

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica
clínica por los estudiantes de enfermería de la
UNMSM, 2008**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

César Abraham Suárez Oré

ASESORA

María Infante Contreras

Lima-Perú

2009

***NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA
ACTIVA EN LA PRÁCTICA CLINICA
POR LOS ESTUDIANTES DE
ENFERMERÍA DE LA
UNMSM.2008***

Gracias a mi Dios todopoderoso
que nunca me abandona y
me da las fuerzas para
seguir adelante.

El presente estudio está dedicado a mis
padres y hermano, quienes son la razón
de mi existencia y mí apoyo
incondicional día a día.

Mi agradecimiento profundo a mí asesora
Maria Infante y a mis compañeros
quienes me apoyaron en todo
momento para la realización
del presente estudio.

Gracias a mi compañera especial
Katya quien me apoyó, alentó e
ilumino mi vida durante estos
cinco hermosos años.

INDICE

	Pág.
Índice de gráficos.....	iv
Resumen.....	v
Presentación.....	1
CAPITULO I: INTRODUCCION	
A. Planteamiento, Delimitación, Origen del problema.....	3
B. Formulación del Problema.....	6
C. Justificación.....	6
D. Objetivos.....	7
E. Propósito.....	8
F. Marco teórico.....	8
F1. Antecedentes.....	8
F2. Base Teórica.....	11
G. Definición Operacional de Términos.....	31
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	
A. Tipo, Nivel y Método.....	32
B. Descripción área.....	32
C. Población y muestra.....	32
D. Técnica e instrumento.....	33
E. Procedimiento de Recolección de datos.....	34
F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos.....	34
G. Consideraciones éticas.....	35
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones.....	46
B. Recomendaciones.....	47

	Pág.
C. Limitaciones.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXO	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNMSM – 2008.....	37
2	NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA EN SU DIMENSION FISICA POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNMSM –2008.....	39
3	NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA EN SU DIMENSION PSICOLOGICA POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNMSM – 2008.....	41
4	NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIOS DE LA UNMSM – 2008.....	43

RESUMEN

La escucha activa es la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Por eso es importante que el personal de enfermería durante su formación desarrolle esta habilidad, ya que ello genera un clima positivo para la comunicación y las relaciones interpersonales comprometiéndose a otorgar los cuidados de enfermería desde una dimensión mas humana. El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería de la UNMSM. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por una muestra de 74 estudiantes, seleccionados del segundo al quinto año de estudios. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento la escala tipo Licker. Los resultados hallados en este estudio fueron: el nivel de aplicación de la escucha activa por estudiantes de enfermería, de un total 74 (100%) estudiantes, 45 (61%) presentan un nivel de aplicación media, 16 (21%) baja y 13 (18%) alta. Por lo que se concluye que la gran mayoría de la población de estudiantes de enfermería tiene un nivel de aplicación media respecto a la escucha activa.

Cabe resaltar que por ser una muestra significativa los resultados pueden extrapolarse, lo que indicaría que el nivel de la escucha activa en los estudiantes es mediano.

Palabras claves

Nivel de aplicación, Escucha Activa, Práctica clínica, Estudiantes de enfermería.

SUMMARY

Active listening is the ability to listen, to not only what the person is directly expressing, but also the feelings, ideas or thoughts behind what they are saying. It is important for nursing personnel to develop this ability because they need to be able to generate a positive environment for communication and interpersonal relations compromised to the safety of nursing. The objective of the present study is to determine the level of application of active listening in a clinic for nursing students attending UNMSM. The study focuses on the level of application, quantitative type, and the descriptive method of cross section. The population consisted of a teacher of seventy four (74) nursing students, whom were selected from their second to fifth year of studies. The technique used was the interview and the instrument scale Licker. The results found in this study were the following: the level of application of active listening was that forty five (45) students (61%) presented a medium level of application, sixteen (16) students (21%) had a low level of application, and thirteen (13) students (18%) had a high level of application. To conclude, results can extrapolate even with a significant sample like this. However, it does show that the majority of the nursing student population has a medium level of applying active listening.

Keywords

Application level, active listening, clinical practice, nursing students.

PRESENTACION

Para el ejercicio de la profesión de enfermería es necesario no solo conocimientos, habilidades, sino también competencias relacional y emocional que permita manejar con soltura y eficacia una relación de ayuda y hacer que el cuidado de enfermería sea de calidad y responda a las necesidades reales del paciente. En ese sentido el profesional de enfermería requiere de habilidades tales como la escucha activa, la cual no sólo consiste en captar y comprender las palabras que expresa el paciente, sino prestar atención a sus sentimientos; es por ello que se denomina un comportamiento activo.

De ahí que interesarnos por escuchar genuinamente a las personas, es enriquecer la naturaleza humanista de nuestra profesión, por lo que debemos comprender que el saber escuchar activamente es necesario para quienes prestamos los cuidados en salud, para conocer al hombre en su totalidad personal con su gran abismo de subjetividad¹.

El presente estudio titulado “Nivel de Aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería”, tuvo como objetivo determinar el nivel de aplicación de la escucha activa por los estudiantes durante su interrelación y cuidado integral brindado al paciente; e identificar el nivel de aplicación de la escucha activa en la dimensión física y psicológica; con el propósito de promover y motivar a los estudiantes y a los profesores a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar y fortalecer la habilidad de la escucha activa y por ende brindar un mejor cuidado de enfermería en su dimensión humana durante la formación y luego como profesional.

Consta de Capítulo I: Introducción, en el cual se considera el planteamiento, delimitación, origen y formulación del problema; justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica, hipótesis y definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Método, contiene el tipo, nivel, método, descripción del área de estudio, población, muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos; procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión; y Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.

Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Ser profesional de enfermería implica cualidades muy especiales, que le permita desarrollar un espíritu creativo para recrear y construir permanentemente la profesión, es decir reclama fuerzas para mantenerse frente al dolor de otros, necesitando para ello de una imaginación crítica para adaptar a la organización de servicios de salud, un entorno favorecedor del cuidado de las personas con una preparación y un talento científico, técnico, humano, que posibilite a enseñar y ayudar a suplir las necesidades del cuidado de cada individuo como ser único, incorporando su entorno, la familia y su comunidad.

Al respecto Bermejo Hidalgo² nos dice que *“la enfermería es una de las profesiones de asistencia y de ayuda, la enfermería ayuda a otros a promover y a conservar su salud óptima”*; definición en la que se pone en evidencia que la relación de ayuda es una de las funciones principales para el cuidado de enfermería, en todos los ámbitos, ya sea a nivel de atención primaria, hospitalaria, socio sanitario, etc.

La relación de ayuda para Carl Roger³: *“es ayudar a la persona a utilizar sus propios recursos para afrontar los propios problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos”*; lo que permite ver que para una relación de ayuda sea eficaz se necesita del desarrollo de destrezas tales como, una actitud empática, aceptación incondicional, asertividad y escucha activa; siendo ésta última de gran

importancia para que el profesional de enfermería desarrolle, en su relación de ayuda, una actitud facilitadora.

La escucha activa es definida en la clasificación de intervenciones de enfermería⁴ como *“la gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente”*. Hurtado Martínez⁵ afirma que: *“para que tengamos una disposición empática debemos ser capaces de escuchar activamente, para poder comprender la experiencia de quien vamos a ayudar”*

La escucha activa es pues, la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo; esta habilidad puede desarrollarse y consolidarse y es de esperar que así sea sobre todo en aquellas actividades que implican una interrelación con otras personas y deben ser los espacios formativos donde se enfatice estos aspectos⁶.

Durante la formación universitaria del profesional de enfermería se trata de desarrollar, mediante las diversas asignaturas básicas y profesionales, las habilidades sociales que un profesional de enfermería debe manejar para lograr una relación de ayuda que sea eficaz para el beneficio del usuario garantizando así una calidad de cuidado oportuna y eficiente, un cuidado cálido que haga sentir al ser cuidado, como un ser importante para el cuidador. Más en las prácticas hospitalarias se observa que algunos estudiantes de enfermería mayormente se limitan a los procedimientos terapéuticos y a una comunicación caracterizada por la utilización de preguntas cortas como: *“tiene dolor, tiene fiebre, tomó su pastilla”*, o dar frases estereotipadas *“ahorita regreso”, “ya viene su médico”*; siendo poco

común una interacción que propicie una conversación que le muestre al paciente que se le está prestando atención, que interesa lo que manifiesta y que acepta su conversación; a través de expresiones, como *“prosiga le escucho”, “esto parece ser algo sumamente importante para usted”, “estoy interesado en lo que va contando”*.

Asimismo durante algunos talleres realizados en aula se analizaba el tipo de respuestas (juicio, empática, interpretativa, de apoyo, investigación, y de tipo solución del problema) que tienen los estudiantes de enfermería ante situaciones de relación con pacientes; dando como resultado, que existe una tendencia hacia el apoyo y consuelo en la relación con el paciente, seguido de la tendencia hacia la solución de problemas para luego seguir la de juicio moral y encontrándose en penúltimo lugar la respuesta empática. Según Arce Sánchez ⁷: “la empatía es una actitud que supone una escucha activa atenta y objetiva tanto al contenido (lo que dice) como al tono emocional (como lo dice)”.

Reflexionando sobre la formación del profesional de enfermería surge la interrogante si los estudiantes al interrelacionarse con los pacientes en los espacios de práctica tanto hospitalaria como comunitaria, estarán desarrollando una relación de ayuda efectiva donde la empatía sea un medio para lograrla; asimismo, preguntarse si la predisposición empática tiene base en la escucha activa ya que por medio de ella se está entendiendo lo que siente el emisor, o lo que significa el mensaje, lo cual va a permitir que el emisor pueda expresarse como es, sin sentir bloqueos en su comunicación y que por el contrario, sienta que se le está tomando en cuenta. Ante esto surge una serie de interrogantes como: ¿los procesos formativos del profesional de enfermería permiten desarrollar habilidades de escucha

activa? ¿el estudiante de Enfermería percibe la importancia de la escucha activa en su formación profesional? ¿Considera el estudiante de enfermería necesario desarrollar habilidades de escucha activa para dar el cuidado de enfermería a sus pacientes?

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2008?

C. JUSTIFICACIÓN

Uno de los primeros aspectos necesarios a aprender durante la formación universitaria es escuchar con atención, ya que el paciente desea sentir que hay alguien interesado en él como persona que desea dedicar su tiempo y su energía a escuchar lo que tenga que decir.

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.

Por otro lado, hay ausencia de trabajos de investigación relacionados con el tema, en profesionales de enfermería o en su etapa

de formación universitaria. Además se considera que los aspectos relacionados con la escucha activa son un componente importante en la provisión del cuidado de enfermería; por lo que las entidades formadoras deben enfatizar éstos aspectos durante la formación del estudiante de enfermería.

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 ser doliente, es necesario que se conozca como 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 en los servicios de salud.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería de la UNMSM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de aplicación de la escucha activa en el componente físico, en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de la UNMSM.
- Identificar el nivel de aplicación de la escucha en el componente psicológico, en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería de la UNMSM.

- Identificar el nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica, según años de estudios; en los estudiantes de enfermería de la UNMSM.

E. PROPÓSITO:

Con los resultados del presente estudio se pretende proporcionar información actualizada sobre el nivel de aplicación de la escucha activa del estudiante al proporcionar el cuidado de enfermería durante el desarrollo de sus prácticas clínicas, a la institución formadora a fin de motivar a los estudiantes y a los profesores a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar y fortalecer la habilidad de la escucha activa y por ende brindar un mejor cuidado de enfermería en su dimensión humana, formando enfermeros con capacidad de escuchar activamente, considerando que ésta habilidad se va desarrollando y formando gradualmente, y que son justamente los espacios formativos donde se debe encaminar el logro de ésta habilidad en la cual tanto docentes como estudiantes deben estar comprometidos.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 ANTECEDENTES

A través de la revisión bibliográfica se ubicó algunas investigaciones que guardan relación con el tema de estudio; así tenemos que:

ARISTA Chávez, Gilbert, en Lima- Perú el 2004, realizó un estudio titulado “Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, cuyo objetivo fue conocer y analizar las características del proceso de Interacción Enfermera-

Paciente en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El autor llegó a las siguientes consideraciones finales:

“...la mayoría de las profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina del HNDAC aún les falta desarrollar habilidades básicas de comunicación para lograr alcanzar una interacción adecuada que de frutos favorables en bien del paciente.

..... resulta necesario fortalecer y/o potenciar en las profesionales, cualidades que permitan una efectiva relación de ayuda al paciente como son la empatía, el respeto, la disponibilidad, el interés genuino y el compromiso personal y profesional para brindar cuidados integrales y así lograr satisfacer las necesidades del paciente de acuerdo a sus expectativas.

