



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Empoderamiento individual del usuario y su relación
con la calidad de atención en el servicio de odontología.
Hospital Virú. 2017.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Cabrera Celis, Karen Denisse

ASESORA:

Dra. Miryam Griselda Lora Loza

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ-2018

PÁGINA DEL JURADO

PRESIDENTE

Mg. Enma Pepita Verástegui Gálvez

SECRETARIA

Mg. Jorge Luis Díaz Agreda

VOCAL

Dra. Miryam Griselda Lora loza

DEDICATORIA:

A Dios:

Por su misericordioso amor, por guiarme en todo momento y permitir lograr mis objetivos.

A mis padres:

Deni Celis Aspajo y Julio César Cabrera Marín por su amor infinito, por su apoyo incondicional, por sus consejos, por su comprensión y ayuda en los momentos difíciles que me motivan y me inspiran a ser cada día mejor persona y poder lograr mis objetivos en mi formación profesional y en los diferentes aspectos de mi vida.

A mi Hermano:

Por tu apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida.

Karen Denisse

AGRADECIMIENTO

A mi Asesora:

Dra. Miryan Lora Loza por brindarnos su tiempo, motivación y constante apoyo para la culminación de la tesis, contribuyendo al desarrollo de nuestra formación profesional.

Hospital Provincial Virú:

Que me recibieron para realizar mis encuestas y poder desarrollar mi trabajo de investigación; así como también al personal del servicio de odontología.

Karen Denisse

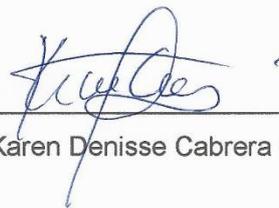
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Br. Karen Denisse Cabrera Celis, estudiante del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, declaro que el trabajo académico titulado: “Empoderamiento individual del usuario y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología Hospital Virú.2017”, es de mi autoría.

Por lo tanto declaro lo siguiente:

1. He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
3. Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
4. Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
5. De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, Febrero del 2018.



Br. Karen Denisse Cabrera Celis

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de grados y títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, presento a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Empoderamiento individual del usuario y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología Hospital Virú.2017”, con la finalidad de obtener el grado de Académico de Maestra en Gestión en los servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica, esperando por ello cumplir con los requisitos para su aprobación. La investigación incluye una primera parte donde se describe la problemática y el estado del arte del área temática, dentro de ella se precisan cuatro dimensiones del empoderamiento individual: Autoestima, Percepción del uso de incentivos, percepción del locus de control interno y la percepción de la retroalimentación, todas ellas relacionadas con la Calidad de la atención odontológica. Para tal efecto ello aplicó la Escala multidimensional de Empoderamiento Individual del paciente odontológico, elaborada para este estudio por la autora en base a los planteamientos de Spreitzer (1995), Siegall y Gardner 2000) y la Escala Servqual de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988).

La utilización de estos indicadores en relación con la Calidad de la atención odontológica ha permitido una descripción global de la forma en que se desarrolla la atención en los servicios de Odontología en el Hospital Provincial de Virú, 2017. La tesis continúa con la presentación, descripción y discusión de los resultados con otros estudios. Por último, se finaliza con las conclusiones más relevantes extraídas del análisis en forma de principales aportaciones, así como de las principales líneas de investigación que se recomiendan a futuro.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado espero su aprobación de la presente investigación por ser de justicia.

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA:	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Realidad Problemática.....	10
1.2 Trabajos Previos:.....	13
1.3 Teorías relacionadas con el tema.....	16
1.4. Formulación del Problema	23
1.5 Justificación	23
1.6 Hipótesis	24
1.7 Objetivos	24
II. METODOLOGÍA	25
2.1 Tipo De Estudio	25
2.2 Diseño de la Investigación	25
2.3. Variables y operacionalización de variables	26
2.4. Población, muestra y muestreo.....	27
2.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos	28
2.6 Métodos de Análisis de Datos	32
2.7 Aspectos Éticos	32
III RESULTADOS.....	34
IV. DISCUSIÓN.....	38
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES.....	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
VIII. ANEXOS	53

RESUMEN

Con el objetivo determinar la relación entre el empoderamiento individual del usuario con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú, 2017, se realizó una investigación descriptiva-correlacional de diseño transversal. Se encuestaron a 65 usuarios haciéndose uso de la escala multidimensional de empoderamiento individual del paciente odontológico, cuya fiabilidad alcanzó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,872, y la escala multidimensional Servqual cuya fiabilidad alcanzó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,858. Se encontró que la autoestima, locus de control interno y retroalimentación, como dimensiones del empoderamiento individual del usuario se encuentran en niveles Altos (con 63,1%, 69,2% y 78,5% respectivamente) mientras que el uso de incentivos, un nivel Medio (con 58,5%). La calidad de la atención odontológica alcanzó un nivel de Regular con un 72,3%. Se concluye que la Autoestima, el uso de incentivos, Locus de Control Interno y la Retroalimentación como dimensiones del empoderamiento individual del usuario se encuentran relacionados significativamente ($p < 0,001$) con la calidad de la atención odontológica en el Hospital Provincial de Virú, 2017.

Palabras clave: Empoderamiento individual del usuario y calidad de la atención odontológica.

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the individual empowerment of the user and the quality of care in the dental service of Virú Hospital, 2017, a cross-sectional descriptive-correlational research was carried out. 65 users were surveyed making use of the multidimensional scale of individual empowerment of the dental patient, whose reliability reached a Cronbach's Alpha coefficient of 0.872, and the Servqual multidimensional scale whose reliability reached a Cronbach's Alpha coefficient of 0.858. It was found that self-esteem, locus of internal control and feedback, as dimensions of the individual empowerment of the user are found at High levels (with 63.1%, 69.2% and 78.5% respectively) while the use of incentives, a Medium level (with 58.5%). The quality of dental care reached a level of Regular with 72.3%. It is concluded that Self-esteem, the use of incentives, Locus of Internal Control and Feedback as dimensions of the individual empowerment of the user are significantly related ($p < 0.001$) to the quality of dental care in the Provincial Hospital of Virú, 2017.

Keywords: Individual empowerment and quality of dental care

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Hacer que los pacientes o usuarios de los servicios de salud ganen mayor control sobre sus decisiones y acciones que afectan su salud, es uno de los retos fundamentales de la políticas de Atención Primaria de Salud en todo el mundo (OMS, 2017). El trabajo requiere de procesos de información, educación y comunicativos individuales y colectivos la perspectiva es transformar los comportamientos para que a su vez estos puedan servir de motores del cambio de los estilos de vida no saludables o en todo caso respondan mejor a los requerimientos del cuidado de la salud de las personas a nivel individual, familiar y comunitario (Newstrom, 2011).

En las últimas décadas el trabajo en salud ha concentrado grandes esfuerzos en ese norte, sin embargo, poco o nada se ha entendido de ellos y menos se ha avanzado hacia la independencia del individuo a través de mejorar su autoestima para que sus comportamientos se transformen es saludables y productivos (Nahón, 2017).

De los procesos de Atención Integral de Salud Basados en Familia y Comunidad del MINSA que trabajan el tema como uno de sus componentes operativos centrales, poco o nada se saben. No existen estudios que hayan sistematizados o evaluado dichas experiencias a pesar que datan desde el 2002 en nuestro país y desde el año 1996 en Europa y países de Asia, África y América Latina. Lo que se tiene en la actualidad, en este campo, son referencias indirectas sobre la forma como se está buscando que el individuo genere su propio bienestar a través de un sentimiento de autorrealización en el marco de las políticas de promoción y prevención de la salud (Espinosa y Pachas, 2013).

En algunos países europeos como España, Francia e Italia, los observatorios de salud han integrado indicadores precisos, sobre el tema del empoderamiento individual, familiar y comunitario, a los análisis de la calidad de la atención y los resultados de las políticas salubristas ha sido el considerar al empoderamiento individual, familiar y comunitario, como determinantes psicológicas y sociales de la salud (OMS, 2017).

En países como el nuestro aún nos preguntamos si es obligatorio desarrollar programas de empoderamiento individual, familiar y comunitario dentro de las políticas de atención integral de salud. Pero por supuesto que sí, sin embargo, no lo consideramos como un elemento integrado a la evolución de la calidad de la atención en salud (Soler, Planas & Nuñez, 2015).

El empoderamiento individual en salud no se trata solo del desarrollo de una manifestación de la libertad humana, sino también, del reconocimiento de la dignidad y valor de las personas. Y, los profesionales de la salud son formados para entender estos procesos y encausar los comportamientos de las personas hacia el ejercicio de estilos de vidas saludables. Sin embargo, cuando tratan de hacer que sus pacientes planeen la forma como mejorar el contexto o ambiente en que viven, mejoren sus formas de acceder a la atención de salud a través de sus propias vivencias personales o que internalicen la importancia y beneficios de los hábitos y costumbres saludables, se chocan con una realidad singular y pocas veces entiende el porqué de los comportamientos negativos o de autodestrucción de la salud y que son considerados como normales por la mayoría de los individuos, sus familias y las comunidades (Soler, Planas & Nuñez, 2015).

También, atribuyen causalidad de acuerdo a como ellos valoran las condiciones de vida material y espiritual de las personas. Sin embargo, el empoderamiento individual, si bien se caracteriza por ser un proceso de avance para el cuidado de la salud, éste no es el único escenario en que se desarrolla, de ahí que las consecuencias de un mal empoderamiento las personas conlleva aun mayor descuido de su situación de salud, incrementado la tasa de morbimortalidad en la población usuaria (OMS, 2017).

Ahora, trabajado ya el empoderamiento en el marco de la mejora de la calidad de la atención odontológica, el personal de los servicios de odontología y estomatología reduce su participación a micros espacios en el proceso de atención primaria, generalmente en pacientes del Sistema Integral de Salud (SIS), dificultando tremendamente su dinámica cuando hay la necesidad de generar cambios en las esferas individuales familiares y colectivas. Muchas veces hay la necesidad de generar cambios comportamentales y actitudinales para mejorar los estilos de aseo bucodental, en el consumo de azúcares, por ejemplo, y paradójicamente nuestro sistema de salud habla de atención primaria soslayando

al empoderamiento personal y familiar comunitario sin darse cuenta que con ello solo se consigue mantener los comportamientos y actitudes contrarias a la promoción de estilos de vida saludables (OMS, 2012).

