Barroso Z; Colomer E. Las Competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2007.
20. Mador DD, Gomes IP, Coutinho SED, Costa TNA, Collet N. A vivência do cuidado em oncologia pediátrica e a busca pela produção do conhecimento. *Rev enferm UFPE on*

- line 2010; 4(2): 666-72. Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistae_nfermagem/index.php/revista/artic le/view/851.
21. Silva L; Mara E. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42(4).
 22. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo; 1987:58-78.
 23. Weissman GV. Evaluar la autoeficacia de los estudiantes de enfermería de grado asociado en habilidades de comunicación y actitudes en el cuidado del paciente moribundo. *Enseñanza y aprendizaje en enfermería*. 2011;6(2):64–72. doi: 10.1016 / j.teln.2010.10.004.
 24. Melincavage S. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Education Today* 2011;31(8):785-789.
 25. Naranjo MG. Escucha activa y empática. Editorial Elearning, SL;2018.9.
 26. Mirón R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal*. 2010;1(1): 39- 49.
 27. Gobierno Regional de San Martín. Ratifican apertura del hospital de Moyobamba para el 20 de julio 2019 [internet]. San Martín.Perú; 2019. Disponible en: <https://web.regionsanmartin.gob.p e/WebApp/Noticias?url=noticia&i d=5688>.
 28. Snyder M, Lindquist R. *Terapias complementarias y alternativas en enfermería*. 1a ed en español, 6ta ed en inglés. México: Editorial El Manual Moderno; 2010.
 29. Martha Roger.Biografía, teoría y otros aportes.2017 [internet]. Disponible en <https://www.lifeder.com/martha-rogers>.
 30. Peplau HE., Novel G, and Trevor C. *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Científicas y Técnicas.1990.
 31. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.2001.
 32. Arredondo CP, and Siles J. "Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales." *Index de enfermería*. 2009;18(1); 32-36.
 33. Benner P. "The role of articulation in understanding practice and experience as sources of knowledge in clinical nursing." *Philosophy in an age of pluralism: The philosophy of Charles Taylor in question*.1994;136-155.
 34. Carrillo AJ, Martínez PC, Taborda SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería.*Revista Cubana*.2018;34(2).
 35. Munuera C, Cibanal J, Arce L, Carballal B, MC “ Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud”. Editorial Elsevier España,Madrid. 2006;1. *Enfermería Global*.2008;7(1):1-3.
 36. Alba L, Adela, et al. Caso México:La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria.*Enf Neurol (Mex)*.2012;11(3);138-41.
 37. Vázquez A. La tutoría entre iguales como intervención cooperativa para el desarrollo de la empatía en el ámbito de ciencias de la enfermería.2017.
 38. Peña AL, Noreña J, Cibanal J, and Alcaraz N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud.*Rev Esp Com Sal*.2010;1(2);113-29.
 39. Algarra, Carrillo AJ, et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica.*Enfermería global*.2013;12(4);346-361.
 40. Hernández R. *Metodología de la investigación*. 6ta ed. México:McGRAW-HILL/ INTERAMERICANA EDITORES;2014.
 41. Paredes JT. Factores asociados a escucha activa durante prácticas clínicas en estudiantes de enfermería de Selva peruana. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*.2019;4(2), 62-69.

ANEXOS
FICHA DE DATOS (ANEXO1)

A continuación, se le presentará una serie de preguntas. Por favor llenar y marcar sinceramente la alternativa que usted crea conveniente con "x" dentro del paréntesis.

- Edad: _____ No ()

- Sexo: M () F ().

- Ocupación laboral:
Sí ()
No ()

- Estado civil:
Soltero(a) ()
Casado(a) ()
Conviviente ()

- Lugar de residencia:
Rural ()
Urbano ()

- Religión:
Católico(a) ()
Otra religión ()

- Familiar con Patología crónica:
Sí ()

- Estudios técnicos en enfermería:
Sí ()
No ()

- Capacitaciones sobre escucha activa o cuidado humanizado:
Sí ()
No ()

- Ciclo académico:
Primeros ciclos ()
Internado ()

- Servicio de rotación:
Hospitalización adultos ()
Hospitalización niños ()
Consultorios externos ()
otros:

- Asistencia de prácticas hospitalarias:
Asistió a todas ()
Faltó más de una vez ()

INTRODUCCIONES

A continuación, se presenta el siguiente test, responder Marca con una X en el casillero de a menudo, a veces o nunca, según considere que corresponde de acuerdo a su práctica clínica donde brinda cuidado integral al paciente.