Es también importante reconocer que aún resulta necesario integrar en la comunicación diaria de la enfermera, a la asertividad como habilidad fundamental que permite establecer una comunicación adecuada, que se caracterice por ser respetuosa, directa y oportuna....”⁸.

MILLA Guerrero Patricia, en Lima – Perú, en 1990, realizó un estudio titulado “Relaciones Interpersonales Enfermera-Paciente de los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. El objetivo general del estudio fue analizar los factores que influyen en las relaciones interpersonales enfermera- paciente en el ambiente hospitalario. El estudio fue descriptivo exploratorio, la población estuvo conformada por 22 enfermeras quienes laboraban en el servicio de cirugía; utilizó como instrumento la lista de cotejo y un cuestionario. Las conclusiones fueron, entre otras:

“La organización de las actividades de las enfermeras en el servicio de cirugía influye negativamente en las relaciones interpersonales con los pacientes siendo las actividades que demandan mayor dedicación: los procedimientos, el tratamiento farmacológico y las actividades administrativas; la experiencia profesional de las enfermeras, influyen negativamente en las relaciones interpersonales ya que a mayor tiempo de experiencia laboral era menor las relaciones interpersonales con el paciente”⁹.

SILVIA Becerra, en Lima- Perú, en el 2002, realizó un estudio titulado que II “El nivel de Atención humanizada en el Actuar de la Enfermera

en el Departamento de Emergencia de HNCH”. El método fue descriptivo de corte transversal. Las conclusiones fueron entre otras:

“...Que del total de las enfermeras investigadas en los 3 turnos de atención el 10% alcanzaron nivel medio de trato humanizado y el 90% nivel mínimo. Frente al criterio de valorización humanizado, tanto el turno noche como el mañana tuvieron un comportamiento de nivel mínimo en el trato humano...”¹⁰

LOURDES Angélica Guevara Chuquillanqui, en Lima – Perú, en el 2005, realizó un estudio titulado “Calidad de la Interrelación Enfermera Paciente según la teoría de Peplau en los servicios de Medicina del H.N, Dos de Mayo”. El objetivo determinar la calidad de la interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. El tipo de estudio fue cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Las conclusiones fueron entre otras:

“...Que la calidad de la interrelación enfermera paciente, según la teoría de Peplau es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera-paciente deficiente, como producto del desempeño debido a que necesita reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existe una barrera entre el paciente y la enfermera impidiendo así que se entable una calidad de interrelación enfermera- paciente óptima. La calidad de la interrelación enfermera- paciente en relación a la fase de Orientación, Identificación, Aprovechamiento, Resolución es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente...”¹¹

CARPIO Z. Quinteros, en Lima – Perú, en el 2000, realizó un estudio titulado “Relaciones Interpersonales de Enfermería y su Efectividad en pacientes en la Unidad de hospitalización de Cirugía y Traumatología del Hospital Coronel Albino Paredes Vivas”. El objetivo fue: Determinar el Nivel de las Relaciones Interpersonales de las Enfermeras y su efectividad con los enfermos hospitalizados. El estudio fue de método descriptivo, prospectivo- transversal, la muestra fue de 35 enfermeros y 35 pacientes y los instrumentos fueron 2 cuestionarios.

Las conclusiones fueron entre otras:

“...Que en las relaciones Interpersonales entre ambos grupos, existen factores de orden comunicacional como el lenguaje no verbal, barreras semánticas y psicológicas que limitan las relaciones Interpersonales...”¹².

Las investigaciones revisadas permitieron delimitar y clarificar el problema de estudio, y ayudaron en la estructuración del marco teórico que dio sustento a la investigación. Asimismo permitieron orientar respecto a la metodología aplicada en el presente estudio.

F2. BASE TEORICA

F2.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

La enfermería aparece en los siglos XVII y XVIII como una organización religiosa denominada Las Hermanas de la Caridad, la cual fue fundada por San Vicente de Paúl entre 1556 y 1660. Sus inicios fueron en Paris, extendiéndose después a todo el mundo, formándose una asociación de damas que visitaban a los enfermos en sus casas para proporcionarles tanto cuidados de enfermería como consuelo espiritual, fue la primera ayuda organizada, como un servicio social, se reclutaban a jóvenes solteras a las que se exigía inteligencia, refinamiento y su interés sincero por los enfermos pobres. Se elaboraban programas de visitas a domicilio, cuidado de enfermos y experiencia en el hospital ¹³.

Fue un periodo de estancamiento en el arte de la enfermería sobre todo en los países protestantes.

LA ENFERMERIA Y LAS REFORMAS SOCIALES

La enfermería era considerada una ocupación religiosa más que intelectual, por tanto su progreso científico se consideraba innecesario, ya que para proporcionar los cuidados al enfermo solo se cumplían con lo indicado por el médico si era posible o se recurría al conocimiento tradicional que siempre ha acompañado la atención de la salud desde los albores de la humanidad ¹⁴.

Tras la reforma social hubo una desmotivación religiosa entre las personas laicas, empleadas en el cuidado de los enfermos. Era muy difícil de convencer a personas a que se dedicaran a la enfermería en los malolientes hospitales municipales, la enfermería retrocedió a su antigua posición de ser una actividad servil. En general los asistentes o enfermeros laicos eran personas ignorantes, rudas y desconsiderados; así cuando una mujer no podía ganarse la vida con el juego o el vicio le quedaba la alternativa de convertirse en Enfermera ¹⁵.

Las enfermeras eran reclutadas de los estratos más bajos de la sociedad, en las prisiones y a veces entre antiguas pacientes; ellas trabajaban muchas horas al día, a veces 24 o 48 horas interrumpidas, en esencia era una vida de fatigas, en tanto se dedicaban también a actividades de limpieza y lavado en el hospital, los cuales eran espacios malolientes infestados por piojos, cucarachas y otros insectos. La enfermería apenas estaba organizada, el sueldo era escaso y a menudo lo completaban con todo tipo de sobornos. Este estado deplorable de las enfermeras se prolongó durante todo este periodo. Esta situación llevó a que la enfermería careciera de posición social ¹⁶.

Como enfermeras incluso las hermanas de las órdenes religiosas llegaron a estancarse por las restricciones económicas. Se requería ayuda para salir de la situación en que se encontraba la enfermería, el interés público empezó a hacerse patente en diversos grupos, los médicos, el clero, los ciudadanos filántropos. Algunos defendían que la enfermería debía estar bajo el auspicio religioso, otros proponían un plan seglar con enfermeras remuneradas. Esta preocupación es la que lleva a la reforma de la Enfermería ¹⁷.

En España este lado oscuro de la enfermería que se vivió en Londres, Francia, EEUU, no se vivió de forma tan patente dado que las órdenes religiosas siguieron atendiendo en los hospitales.

EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA MODERNA

Al Instituto de Kaiserswerth (Alemania) se le atribuye la creación de la primera orden moderna de diaconisas quienes eran mujeres religiosas que servían al prójimo, este instituto dejó una huella indeleble en toda la enfermería, ya que influyó en Florence Nightingale quien fue una de las principales promotoras de la enfermería científica e independiente. Los inicios de este instituto comienza en 1828, cuando el pastor Fliedner, y su esposa Friederike Münster, abrieron un pequeño hospital con una escuela de formación de diaconisas. Su primera diaconisa, Gertrude Reichardt, hija de un médico, ingresó en 1836. A finales del primer año otras seis mujeres se le habían unido para recibir formación. Se las enviaba a cumplir tareas en hospitales o en casas privadas, en distritos o bien en lejanos campos de misión ¹⁸.

El movimiento del instituto se extendió rápidamente que se tuvieron que adquirir otras dos casas anexas, e incluso tuvo que reconstruirse el propio instituto, que resultaba demasiado pequeño para albergar a las diaconisas. El programa de enfermería duraba tres años e incluía una rotación por los servicios clínicos hospitalarios, formación de enfermería domiciliaria, aprendizaje teórico y práctico del cuidado de los enfermos, conocimientos de ética y doctrina religiosa y un nivel suficiente de farmacia que permitiera superar los exámenes estatales para farmacéuticos. Un principio básico de la formación era que las enfermeras debían cumplir exactamente las órdenes del médico y que éste era el único responsable del resultado de la atención de salud ¹⁹.

La estructura del instituto evolucionó, se dividieron en cuatro áreas: enfermería, ayuda a los pobres, cuidado de los niños y trabajo de auxilio a las mujeres presas y las “Magdalenas”. Cuando Friederike falleció en 1842, Fliedner se casó con Caroline Bertheau (1811-1892), quien había ejercido durante 3 años como superintendente del departamento de cirugía de mujeres del Hospital de Hamburgo, por lo que su experiencia de enfermería resultó muy valiosa para la continuación del trabajo del instituto ²⁰.

LA REVOLUCIÓN NIGHTINGALE

Florence Nightingale nació en 1820, en Hampshire, fue hija de una familia terrateniente adinerada. A los 23 años, dijo a sus padres que quería convertirse en una enfermera y se encontró con una sólida oposición de ellos, ya que la enfermería se asociaba con mujeres de clase trabajadora, pero en 1851 Florence recibió permiso para entrenarse como enfermera. Entonces, con treinta y un años se fue a trabajar al hospital de Kaiserworth en Alemania ²¹.

Dos años más tarde, fue nombrada directora residente del hospital para mujeres inválidas en Harley Street, Londres. El año siguiente, Florence Nightingale fue autorizada para llevar a 38 enfermeras a cuidar a los soldados británicos en la guerra, allí encontró que las condiciones del hospital militar Scutari eran alarmantes; los hombres eran mantenidos en cuartos sin sábanas ni comida decente. En estas condiciones no era sorprendente que en los hospitales militares, heridas de guerra eran sólo la sexta razón de defunción; enfermedades como el tifus, cólera y disentería eran las tres causas principales por las cuales la proporción de muertos era tan elevada²².

Durante este tiempo, Florence Nightingale recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros; inventó un gráfico de área polar donde las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular. Sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes descenderían²³.

En 1856 Florence Nightingale regresó a Inglaterra como una heroína nacional, y decidió empezar una campaña para mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales militares. Fue entonces que en la Comisión de Sanidad de 1857 se logró la formación de una universidad médica militar²⁴.

Para dispersar sus opiniones sobre la reforma, publicó dos libros: *Notas de Hospital* (1859) y *Notas de Enfermería* (1859). Con el apoyo de amigos adinerados y *The Times*, Florence Nightingale pudo reunir 59,000 £ para mejorar la calidad de la enfermería. En 1860 utilizó este dinero para fundar la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el Hospital St. Thomas. También se involucró en el entrenamiento de

enfermeras que trabajaban en “casas de trabajo”, como resultado de una ley de protección de los pobres, en 1834 ²⁵.

Nightingale tenía fuertes opiniones sobre los derechos de las mujeres. En su libro “*Sugerencias para pensar para los buscadores de las verdades religiosas*” (1859), argumentó fuertemente para que se eliminaran las restricciones que prohibían tener carreras a las mujeres.

EL ESCENARIO CAMBIANTE DE LA ENFERMERÍA

El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías han acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que a las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos. Antes de la década de los años treinta la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de los estudiantes, estos incluían una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión, dejándoles poco tiempo para poder proporcionar un cuidado de enfermería adecuado ²⁶.

Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud. Cada vez eran más las personas ingresadas en los hospitales para someterse a nuevos tipos de pruebas, ya que estas instituciones se habían convertidos en lugares seguros y eficaces.

El éxito demostrado de las salas de reanimación en el frente durante la II Guerra Mundial se tradujo en la creación de unidades especiales para el cuidado de los pacientes. Se establecieron salas de pos-anestesia y recuperación para prevenir las complicaciones del postoperatorio. De esta forma fue posible establecer una progresión de la unidad de cuidados intensivos a la intermedia, a la de autocuidados, a la de cuidados a largo plazo y a la de cuidados a domicilio. Este desarrollo de unidades de tipo específico obligaba a contar con algún tipo de enfermería especializada y alteraba la relación enfermera-paciente en algunas áreas, lo cual contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionales ²⁷.

Los años cincuenta y sesenta supusieron una época de revolución para los cuidados de salud, emergía la necesidad de hacer un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo. En los años setenta se acorta las distancias entre la enfermera profesional y el paciente, siendo la finalidad global de la enfermería, el proporcionar cuidados de enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades ²⁸.

En este periodo empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente con la aparición de la enfermería en la atención primaria. Los cuidados de enfermería asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarias. Las

enfermeras pueden actuar como abogadas del paciente, responder de su propia práctica y tomar decisiones basándose en los datos disponibles; así la enfermería fue ganando popularidad, dependiendo su éxito de la existencia de personal suficiente, del apoyo de la administración y de concurso de enfermeras preparadas técnica y educativamente ²⁹.