Muchos autores se inclinan por demostrar que la calidad de la atención pasa por la forma como los profesionales de salud generan alianzas a largo plazo con el paciente o usuario y que estos procesos están marcados por temas de excelencia profesional asociado al buen trato humano, al uso adecuado de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tienen en la salud (resultados) (OMS, 2017).

Desde este punto de vista, la calidad de la atención no puede ser fruto de casualidad, es ante todo el resultado de procesos conscientes y despliegues de acciones y planes inteligentes. De allí que se hace necesario mantener ambientes laborales adecuados a las necesidades de una buena atención, estar capacitado y actualizado de manera que toda acción investigativa en este campo puede constituirse en una herramienta para el cambio social (OMS, 2012).

En el Hospital II-1 de Virú las acciones relativas a la atención odontológica de calidad son generalmente aisladas por desconocimiento y fácilmente saboteadas poniendo en riesgo la salud y la vida de las personas. Los temas de empoderamiento son confundidos con procesos de educación, información y comunicación. El empoderamiento personal es una estrategia de atención que siendo bien entendida se transforma fácilmente en una herramienta poderosa para resolver problemas, identificar alianzas (a nivel familiar y comunitario) y forjar redes de apoyo médico sociales (Bravo et al, 2015).

De allí que es absolutamente necesario realizar el presente estudio en el marco de una de las poblaciones más vulnerables de la Región la Libertad, toda vez que en el distrito de Virú el nivel socioeconómico mayoritario es bajo (pobreza y pobreza extrema). La principal actividad es la agricultura, la ganadería y el comercio. La mayoría de la población no cuentan con servicios básicos completos, el grado de instrucción mayoritaria es de Primaria y Secundaria, encontrándose altos índices de analfabetismo 8% aproximadamente.

Aun contando con SIS, consideran que la atención de salud bucodental es caro y poco accesible resistiéndose a cambiar sus comportamientos y actitudes

negativas frente a la necesidad de los cuidados que necesitan para mejorar su salud bucodental.

1.2 Trabajos Previos:

Tomamos como antecedentes empíricos los reportes de Hidalgo, Gabor, Conto y Pincay (Ecuador, 2017) que se propusieron describir la perspectiva de atención odontológica al 2030. La investigación bibliográfica y documental concluye que la salud bucodental es un componente esencial pero ante todo es un derecho fundamental de las personas. Las políticas públicas promueven prácticas de calidad de vida y medicina preventiva e integral, también se impulsa la universalización en el acceso a la atención primaria de salud y la expansión de su calidad y cobertura, lo que producirá que la esperanza de vida al nacer ascenderá de su valor actual de 75 a 77.5 años para el 2030, proyectándose que existirá un crecimiento poblacional de un 21,72%, según datos del INC. La Odontología y su desarrollo integrado a la atención primaria de salud de la comunidad es considerado de interés nacional en esta perspectiva (Hidalgo et al, 2017).

Tomamos también al reporte de Pablo R. (España, 2017), cuyo objetivo fue examinar el incremento del empoderamiento enfermero en el cuidado del paciente con deterioro de la integridad cutánea y tisular. La investigación cuasi experimental analiza intervenciones formativas a profesionales de enfermería del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, a través de un cuestionario previo y otro posterior. Participaron 28 profesionales de los cuales el 89,3% fueron mujeres cuya edad media fue de 49,8 años y la experiencia en la unidad de referencia de 6 años. El 50% de los participantes tenían experiencia en el cuidado de heridas. Hubo un aumento estadísticamente significativo ($p < 0.001$) (Pablo, 2017).

En el reporte de Nahón I (Canadá, 2017) se realiza en el marco de un proyecto de investigación-acción que se implementó en Venezuela de 2009 a 2013 en el que se buscó empoderar (empower) a activistas sociales y pacientes en la lucha contra el cáncer de mama (CM). Dicho proyecto se puso en marcha en un contexto de alta polarización política y social en el marco de la llamada Revolución Bolivariana. A partir de una perspectiva ecológica de la comunicación y el activismo en salud, que integra los niveles interpersonales, grupal y social, se

celebraron una serie de actividades orientadas a desarrollar las actividades de vocería de ciudadanos, especialmente de mujeres, y ampliar las redes de cooperación entre diversos sectores, al mismo tiempo que se perfiló una visión consensuada entre actores sociales e institucionales sobre una respuesta nacional con el cáncer de mama. Una comunicación horizontal y participativa permitió que se escuchara a la voz de actores usualmente marginados en las políticas sanitarias (Nahón, 2017).

El reporte de García et. al., (España, 2017), su objetivo fue valorar la eficacia de empoderar a pacientes mediante coaching dentro de un plan de tratamiento multimodal en pacientes pediátricos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El estudio descriptivo, prospectivo, incluyó a 49 niños de 6 a 12 años pertenecientes a una asociación de pacientes de un área suburbana de la Comunidad de Madrid. Se valoró la situación previa y posterior al tratamiento en 5 sesiones gratuitas de coaching mediante el Cuestionario de conducta de dificultades a lo largo del día (D-DTODS) y escalas de satisfacción. El 63,3% tenía TDAH sub tipo hiperactivo/impulsivo y el 77,6% algún tipo de comorbilidad. Todos tratados con metilfenidato y mala evolución clínica. El 79,6% mejoró clínicamente, con una reducción media \pm DT de los síntomas del $34,6 \pm 11,1\%$ y mantenida en el 79,6% tras 6 meses de seguimiento pos coaching. Alcanzamos un nivel de satisfacción de $7,8\% \pm 1,7$ sobre 10 y el 95,9% recomendó el tratamiento a otras familias (García et al., 2017).

Toledo, Abt, Orrego y Perestelo (España, 2016), cuyo objetivo fue comprender y analizar el papel de la comunicación en el empoderamiento en salud. La investigación bibliográfica y documental define al empoderamiento como un proceso social de reconocimiento, promoción y movilización de los recursos necesarios para que las personas y las comunidades puedan tomar control sobre los factores que afectan a su salud. Explora también las experiencias de las personas con enfermedades crónicas y usuarios del sistema sanitario español para comprender cuál es el papel de la comunicación escrita en el empoderamiento en salud e identificar los usos, necesidades, valores y preferencias de pacientes y usuarios al respecto. Se realizan 115 entrevistas en profundidad realizadas en tres estudios cualitativos entre 2010 y 2016. Las experiencias de los pacientes y usuarios sirven para contextualizar el uso de la

comunicación escrita, que puede desempeñar un papel específico en el empoderamiento en salud al facilitar el aumento de conocimiento, la toma de decisiones informada y compartida, el automanejo de la enfermedad y de la continuidad de cuidado, así como la gestión de las relaciones de poder con los profesionales y el sistema sanitario (Toledo et al., 2016).

En reporte de Ayala D (Ecuador, 2014) su objetivo fue determinar la calidad de atención odontológica brindada en la clínica de internado de la Facultad de odontología de la universidad de Guayaquil en el periodo 2013-2014. El estudio descriptivo aplicó la escala Mutidimensional Servqual (de Parasunaman et al., 1998) a 50 usuarios atendidos durante 6 semanas encontrándose que el 52% respondieron que los materiales y equipos utilizados durante su atención en la clínica fueron suficientes. La clínica dispone de agua segura y tiene disposición apropiada de servicios higiénicos, siendo que el 54% están de acuerdo con ello, el 44% están de acuerdo con lo precios. El 50% están de acuerdo con la performance del personal de salud en cuanto a su trato, papel orientador, consejero y de motivador para el cuidado de la salud (Ayala, 2014).

En nuestro país se encuentra el reporte de Bernuy (Perú, 2015) se propuso identificar la calidad de atención de la clínica central de la Facultad de Odontología de la UNMSM. La investigación descriptiva de corte transversal aplicó la escala multidimensional SERVQUAL para la medición de la calidad encontrándose que el promedio global SERVQUAL fue de 1.06 que lo ubica en el nivel de insatisfacción con respecto a la calidad de atención con el 97% de los encuestados (Bernuy, 2015)

Por su parte González R (Perú, 2014) se propuso determinar el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UNMSM. La investigación descriptiva de corte transversal aplicó en la Escala multidimensional Servqual adapta del MINSA en 122 usuarios de los servicios odontológicos de la clínica odontológica de la UNMSM, encontrándose un alto nivel de aceptación catalogando a los servicios odontológicos de esta clínica como buena y muy buena en cuanto a infraestructura y equipamiento. Un gran número de pacientes 33.7% manifestaron insatisfacción con el tiempo de espera. Estuvieron satisfechos con el trato recibido (González, 2014)

1.3 Teorías relacionadas con el tema

1.3.1 Empoderamiento de usuarios de servicios de salud

El marco en que surge el empoderamiento como constructo teórico es básico: Los seres humanos como otros seres vivientes de la naturaleza tienen capacidades para sobrevivir hasta en ambientes hostiles, posee la capacidad de adaptación, desarrollo y conversión por sí mismo. A su vez las conductas de sus organismos están dadas para mantenerse, mejorarse y reproducirse, poseemos una tendencia hacia la totalidad y hacia la actualización de las potencialidades. Los resultados de ello son constructos motivacionales, comportamentales que responden aun sin número de necesidades (Morantes, 2010).

En salud este constructo va en la búsqueda de potenciar motivaciones y comportamientos en términos positivos para que fluya el cuidado de la salud, ya que una persona psicológicamente madura muestra confianza en su sabiduría interna a través de un proceso de conciencia e integración de desafío en su vida personal (Regan & Rodriguez, 2011).

Desde esta perspectiva el empoderamiento es parte del concepto del “yo en sí mismo” que es definido por Rogers (1985) como una Gestalt compuesta de percepciones que se construye de la relación entre el yo y los otros, pues, a través de las experticias le asignamos un valor específico, por ende se relaciona con el marco de referencia que cada persona ha logrado construir a lo largo de toda su vida, por lo tanto, el empoderamiento es de naturaleza configuracional ya que está fuertemente influenciado por la percepción que tenemos de nosotros mismos desde un contexto determinado.

Rogers (1985), también afirma que la finalidad del empoderamiento es hacer que el individuo llegue a sentirse una persona y que a la par de ello necesita ser consciente de sus propias percepciones provenientes en gran medida de su medio ambiente, experiencias y vivencias que constituyen su yo en sí mismo. Con ello se propicia la construcción de la imagen que tenemos nosotros mismo. En otras palabras, el empoderamiento es un proceso adquirido y aprendido que está al alcance de todos los seres humanos y que se basa en la forma como podemos tomar de nuestras experiencias en nuestro contacto con el mundo entero y con los resultados de nuestras propias percepciones.