Nº	ENUNCIADO	A MENUDO	A VECES	CASI NUNCA
1	Durante el cuidado que brindo mantengo contacto visual con el paciente cuando le escucho.			
2	Influye en gran medida el aspecto del paciente (presentación física, higiene, etc.) sobre mi atención de si lo que va a transmitir merece la pena o no de ser escuchado.			
3	Cuando escucho y acepto el mensaje del paciente, realizo movimientos de la cabeza que denota aceptación.			
4	Para escuchar al paciente me sitúo en la puerta o a los pies de su cama; desde ahí recibo su mensaje.			
5	Cuando escucho al paciente, busco la expresión del rostro que se esconde tras las palabras.			
6	Durante la interrelación con el paciente le pregunto y genero frases para aclarar el mensaje que brinda.			
7	No doy a conocer mi valoración de lo que el paciente ha dicho hasta que haya terminado, es decir, no lo interrumpo y lo escucho hasta el final.			
8	Al interactuar con el paciente inclino mis hombros hacia adelante revelando atención y disponibilidad para responder a sus necesidades.			
9	Cuando escucho al paciente, al mismo tiempo pienso en lo que le voy a decir cuando termine de hablar.			
10	Cuando escucho al paciente prefiero estar en silencio y dejar que él sea el único en hablar.			
11	Durante todo el tiempo que interrelaciono con el paciente evito mantener mi mirada hacia él.			
12	Escucho al paciente sin que me importe su apariencia y su modo de expresarse.			
13	Cuando escucho al paciente realizo movimientos de las piernas y sobre todo de los pies en demostración de tener prisa.			
14	Pregunto al paciente si la distancia entre los dos es la adecuada y si se siente cómodo.			
15	Cuando escucho al paciente me centro más en los hechos específicos de la conversación que en el propio paciente.			
16	Cuando escucho al paciente no comprendo muchas veces su punto de vista.			
17	Interrumpo inmediatamente al paciente cuando escucho una manifestación que considero que él está equivocado.			
18	Cuando escucho al paciente cruzo los brazos y las piernas en demostración de incomodidad.			
19	Cuando escucho al paciente mantengo mi mente en lo que me está diciendo.			
20	No me quedo callado y participé en la conversación cuando el paciente me lo permite.			

Le agradezco su colaboración y sinceridad.

Consentimiento informado (ANEXO 2)

Estimado estudiante de la facultad de ciencias de la Salud le invitamos a participar en la presente investigación: "factores asociados a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018"

La misma que tiene como objetivo: Determinar qué factores se asocian a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.

Riesgos del estudio:

El presente estudio no presenta riesgos para su salud pues solamente se le aplicará una encuesta.

Procedimiento para la encuesta:

Ud. recibirá la encuesta: "factores asociados a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018". Su aplicación se realiza con la autorización de la UCSS. Responder a la misma no le demandará más de quince minutos.

Confidencialidad, privacidad y protección de datos:

La encuesta prevé la total anonimización de los datos mediante técnicas de filtrado automático. El cuestionario es completamente anónimo, no considera ningún dato personal como dirección, información de contacto, números identificativos que de algún modo la pudieran identificar de manera que usted permanecerá en total anonimato. Ninguna persona podrá conocer los datos sensibles de los participantes, esto incluye a los mismos investigadores. Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solo los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados primarios reflejados en el cuestionario.

Declaración voluntaria

Yo he sido informado (a) del objetivo de estudio, he conocido los riesgos, procedimiento de la encuesta, confidencialidad, privacidad y protección de los datos, entre otros. Estoy enterado también de que puedo participar del estudio o no, o en todo caso retirarme de este, en el momento que considere necesario.