También la década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería empezase a experimentar con el papel de “*especialista clínica*” o “*enfermera clínica*”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada. De nuevo, los esfuerzos de la enfermería se vieron parcialmente cortados, ya que a menudo las administraciones de los hospitales no estaban dispuestas a pagar por dichos servicios y asignaban tales responsabilidades a la supervisora o a la enfermera de plantilla especializada, de esta forma se prohibía o impedía que la especialista ejerciera un papel clínico. Todavía no se han podido vencer todos los obstáculos interpuestos a esta función, aunque actualmente las especialistas clínicas ya operan en diversos tipos de emplazamientos, incluyendo hospitales, instalaciones ambulatorias, junto con médicos independientes o en grupos y en consultas privadas o conjuntas con otras enfermeras especialistas y/o médicos ³⁰.

En este periodo también se introdujo la “*enfermera práctica*” como resultado de una demostración específica subvencionada por la Fundación Common wealth en la University of Colorado. El Dr. Henry Silver, pediatra y la Dra. Loretta Ford, enfermera de salud pública de dicha universidad, colaboran en la empresa. Este proyecto de demostración dio lugar a la creación de un programa de enfermería práctica en pediatría que capacitaba a las enfermeras para impartir cuidados generales a los niños sanos en un contexto ambulatorio. Además, a las enfermeras se les enseñaba a emitir juicio sobre las enfermedades graves o crónicas de los niños y a ejercer como practicantes en urgencias infantiles. Uno de los efectos de estas innovaciones fue el desarrollo de numerosos nuevos títulos dentro de la enfermería, como enfermería clínica, especialista en enfermería clínica y enfermera práctica. Todos ellos diferían en su significado, en los requisitos de formación y en las funciones a desempeñar. Es evidente que falta una estandarización de los títulos, como demuestra la lista de más de 80 titulaciones de enfermería práctica confeccionada por Gripando. Además en la actualidad existen unas 27 organizaciones que representan a diversos tipos de práctica especializada de enfermería, y la lista sigue aumentando ³¹.

F2.2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales esto se sustenta en su naturaleza humana y social de la profesión. En esta interacción con el sujeto, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con la otra

persona y permite tener un eje para desarrollarse, por ello es un elemento fundamental del cuidado.

El cuidado para Ariza ³² *“implica conocer al paciente, interesarse por él”*. Interesarse supone, entrar dentro de la persona, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, darse cuenta de sus intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Esto exige que el profesional de enfermería desarrolle un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que si se sabe percibir y va descubriendo, poco a poco, a ese ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo encuentra la satisfacción de brindar un cuidado integral. Sostiene también que *“Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería”*.

Para Pinto ³³; *“La gestión de los cuidados ocupa un lugar central y fundamental que sitúa al profesional de enfermería en una posición desafiante al interior del debate entre la modernidad y la post-modernidad que sostiene la nueva era”*. Esta nueva era consiste en la *“nueva sensibilidad”*, del mayor compromiso por la dignidad de las personas, de la liberación y expansión del espíritu; donde la humanidad necesita que el pensamiento postmoderno sea capaz de expandirse hacia la realidad existencial del hombre, en todas sus dimensiones, siendo su valor preferido el cuidado del ser humano.

Asimismo el cuidado supone diálogo y construcción de significados compartidos, pero sobre todo significa respeto y

comprensión por el otro, lo que sólo es posible a través de la escucha activa. Afirmar que escuchar es un proceso activo, tiene un significado verdadero. Escuchar, requiere comprometerse y esto es más que oír, por eso Agüero Caro ³⁴ dice que *“Escuchar es un arte que puede aprenderse, una habilidad que se puede desarrollar, cultivar y cimentar”*. Considera también que el encuentro interpersonal, único e irreplicable entre el profesional de enfermería y la persona que necesita de los cuidados, tiene una obligación *ético-profesional de escuchar para ayudar, para atender, para considerar, para aprender, para acompañar, etc.*, en definitiva: para cuidar, pues sólo con escuchar, el profesional de enfermería transmite a otro ser humano el mensaje de que se puede contar con ella o con él como alguien que comprende lo que trata de decir. Significa sobre todo la posibilidad o la certeza de ser cuidados como seres humanos con la convicción de que el profesional de enfermería le asigna valor a su existencia respetando la dignidad humana.

Si bien es cierto, que el cuidado tienen su origen ancestral, desde en los albores de la humanidad; por ello Marriner ³⁵ considera que son los cuidados humanos los que han permitido a la especie humana vivir y sobrevivir en las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. De este antecedente de cuidado se deriva el cuidar enfermero; cuidado que se da de persona a persona, de allí que el profesional de enfermería de hoy, debe reflexionar acerca de la utilización de fuentes de información acerca del estado del paciente que considera más importante y a veces imprescindible, como son la pantalla de los monitores, los registros numéricos, los recursos clínicos para un buen diagnóstico médico; olvidándonos que la mejor y la más importante fuente de información para el cuidado es la persona cuidada y quien es un sujeto de opinión

sobre el cuidado que desea recibir. Con este olvido u omisión según Marriner ³⁶ existe *“el riesgo de disolver la práctica ancestral del cuidado con el abuso de la tecnología y mecanización de los sistemas sociales supliendo el acto humano y humanitario como lo es escuchar activamente las necesidades del paciente”*.

Por su parte Pinto ³⁷ afirma que *“sólo a través de los cuidados de enfermería, genuinos y humanizados que otorga el profesional de enfermería se puede evidenciar una escucha comprometida del sufrimiento de quien enferma y que necesita ser aliviado”*.

Asimismo el interés genuino en escuchar a las personas enriquece la naturaleza humanística de la enfermería y que va a permitir conocer al hombre en su totalidad personal.

F2.3 LA RELACIÓN DE AYUDA

Sobre la relación de ayuda, componente esencial del cuidado de enfermería, se puede encontrar una serie de definiciones; así Según McCloskey, Bulecheck ³⁸

“la relación de ayuda es una de las funciones principales de los cuidados de enfermería, en todos los ámbitos, a nivel de atención primaria, hospitalaria, socio-sanitaria, etc. Tanto en situaciones de salud, crisis, prueba de vida y/o enfermedad”

Para Leddy y Pepper ³⁹ *“es la relación que intenta hacer surgir, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del paciente y un uso más funcional de los mismos”*.

Es necesario reconocer que una de las personas que más aportó con su definición de Relación de Ayuda, fue Carl Rogers ⁴⁰ quien la define diciendo:

".....aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos";

Es decir ayudar a las personas a utilizar sus propios recursos para afrontar los propios problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos”.

Según Travelbee ⁴¹ afirma que el propósito de la enfermería se alcanza mediante el establecimiento de una relación a través de interacciones de humano a humano, y consiste en ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad.

Para McCloskey, Bulecheck ⁴² los diferentes **estilos de relación de ayuda** se configuran según las actitudes descritas a continuación:

La disposición del ayudante: la relación de ayuda puede estar:

- Centrada en el problema: la enfermera se preocupa solo por el problema del paciente sin prestar atención a los aspectos subjetivos que puedan aparecer.
- Centrada en la persona: aquí se presta atención a la persona, cómo vive el problema, preocupándose por sus sentimientos y centrándose en que el paciente necesita ser comprendido.

El uso del poder por parte de la enfermera: La relación de ayuda que otorga la enfermera puede ser de forma:

- Directiva: Se induce a la persona a pensar de una manera determinada, dando poca confianza a la capacidad propia de la persona de tomar sus decisiones. Se realizan juicios, se persuade al paciente, se buscan propuestas inmediatas.
- Facilitadora: la actitud se basa en buscar los recursos de la propia persona, se orienta a que los utilice de forma adecuada. Dentro de esta actitud tiene gran importancia la escucha activa y la comprensión.

Según Leddy y Pepper ⁴³, otras habilidades que debemos considerar dentro de la relación de ayuda, son las de personalizar el dialogo con el paciente, debemos centrarnos en el propio paciente evitando generalizaciones. Así lograremos que el paciente no vea el problema como algo ajeno a si mismo, que se deba a circunstancias externas o ambientales, consiguiendo que analice su control sobre su problema y su capacidad para solucionarlo.

F2.4 ESCUCHA ACTIVA

La escucha activa es definida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) ⁴⁴ como:

"gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente".

Según el psicoterapeuta Mc. Arce Sánchez ⁴⁵, 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.

Para Goldstein Arnold ⁴⁶ la escucha activa es

“.....una de las habilidades más útiles que tienen las personas para ayudarse. Escuchar no solo consiste en captar y comprender las palabras que se dicen, sino prestar atención a los sentimientos, por lo tanto, es un comportamiento activo”.

Mc. Arce Sánchez ⁴⁷ afirma también que en el ámbito sanitario *“es fundamental seguir el ritmo de las necesidades del paciente, escuchar sus mensajes a través del lenguaje verbal y no verbal (sus silencios, sus gestos, su mirada), ya que nos dan pistas de determinados estados emocionales”*; por lo tanto la escucha activa implica no interrumpir al emisor, mirarlo a los ojos, tener actitud y postura de disponibilidad, sin sensación de tener prisa, sentarse a su lado, dar señales de que se está escuchando, no juzgar, no hacer gestos de valoración, aunque las manifestaciones sean de irritabilidad o indiquen una crítica.

Edgar Schein ⁴⁸, connotado especialista en estos temas le otorga una importancia especial a interrumpir al que habla nos dice: *“...interrumpir a los demás es uno de los comportamientos de comunicación más comunes y destructivos. La mayoría de la gente suele tener poca conciencia de cuán frecuente y groseramente interrumpe a los demás, convencida de que tiene que decir algo más importante que aquello que va a decir el que estaba hablando”*

También aportó a las ciencias del comportamiento analizando en detalle el impacto de “otros en grupos” sobre una persona. Sus inquietudes nacieron de investigaciones y aprendizajes propios que fueron sustentados bajo estudios y trabajos originales que fueron más adelante complementados con trabajos de campo donde se analizaron tanto a estudiantes y miembros del cuerpo de profesores como así también a empleados, profesionales, ejecutivos y directivos en

empresas. El expresaba *“Prestar consideración, desde el mismo inicio de la relación de una persona con el grupo es de vital importancia ya que el ingreso de la persona al grupo, como lo hace, sus pasos iniciales, el grado de socialización alcanzado son influencias muy grandes que se relacionan fuertemente con la lealtad del personal y su eficiencia”*⁴⁹.

F2.5 COMPONENTE QUE FORMAN PARTE DE LA ESCUCHA ACTIVA

Los componentes de la escucha activa tienen gran importancia en la comunicación, ya que implica prestar atención a la totalidad del mensaje, tanto verbal como no verbal y observar si la comunicación es congruente. Por esta razón, consciente de la importancia del lenguaje verbal y no verbal, el profesional de enfermería, debe mostrar un gran interés hacia la utilización de los comportamientos no verbales, expresando cordialidad al cliente ⁵⁰.

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

F2.5.1 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 que se hace del espacio de comunicación con el paciente; se propone que entre ambos debe existir una distancia adecuada, esta recomendación 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.

Se piensa que lo más fácil, para saber si la distancia es la adecuada para el paciente, es preguntarle a que distancia se siente cómoda. Esto evita el interpretar ciertos gestos, o actitudes pensando si será por que estamos muy cerca o muy lejos.

- b) Los movimientos corporales.- Se refiere a que el paciente interpreta las actitudes rígidas o hieráticas como un signo de distanciamiento de artificialidad, de no implicación en el proceso de comunicación. Por otra parte los movimientos corporales moderados pueden ser interpretados como expresión de espontaneidad, proximidad, igualdad.

Los movimientos de la cabeza son una forma simple, frecuente y espontánea de conducta no verbal que muestra nuestra escucha, interés y habilidad de acogida. Es como un feedback que muestra atención, comprensión, aceptación e invitación a continuar la comunicación.

Los movimientos de las piernas y sobre todo de los pies son interpretados como expresión de ansiedad, contrariedad, malestar, tener prisa, etc.

- c) La dirección del cuerpo.- Es la postura que se adopta, y puede jugar un papel importante pues manifiesta disponibilidad o ausencia de ella para responder a las necesidades del paciente. También refleja los pensamientos y sentimientos.

Cuando se adopta una postura en función de la presencia de los otros, se tiene la tendencia a pensar en los otros. Y cuando

se tiende a tomar una postura relajada y confortable, hay tendencia a pensar en si mismos.