Estos procesos pueden ser referido y contactados por otras personas y la persona empoderada puede auto aceptarse y aceptar a los otros incluyendo la valoración que hacemos de nosotros mismo y de nuestro contexto. Si el individuo no alcanza la aceptación de sus vivencias difícilmente podrá aceptar sus errores o cambiar su comportamiento (Rogers, 1977).

Por su parte Rappaport (1987) define al empoderamiento como un proceso, un mecanismo en donde las personas, organizaciones y comunidades obtiene el dominio de sus asuntos transmitiendo un sentido psicológico de control personal o influencia en el contexto social y político donde se encuentra inmerso.

Desde este punto de vista el empoderamiento puede ser comprendido como un proceso general de adquisición de poder con el objeto de alcanzar metas fijadas, por ello Soler, Palmas y Nuñez (2015) entienden al empoderamiento como la capacidad de cambiar esquemas mentales en la medida que estos cambios sean necesarios, en otras palabras, significa flexibilizar la capacidad de cambiar en lugar de resistirse manteniendo valores erróneos.

Pick, García y Leenen (2011) definen el empoderamiento como el esfuerzo que el individuo lleva cabo para impactar su entorno social el cual incluye a la familia, los compañeros de trabajo las instituciones y los miembros de la comunidad. El empoderamiento ayuda a facilitar la libertad del individuo y su contexto, incidiendo de manera positiva en la relación que se establece entre la persona y el medio en que se desenvuelven. Según esta perspectiva se hace necesario entender el concepto de agencia personal como la habilidad de definir metas propias y actuar en consecuencias para alcanzarla monitoreando su progreso y teniendo el control sobre la toma de decisiones.

Tal es así, como se hizo necesario que se establecieran condicionantes o variables esenciales para conseguir el empoderamiento en los empleados. En esta tendencia Lawler (1986), Kanter (1989) y Spreitzer (1995), definieron cuatro condicionantes: autoestima, uso de incentivos, locus de control interno, y retroalimentación de información, las cuales se exponen a continuación.

Con relación a la autoestima hace referencia al grado en que una persona se acepta tal como es incondicionalmente (Rogers, 1985), originando un sentimiento de aceptación de uno mismo en todo momento, independientemente de la realidad objetiva, James (1890). La autoestima es el deseo de logro, la competencia y la

independencia, según estipula Maslow (1968), concepto reforzado por Mruk (1999), como la interacción entre el mérito y la competencia; considerándose como un fenómeno unidimensional, una actitud hacia el yo como objeto específico, donde el individuo se considera así mismo capacitado, con éxito, importante y valioso.

Es así como la autoestima ayuda a que la persona, sepa que puede lograr las metas que se proponga, al sentirse como recursos valiosos, caracterizados por talentos que les ayudan a aportar al bienestar de la organización, asumiendo una orientación activa con respecto a sus labores (Wagner et al., 2010).

Una autoestima positiva facilita una mejor percepción de la realidad y comunicación interpersonal, de la misma forma que ayuda a la tolerancia de la incertidumbre y la vivencia de los procesos de cambio; elevando el autocuidado de la salud (Zimmerman, 2000).

Sobre el uso de incentivos, deben diseñarse para recompensar los comportamientos que sean alineados con los objetivos de la atención, así como su cultura al respecto. Se premia aquello o a aquellas personas que con sus capacidades contribuyen a los buenos resultados de la atención haciendo uso de sus habilidades y conocimientos. Olvidar que un buen sistema de incentivos estimula a la creatividad y productividad es no saber que hacer respecto a la promoción de la salud (Wagner, 2010).

El tercer condicionante identificado como locus de control interno, hace referencia a la apreciación que manejan los usuarios respecto de las condiciones en que son atendidos en los servicios de salud. Esta apreciación está influenciada por el criterio individual y no por condiciones externas, por ello que, correctamente orientada, permite el desarrollo de una conducta equilibrada e independiente con su entorno (Zimmerman, 2000).

Más aún, las personas con locus interno influyen en su propio destino, aumentan sus probabilidades de éxito y transforman las situaciones adversas. Al tener control sobre su entorno, aprenden mejor y se desempeñan de forma más eficiente en las labores que requieren habilidad, en este caso para el cuidado de su salud, siendo capaces de controlar sus resultados personales (Soler, Palmas y Nuñez, 2015).

Es así como los usuarios con locus de control interno, sienten que los esfuerzos con los que se conducen para atender su salud los hace tener control de sus capacidades o conductas, de allí que tienden a concentrar sus esfuerzos y energías en labores más allá de los requisitos básicos y por ende a desarrollar más actividades de las que le son asignadas para seguir tratamientos o cuidados específicos; manifestándose que a mayor nivel de locus interno mayor nivel de iniciativa y desempeño general para el autocuidado de la salud (Soler, Palmas y Nuñez, 2015).

Por último la retroalimentación se entiende como la información que reciben los usuarios de los servicios de salud de cómo se están desempeñando o, en todo caso, de cómo mejorar su desempeño para el cuidado de su salud bucodental. Aquí se parte de la premisa de que el usuario si es capaz de reconocer los elementos a mejorar en su acción diaria y realizar de forma individual cambios para mejorar sus estilos de vida con el objeto de favorecer el tratamiento o cuidado de su salud bucodental. Al favorecerse el usuario con la retroalimentación para un mejor performance respecto al cuidado de su salud, e incluso de su familia, se está motivando de forma objetiva las acciones que contribuyen al cuidado de la salud e identificar aquellas acciones que pueden ayudar al paciente en esa dirección o superar falencias (Morantes, 2010).

Esta retroalimentación sobre las competencias de los usuarios y su forma de actuar frente al cuidado de su salud bucodental y la de su familia, permite describir el pensar, sentir y proceder de las personas, ayudando a conocer cómo es su desempeño y como puede ser mejorado. De esta manera la retroalimentación se trasforma en una herramienta efectiva para aprender cómo a través de nuestras percepciones y conocimientos podemos perfilar un accionar de vida saludable y alcanzar metas muy positivas al respecto (Áviles, 2013).

En resumen, se diría que el empoderamiento es un proceso, intersubjetivo, intencional y de cambio continuo de las personas, en sujetos conscientes de sí mismos, de las circunstancias y del entorno mediante la acción transformadora de sus propias interacciones sociales (Siegall y Gardner 2000).

1.3.2 Calidad de la atención odontológica

La calidad de los servicios ha sido definido como el conjunto de característica de servicio y producto de consumo que satisface la necesidad el consumidor lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o recibir un servicio al más bajo costo posible. Del mismo modo, la calidad es considerada también como la actitud de un producto o de un servicio de satisfacer las necesidades del usuario (Ramos, 2011). Desde este punto de vista la atención medico odontológica se determina como aquella clase de atención que proporciona al usuario máximo y completo bienestar respecto de salud buco dental (OMS, 2012).

Es decir, la calidad de la atención odontológica es un concepto integral y multidimensional que varían en importancia según el contexto en el cual es medido. Las actividades pertinentes de calidad en la atención odontológica pueden significar una o más interacciones alrededor de la competencia profesional, acceso a los servicios, tratamiento eficaz, satisfacción del paciente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia del personal, continuidad, coordinación, seguridad o integridad. Sin embargo, se destacan las acciones del profesional técnico y auxiliar porque se guían por protocolo y usos de tecnológicas específicas, que son los elementos que fortalecen la calidad de la atención odontológica (OMS, 2012).

Brindar una atención de salud bucodental de calidad y libre de riesgo es el objeto a seguir en un proceso donde el usuario o paciente es un componente obligado de los programas de gestión de calidad. La percepción del paciente da información sobre la calidad de atención recibida, y está determinada por su experiencia previa y su accionar inmediato. A través de ellos, consciente o inconscientemente, ponen en juego sus criterios sobre riesgo, equidad, eficiencia y el significado que tienen para ellos las relaciones interpersonales. No debe pensarse que están asumiendo que los profesionales van a brindar servicios y que el usuario no tienen ninguna idea de ello, porque si lo tienen, y, lo observa como un conjunto de resultados en donde el proveedor y él mismo, como usuario, son participantes activos (OMS, 2017).

Las características de los servicios profesionales son apreciadas por sus habilidades y destrezas, por el equipo y los instrumentos del que disponen para la atención, por el tiempo y la paciencia del cual hacen uso, hasta por la estética funcional que se logre con el tratamiento dental. Todo ello sumado a la orientación

y el trato personal, son entonces la imagen del servicio. Se tiene la convicción de haber alcanzado un buen nivel de aceptación en el servicio y tratamiento realizado cuando el usuario o paciente recomienda el servicio a sus familiares y amigos. Se puede ser hábil y ofrecer a todos los pacientes una buena calidad técnica, pero, si no se sabe cómo tratar a las personas, como lograr que se encuentren satisfechas por las relaciones cordiales, amabilidad, cortesía con que se les ha tratado, puede suceder que no regresen nunca más porque simplemente no se sintieron cómodas. Cada paciente necesita diferentes atenciones por ello que la sensibilidad, seguridad, empatía, fiabilidad y los aspectos tangibles son las dimensiones con que se debe asumir los criterios de calidad (Fedorof, 2007).

Estos planteamientos o posturas teóricas han llevado a una carrera de modelización y búsqueda de la medición de la calidad percibida a partir de las investigaciones de Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985) que sostienen el SERVQUAL con cinco dimensiones o Gaps (elementos tangibles fiabilidad, responsabilidad, seguridad y empatía Parasuraman, Zeithmal y Berry (1988). Estas dimensiones conceptualizadas como:

- **Fiabilidad.**- Para la Real Académica Española (RAE) es la “Cualidad de fiabilidad (seguridad y buenos resultados), probabilidad del buen funcionamiento de algo”. Es la garantía de que los procesos de atención se realizarán sin fallos y el riesgo es mínimo, constituyéndose en un factor esencial para la competitividad en la prestación de servicios en salud. La fiabilidad también se percibe a través de la forma o capacidad que se muestra para resolver problemas o reparar daños cuando se advierten e identifican problemas. Estos elementos permiten valorar la forma en que se buscan soluciones a los problemas de salud, disminuyendo la posibilidad de errores o riesgos o cuando se hace uso de las tecnologías y la capacidad de los profesionales para intervenir en el diagnóstico y tratamiento del usuario.
- **Responsabilidad.**- Se refiere al conocimiento y la cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza. También se entiende como la disponibilidad para ayudar a los usuarios al proveer el servicio con prontitud. Es un valor moral que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar valorar las consecuencias de sus actos, con la disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido.