Por lo anterior mencionado acepto voluntariamente participar de la investigación:

"Factores asociados a la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018"

Nombre y apellidos del o la participante: _____

DNI: _____ Firma _____

Fecha _____ / _____ / 2018

MATRIZ DE CONSISTENCIA (ANEXO3)

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Población	Plan de Análisis	Diseño	Instrumentos
<p>General: ¿De qué manera los factores se asocian con los niveles de escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es el promedio de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?</p>	<p>General: Determinar qué factores se asocian a los niveles de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Específicos Identificar el promedio de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018. Identificar el perfil sociodemográfico</p>	<p>Alterna: Alterna Los factores se asocian significativamente con los niveles de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Nula Los factores no se asocian significativamente con los niveles de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p>	<p>Principal: Escucha Activa Alto (>53) Medio (47-53) Bajo (<47) Factores Sociodemográficos: -Edad. -Sexo. -Ocupación laboral. -Estado Civil. -Lugar de residencia. -Religión. -Familiar con patología crónica. Factores de formación: -Estudios técnicos en enfermería. -Capacitaciones sobre escucha activa o cuidado humanizado.</p>	<p>Población: El estudio estará conformado por una población y muestra de 93 estudiantes de la carrera de enfermería. El estudio será censo.</p>	<p>Paquete estadístico: El paquete que utilizaré es Stata 14</p> <p>Análisis univariado: -Para variables cualitativas se utilizará frecuencias (n) y porcentajes (%). -Para variables cuantitativas se utilizará medias y desviación estándar.</p> <p>Análisis bivariado:</p>	<p>Tipo de estudio: No experimental, con alcance descriptivo y correlacional. Diseño: transversal</p>	<p>Ficha de datos Test para una Autoevaluación de la Habilidad de Saber Escuchar</p>

<p>¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?</p> <p>¿Cuál es el perfil de formación de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión psicológica de la escucha activa en</p>	<p>de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Identificar el perfil de formación de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y de formación con la dimensión psicológica de la escucha activa en</p>	<p>Hipótesis específicas: Alterna</p> <p>Los factores sociodemográficos y de formación se relacionan significativamente a la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Nula</p> <p>Los factores sociodemográficos y de formación no se relacionan significativamente a la dimensión física de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p>	<p>-Ciclo académico.</p> <p>-Servicio de rotación.</p> <p>-Asistencia de prácticas hospitalarias.</p>		<p>-Variable cualitativa vs variable cualitativa se empleará la prueba de Chi-cuadrado.</p> <p>-Variable numérica vs variable cualitativa (escucha activa) se empleará la prueba de ANOVA.</p> <p>-Con un nivel de significancia menor o igual a 0.05</p>		
---	--	--	---	--	---	--	--

<p>s y de formación con la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018?</p>	<p>la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p>	<p>Alternativa</p> <p>Los factores sociodemográficos y de formación se relacionan significativamente a la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p> <p>Nula</p> <p>Los factores sociodemográficos y de formación no se relacionan significativamente a la dimensión psicológica de la escucha activa en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de San Martín, 2018.</p>					
---	---	---	--	--	--	--	--

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO 4)

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	RANGOS DE LAS DIMENSIONES	ÍTEMS DE LAS DIMENSIONES	NATURALEZA DE LAS DIMENSIONES	RANGO GENERAL	ÍTEMS GENERALES	INSTRUMENTO	NATURALEZA
Escucha Activa	Es la aplicación de los elementos físicos y psicológicos, como es la distancia, la expresión del rostro, la interpretación, la aceptación absoluta, entre otros, que realizan los estudiantes de enfermería mediante la interrelación con el paciente al que dedican el cuidado (14)	Física	(0-39)	1-13	Variables Cuantitativas Discretas	(0 a 60)	1-20	Test para una Autoevaluación de la Habilidad de Saber Escuchar Positivos: A menudo (3) A veces (2) Casi nunca (1) Negativos: A menudo (1) A veces (2) Casi nunca (3)	Variable Cuantitativa Discreta
		Psicológica	(0-21)	14-20					

**Carta de aprobación de protocolo de tesis por el comité de ética de investigación
de la facultad de ciencias de la salud (anexo 5)**



Nº Reg.: CE-0345

Los Olivos, 20 de Noviembre del 2018

**CARTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Señorita:

Ticliahuanca Paredes, Jessica

Por medio de la presente me permito hacer de su conocimiento que se ha realizado la revisión de su protocolo de tesis.

**“ FACTORES ASOCIADOS A LA ESCUCHA ACTIVA EN LA PRACTICA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES
DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE SAN MARTÍN ,2018”**

Cuyo Asesor es la Prof. Katherine Ortiz Romani, se emite la presente CARTA DE APROBACIÓN, a fin de que prosiga con los trámites correspondientes en la elaboración de su tesis.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Luis Quiroz Avilés', is written over the official seal of the university.

Dr. Luis Quiroz Avilés

Comité de Ética en Investigación

www.ucss.edu.pe