En la relación de ayuda, ya sea estando sentados o de pie, es importante colocarse frente al paciente de tal manera que los hombros estén inclinados hacia el interlocutor de forma que se pueda apoyar los antebrazos sobre sus muslos, la cual es una posición que revela atención; por el contrario cruzarse de brazos y de piernas puede interpretarse fácilmente como una actitud defensiva hacia el interlocutor, salvo cuando transcurre unos momentos de la entrevista donde se busca la posición mas confortable, pero también porque probablemente el interés ha disminuido.

- d) La expresión del rostro.- El rostro es la parte del cuerpo más expresiva, ya que comunica la acogida y también es la parte que el paciente observa con mas atención. Es muy importante para el paciente que nuestro rostro muestre adecuadamente los sentimientos de acogida, interés y cordialidad.

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

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

- e) Contacto visual.- Una forma de mostrar atención al paciente reside en la mirada. Cuando se mantiene la mirada sobre el paciente se le está comunicando atención; así mediante el lazo de la mirada, el paciente percibe que nos esforzamos para acercarnos a él psicológicamente.

En la entrevista cara a cara la mirada favorece o puede favorecer la relación, éste es un apoyo del mensaje verbal, y una confrontación para el interlocutor de lo que dice; pues la mirada puede expresar sentimientos como la tristeza, la alegría, la cólera la irritación, el descorazonamiento; no obstante, una mirada muy fija puede provocar en el interlocutor un cierto malestar, por eso se recomienda no estar todo el tiempo teniendo la mirada fijamente a los ojos sino al centro entre los dos ojos, esto le resulta menos amenazante al interlocutor ⁵¹.

- f) El silencio.- El silencio muestra al paciente nuestra disponibilidad y acogida, indispensable para la comunicación y la relación de ayuda, pero el silencio como todo lenguaje no verbal, conviene clarificarlo y no interpretarlo, para evitar equivocaciones.

- g) El parafraseo.- Lo definimos como un conjunto de signos que acompañan la palabra. Como por ejemplo la fluidez verbal, el tono, la respiración, las repeticiones, la energía en la pronunciación, etc.

El profesional expresa su atención al paciente mediante sus comportamientos y expresiones. Si está interesado y tranquilo le comunica atención; si está nervioso y agitado le manifiesta su impaciencia por terminar; si es coherente en su comportamiento de escucha, le comunica su interés. Si se enrojece o palidece, manifiesta al paciente diferentes tipos de reacción. En su comportamiento de escucha, el profesional debe ser coherente e íntegro y no disperso y dislocado.

Frente a un paciente emocionado, al que se le hace un nudo en la garganta, bloqueado, con signos de una cierta ansiedad o angustia, el profesional puede aconsejar al paciente respirar profundamente. Esto permite reencontrar una cierta calma, que posibilite hablar de sus problemas ⁵².

F2.5.2 Componente psicológico: El componente psicológico permite ayudar al receptor a comprender al paciente como se siente y como está viviendo la situación o el problema que nos está contando suspendiendo todo tipo de barreras, entre ellas tenemos:

a) Suspender todo tipo de juicio.- Se refiere a prejuicios o juicios previos no razonados sobre la persona que nos esta hablando: De esta forma uno esta más abierto y receptivo a aceptar a la persona tal como es.

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

c) No interrumpir o acabar las frases.- No todas las respuestas de los pacientes necesitan de una retroinformación. Se emplea la retroinformación solo cuando los sentimientos que nos exponen nuestros pacientes sean profundos, o cuando lo que nos esta exponiendo nos parece que es importante saber si le hemos comprendido o no, ya que sino manejamos correctamente este punto se caerá en la interrupción del mensaje y con ello cortaremos la comunicación e interrelación con el paciente. Hay que tener presenta que en la escucha activa, el profesional permite a los pacientes

expresarse a su propio ritmo y como ellos deseen o incluso que callen sin ejercer por ello presión o sin evaluar su silencio ⁵³.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se expone la definición operacional de términos, la cual permitirá una mejor comprensión de los términos utilizados en el presente estudio.

Nivel de Aplicación: Es la respuesta expresada por el estudiante de enfermería sobre el mayor o menor grado de aplicación de la escucha activa, en su interrelación con los pacientes.

Escucha Activa: Es 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.

Práctica clínica.- Es la Experiencia y desempeño de cuidados asistenciales en los servicios de hospitalización que realiza el estudiante de enfermería al paciente hospitalizado.

Estudiante de enfermería.- Persona matriculada en los años de estudios, con asistencia regular de acuerdo a las normas establecidas en las asignaturas, en la formación profesional de enfermería.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. TIPO, NIVEL Y METODO.

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que se asigna un valor para la medición, es de nivel aplicativo porque busca responder a un problema determinado, método descriptivo ya que permite obtener información tal como se presenta en la realidad, de corte transversal dado que estudia las variables en un tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA.

El estudio se realizó en la E.A.P. Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ubicada en la Av. Graú 751 en el distrito de La Victoria. Dicha unidad académica se encarga de formar enfermeras(os) con una formación integral basada en principios científicos, humanísticos, tecnológicos, fundamentados en valores éticos y con un alto compromiso social con la salud del poblador peruano, y en donde se destaca la función principal de la profesión que es la del cuidado integral de la persona en todas sus dimensiones considerando al ser humano como ser propio, donde la escucha activa influye en el rol de la enfermera desarrollando una relación de ayuda eficaz en su dimensión más humana, el cual se va consolidando durante los cinco años de estudios que demanda la carrera profesional de enfermería.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estuvo conformada por los estudiantes de 2^{do}, 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} año de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM, durante el año académico 2008; que eran en número de 310. Para obtener la muestra se aplicó el muestreo probabilístico aleatorio

simple, dando por resultado una muestra conformada por 74 estudiantes (Anexo F).

-Criterios de inclusión:

- * Estudiantes matriculados en el 2^{do}, 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} año académico 2008,
- * Que se encuentren llevando cursos de práctica asistencial en un hospital.
- * Estudiantes que acepten voluntariamente participar en el estudio.

-Criterios de exclusión:

- * Estudiantes retirados del año académico por diversos motivos.
- * Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

D. TECNICA E INSTRUMENTO.

Para el estudio se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue una escala tipo Licker modificada basada en el Test de Edgar Schein, la que permitió medir la variable de estudio, es decir el nivel de aplicación de escucha activa. Consta de introducción, instrucciones, datos específicos conformado por 20 ítems: 10 positivos y 10 negativos, con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces, Nunca (Anexo D) el cual fue sometido a validez de contenido a través del juicio de expertos, quienes proporcionaron aportes las mismas que fueron sometidas a la prueba Binomial mediante la tabla de concordancia (Anexo E). Luego se realizó la prueba piloto a fin de someter a la confiabilidad estadística mediante la aplicación del alfa de Crombach (Anexo G).

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para realizar el estudio se realizó los trámites administrativos a fin de obtener las facilidades para la recolección de los datos.

Luego se realizaron las coordinaciones pertinentes con los profesores a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos el cual se realizó durante el mes de diciembre del 2008. La aplicación del instrumento demoraba un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados utilizando el programa Excell, previa elaboración del libro de códigos y tabla matriz de resultados. Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su análisis e interpretación, considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se codificaran las respuestas en las siguientes categorías:

ALTERNATIVAS	VALOR DEL ENUNCIADO	
	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>
Siempre	3	1
A veces	2	2
Nunca	1	3

Luego se aplicó la escala de Stanones, lo cual permitió valorar en alta, media y baja, considerándose los siguientes valores:

NIVELES	DIMENSION		VARIABLE GLOBAL
	<i>FISICA</i>	<i>PSICOLOGICA</i>	
Bajo	< 33	< 13	< 47
Medio	< 33 a 37 >	< 13 a 16 >	< 47 a 53 >
Alto	> 37	> 16	> 53

NIVELES	DIMENSION		VARIABLE GLOBAL
	<i>FISICA</i>	<i>PSICOLOGICA</i>	
Bajo	30 A 32	11 A 12	41- 46
Medio	33 A 37	13 A 16	47 - 53
Alto	38 A 40	17 A 18	54 - 57

G. CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de la presente investigación, se contó con la autorización de la Escuela Académico Profesional de Enfermería así como de los sujetos que intervinieron en la muestra, quienes aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

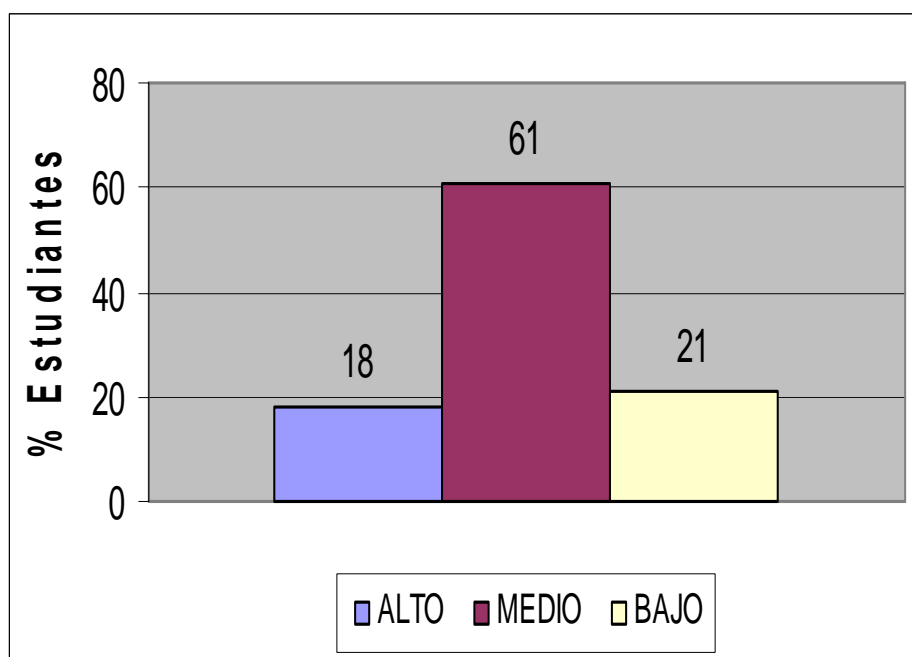
Luego de recolectados los datos estos han sido presentados en tablas y /o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación. Así tenemos que:

En cuanto a los aspectos generales mas resaltantes encontramos que de los 74 (100%) estudiantes encuestados, 66 (89%) son mujeres y 8 (11%) son varones. (Anexo J), 48(65%) tienen edad entre 21 – 23 años, 18 (24 %) entre 18– 20 años y 8(11%) entre 24 – 26 años, (Anexo I).

Respecto a la relación de sexo y edad en los estudiantes se obtuvo que 66 (100%) estudiantes del sexo femenino 17 (29%) tienen edad entre 18 – 20 años, 43 (56%) la edad entre 21 – 23 años y 6 (15%) la edad entre 24-26años. De 8 (100%) estudiantes del sexo masculino, 1(12%) tiene la edad entre 18-20años, 5 (63%) la edad entre 21-23 años y 2 (25%) la edad entre 24 – 26 años. (Anexo k).

Por lo que se puede entender expresar que, la mayoría de los estudiantes son mujeres y adultos jóvenes que tienen entre 21 – 23 años.

GRÁFICO N°1
NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA POR LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNMSM
LIMA- PERU
2008



Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de Enfermería-UNMSM-2008

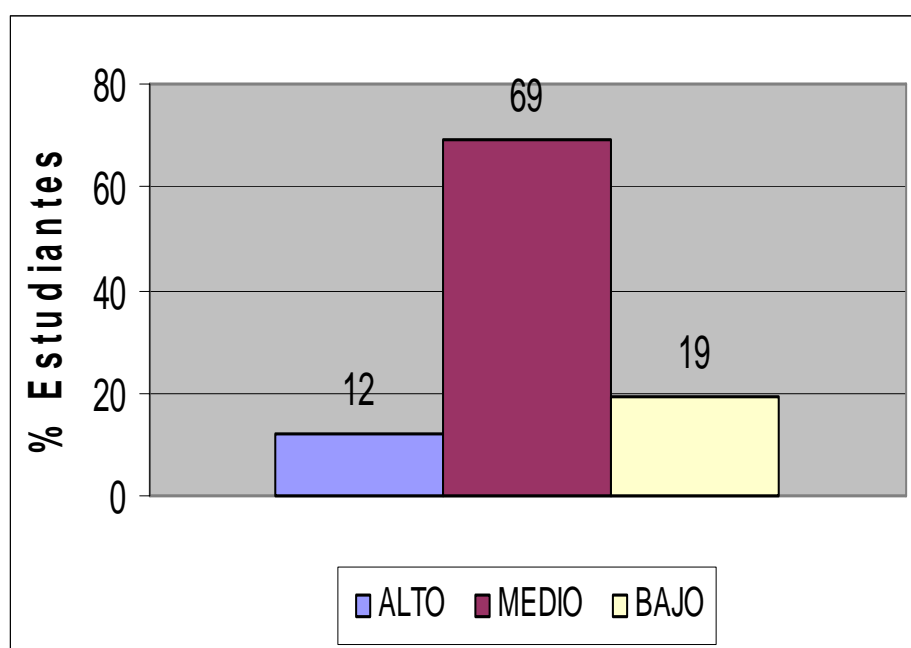
Respecto al **nivel de aplicación de la escucha activa por los estudiantes de enfermería** (Gráfico N° 1); de 74 (100%), 45(61%) presentan un nivel de aplicación media, 16 (21%) baja y 13 (18%) alta, los aspectos referido a la aplicación media está dado porque algunas veces el estudiante no participa en la conversación dejando un silencio permanente, el nivel bajo esta dado por la distancia física que adopta el estudiante cuando escucha al paciente, y el nivel alto esta dado por el contacto visual que mantiene el estudiante durante la interrelación.