Tiene dos vertientes: individual y colectiva: En lo individual es la capacidad que tiene una persona de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos libres y conscientes. Colectivamente es la capacidad de influir en lo, posible en las decisiones de una colectividad, al mismo tiempo que respondemos de las decisiones que se toman como grupo social en donde estamos incluidos (MINSA/UGC, 2013).

- Seguridad.- Cualidad de seguro, certeza (conocimiento seguro y claro de algo). Es una cualidad, habilidad y aptitud del conocimiento de las personas para brindar la información acerca del servicio que se ofrece de una manera fácil, sencilla y precisa. Del mismo modo es la capacidad de transmitir confianza a las personas para que ellas nos puedan indicar sus necesidades, para así poder brindar la ayuda que requiera (MINSA /UGC, 2013).
- Empatía.- Es la habilidad cognitiva propia de un individuo de tomar la perspectiva del otro o de entender algunas de sus estructuras de mundo, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva. La empatía permite entender a los demás, poniéndonos en su lugar para poder entender su forma de pensar, así como comprender y experimentar su punto de vista mejorando las relaciones interpersonales que permiten la buena comunicación, generando sentimientos de simpatía, comprensión y ternura.

Para que esta habilidad pueda desarrollarse de la mejor manera se deben tomar en consideración algunas capacidades del comportamiento tales como: la calidad de interrelación, el desarrollo moral, buena comunicación y el altruismo (generosidad). También debemos tener las respuestas emocionales, el bienestar que orientamos hacia las otras personas y algunos sentimientos empáticos (simpatía, compasión y ternura) (MINSA /UGC, 2013).

Pero la empatía cumple también las funciones de motivación e información ya que va dirigida a aliviar la necesidad de otra persona, permitiendo obtener información acercase la manera en la cual se debe valorar el bienestar de los demás. Podemos resaltar, que una persona es empática cuando sabe escuchar con atención a los demás pero mejor aún sabe cuándo debe hablar y está dispuesto a discutir de los problemas para así encontrar una solución a ellos. Así que ser empático es simplemente ser capaces de entender emocionalmente a las personas, lo cual es la clave del éxito en las relaciones interpersonales (MINSA/UGC, 2013).

Por consiguiente la empatía es un valor propio del ser humano que le permite ponerse en el lugar de otras personas, de ese modo poder entender los problemas que lo aquejan a y así ayudarlo de una manera más eficiente (MINSA/UGC,2013).

- Los elementos tangibles.- Son los elementos de la realidad relacionados con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el usuario percibe en del proceso de atención. Se incluye en esta percepción cuestiones tales como limpieza y modernidad que son evaluadas en los elementos personas, infraestructura. La apariencia de las instalaciones físicas, del equipo, personal y materiales de comunicación, todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los usuarios utilizan en particular, para evaluar la calidad. (MINSA/UGC, 2013).

1.4. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el empoderamiento individual del usuario y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú, en los periodos de octubre a diciembre del 2017?

1.5 Justificación

Teóricamente el estudio desarrollará el área temática para que a través de describir el resultado del Empoderamiento Individual, tratando de contextualizarlos dentro de nuestra realidad medico odontológica, puedan explicarse y a través de las relaciones entre sus dimensiones (autoestima, uso de incentivos, locus de control interno, y retroalimentación) con la calidad de la atención odontológica.

En términos prácticos la investigación pretende determinar la relación entre el empoderamiento individual y sus dimensiones con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú. Periodo 2017 el objeto es establecer juicios de valor y argumentos sólidos para generar planteamientos de estrategias y/o planes de mejora de la calidad de la atención odontológica Hospital Virú.

Metodológicamente la investigación tiene implicancias directas sobre la comprensión del empoderamiento individual como de la calidad de la atención

odontológica, sus relaciones pueden plantear cambios en la forma como son concebidos o percibidos los problemas de la atención odontológica, en tanto comportamientos y acciones prácticas, ya que estos se orientan o conducen por evidencias empíricas y conclusiones en torno a la pertinencia o no de acciones y procedimientos determinados por la gestión de los servicios odontológicos. Además los resultados de la investigación tal cual son matematizados, pueden servir de insumos para futuras investigaciones en el área.

1.6 Hipótesis

Existe relación significativa entre el empoderamiento individual del usuario con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú en los periodos octubre a diciembre 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el empoderamiento individual del usuario con la calidad de atención en el servicio de odontología .Hospital Virú. 2017.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre grado percibido de autoestima, como dimensión del empoderamiento individual del usuario, con la calidad de atención en el servicio de odontología Hospital Virú, 2017.
- Determinar la relación entre grado percibido del uso de incentivos, como dimensión del empoderamiento individual del usuario, con la calidad de atención en el servicio de odontología Hospital Virú, 2017.
- Determinar la relación entre el grado percibido de locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual del usuario, con la calidad de atención en el servicio de odontología Hospital Virú, 2017.
- Determinar la relación entre el grado percibido de retroalimentación, como dimensión del empoderamiento individual del usuario, con la calidad de atención en el servicio de odontología Hospital Virú, 2017

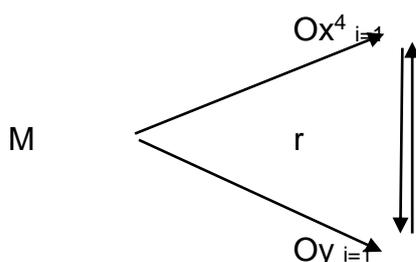
II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo De Estudio

Descriptivo correlacional, no experimental. El fin último del estudio fue describir cómo son y cómo se manifiestan las relaciones entre las dimensiones del empoderamiento con la calidad de la atención odontológica para explicar la correlación entre ellas. No se manipularon las variables y si se cuantificaron las frecuencias y se establecen valoraciones estadísticas en torno a las relaciones y correlaciones encontradas.

2.2 Diseño de la Investigación

Descriptiva correlacional de diseño transversal. Se refiere al estudio de la percepción de las relaciones entre las dimensiones del empoderamiento con la calidad de la atención odontológica, en el Hospital Virú, en un solo momento.



Dónde:

M: Representa la muestra considerada para el estudio

X: Representa la variable: Empoderamiento individual

Y: Representa la variable: Calidad de la atención

Oy: Representa a la medición general de la variable Calidad de la atención
(Una sola medición de la variable $i=1$)

O: Representa las observaciones a efectuar a las variables

Ox⁴: Representa a la medición por cada dimensión de la variable empoderamiento individual ($i=1$): grado de percepción de la autoestima, uso de incentivos, locus de control interno y retroalimentación.

r: Representa la relación y correlación que existe entre las variables

2.3. Variables y operacionalización de variables

2.3.1 Identificación de Variables

Variable I: Empoderamiento individual

Variable II: Calidad de la atención odontológica

2.3.2 Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Empoderamiento individual	Proceso, intersubjetivo, intencional y de cambio continuo de las personas, en sujetos conscientes de sí mismos, de las circunstancias y del entorno mediante la acción transformadora de sus propias interacciones sociales (Siegall y Gardner 2000)	Resultado de Aplicación del test de empoderamiento individual elaborado por la autora basado en la teoría de Spreitzer (1997), Siegall y Gardner 2000) que incluye a autoestima, uso de incentivos, locus de control interno, y retroalimentación.	-Autoestima del Usuario	-Flexibilidad -Autocuidado -Falencias -Relajación	<u>Intervalo</u> -Alto (5 – 10) -Medio (11 – 15) -Bajo (16 – 20)
			-Uso de incentivos Del usuario	-Ambiente -Liderazgo Costos Trato	<u>Intervalo</u> -Alto (5 – 10) -Medio (11 – 15) -Bajo (16 – 20)
			-Locus de control interno del usuario	-Estrategias -Retos -Ideas -Satisfacción -Competitividad -Eficiencia	<u>Intervalo</u> -Alto (6 – 14) -Medio (15 – 22) -Bajo (23 – 30)
			Retroalimentación del usuario	-Evaluación -Información -Garantías -Errores	<u>Intervalo</u> -Alto (5 – 10) -Medio (11 – 15) -Bajo (16 – 20)
Calidad de la atención odontológica	Forma como percibe el usuario si la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado. (Parasunama et al, 1985)	Resultados de la aplicación de encuesta (SERVQUAL de Parasunaman 1988 adaptada por la autora) con 20 ítems distribuidos en 5 dimensiones (Fiabilidad, Responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad)	-Percepción de la calidad de la atención odontológica del usuario	-Fiabilidad -Responsabilidad -Seguridad -Empatía -Tangibilidad	<u>Intervalo</u> -Buena (20 – 47) -Regular (48 – 73) -Mala (74 – 100)

2.4. Población, muestra y muestreo

2.4.1 Población:

Lo constituyeron 622 personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que atendieron su salud bucodental durante el último mes en los servicios odontológicos .Hospital Provincial Virú, 2017. (Oficina de Informática y Estadística del Hospital Provincial Virú).

2.4.2 Muestra:

Lo constituyeron 65 personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que atendieron su salud bucodental durante el último mes en los servicios odontológicos. Hospital Provincial Virú, 2017.

2.4.3 Muestreo

Se practicó un muestro probabilístico aleatorio simple para población conocida (Hernández, Fernández y Baptista, 2012).

$$n' = \frac{NZ^2 * p(1-p)}{(N-1) E^2 + Z^2 * p(1-p)}$$

E = Error esperado: 0.05 (5%)

p = Confianza (Proporción de éxito): 95%

Z = 1.96 con nivel de significancia estadística < 0.05

N = Población: 622

$$n' = \frac{622 (3.8416) * 0.95 (1-0.95)}{(622-1)(0.0025) + (3.8416) * 0.95(1-0.95)}$$

112.702357

$$n' = \frac{112.702357}{1.734976} = 64.95902940444133$$

1.734976

$$n' = 65$$

2.4.4. Criterios de inclusión

- Personas con más de dos años de residencia formal en el Distritos de Virú
- Personas que se atendieron en su salud bucodental en los servicios odontológicos del Hospital Provincial Virú, 2017 durante el último año.
- Personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que deseen participar voluntariamente del estudio.
- Personas que no tienen problemas psicológicos al momento de la encuesta

2.4.5 Criterios de exclusión

- Estar incapacitada(o) para responder a la encuesta al momento del estudio.
- Personas que no se atendieron en su salud bucal en los servicios odontológicos del Hospital Provincial Virú, 2017.