La escucha activa hace posible que en el proceso de comunicación y construcción de significados compartidos, se genere respeto y comprensión por el otra persona. Se señala que escuchar es un proceso activo y que tiene un significado real. Escuchar, requiere comprometerse y esto es más que oír, es un arte que puede aprenderse, una habilidad que se puede desarrollar, cultivar y cimentar⁶.

Escuchar en enfermería es de suma importancia, es definida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería como "gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente". Este aspecto de la interrelación enfermera-paciente se va desarrollando desde el periodo de formación del estudiante de enfermería y le va a permitir brindar un cuidado de calidad desde el punto de vista técnico y humano. Desde el punto de vista técnico porque le da las herramientas para la obtención de información necesaria para organizar el cuidado de enfermería que el paciente necesita, y desde el punto de vista humano, porque permite un acercamiento a ese ser que necesita del cuidado de una persona que tiene el conocimiento y la obligación moral de brindar el cuidado que él necesita. Asimismo escuchar al otro transmite a la persona escuchada el mensaje de puede contar con nosotros, como alguien que comprende lo que trata de decir, así como la posibilidad o la certeza de ser cuidados como seres humanos cuya existencia tiene valor, y que por lo tanto respetamos su dignidad humana, tal es el caso lo que representa el cuidado de enfermería.

Los resultados obtenidos sobre el nivel de la escucha activa en los estudiantes de enfermería, la mayoría presentó un nivel medio seguido de bajo y en menor porcentaje alto. Lo cual nos indica que la

GRAFICO Nº 2
NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA EN SU
DIMENSION FISICA POR LOS ESTUDIANTES DE
ENFERMERIA DE LA UNMSM
LIMA- PERU
2008



Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de Enfermería UNMSM 2008

escucha activa no es innato en el ser humano sino es más bien una habilidad que se aprende, se desarrolla, se cultiva y se cimienta paulatinamente durante la formación del profesional de enfermería, el cual se expresa con conductas como escuchar los mensajes a través del lenguaje verbal y no verbal (sus silencios, sus gestos, su mirada), manifestaciones que dan pistas de determinados estados emocionales, que ayudan al estudiante a orientar el cuidado de enfermería.

En cuanto al nivel de **aplicación de la escucha activa en la practica clínica en la dimensión física** (Gráfico 2); tenemos que de 74 (100%) estudiantes encuestados, 51(69%) presentan un nivel de aplicación media, 14 (19%) nivel de aplicación baja y 9 (12%) nivel de aplicación alta. Los aspectos relacionados a la aplicación media esta dado por el silencio permanente que se mantiene durante la interrelación con la persona, el parafraseo que se utiliza para aclarar el mensaje, el nivel bajo esta dado por la distancia física que se adopta frente al paciente, los movimientos corporales, y el nivel alto esta dado por el contacto visual,

La comunicación es un proceso complejo que tiene comportamientos físicos que adoptamos al comunicarnos, los cuales transmiten al interlocutor el mensaje que puede contar con nosotros, que comprendemos lo que trata de decir. Hablar de lo físico en el hombre es referirse a lo general, a todo el ser del hombre; por lo que al referirse a esta dimensión en su relación con la comunicación, nos estamos refiriendo a que el ser humano comunica con todo su ser, en forma global, considerándose que cada gesto, cada acto o palabra indica quien es y lo que necesita, según Carmen Sebastián ⁵⁴ “Esto lleva a la necesidad de establecer una comunicación funcional en el modo físico, la cual se debe caracterizar por una comodidad postural, movimiento de manos relajado, espontáneo y sencillo; y por una expresión facial que expresa seriedad e interés por el interlocutor”.

En relación a la función de los ojos en el proceso de comunicación, se puede decir que los ojos son la única parte del sistema nervioso central que tiene contacto directo con otra persona; más no debe creerse que hacer contacto visual es suficiente, sino que va más allá de una mirada casual. Así obsequiar una mirada cinco

segundos, a la persona que demanda atención, se logrará tener una mayor efectividad.

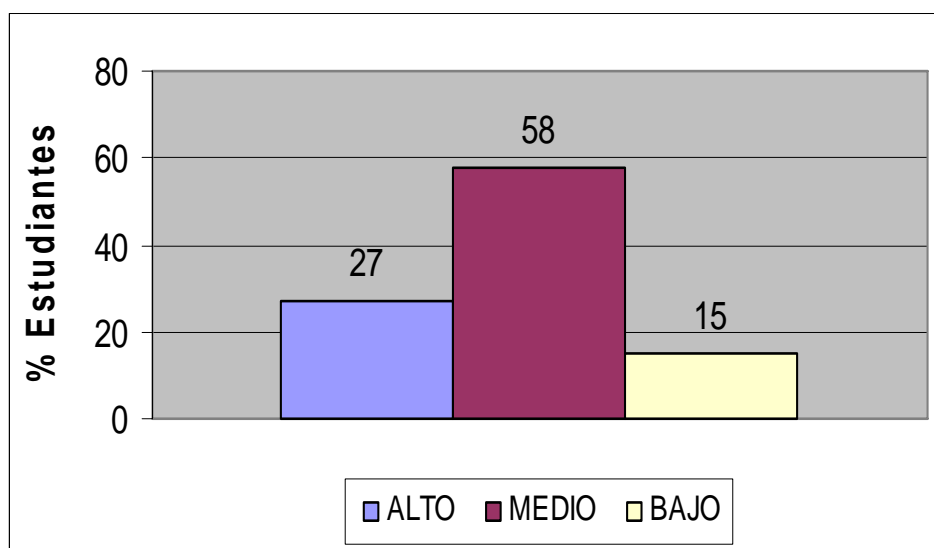
Por su parte Carpio Z⁵⁵. Quinteros, considera que en las relaciones interpersonales existen factores de orden comunicacional como el lenguaje no verbal, barreras semánticas y psicológicas que limitan las relaciones interpersonales.

Por lo que se puede deducir que el nivel de aplicación de la escucha activa en la dimensión física, la mayoría tiene una aplicación media, seguida de baja y alta relacionado al hecho que los estudiantes algunas veces no preguntan al paciente si la distancia entre los dos es la adecuada para escucharlo, además no participa en la conversación dejando que el paciente sea el único en hablar y algunas veces no genera frases para aclarar el mensaje que brinda el paciente. Estos resultados tendrían una explicación en una serie de factores que muestra la necesidad de reforzar esta dimensión de la escucha activa, comprometiéndose con el sufrimiento de quien enferma y que necesita ser aliviado, escucha que le entrega sentido y significado a nuestra presencia profesional.

Sobre el nivel de aplicación de la **escucha activa en la práctica clínica en la dimensión psicológica** (Gráfico 3); se encuentra que de 74 estudiantes encuestados(100%), 42 (58%) presentan un nivel de aplicación media, 20(27%) un nivel de aplicación alta y 12 (15%) alcanzan un nivel bajo. Estos resultados están determinados en el nivel medio, por la aceptación incondicional de la otra persona que realiza el estudiante de enfermería, en tanto que en el nivel alto lo está determinando la no interrupción de la comunicación entablada con el paciente; en tanto que en el nivel bajo lo determina el hecho de que se

emita juicios críticos durante la interrelación con el paciente, situación que implica una preparación en la dimensión psicológica del estudiante para poder entender al otro, que está pasando por una crisis situacional

GRAFICO Nº 3
NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA EN SU
DIMENSION PSICOLOGICA POR LOS ESTUDIANTES DE
ENFERMERIA DE LA UNMSM
LIMA- PERU
2008



Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de Enfermería UNMSM - 2008

y requiere una mayor disposición del cuidador a escucharlo, teniendo en cuenta que en enfermería la disposición psicológica es prepararse interiormente para escuchar a la persona a quién vamos a ayudar. El interesarse por escuchar genuinamente a las personas, enriquece la naturaleza humanista de la profesión, ya que permite comprender y conocer al hombre en su totalidad personal; hablar de una disposición psicológica también comprende el rol que se asume cuando se escucha al paciente, siendo uno de ellos el de jueces que se

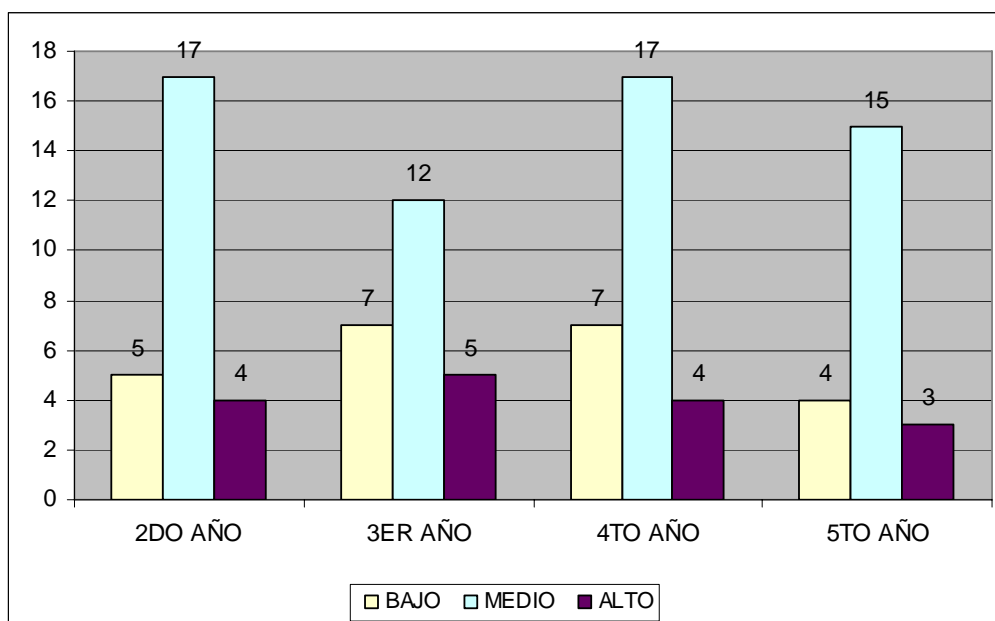
caracteriza por asumir una postura crítica, para aprobar o desaprobar lo que dice el paciente, ya que mientras este habla, se va repasando toda la información que se tiene almacenada y se va analizando si se le contradice o no, enjuiciando a cada minuto lo dicho por él. El problema entonces, consiste en que no nos permitimos escuchar realmente el sentido del mensaje, perdiendo la confianza e inhibiendo la espontaneidad del paciente. Esto lleva a la necesidad de establecer de que si parte de la idea de que, en cierta medida, somos superiores al otro, no puede darse una escucha verdadera. Solo adoptando una actitud de autentica modestia y de igualdad, estaremos en condiciones de escuchar al paciente y enriquecernos con lo que tenga para aportarnos.

Por lo expuesto podemos concluir que el nivel de aplicación de la escucha activa en la dimensión psicológica, la mayoría de estudiantes refiere que la aplicación es media, seguida de alta y en menor proporción es baja. Estos resultados están determinados, en el nivel medio.

En relación al **nivel de aplicación de la escucha activa según año de estudios (Gráfico Nº 4)**, se puede observar que de 74 estudiantes encuestados (100%), correspondiendo al segundo año, 19 estudiantes (26%), de los cuales 12 (17%) tienen un nivel medio, 4 (5%) un nivel bajo y 3 (4%) un nivel alto. En el tercer año, de 18 estudiantes (24%), 9 (12%) tienen nivel medio, 5 estudiantes (7%) un nivel bajo, y 4 estudiantes (5%) tienen un nivel alto de escucha activa. En el cuarto año, de 21 (28%), 14 estudiantes (17%) tienen nivel medio, 5 estudiantes (7%) un nivel bajo y 2 estudiantes (4%) un nivel alto. En el quinto año, de un total de 16 (22%) estudiantes,

11 estudiantes (15%) tiene un nivel medio, 3 estudiantes (4%) un nivel bajo y 2 estudiantes (3%) un nivel alto.

GRAFICO Nº 4
NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA POR LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA, SEGÚN AÑOS
DE ESTUDIOS DE LA UNMSM
LIMA- PERU
2008



Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de Enfermería UNMSM – 2008

Los valores resultantes como medio y bajo están relacionados por la distancia física que toma el estudiante frente al paciente cuando interactúa con él, asimismo al mantenimiento de un silencio permanente por parte del estudiante, en tanto que el nivel alto está direccionado en el hecho de no interrumpir al paciente cuando expresa

un mensaje, mantiene el contacto visual con el paciente, utiliza el parafraseo, los movimientos corporales y la dirección del cuerpo en una posición de atención para la escucha. (Anexo F)

El estudiante de enfermería en su proceso de aprendizaje a través de los años debe desarrollar la escucha activa ya que constituye la forma más efectiva de hacer frente a las barreras de la comunicación con el paciente. La escucha activa significa escuchar atentamente con todo el ser: mente, cuerpo y espíritu; incluye también escuchar los temas de conversación, reconocer y responder, dar la retroalimentación apropiada y prestar atención a la comunicación completa de la otra persona, incluyendo el contenido, la intención y los sentimientos expresados, según lo afirma Berlo⁵⁶ (1997), permitiendo a la enfermera comprender mejor todo el mensaje que se comunica y es además, una manera excelente de crear confianza.

El estudiante de enfermería debe mostrar disponibilidad para escuchar, hablar, o estar físicamente presente con otra persona cuando ésta lo necesite. El expresar disponibilidad, aunque la otra persona pueda o no dar a conocer sus necesidades, la enfermera muestra una actitud de cuidado (16). Al respecto Doona⁵⁷ (1997) afirma que la disponibilidad y la escucha activa suelen describirse como *presencia enfermera*; como un encuentro intersubjetivo entre una enfermera y un usuario en el que la enfermera encuentra un ser humano único en una situación única y escoge ponerse de parte del usuario. La presencia es la calidad enfermera de “estar aquí” para el usuario, estando presente, no sólo físicamente sino también escuchando atentamente desde una perspectiva de cuidado humanista.

Por lo expuesto se puede concluir que el nivel de aplicación de la escucha activa de los estudiantes de enfermería, según año de estudios va de un nivel medio con tendencia a bajo, destacándose el segundo año que tiene un mayor promedio con respecto a los otros años de estudios, el cual podría explicarse en que en los primeros años académicos se van generando nuevas expectativas conforme el contexto de práctica va cambiando; así al inicio de las primeras prácticas clínicas, las responsabilidades en el cuidado integral del paciente es en menor grado, lo cual va en incremento conforme aumenta los años de estudio, siendo en el último año mayor la responsabilidad del cuidado de los pacientes, asociado a otras responsabilidades lo cual va en detrimento de la interrelación con el paciente generándose barreras en la comunicación, el cual no va a permitir que el estudiante pueda comprender mejor todo el mensaje que el paciente le comunica, produciéndose un ambiente de desconfianza y un cuidado integral poco eficaz que siga el ritmo de las necesidades del paciente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

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

- ❖ La mayoría de estudiantes de enfermería presenta un nivel de aplicación media de la escucha activa, seguida de un nivel bajo y en menor porcentaje, un nivel alto, relacionado a que algunas veces no se realizan actividades en el componente físico y/o psicológico que fortalezcan la interrelación con el paciente .
- ❖ Los estudiantes de enfermería alcanzan en su mayoría un nivel de aplicación media con tendencia a baja respecto a la escucha activa en su dimensión física, siendo en menor proporción el nivel alto. Estos resultados están referidos al hecho que los estudiantes manejan inadecuadamente 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 presenta un nivel de aplicación media con tendencia a alta respecto a la escucha activa en su dimensión psicológica, siendo en menor proporción el nivel bajo. Esta situación está referida con el manejo de la

emisión de juicios críticos, interrupción de la comunicación y la aceptación incondicional de la persona.

- ❖ No existe diferencia significativa de la escucha activa en la práctica clínica por los estudiantes de enfermería de la UNMSM, según año de estudios.

2. LIMITACIONES

Entre las limitaciones más significativas se tiene:

- ❖ Los resultados del estudio sólo son válidas para la población en estudio.

3.- RECOMENDACIONES

Las recomendaciones dadas del estudiante son::

- ❖ Que la institución educativa formen y/o elabore estrategias orientas a fortalecer y promover el desarrollo individual de la Escucha Activa, así como capacitaciones respecto a la Relación de Ayuda, habilidades sociales y estilos de comunicación en la formación del estudiante de enfermería.
- ❖ Realizar estudios de investigación en el contexto formativo, respecto a la aplicación de la escucha activa en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) PINTO N. "Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado". En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Pag 154
- (2) BERMEJO Hidalgo JC. Hacia una definición del concepto de relación de ayuda. En: Relación de Ayuda y Enfermería. España: Sal Terrae -Santander; 1998.Pag.239.
- (3) BERMEJO Hidalgo JC. Hacia una definición del concepto de relación de ayuda. En: Relación de Ayuda y Enfermería. España: Sal Terrae -Santander; 1998.Pag.241
- (4) MCCLOSKEY J, BULECHECK G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ªed. Madrid: Harcourt; 2001. Pág.:57
- (5) GOLDSTEIN Arnold. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999. Pag 324
- (6) VANDER- HOFSTADT Román Carlos J. Habilidades de comunicación. 3ªed. España; 2005. Pág.:231
- (7) MC ARCE Sánchez. Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en ciencia de la Salud.3ªed Madrid: 1999. Pág.: 86-92
- (8) ARISTA Chávez, Gilbert Lima- Perú, 2004, realizó el trabajo de investigación titulado "Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión"
- (9) MILLA Guerrero Patricia, Lima – Perú, 1990, realizó un estudio de investigación titulado "Relaciones Interpersonales Enfermera-Paciente de los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza".
- (10) SILVIA Becerra, en Lima- Perú, en el 2002, realizo un estudio titulado que II "El nivel de Atención humanizada en el Actuar de la Enfermera en el Departamento de Emergencia de HNCH".

- (11) LOURDES Angélica Guevara Chuquillanqui, Lima – Perú, 2005, realizó un estudio de investigación titulada “Calidad de la Interrelación Enfermera Paciente según la teoría de Peplau en los servicios de Medicina del H.N, Dos de Mayo”.
- (12) CARPIO Z. Quinteros Lima – Perú, 2000, realizó una investigación titulada “Relaciones Interpersonales de Enfermería y su Efectividad en pacientes en la Unidad de hospitalización de Cirugía y Traumatología del Hospital Coronel Albino Paredes Vivas”.
- (13) [www.saludpublica.bvsp.org.bo,/spanish](http://www.saludpublica.bvsp.org.bo/spanish), El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005.Pag1
- (14) [www.saludpublica.bvsp.org.bo,/spanish](http://www.saludpublica.bvsp.org.bo/spanish), El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005.Pag2
- (15) [www.saludpublica.bvsp.org.bo,/spanish](http://www.saludpublica.bvsp.org.bo/spanish), El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005.Pag3
- (16) CATALINA G, MARTÍNEZ M. “Historia de la enfermería:Evolución histórica del cuidado enfermero” Edition.Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 65
- (17) CATALINA G, MARTÍNEZ M. “Historia de la enfermería:Evolución histórica del cuidado enfermero” Edition.Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 67
- (18) www.tecnova.es/flor/florence/spanish, “Florence Nightingale”, Revista Electrónica, Año 4 – N^o 5 / Junio 2005. Pag 12
- (19) www.tecnova.es/flor/florence/spanish, “Florence Nightingale”, Revista Electrónica, Año 4 – N^o 5 / Junio 2005. Pag 14
- (20) CATALINA G, MARTÍNEZ M. “Historia de la enfermería:Evolución histórica del cuidado enfermero” Edition.Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 119

- (21) CATALINA G, MARTÍNEZ M. "Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero" Edition. Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 121
- (22) CATALINA G, MARTÍNEZ M. "Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero" Edition. Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 122
- (23) www.saludpublica.bvsp.org.bo/,/spanish, El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005. Pag7
- (24) www.saludpublica.bvsp.org.bo/,/spanish, El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005. Pag8
- (25) CATALINA G, MARTÍNEZ M. "Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero" Edition. Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 124
- (26) POTTER, Anne, "Fundamentos de Enfermería" Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003. Pag 71
- (27) POTTER, Anne, "Fundamentos de Enfermería" Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003. Pag 73
- (28) POTTER, Anne, "Fundamentos de Enfermería" Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003. Pag 73
- (29) www.saludpublica.bvsp.org.bo/,/spanish, El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005. Pag11
- (30) CATALINA G, MARTÍNEZ M. "Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero" Edition. Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pag 132
- (31) POTTER, Anne, "Fundamentos de Enfermería" Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003. Pag 73

- (32) ARIZA C. "Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico". Actual Enfer. 1998; Pág.4:
- (33) PINTO N. "Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado". En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Pag 162
- (34) AGÜERO Caro M. El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. Presencia 2005 Ene-Jun;1(1).
- (35) MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/Doyma Libros. 1994. p. 356
- (36) MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/Doyma Libros. 1994. p. 361
- (37) PINTO N. "Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado". En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Pag 166
- (38) MCCLOSKEY J, BULECHECK G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ªed. Madrid: Harcourt; 2001. Pág.:59
- (39) LEDDY S, MAC J, Pepper. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional 3ra Edición. New York, U.S.A: Harper & Publisher, Inc.; 2000, Pag.26
- (40) BERMEJO Hidalgo JC. Hacia una definición del concepto de relación de ayuda. En: Relación de Ayuda y Enfermería. España: Sal Terrae -Santander; 1998.Pag.247.
- (41) CASTRILLÓN C. *La dimensión social de la práctica de la enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997:pag63-78
- (42) MCCLOSKEY J, BULECHECK G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ªed. Madrid: Harcourt; 2001. Pág.:64
- (43) LEDDY S, MAC J, Pepper. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional 3ra Edición. New York, U.S.A: Harper & Publisher, Inc.; 2000, pag:27.

- (44) MCCLOSKEY J, BULECHECK G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ªed. Madrid: Harcourt; 2001. Pág.:71
- (45) MC ARCE Sánchez. Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en ciencia de la Salud.3ªed Madrid: 1999. Pág.: 86-92
- (46) GOLDSTEIN Arnold. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999. Pag 324
- (47) MC ARCE Sánchez. Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en ciencia de la Salud.3ªed Madrid: 1999. Pág.: 86-92
- (48) SCHEIN, E, Cultura Empresarial y Liderazgo, Mc Graw Hill, México, 1995. Pag 16
- (49) SCHEIN, E, Cultura Empresarial y Liderazgo, Mc Graw Hill, México, 1995. Pag 17
- (50) MC ARCE Sánchez. Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en ciencia de la Salud.3ªed Madrid: 1999. Pág.: 96-101
- (51) VANDER- HOFSTADT Román Carlos J. Habilidades de comunicación. 3ªed. España; 2005. Pág.:236
- (52) VANDER- HOFSTADT Román Carlos J. Habilidades de comunicación. 3ªed. España; 2005. Pág.:242
- (53) MC ARCE Sánchez. Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en ciencia de la Salud.3ªed Madrid: 1999. Pág. 103
- (54) POTTER, Anne, "Fundamentos de Enfermería" Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003.Pag 68
- (55) POTTER, Anne, "Fundamentos de Enfermería" Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003.Pag 69
- (56) BERLO, D.K.; El Proceso de la Comunicación. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1987, Pág. 7
- (57) RIBEIRO, L.; La Comunicación Eficaz, Ediciones Urano, Argentina, 1994, pág. 73.