2.4.5 Unidad de Análisis

Personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que atendieron su salud bucodental durante el último mes en los servicios odontológicos del Hospital Provincial Virú, 2017.

2.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos

2.5.1 Técnica de recolección de datos

Encuesta con abordaje persona a persona

Procedimiento:

- Una vez aprobado el proyecto de investigación por la Escuela de Posgrado de la UCV se solicitará la autorización correspondiente a la dirección del Hospital Distrital Virú para recolectar los datos requeridos por el estudio.

- Obtenida la autorización correspondiente se coordinará con la jefatura de los servicios odontológicos para abordar adecuadamente a los usuarios en momentos que no interfieran con su atención y en los ambientes de dicho hospital
- El abordaje será persona a persona y se explicará primariamente los objetivos y fines de la investigación solicitando colaboración voluntaria y la firma la ficha de consentimiento informado.
- De ser aceptado la participación voluntaria se procederá a aplicar de la encuesta de la investigación con un tiempo promedio de 10 minutos.

2.5.2 Instrumento

- Escala multidimensional de empoderamiento individual del paciente odontológico, elaborada para este estudio por la autora en base a las teorías y planteamientos de Spreitzer (1995), Siegall y Gardner 2000) cuestionario que incluye 18 ítems distribuidos en 4 dimensiones: autoestima con 4 ítems, uso de incentivos con 4 ítems, locus de control interno con 6 ítems, y, retroalimentación con 4 ítems.
- Encuesta Servqual de Parasuraman y Cols (1988). cuestionario diseñado para medir la calidad de la atención al paciente y adaptada por la autora del presente estudio para pacientes de los servicios de odontología y realizar una medición general de la calidad de la atención odontológica.

2.5.3 Validación y confiabilidad del instrumento.

- Escala multidimensional de empoderamiento individual del paciente odontológico: Ficha Técnica: Validación y confiabilidad (Anexo 2 y 3)

Tabla 2

Ficha Técnica de validación y confiabilidad de la Escala multidimensional de empoderamiento individual del paciente odontológico.

Titulo:	Escala multidimensional de empoderamiento individual del paciente odontológico.
Autores:	Br. Cabrera Celis, Karen Denisse
Asesora	Dra. Miryan G. Lora Loza
Fecha	Agosto-Septiembre del 2017.
Contexto y población:	Distrito la Esperanza. 26 usuarios de servicios odontológicos del Hospital Distrital Jerusalén La Esperanza. 13 de sexo femenino y 13 masculino; 12 presentaron edades menores de 35 años y 14 de 35 a más años de edad; 13 eran solteros, 13 casados.
Estructura	Se estructuró la prueba en 4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> - Percepción del grado de autoestima: 4 ítems - Percepción del grado de uso de incentivos: 4 ítems - Percepción del grado de locus de control interno; 6 ítems - Percepción de la retroalimentación: 4 ítems.
Validez	Validez interna: <p>La escala multidimensional de empoderamiento individual del paciente odontológico está basada en los planteamientos de Lawler (1986), Kanter (1989) y Spreitzer (1995), quienes definieron y validaron el constructo y sus cuatro dimensiones: autoestima, uso de incentivos, locus de control interno, y retroalimentación de información, alcanzando grados medios altos de confiabilidad según pruebas de Alfa de Cronbach y de contraste. Esta estructura fue debatida internacionalmente y consensuada en foros internacionales de la OMS, 2012 para su utilización y adaptación según la necesidad y contexto.</p> <p>Validez externa Esta dado por los estudios empíricos que utilizaron dicha escala como los realizados por Bravo, et al, 2015 en Gales, García et al, en España 2017, Nahón I (2017) en Canadá, Pablo R. (2017) en España. Todos ellos alcanzaron nivel altos de validación en sus estudios (entre 0,67 a 0,89)</p>
Confiabilidad	- Prueba total: Alfa de Cronbach 0,872; Total de elementos 18; media = 69,54; Varianza = 32,818; desviación estándar = 5,729; medias promedio 0,869; intervalo de confianza 0,783 – 0,932; Sig. 0,000. - Dimensión 1: Empoderamiento de autoestima: Alfa de Cronbach 0,779; Total de elementos 4; media = 14,18; Varianza = 3,206; desviación estándar = 1,791; medias promedio 0,768; intervalo de confianza 0,577– 0,885; Sig. 0,000. - Dimensión 2: Empoderamiento basado en el uso de incentivos: Alfa de Cronbach 0,569; Total de elementos 4; media = 15,27; Varianza = 2,445; desviación estándar = 1,554; medias promedio 0,522; intervalo de confianza 0,130 – 0,764; Sig. 0,008. - Dimensión 3: Empoderamiento de Locus de control interno: Alfa de Cronbach 0,808; Total de elementos 6; media = 23,58; Varianza = 5,054; desviación estándar = 2,248; medias promedio 0,808; intervalos de confianza 0,666 - 903; Sig. 0,000. - Dimensión 5: Empoderamiento basado en retroalimentación: Alfa de Cronbach 0,852; Total de elementos 4; media = 16,31; Varianza = 3,822; desviación estándar = 1,955; medias promedio 0,852; intervalo de confianza 0,731 – 0,927; Sig. 0,000.
Conclusiones	La aplicación de la prueba es recomendada para realizar un análisis de tipo cuantitativo, partiendo de la descripción de los resultados obtenidos en la toma de medidas psicométricas para la determinación del grado percibido de empoderamiento en usuarios de los servicios odontológicos de establecimientos de salud de II nivel de atención de nuestro país.

Tabla 3

Ficha técnica de validación y confiabilidad de la Escala multidimensional SERVQUAL de Parasunaman y Cols (1988) adaptado por la autora.

Nombre	SERVQUAL: de Parsunaman y Col. 1988
Autor	Parasunaman, Zeithaml y Berry (1988), adaptado por la autora: Br. Cabrera Celis, Karen Denisse
Año	1998/2017
Aplicación	Distrito La Esperanza
Bases teóricas	Teoría relacionada con Escala SERVQUAL para medir calidad de servicio, bajo el auspicio del Marketing Science Institute
Versión	Primera.
Sujetos de aplicación	Varones y mujeres, pacientes de ambos sexos atendidos en el último año en su salud bucodental en establecimientos del MINSa Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza.
Tipo de administración	Individual y colectiva
Duración	10 minutos
Estructura	Medición General con 20 ítems para medir la Calidad de Servicio odontológico Cada ítems se estructura en la escala numérica del 1 al 5: 1 se considera como la menor calificación y 5 como la mayor calificación.
Campo de aplicación	Usuarios de Servicios odontológicos de Hospital Distrital Jerusalén La Esperanza
Validez	<p>Validez interna</p> <p>Esta dado por el desarrollo de teoría relacionada con Escala SERVQUAL para medir calidad de servicio, bajo el auspicio del Marketing Science Institute</p> <p>Se valoran los trabajos de Zeithaml, Valarie A.: Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. USA 1983 y de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing.</p> <p>Validez externa:</p> <p>En estudios de validación a nivel internacional. Hincapié R. (2004) en Ecuador; Araya C. (2011) en Chile. En nuestro país fue adaptado por el MINSa (2011) y validado por expertos y constituye en la prueba base para la medición de la calidad de los servicios en salud desde la percepción del usuario.</p>
Confianza	La prueba presenta 20 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 5, la estadística básica arroja una media que se muestra dentro de valores como 3,96 a 4,35 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,858. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de escala la media es de 81,31 (considerado alto) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,821 que con un 95% de intervalo de confianza se mueve entre 0,703 y 0,907 con un valor bruto de la varianza (F) de 5,572 arrojando significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)
Conclusiones	La prueba cumple con los criterios de verosimilitud, parsimonia e interpretabilidad, por lo que se recomienda su uso en usuarios de los servicios odontológicos del Hospital de Virù, 2017. (Ver Anexo 3)

2.6 Métodos de Análisis de Datos

- Se establecieron categorías para cada indicador de las variables en estudio. Consistió en colocar códigos numéricos mutuamente excluyentes en cada categoría. Las categorías de los códigos no se superponen.
- No se utilizaron caracteres especiales o espacios en blanco.
- Una vez establecidas las categorías de códigos se ingresaron los datos directamente a la computadora, utilizando como ayuda el programa estadístico SPSS /PC+V22.0
- Los datos se presentaron en tablas de doble entrada con frecuencia simple y ponderada.
- EL análisis estadístico giró en torno al coeficiente de correlación de Spearman ya que la prueba de consistencias arrojó varoles con $p < 0,05$ con las cuales se desecha el uso del coeficiente de Pearson's R. Pues de acuerdo a los objetivos del estudio solo nos interesó un simple coeficiente de correlación y su significancia estadística. Dado que la tabla de correlación sería muy extensa solo se consigna el coeficiente específico para cada tabla correspondiente a un objetivo específico.

2.7 Aspectos Éticos

Cumpliendo los principios básicos de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempló los principios éticos del Reporte Belmont de respeto a las personas, que trata de la protección a la autonomía de las personas, y de beneficencia, en la que se intenta acrecentar los beneficios y disminuir los daños posibles de una intervención. Todos los datos recolectados fueron estrictamente confidenciales y anónimos, y sólo el personal investigador tendrá acceso a ellos.

Asimismo, se considera la Pauta 4 y 5 de CIOMS en el desarrollo de la investigación, mediante el Consentimiento Informado, el investigador proporcionó información, explicando verbalmente o en otra forma de comunicación, para que el individuo entienda de manera explícita el fin y los objetivos de su participación en la investigación y que era libre de negarse a participar o de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que

tendría derecho. Se expresó claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes, estableciendo adicionalmente que la investigación se llevaría a cabo cuando se obtuviera la autorización correspondiente de Facultad de Pos Grado de la UCV, 2017.

Para garantizar la originalidad del presente trabajo se utilizó como herramienta el programa Turnitin que controla los potenciales contenidos no originales mediante una comparación de los documentos enviados a varias bases de datos, utilizando un algoritmo propietario, mostrando las coincidencias de texto con otros documentos, así como un enlace al documento original.

III RESULTADOS

Tabla 4

La relación entre autoestima, como dimensión del empoderamiento individual del usuario, con la calidad de atención en el servicio de odontología .Hospital Virú, 2017.