BIBLIOGRAFÍA

- ARISTA Chávez, Gilbert Lima- Perú, 2004, realizó el trabajo de investigación titulado “Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”
- AGÜERO Caro M. El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. Presencia 2005 Ene-Jun;1(1)
- ARIZA C. “Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico”. Actual Enfer. 1998; Pág.4
- BERMEJO Hidalgo JC. Hacia una definición del concepto de relación de ayuda. En: Relación de Ayuda y Enfermería. España: Sal Terrae -Santander; 1998.Pag.239.
- BERLO, D.K.; El Proceso de la Comunicación. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1987, Pág. 7
- CARPIO Z. Quinteros Lima – Perú, 2000, realizó una investigación titulada “Relaciones Interpersonales de Enfermería y su Efectividad en pacientes en la Unidad de hospitalización de Cirugía y Traumatología del Hospital Coronel Albino Paredes Vivas”.
- CASTRILLÓN C. *La dimensión social de la práctica de la enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997:pag63-78

- CATALINA G, MARTÍNEZ M. “Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero” Edition.Illustrated, Publicado por Elsevier España, 2001. Pág. 65
- GOLDSTEIN Arnold. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999. Pag 324
- MCCLOSKEY J, BULECHECK G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ªed. Madrid: Harcourt; 2001. Pág.:57
- MILLA Guerrero Patricia, Lima – Perú, 1990, realizó un estudio de investigación titulado “Relaciones Interpersonales Enfermera-Paciente de los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.
- MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/Doyma Libros. 1994. p. 356
- MC ARCE Sánchez. Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en ciencia de la Salud.3ªed Madrid: 1999. Pág.: 86-92
- LEDDY S, MAC J, Pepper. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional 3ra Edición. New York, U.S.A: Harper & Publisher, Inc.; 2000, Pag.26
- LOURDES Angélica Guevara Chuquillanqui, Lima – Perú, 2005, realizó un estudio de investigación titulada “Calidad de la Interrelación Enfermera Paciente según la teoría de Peplau en los servicios de Medicina del H.N, Dos de Mayo”.

- POTTER, Anne, “Fundamentos de Enfermería” Edición 3ra, Publicado por Elsevier España, 2003. Pág. 71
- PINTO N. “Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado”. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Pag 154
- RIBEIRO, L.; La Comunicación Eficaz, Ediciones Urano, Argentina, 1994, pág. 73.
- SCHEIN, E, Cultura Empresarial y Liderazgo, Mc Graw Hill, México, 1995. Pag 16
- VANDER- HOFSTADT Román Carlos J. Habilidades de comunicación. 3ªed. España; 2005. Pág.:231
- www.saludpublica.bvsp.org.bo/spanish, El Devenir Histórico De Enfermería, División de comunicaciones 3 United Nations Plaza, H9F, Diciembre del 2005.Pag1
- www.tecnova.es/flor/florence/spanish, “Florence Nightingale”, Revista Electrónica, Año 4 – N^o 5 / Junio 2005. Pág. 12

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A.- OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.	I
B.- MATRIZ DE OPERACIÓN.	II
C.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.	III
D.- INSTRUMENTO.	IV
E.- PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS.	VII
F.- TABLA MATRIZ.	VIII
G.- CONFIABILIDAD ESTADISTICA.	XIV
H.- PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA.	XV
I- ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DISTRIBUIDOS POR EDAD.	XVIII
J.- ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DISTRIBUIDOS POR SEXO.	XIX
K.- ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD.	XX

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	COMPONENTES O DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
<p>Nivel de aplicación de la escucha Activa por el estudiante de enfermería.</p>	<p>Es la aplicación de la escucha activa en un mayor o menor grado durante la interacción con el paciente, la cual se va a manifestar escuchando y prestando atención a lo que esta diciendo directamente, incluyendo a su vez los sentimientos, pensamientos e ideas que subyacen lo que se está diciendo durante el cuidado integral.</p>	<p>Es la respuesta expresada por el estudiante de enfermería sobre el mayor o menor grado de aplicación de la escucha activa, en su interrelación con los pacientes. , la cual será medido a través del un TEST basado en el de EDGAR SCHEIN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Componentes Físicos ▪ Componentes psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distancia. ▪ Los movimientos Corporales. ▪ La dirección del cuerpo. ▪ La expresión del rostro y el contacto visual. ▪ El parafraseo. ▪ El silencio. ▪ Suspender todo tipo de juicio. ▪ Aceptación incondicional de la otra persona. ▪ No interrumpir o acabar las frases 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ALTO ▪ MEDIO ▪ BAJO

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICION	APROXIMACIONES DE TECNICAS E INSTRUMENTOS	ESCALA
<p>ALTO</p> <p>MEDIO</p> <p>BAJO</p>	<p>Según la escala de stanones:</p> <p>Alto > 53</p> <p>Medio 47- 53</p> <p>Bajo < 47</p>	<p>Realizar el trámite administrativo mediante un oficio para obtener la autorización correspondiente.</p> <p>Coordinar para establecer el cronograma para el inicio de la recolección de datos.</p>	<p>Para obtener los datos se utilizo como técnica la encuesta y como instrumento una escala tipo Licker del Test de Edgar Schein modificada.</p>	<p>O</p> <p>R</p> <p>D</p> <p>I</p> <p>N</p> <p>A</p> <p>L</p>

ANEXO C

TAMAÑO DE LA MUESTRA

N = Tamaño de la población ; n = Tamaño de la muestra

1) Si N es desconocido

$$n = \frac{Z^2 p q}{i^2}$$

2) Si N es conocido

i = 0.1 (10%)

Error que se comete al escoger la muestra

$$n = \frac{N Z^2 p q}{i^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

Para: i = 0.1 p = 0.5 z = 1.96 N = 310 q = 1 - p

Reemplazando:

$$n = \frac{N Z^2 p q}{i^2 (N-1) + Z^2 p q} = 73.5 \text{ } \langle \rangle \text{ } 74 \text{ estudiantes}$$

Distribuyendo proporcionalmente de acuerdo a los años de estudio:

Año	N por año	Proporción	N por año
Segundo	78	0.25	19
Tercero	77	0.24	18
Cuarto	88	0.29	21
Quinto	67	0.22	16

Total poblacional: 310

total muestral: 74

ANEXO D INSTRUMENTO

Test para una Autoevaluación de la Habilidad de Saber Escuchar

A PRESENTACION:

Estimados compañeros, mi nombre es Cesar Suárez, soy estudiante de Enfermería de la UNMSM. Se hace llegar a Ud. Un cordial saludo y la vez se le invita a participar voluntariamente con el fin de obtener información acerca del Nivel de aplicación de la escucha activa en los estudiantes de Enfermería” y tiene como objetivo determinar el nivel de aplicación de la escucha activa en la práctica clínica.

Por lo que solicito su valiosa colaboración a través de respuestas sinceras y veraces; la información es completamente anónima y servirá a nuestra Escuela para reflexionar y proponer intervenciones que fortalezca en nosotros las habilidades para la escucha activa y con ello contribuir a garantizar un cuidado humano a los pacientes en nuestro futuro como profesionales.

Gracias anticipadas por tu colaboración.

B. CONTENIDO

Edad: Años

Sexo:

F

M

Año de estudios:.....

C. INSTRUCCIONES

A continuación se representa el siguiente test, a lo que debes responder situándote en el día a día del desarrollo de la práctica clínica donde brindas cuidado integral al paciente.

Lee cada enunciado, recuerda cómo es tu comportamiento real durante el cuidado que brindas, no cómo consideras que debería ser.

Marca con una X en el casillero de a menudo, a veces o nunca, según consideres que corresponde.

A menudo: Que lo realizas continuamente.

A veces: Que lo realizas esporádicamente, de vez en cuando.

Casi nunca: Que no lo realizas comúnmente.

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 participo en la conversación cuando el paciente me lo permite.			

Les agradezco su colaboración y sinceridad

ANEXO E
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS.

Numero de Jueces de Expertos	ITEMS						P
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	0	0.035
8	1	1	1	1	1	1	0.004

$P = \frac{\text{Suma de P}}{\text{Numero de ítems}}$

$$P = \frac{0.063}{8}$$

$$P = 0.0078$$

Entonces, $P < 0.05$

Por lo tanto la concordancia es significativa y el instrumento válido.

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIANTES	SEXO		AÑO DE ESTUDIOS					EDAD			DIMENSION PSICOLOGICA					DIMENSION FISICA										PUNTAJE				
	1	2	2	3	4	5	1	2	3	P2	P7	P9	P12	P17	P19	P1	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P11	P13	P14		P15	P16	P18	P20
1		X	X				X			2	3	1	1	2	2	3	3	1	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	3	41
2	X		X				X			3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	51
3	X		X				X			3	2	2	3	3	3	3	2	1	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	50
4	X		X				X			3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	56
5	X		X				X			2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	50
6	X		X				X			3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	55
7	X		X				X			2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	51
8	X		X				X			2	3	1	1	2	1	3	3	1	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	42
9	X		X				X			3	3	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	50
10	X		X				X			3	2	2	3	3	3	3	2	1	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	50
11	X		X					X		3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	54
12	X		X				X			2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	50
13	X		X				X			2	3	3	1	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	2	3	3	3	51
14	X		X				X			3	2	2	3	3	3	3	2	1	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	50
15	X		X				X			3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	55
16	X		X				X			2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	50
17	X		X					X		3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	55
18	X		X				X			2	3	2	2	2	2	3	3	1	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	3	43
19	X		X				X			2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	50
20	X			X				X		3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	2	3	3	3	54
21	X			X				X		2	1	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2	3	2	45
22	X			X				X		2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	1	2	2	3	3	49
23	X			X				X		3	3	1	1	2	1	3	3	2	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	47
24	X			X				X		3	1	1	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	1	3	3	1	46
25	X			X				X		3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	3	2	54
26	X			X				X		3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	57
27	X			X				X		2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	1	2	2	3	3	50
28	X			X				X		3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	2	3	3	53
29	X			X				X		3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	50
30	X			X				X		3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	1	1	2	2	3	2	48
31	X			X				X		3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	54
32	X			X				X		3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	53
33	X			X				X		3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	3	1	2	3	2	1	2	2	3	2	46
34	X			X				X		2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	3	2	2	3	52

35	X			X				X		3	3	1	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	50	
36	X			X				X		3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	2	44	
37	X			X				X		1	3	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	44	
38	X				X			X		2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	50	
39	X				X			X		3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	54	
40	X				X			X		1	1	1	3	3	3	2	3	1	2	3	2	1	3	3	1	3	2	3	2	43	
41	X				X				X	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	51	
42	X				X			X		3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	52	
43	X				X				X	1	3	1	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	44	
44	X				X			X		2	2	2	2	1	3	2	3	1	1	3	3	2	3	3	1	1	2	3	3	43	
45	X				X			X		3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	3	51	
46	X				X			X		3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	1	3	3	3	3	52	
47	X				X				X	3	3	1	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	2	49
48		X			X			X		3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	3	3	51	
49	X				X			X		3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	51	
50	X				X			X		3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	52	
51	X				X			X		1	3	1	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	44	
52	X				X			X		2	2	2	2	1	3	2	3	1	1	3	3	2	3	3	1	1	2	3	3	43	
53	X				X			X		3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	3	51	
54	X				X			X		3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	1	3	3	3	52	
55		X			X			X		3	3	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	51	
56	X				X			X		3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	1	2	2	1	3	3	3	49	
57	X				X			X		2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	50	
58	X				X			X		3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	54	
59	X	X				X		X		3	1	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	1	2	2	3	2	48	
60	X					X		X		3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	53
61	X					X		X		2	1	1	1	3	3	3	1	1	2	2	2	2	1	3	3	1	2	3	3	3	41
62		X				X			X	1	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	3	43	
63	X					X		X		3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	55	
64	X					X		X		3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	54	
65		X				X		X		3	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	53
66		X				X		X		3	2	1	3	3	3	3	2	3	2	2	1	2	3	3	1	3	2	3	3	48	
67	X					X		X		2	2	1	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	1	2	3	3	3	48	
68	X					X			X	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	49	
69	X					X		X		2	1	1	2	2	3	3	3	1	2	2	2	3	3	3	1	2	3	3	2	44	
70	X					X		X		3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	53	
71	X					X			X	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	1	2	3	3	2	48	
72		X				X		X		2	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	2	1	3	3	2	2	3	3	3	50	
73	X					X			X	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	53	
74	X					X			X	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	1	2	3	3	52	

ESTUDIANTES	SEXO		AÑO DE ESTUDIO					EDAD			DIMENSION PSICOLOGICA						PUNTAJE
	1	2	2	3	4	5	1	2	3	P2	P7	P9	P12	P17	P19		
1		X	X				X			2	3	1	1	2	2	11	
2	X		X				X			3	3	1	3	3	3	16	
3	X		X				X			3	2	2	3	3	3	16	
4	X		X				X			3	3	2	3	3	3	17	
5	X		X				X			2	2	2	1	3	3	13	
6	X		X				X			3	3	2	3	3	3	17	
7	X		X				X			2	2	2	1	3	3	13	
8	X		X				X			2	3	1	1	2	1	10	
9	X		X				X			3	3	1	3	3	3	16	
10	X		X				X			3	2	2	3	3	3	16	
11	X		X					X		3	3	2	3	2	3	16	
12	X		X				X			2	2	2	1	3	3	13	
13	X		X				X			2	3	3	1	3	2	14	
14	X		X				X			3	2	2	3	3	3	16	
15	X		X				X			3	3	2	3	3	3	17	
16	X		X				X			2	2	2	1	3	3	13	
17	X		X					X		3	3	2	3	3	2	16	
18	X		X				X			2	3	2	2	2	2	13	
19	X		X				X			2	3	2	2	3	2	14	
20	X			X				X		3	3	2	3	3	3	17	
21	X			X				X		2	1	2	3	2	2	12	
22	X			X				X		2	3	1	2	3	3	14	

23	X			X			X			3	3	1	1	2	1	11
24	X			X			X			3	1	1	3	2	3	13
25	X			X			X			3	3	3	3	3	3	18
26	X			X			X			3	3	2	3	3	3	17
27	X			X			X			2	2	2	2	3	3	14
28	X			X			X			3	3	2	3	3	3	17
29	X			X			X			3	2	3	3	2	3	16
30	X			X			X			3	3	2	3	3	2	16
31	X			X			X			3	2	3	3	3	3	17
32	X			X			X			3	3	2	2	3	2	15
33	X			X			X			3	3	1	3	2	3	15
34	X			X			X			2	3	2	3	3	3	16
35	X			X			X			3	3	1	2	3	3	15
36	X			X			X			3	2	1	3	3	2	14
37	X			X			X			1	3	1	2	2	2	11
38	X				X		X			2	2	2	3	3	2	14
39	X				X		X			3	3	2	3	3	3	17
40	X				X		X			1	1	1	3	3	3	12
41	X				X			X		X	3	3	2	3	3	17
42	X				X			X		3	3	1	3	3	3	16
43	X				X				X	1	3	1	3	2	3	13
44	X				X			X		2	2	2	2	1	3	12
45	X				X			X		3	3	2	3	3	3	17
46	X				X			X		3	3	1	3	2	3	15
47	X				X				X	3	3	1	3	3	3	16
48		X			X			X		3	3	2	1	3	3	15
49	X				X			X		3	3	2	3	3	3	17
50	X				X			X		3	3	1	3	3	3	16
51	X				X			X		1	3	1	3	2	3	13
52	X				X			X		2	2	2	2	1	3	12
53	X				X			X		3	3	2	3	3	3	17
54	X				X			X		3	3	1	3	2	3	15
55		X			X			X		3	3	1	3	3	3	16
56	X				X			X		3	3	1	3	3	3	16
57	X				X			X		2	2	2	3	3	2	14
58	X				X			X		3	3	2	3	3	3	17
59	X	X				X		X		3	1	2	3	3	3	15
60	X					X		X		3	2	3	3	3	3	17
61	X					X		X		2	1	1	1	3	3	11
62		X				X			X	1	2	2	2	1	3	11

63	X					X	X		3	3	1	3	3	3	16
64	X					X	X		3	3	3	3	3	3	18
65		X				X	X		3	2	1	3	2	3	14
66		X				X	X		3	2	1	3	3	3	15
67	X					X	X		2	2	1	3	3	2	13
68	X					X		X	3	3	2	3	3	3	17
69	X					X	X		2	1	1	2	2	3	11
70	X					X	X		3	3	1	3	3	3	16
71	X					X		X	2	3	2	2	3	2	14
72		X				X	X		2	3	3	3	3	3	17
73	X					X		X	3	3	1	3	3	3	16
74	X					X		X	2	3	2	3	3	3	16

24	X			X				X		3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	1	3	3	1	33
25	X			X				X		3	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	3	2	36
26	X			X				X		3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	40
27	X			X				X		3	3	3	2	3	3	2	3	3	1	2	2	3	3	36
28	X			X				X		2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	2	3	3	36
29	X			X				X		3	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	34
30	X			X				X		3	3	3	3	2	3	1	3	1	1	2	2	3	2	32
31	X			X				X		3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	37
32	X			X				X		3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	38
33	X			X				X		3	2	3	2	3	1	2	3	2	1	2	2	3	2	31
34	X			X				X		3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	3	2	2	3	36
35	X			X				X		3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	35
36	X			X				X		2	3	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	2	30
37	X			X				X		3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	33
38	X				X			X		3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	36
39	X				X			X		3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	37
40	X				X			X		2	3	1	2	3	2	1	3	3	1	3	2	3	2	31
41	X				X				X	3	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	34
42	X				X			X		3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	36
43	X				X				X	3	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	31
44	X				X			X		2	3	1	1	3	3	2	3	3	1	1	2	3	3	31
45	X				X			X		2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	3	34
46	X				X			X		3	3	3	3	2	2	2	3	3	1	3	3	3	3	37
47	X				X				X	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	2	33
48		X			X			X		3	2	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	3	3	36
49	X				X			X		3	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	34
50	X				X			X		3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	36

51	X				X			X		3	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	31
52	X				X			X		2	3	1	1	3	3	2	3	3	1	1	2	3	3	31
53	X				X			X		2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	3	34
54	X				X			X		3	3	3	3	2	2	2	3	3	1	3	3	3	3	37
55		X			X			X		3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	35
56	X				X			X		3	1	3	3	3	3	2	1	2	2	1	3	3	3	33
57	X				X			X		3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	36
58	X				X			X		3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	37
59	X	X				X		X		3	2	3	2	2	2	3	3	3	1	2	2	3	2	33
60	X					X		X		3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	36
61	X					X		X		3	1	1	2	2	2	1	3	3	1	2	3	3	3	30
62		X				X			X	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	3	32
63	X					X		X		3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	39
64	X					X		X		3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	36
65		X				X		X		3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	39
66		X				X		X		3	2	3	2	2	1	2	3	3	1	3	2	3	3	33
67	X					X		X		3	2	3	2	3	2	2	3	3	1	2	3	3	3	35
68	X					X			X	2	2	3	3	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	32
69	X					X		X		3	3	1	2	2	2	3	3	3	1	2	3	3	2	33
70	X					X		X		3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	37
71	X					X			X	3	3	2	3	2	2	2	3	3	1	2	3	3	2	34
72		X				X		X		3	2	1	2	3	2	1	3	3	2	2	3	3	3	33

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i}{S_t} \right]$$

$$\alpha > 0.5$$

Donde:

K: Número de Ítem

$\sum S_i$ **S i:** Sumatoria de la varianzas por ítems.

S t: Varianza de la escala.

INSTRUMENTOS:

1. Nivel de aplicación: $\alpha = 0.68$

En este caso se puede decir que el instrumento es confiable.

ANEXO H

MEDICION DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES

$$X \pm (0.75 \times DS)$$

1.- Se calculo la media $X = 49.7$

2.- Se calculo la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 4.06$

3.- Se estableció valores para a y b

$$A = X - 0.75 (DS)$$

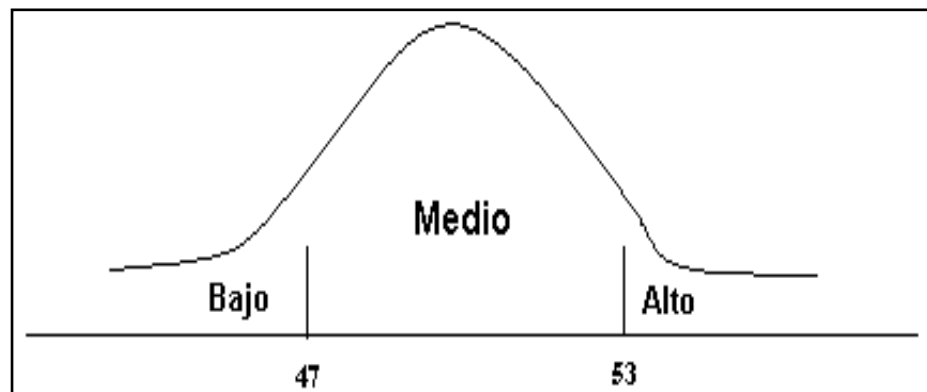
$$B = X + 0.75 (DS)$$

$$A = 49.7 - (0.75 \times 4.06)$$

$$B = 49.7 + (0.75 \times 4.06)$$

$$A = 47.$$

$$B = 53.$$



NIVEL:

INTERVALO

Alto

53 >

Medio

47 a 53

Bajo

47

PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE
APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA
DIMENSIÓN FÍSICA

- 1.- Se calculo la media $X = 34.85$
- 2.- Se calculo la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 2.61$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$$A = X - 0.75 (DS)$$

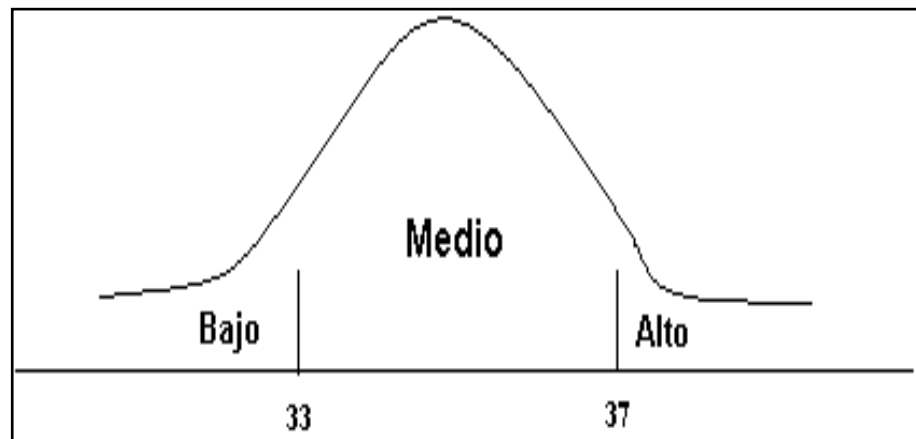
$$B = X + 0.75 (DS)$$

$$A = 34.85 - (0.75 \times 2.61)$$

$$B = 34.85 + (0.75 \times 2.61)$$

$$A = 33.$$

$$B = 37.$$



NIVEL:

INTERVALO

Alto

$37 >$

Medio

$33 \text{ a } 37$

Bajo

$33 <$

PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE
APLICACIÓN DE LA ESCUCHA ACTIVA
DIMENSIÓN PSICOLOGICA

- 1.- Se calculo la media $X = 14.86$
- 2.- Se calculo la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 2$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$$A = X - 0.75 (DS)$$

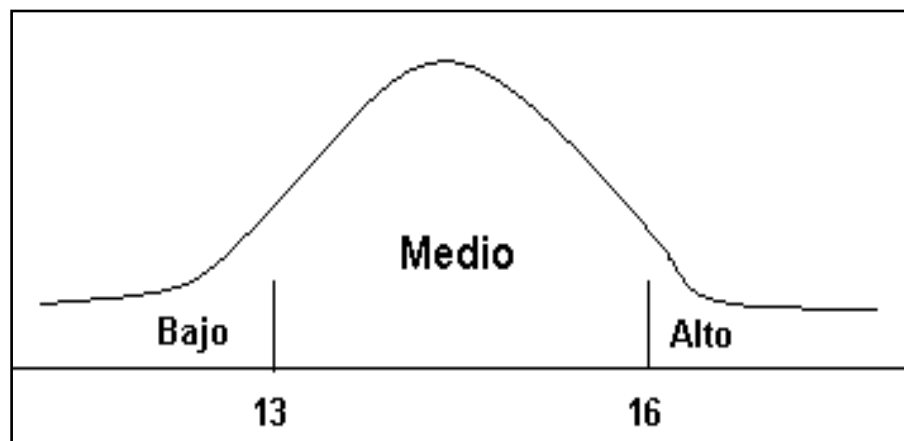
$$B = X + 0.75 (DS)$$

$$A = 14.86 - (0.75 \times 2)$$

$$B = 14.86 + (0.75 \times 2)$$

$$A = 13.$$

$$B = 16.$$



NIVEL:

INTERVALO

Alto

16 >

Medio

13 a 16

Bajo

13 <

ANEXO I

ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DISTRIBUIDOS POR EDAD UNMSM LIMA - PERU 2008

EDAD	ESTUDIANTES DE ENFERMERIA	
	Nº	%
18 - 20	18	24
21 - 23	48	65
24 - 26	8	11
TOTAL	74	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de Enfermería UNMSM –
2008*

ANEXO J

ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DISTRIBUIDOS POR SEXO UNMSM LIMA - PERU 2008

SEXO	ESTUDIANTES DE ENFERMERIA	
	Nº	%
FEMENINO	66	89
MASCULINO	8	11
TOTAL	74	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de Enfermería UNMSM –
2008*

ANEXO K

CUADRO N° 3

ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD UNMSM LIMA - PERU 2008

Sexo Edad	TOTAL		Estudiantes de Enfermería			
			Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	74	100	66	100	8	100
18 - 20	18	24	17	26	1	12
21 - 23	48	65	43	65	5	63
24 - 26	8	11	6	9	2	25

*Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de Enfermería UNMSM –
2008*