AUTOESTIMA	CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Alto	0	0,0	25	38,5	1	1,5	41	63,1
Medio	0	0,0	14	21,5	1	1,5	15	23,1
Bajo	16	24,6	8	12,3	0	0,0	9	13,8
Total	16	24,6	47	72,3	2	3,1	65	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Spearman	,466	,060	4,186	,000 ^c

La Tabla 4 nos muestra una Autoestima Alta (63,1%), como dimensión del empoderamiento individual y la calidad de la atención odontológica en un nivel Regular (72,3). Ambas variables están relacionadas muy significativamente con coeficiente = 0,466, un error estándar muy bajo (0,060) y muy alta significancia estadística Sig. 0,000 ($p < 0,001$). Es decir los resultados no se deben al azar sino a la relación y correlación entre las dos variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos.

Tabla 5

La relación entre uso de incentivos, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención en el servicio de odontología. Hospital Virú, 2017.

USO DE INCENTIVOS	CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Alto	11	16,9	7	10,0	0	0,0	18	27,7
Medio	5	7,7	31	47,7	2	3,1	38	58,5
Bajo	0	0,0	9	13,8	0	0,0	9	13,8
Total	16	24,6	47	72,3	2	3,1	65	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Spearman	,487	,092	4,429	,000 ^c

La Tabla 5 nos muestra en grado de percepción del uso de incentivos en un nivel Medio (58,5%), como dimensión del empoderamiento individual y la calidad de la atención odontológica en un nivel Regular (72,3%). Ambas variables están relacionadas muy significativamente con $R = 0,487$, un error estándar muy bajo (0,092) y muy alta significancia estadística Sig. 0,000 ($p < 0,001$). Es decir los resultados no se deben al azar sino a la relación y correlación entre las dos variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos.

Tabla 6

La relación entre locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú, 2017.

LOCUS DE CONTROL INTERNO	CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Alto	16	24,6	29	44,6	0	0,0	45	69,2
Medio	0	0,0	18	27,7	2	3,1	20	30,8
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	16	24,6	47	72,3	2	3,1	65	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Spearman	,431	,060	3,791	,000 ^c

La Tabla 6 nos muestra en grado de percepción del locus de control interno en un nivel Alto (69,2%), como dimensión del empoderamiento individual, y la calidad de la atención odontológica en un nivel Regular (72,3). Ambas variables están relacionadas muy significativamente con un coeficiente de spearman = 0,431, un error estándar muy bajo (0,060) y muy alta significancia estadística Sig. 0,000 ($p < 0,001$). Es decir los resultados no se deben al azar sino a la relación y correlación entre las dos variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos.

Tabla 7

La relación entre retroalimentación, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención en el servicio de odontología .Hospital Virú, 2017.

RETROALIMEN TACIÓN	CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Alto	16	24,6	34	52,3	1	1,5	51	78,5
Medio	0	0,0	11	16,9	1	1,5	12	18,5
Bajo	0	0,0	2	3,1	0	0,0	2	3,1
Total	16	24,6	47	72,3	2	3,1	65	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Spearman	,311	,065	2,593	,012 ^c

La Tabla 7 nos muestra el grado de percepción de la retroalimentación en un nivel Alto (78,5%), como dimensión del empoderamiento individual, y la calidad de la atención odontológica en un nivel Regular (72,3%). Ambas variables están relacionadas muy significativamente con un coeficiente de Spearman = 0,311, un error estándar muy bajo (0,065) y alta significancia estadística Sig. 0,012 ($p < 0,05$). Es decir, los resultados no se deben al azar sino a la relación y correlación entre las dos variables con 0,012 posibilidades de equivocarnos.

IV. DISCUSIÓN

La importancia del empoderamiento en la percepción de la calidad de la atención odontológica del usuario ayuda a entender los procesos esencialmente psicológicos que tienen lugar a la hora que se hace referencia prácticamente a una acción de toma de decisiones o adquisición de independencia por parte del usuario. Los usuarios expresan criterios de valor a través de sentimientos de pertenencia tomando como base la percepción de eficacia y eficiencia de los servicios en los que se atiende, destacándose en ello al usuario como colaborador de la atención misma ya que se encuentra en una constante interacción fundamentada en una expectativa recíproca entre profesional que atiende y usuario (Morantes, 2010; OMS, 2017). Este fenómeno relacional es el que se expresa en los resultados encontrados en el presente estudio como veremos a continuación.

Respecto a la relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre la Autoestima (Alta en un 63,1%), como dimensión del empoderamiento individual con la calidad de la atención odontológica (Regular en un 72,3%) (Tabla 4) los resultados pueden considerarse similares a los reportados por Nahon (2017) en Venezuela que en su afán de desarrollar empoderamiento, entre otros, en usuarios de los servicios de salud, encontró una respuesta positiva de la motivación asociada la percepción de la calidad de la atención en establecimientos de salud, las razones giraron en torno a los procesos de comunicación horizontal y participativa de los usuarios.

Sin embargo, la explicación que podemos deducir de los resultados encontrados está basada en las formas en que se pueden generar los procesos de empoderamiento del usuario de servicios odontológicos. Empoderar al usuario a través de la mejora de su autoestima es una estrategia compleja, pero, necesaria, toda vez que se trabaja para superar periodos críticos de la atención odontológica. Estos procesos ponen en juego no solo la pericia del profesional odontológico, sino también, la fortaleza individual del usuario para afirmar comportamientos y actitudes al mismo tiempo que se intenta dar, en interacción conjunta, un sentido positivo a la experiencia en la atención odontológica (Mruk, 1999; Zimmerman, 2000; Soler, Planas y Nuñez, 2015).

El criterio base que mueve todo el proceso de empoderamiento a través de la autoestima, es que un usuario con una autoestima alta aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas y está mejor capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presentan y trabajar con existo sobre el cuidado de su salud bucodental. La autoestima permite la asunción de responsabilidades, así como el abordaje de nuevos y permanentes retos, haciendo que la persona se sienta orgullosa de lo que alcanza, expresando sus sentimientos y emociones, tolerando el dolor, la espera y la frustración entre otros aspectos que están involucrados en la atención de odontología (Soler, Planas y Nuñez, 2015).

Pero, esto no es un camino fácil porque no se da de manera similar en todo los casos, los usuarios de los servicios odontológicos muchas veces transitan por experiencias muy variadas, no solo en lo individual, sino también en lo familiar y social. Ya en el 2006, la Fundación Española de Estudios Sociales y Sanitarios, señalaba que la atención odontológica atraía más conflictos y transformaciones en formas silenciosas que otras formas de prestación de servicios en salud. De hecho señalaba que el 25% de los usuarios de estos servicios identificaba por lo menos de 1 a 5 conflictos relacionados a la insatisfacción con la atención misma y con sus resultados. Por ello, se le considera al usuario odontológico el de mayor vulnerabilidad frente a la atención cuando describe diferentes déficits de autoestima (FEESS, 2006).

Efectivamente, el empoderamiento basado en la mejora de la autoestima se percibe más como un resultado que implica cambios en la conducta y comportamiento del usuario frente a los temas del cuidado de su salud y seguimiento de los tratamientos propiamente dichos. Desde este punto de vista los resultados del presente estudio serian constructos y valoraciones de la percepción de actitudes y de la conciencia crítica del usuario, antes que resultados de acciones orientadas para que el usuario tome decisiones o adquiera independencia respecto de su papel en el cuidado de su salud bucodental. En todo caso encontramos más coherente este último criterio de interpretación debido a que el odontólogo siempre pretende que a través de la mejora de la autoestima del usuario, éste, se comporte como un colaborador de la atención y esté en constante interacción con los procesos de la atención que recibe (Mruk, 1999; Zimmerman, 2000; Soler, Planas y Nuñez, 2015).

Con respecto a la relación significativa ($p < 0,001$) (Tabla 5) entre el grado de percepción del uso de incentivos (Medio en el 58,5%), como dimensión del empoderamiento individual con la calidad de la atención odontológica (Regular en un 72,3%) los resultados pueden considerarse similares a los reportados por Bascuñana en España (2015) cuya política de incentivo en pacientes con trastornos de deglución orofaríngea para que ayuden en sus propios procesos de tratamiento, encontraron resultados positivos en la percepción de la calidad de la atención recibida y atribuyeron su éxito a la forma en que los usuarios otorgaban mayor valoración a los procesos de terapias individualizadas en línea y se encontraron más satisfechos con las acciones de la atención recibida (Bascuñana, 2015).

Sin embargo, al no ser la población en estudio, de Bascuñana en España (2015), usuarios de atención odontológica, nos inclinamos por pensar que los resultados pueden explicarse mejor por la forma como él interactúa en de los procesos de atención. Los incentivos actúan generalmente como guías o facilitadores de la atención y del tratamiento e invitan al usuario para que construyan sus propias formas de expresar sus experiencias en estos procesos. No hay patrones fijos, las respuestas dependen de los incentivos y de las actividades, así como, del contexto en que se brindan y/o desarrollan. Cada quien interactúa persiguiendo sus propios criterios valorativos y, algunos son apropiados a los estilos de la atención y responden como facilitadoras de las mismas. De ahí que la mayoría de profesionales de la odontología, a pesar que siguen pautas didácticas que lo acompañan en todo el proceso de la atención, no tienen garantías de nada (Wagner, et. al., 2010).

Consecuentemente solo queda evaluar las experiencias y reorientar la atención, si es necesario, haciendo uso de la comunicación individual grupal o familiar, el premio o incentivo mayor debería ser un resultado positivo de la atención recibida. Mas, en la medida en que cada atención es una experiencia única en donde el usuario somete sus percepciones a una serie de estereotipos, con mucha frecuencias negativos, asociados solamente al dolor y a la posible mala praxis del profesional, nos enfrentamos a una fábrica de preocupaciones en contextos familiares y sociales distintos (Soler, Planas y Nuñez, 2015).

El hecho es que la percepción del uso de incentivos, como dimensión del empoderamiento del usuario, relacionada con la calidad odontológica, desarrolla un sentido de pertenencia, de afiliación o fidelización y es capaz de ejercer una gran influencia, incluso mediática, sobre grupos sociales completos. De por medio se produce un gran despliegue de complejos procesos que tienen que ver con las relaciones interpersonales y la exploración y búsqueda de satisfacer las necesidades más sentidas de la atención. De igual manera se comportan las barreras de contenidos éticos y estéticos, como productos inmediatos de gran influencia en el modo de pensar y sentir, así como, de relacionarse (OMS, 2017).

Desde este punto de vista, la percepción del uso de incentivos, en su relación con la calidad de la atención odontológica, aparentemente estaría condicionada por posturas de autosuficiencia, superioridad e independencia y necesitarían más de la presencia de un profesional educador, mediador y facilitador que de una aventura que finalmente busque el crecimiento y mejora de la autoestima en los usuarios para romper la estructura de diversos complejos, trastorno de conducta y aprendizajes (trastornos disociables, fobias, ansiedades, depresión, obsesiones, complejos, déficit de atención, etc.) (Nahón, 2017).

Algunos autores como Atkinson (2005), sostienen que el uso de incentivos en la prestación de servicios de salud responde a la vulnerabilidad social de ciertos sectores o segmentos de la población que no están preparados ni cultural ni psicológicamente para desarrollar condiciones adecuadas para el cuidado de su salud o para seguir tratamientos y cuidados específicos (Atkinson, 2005).

Atkinson (2005), también sostiene que el uso de incentivos en la atención al usuario no es más que una desfase del estado de bienestar del usuario. En tal sentido el profesional de odontología estaría obligado, por ejemplo, a reestructurar los procesos de atención, haciendo un análisis profundo del estado de bienestar del usuario y de su adaptación a los procesos de atención. De esta forma las percepciones sobre el uso de incentivos en la atención al usuario estarían jugando el papel de reivindicaciones sociales encapsulando los procesos de la atención dentro de criterios de eficacia, más no de eficiencia, calidez y responsabilidad social por parte del profesional en odontología.

Dentro de esta línea de análisis, el INEGI (2013) de México, señala que la mayor parte de la población que recurre a un consultorio odontológico se encuentra necesitada y es vulnerable al uso de incentivos para asumir comportamientos determinados frente al cuidado de su salud buco dental después de una consulta. Aunque esta institución liga estos comportamientos a la economía familiar y al tipo de consumo de prestación de servicio en salud, es cierto que el impacto de la política de incentivos pre condiciona siempre un comportamiento y actitudes, algunas más facilitadoras que otras de los tratamientos y resultados odontológicos (INEGI, 2013).

Para otros autores como Becker (1996) estos incentivos generan o atentan contra los procesos de atención porque sus consecuencias negativas se expresan antes que puedan mostrarse los resultados de la atención. El uso de incentivos en la atención odontológica como en cualquier campo de la salud, produce diversos efectos, dentro de ellos colocar al usuario en situaciones donde poco puede hacer al utilizar los mecanismos de la asistencia social. Es decir, el uso de incentivos en sí mismo, es una irregularidad que trata de reemplazar la ausencia de estrategias de atención de calidad (Becker, 1996).

Al respecto de la relación significativa ($P < 0,001$) (Tabla 6) entre la Percepción del Locus de Control Interno (Alto para un 69,2%), como dimensión del empoderamiento individual y la calidad de la atención odontológica en un nivel Regular (72,3%). No se ha encontrado estudios con los que se puedan referenciar o contrastar estos resultados, sin embargo, pueden explicarse desde el enfoque teórico de la teoría de la responsabilidad personal, porque el locus de control, como dimensión del empoderamiento individual, está fuertemente ligado a él desde un orden práctico, separando las preferencias respecto a las referencias que se tienen sobre la prestación de servicio (Bravo, et. al., 2015)

La explicación es que, en parte, la relación entre locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de la atención odontológica, probablemente pueda deberse a una motivación intrínseca que apunta hacia el emparejamiento entre una conducta y su recompensa en la medida en que ésta pueda incrementar la probabilidad de ser repetida (Bravo, et. al., 2015).

En parte también, esta relación posiblemente se deba al reforzamiento cognitivo y procedimental que reciben los usuarios para para afrontar en mejores condiciones su tratamiento y cuidados posteriores a la atención. Sin duda, este procedimiento incrementa la expectativa subjetiva de alcanzar la meta (la mejora de su estado de salud buco dental), lo que conlleva a que el mismo organismo o la persona psicológicamente intente repetir la conducta recompensada en ocasiones sucesivas (Atkinson, 2005).

Esta teoría de Atkinson (2005) le da gran peso al motivo del logro y los datos empíricos relativos a las consecuencias del éxito y del fracaso, pero sirve para explicar la relación el locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de la a atención odontológica puesto que muestra con claridad la forma como las personas suelen inclinarse por los riesgos intermedios, de aquí que el éxito (la recompensa) en una tarea fácil no deba aumentar la probabilidad de que un usuario vuelva a escoger un servicio que lo ha percibido como malo (siempre que tenga la posibilidad de elegir otro servicio) (Atkinson, 2005).

Esta postura describe a los procesos de la atención odontológica como procesos que pueden afectar la motivación intrínseca, en cambio, en el locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual, se origina a raíz de un cambio en la motivación intrínseca, bajo ciertas circunstancias, a pesar que pueda estar o no recibiendo recompensas extrínsecas por actividades que están intrínsecamente motivadas por su deseo de obtener resultados positivos para su salud (Deci, 1975).

Para Soler, Planas & Nuñez (2015), la relación locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de la atención está basada en la búsqueda constante del valor esperado respecto de la atención que se ofrece. Explica que cuando más positivos son los resultados, mayor es el valor otorgado a la calidad de la atención. El peligro esta cuando se percibe que la atención es mala, las conductas se transforman en amenazas dirigidas a terminar con la experiencia vivida. Esta activación emocional negativa se conoce como reactividad psicológica que mueve a la persona a asumir cambios en su conducta y comportamientos haciéndolos inadecuados a los fines de la atención, en este caso, de su salud buco dental.

Respecto a la relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 7) entre la retroalimentación, como dimensión del empoderamiento individual (percibida en un nivel Alto con 78,5%), con la calidad de la atención odontológica (Regular 72,3%), no se han encontrado reportes empíricos con los cuales los podemos contrastar o referenciarlos, sin embargo, podemos ensayar una explicación basada en la atribución de efectos motivacionales positivos sobre la reactividad psicológica (Áviles, 2010).

Es claro que a mayor retroalimentación sobre lo que se puede esperar o conocer de los procesos de la atención odontológica, mayor va hacer la percepción de la calidad de la atención. Los usuarios muchas veces se encuentran asimismo incapaces de realizar las conductas que originalmente son favorables para su tratamiento y la razón es simple, se presume la existencia de indefensión aprendida que debe ser superada a través de la retroalimentación comunicacional y de información orientados a buscar mayor control de la situaciones difíciles durante los procesos de la atención y tratamiento de buco dental, en este caso. La idea es motivar al usuario para que sienta que es posible superar dificultades y comportamientos pasivos frente a la adversidad (Morantes, 2010).

En parte, la responsabilidad individual hace que la retroalimentación juegue un papel mediador o protector de la calidad de la atención, puesto que, las actitudes y comportamiento de ver todo lo negativo de los procesos de atención odontológica (indefecciones) son generalmente aprendidas durante toda la vida, de ahí que el papel del retroalimentación positiva es una forma de emplazamiento de la responsabilidad que busca un mejor dinamismo de la motivación a nivel intrínseco, sumándose a éstos criterios algunos sentimientos particulares generados como consecuencia de hechos muy específicos pero significativos para el usuario, generalmente referidos en su círculo familiar y social inmediato (Morantes, 2010).

De esta manera la retroalimentación, como dimensión del empoderamiento individual dirigido a los usuarios, se convierte en procesos de internalidad de criterios valorativos y, en la medida en que van orientados hacia cambios específicos en la conducta y comportamientos para el cuidado de la salud bucodental, no son sino una forma de apertura para una exitosa transferencia de conocimientos, información y educación orientados a cambios propios en las

expectativas, realismo, motivación continua y funcionamiento normal de la atención. Todos estos elementos que estarían siendo o sirviendo como protectores de una percepción de la calidad de la atención en un nivel Alto, aun sabiendo que parten de juicios de valor propios de altas expectativas, se modifican o son capaces de modificarse para generar percepciones distintas a la inicial dentro de un mismo proceso de atención (Áviles, 2010; Morantes, 2010).

El fundamento es que todo proceso de atención sigue una tendencia a curar, prevenir enfermedades en paciente, a través de tratamientos, intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas, pero, se realiza batallando con el dolor del paciente, sus miedos, intimidades, nervios, personal médico, entre otros elementos de la atención. Es más, es evidente que en nuestra realidad nos enfrentamos a una combinación de múltiples factores, elementos o productos intangibles soportados por productos tangibles (cirugías realizadas en un equipado consultorio o quirófano) y productos tangibles soportados por intangibles (medicamentos vendidos en farmacias). Dependiendo de la enfermedad cambian los procedimientos de la atención y cambian también los tipos de retroalimentación en los procesos de empoderamiento individual, generalmente se pasa al plano cognitivo, informativo o educacional, por ello es que, de la combinación de factores o elementos que intervienen en la atención depende mucho la percepción que el paciente tenga sobre la calidad de la misma (Berry et. Al. 2007)

V. CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa ($p < 0,001$) entre la percepción del Autoestima (Alta en un 63,1%), como dimensión del empoderamiento individual con la calidad de la atención odontológica (Regular 72,3%).
2. Existe relación significativa ($p < 0,001$) entre la percepción del uso de incentivos (Medio en un 58,5%), como dimensión del empoderamiento individual con la calidad de la atención odontológica.
3. Existe relación significativa ($p < 0,001$) entre la percepción del Locus de Control Interno (Alto en un 69,2%), como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de la atención odontológica.
4. Existe relación significativa ($p < 0,001$) entre la percepción de la Retroalimentación (Alta en un 78,5%), como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de la atención odontológica.

VI. RECOMENDACIONES

1. Promover estrategias de empoderamiento individual del usuario en los servicios odontológicos del Hospital Virú, con el objeto de fortalecer la percepción de la calidad de la atención odontológica en el usuario.
2. Implementar buzón de sugerencias para enfatizar la participación de los usuarios en el servicio de odontología del Hospital Virú.
3. Organizar talleres para los profesionales del servicio de odontología y así capacitarlos para reforzar la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araya C. (2011). Calidad percibida en la atención odontológica a una población urbana usuaria de un centro de salud familiar: una valoración empírica de los elementos intangibles de los servicios de salud. Talcahuano. CHILE: UNC.

Atkinson, A.B. (2005) Desigualdad en la renta y estado de bienestar. España: Fundación BBUVA.

Áviles, P. (2010). La importancia de la realimentación en los procesos de evaluación. Una revisión del estado del arte. *American Journal of Sociology*, Vol. 266, pp. 32-42.

Ayala D (2014). Calidad de atención odontológica brindada en la clínica de internado de la Facultad de odontología de la universidad de Guayaquil en el periodo 2013-2014. Ecuador: UG

Bascuñana H. (2015). Tele Rehabilitación en la Disfagia Orofaringea: un nuevo paradigma para tratar y empoderar a nuestros pacientes. España: UAB

Becker S 1996 Matrimonio Familia Y Economía. México: Ms Graw-Hill

Bernuy E. (2015). Calidad de atención de la clínica central de la Facultad de Odontología. Perú: UNMSM.

Bravo, P.; A. Edwards, P. J. Barr, I. Scholl, G. Elwyn, M. McAllister y el grupo de investigación Cochrane Healthcare Quality de la Universidad de Cardiff (2015): Conceptualización del empoderamiento del paciente: un estudio de métodos mixtos. *BMC Health Serv Res*, 15: 252.

Deci, E.L. (1975). Motivación intrínseca: New york: Plenus

Espinoza E & Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun;23(2):101-108

Fedorof, P. (2007). Servqual (ZeithmalParasuraman Berry). 12 Manage. Extraído el 06 de Septiembre de 2013

Fundación española de estudios sociales y sanitarios. En <http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/2006/07/19/154005.php>. (6 enero 2017)

García A, Serrano R, Blanco R, Huete B y Pérez D. (2017). Estudio piloto de la eficacia de empoderar a pacientes mediante coaching como tratamiento asociado en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. España: UCM

Giraldo S. (2012). El empoderamiento como elemento generador de compromiso organizacional en los empleados de las empresas aseguradoras de la ciudad de Manizales. Colombia: UNC

González R (2014). El nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UNMSM. Perú: UNMSM

Hernández R, Fernández C y Baptista P. (2012). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Hidalgo V, Gaibor A, Conto F, Pincay J. (2017). Visión 2030 de la odontología en el Ecuador. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 3, núm. 2, (esp.), mayo, 2017, pp. 785-809.

Hincapié R. (2004) Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención en el programa de Odontología Integral del Adolescente. Ecuador: UNVE

- Kanter. R. (1989). El nuevo trabajo de dirección. *Harvard Business Review*, 66: 85-92.
- Lafarga J. (2013). *Desarrollo Humano, el crecimiento personal*. México: Trillas.
- Lawler, E. (1986). *El nuevo trabajo de dirección*. San Francisco: Jossey-Bass
- Maslow, A. (1968). *Hacia una psicología del ser* (2nd ed.). New York:Van Nostrand
- Morantes, C. (2010). *Creatividad en el empoderamiento*. México: McGraw- Hill
- Mruk, C. (1999). *Autoestima: investigación, teoría y práctica* (2nd ed.). New York: Springer
- Nahón I (2017). *Comunicación y empoderamiento ciudadano en salud: un caso de investigación-acción en la Venezuela polarizada*. Canadá: University of Ottawa.
- Newstrom, J. (2011). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: McGraw-Hill.
- OMS, (1985). Organización Mundial de Salud. (1985). *La calidad de la atención médica/auditoría*. Ginebra: OMS.
- OMS (2017). *El empoderamiento de los pacientes puede mejorar la calidad de la atención de la salud*. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2017;95:489-490
- OMS (2012). *The objectives of the WHO Global Oral Health Programme (ORH)*. Suiza: OMS.
- Pablo R. (2017). *Empoderamiento enfermero en el cuidado de pacientes con heridas de difícil cicatrización*. España: HUPV

- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1985). Un modelo conceptual de la calidad del servicio y sus implicaciones para la investigación futura. *Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1988). SERVQUAL: Escala de múltiples ítems para medir las percepciones de los consumidores sobre la calidad del servicio. *Journal of Retailing*, 12-40.
- Pick S, García G & Leenen I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través de agencias personal y empoderamiento yo intínseco. *Universitas Psychologia*, 327-340.
- Ramos, B. (2011). Control de calidad de la atención de salud. *Rev. Ciencias Médicas*, 2, 15-25.
- Rappaport, J. (1987). Términos de empoderamiento, ejemplos de prevención: hacia una teoría para la psicología comunitaria. *American Journal of Community Psychology*, 121- 148.
- Regan LC, Rodríguez L. (2011). El empoderamiento de las enfermeras desde una perspectiva de gestión intermedia: puntos de vista sobre el empoderamiento en el lugar de trabajo de los gerentes de enfermería y de los asistentes de enfermería. *Perm J. Invierno 2011; 15 (1): e101 - e107.*
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. (1977). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno
- Siegall, M. y Gardner, S. (2000). Factores contextuales del empoderamiento psicológico. *Personnel Review*, 29, 703-722.

- Soler P, Planas A & Nuñez H. (2015). El reto del empoderamiento en la animación sociocultural: una propuesta de indicadores. *Revue Internationale Animation territoires et pratiques socioculturales*, núm. 8, p. 41-54.
- Spreitzer, G. M. (1995). Empoderamiento psicológico en el lugar de trabajo: Dimensiones, medición y validación. *Academy of Management Journal*, 38, 1441-1465.
- Toledo A, Abt A, Orrego C, Perestelo L. (2016). El papel de la comunicación escrita en el empoderamiento en salud: un estudio cualitativo. *Panace@* 2016; 17 (44): 115-122.
- Wagner J, Cummings G, Smith DI, Olson J, Anderson L, Warren S. (2010). La relación entre el empoderamiento estructural y empoderamiento psicológico para las enfermeras: una revisión sistemática. *J Nurs Manag.* 2010 Mayo; 18 (4): 448-62
- Zimmerman, M (2000) Teoría de empoderamiento: niveles de análisis psicológicos, organizacionales y comunitarios, en J.R.E. SEIDMANN (ED). *Handbook of community psychology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRÚ, PERIODO 2017.

CUESTIONARIO DE EMPODERAMIENTO: ADAPTACIÓN BASADA EN SPREITZER (1997), SIEGALL Y GARDNER (2000) ADAPTADO POR CABRERA Y LORA (2017)

La presente encuesta de opinión no tiene preguntas buenas o malas solo contiene enunciados con lo que usted puede o estar de acuerdo por ello le pedimos que marque con un aspa de acuerdo a la escala siguiente:

1 (MD) Muy en desacuerdo 2 (ED) En desacuerdo 3 (I) Indiferente
4 (DA) De acuerdo 5 (MA) Muy de acuerdo.

A	EMPODERAMIENTO					
	EMPODERAMIENTO: AUTOESTIMA	MA	ED	I	DA	MA
1	Manifiestan flexibilidad para responder a los retos de la atención permitiendo que la persona puedas alcanzar los objetivos de salud					
2	Identifican nuestras capacidades de autocuidado y nos asisten o preparan para asumir responsabilidades					
3	Aceptan nuestras falencias y buscan opciones de mejoras					
4	Hacen que nos relajemos y que tratemos de disfrutar o que nos sintamos bien de acuerdo nuestra situación. Lo que hacen porque trabajan desde su vocación.					
	EMPODERAMIENTO: USO DE INSENTIVOS					
5	La atención se da en un ambiente es agradable					
6	El persona asume el Liderazgo en la atención pero en el tratamiento nos preparan para hacer lo bien.					
7	La institución asume los costos de la atención (SIS) no cuenta con beneficios económicos adicionales					
8	Existe un buen trato de parte del personal					
	EMPODERAMIENTO: LOCUS DE CONTROL INTERNO					
9	Utilizan buenas estrategias para dar solución a nuestros problemas de salud oral					
10	Asumen múltiples retos que permiten dar solución a nuestros problemas de salud					
11	Buscan nuevas ideas y estrategias para alcanzar objetivos en el cuidado de nuestra salud					
12	El personal se siente satisfecho con su labor durante la atención que brindan dando seguridad y confianza					
13	Recibimos un servicio de calidad por que el personal es muy competitivo					
14	Hacen con eficiencia su trabajo asistencial y eso nos llena de orgullo					
	EMPODERAMIENTO: RETROALIMENTACIÓN					
15	Nos realizan evaluaciones de nuestra salud oral promoviendo la mejora continua de nuestra salud					
16	Se nos informa con claridad sobre todo el proceso de la atención y nos instruyen sobre nuestro tratamiento					
17	Se siente que podemos continuar, con toda garantía, nuestro tratamiento y cuidado de nuestra salud en la institución.					
18	Siempre se nos hace ver cuáles son nuestros errores para mejorar la calidad de nuestra vida y hacerla saludable					

CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL DE PARASUNAMAN Y COLABORADORES 1988 ADAPTADO POR CABRERA Y LORA (2017)

B	CALIDAD:					
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN: ASPECTOS TANGIBLES					
19	Los equipos tienen una excelente apariencia y es moderno					
20	Las instalaciones físicas son visualmente atractivas					
21	Los profesionales, empleados y trabajadores tienen apariencia pulcra					
22	Los elementos materiales relacionados con el servicio (camas, menaje, baños, etc.) son visualmente atractivos					
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN: FIABILIDAD					
23	Cuando un paciente tiene un problema muestran un sincero interés en solucionarlo					
24	Se brinda buen servicio desde la primera vez que una llega a buscar atención					
25	Se respetan los tiempos y los plazos cuando una accede a la atención					
26	Se puede observar que tratan de registrar los datos sin errores					
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SENSIBILIDAD					
27	Los profesionales de salud brindan buena información durante todo el proceso de atención incluso cuando este termina					
28	Los trabajadores administrativos, técnicos y de limpieza brindan un servicio rápido y eficiente					
29	Tanto profesionales como trabajadores de salud están dispuestos siempre a ayudar al pacientes					
30	Los odontólogos y enfermeras nunca están muy ocupados para responder preguntas de los pacientes					
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SEGURIDAD					
31	Todo el personal de salud trasmite confianza					
32	Cualquier paciente puede sentirse seguro de las intervenciones quirúrgicas de los odontólogos					
33	Todo los profesionales de salud son amables					
34	Todo los profesionales de salud tienen conocimientos suficientes para responder las preguntas de los pacientes					
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN: EMPATIA					
35	La atención es individualizada					
36	Los horarios de atención son convenientes para los pacientes					
37	Se preocupan tanto por la salud del paciente como del caso que clínico con el objeto de darle una solución integral					
38	Siempre comprenden las necesidad específicas del paciente					

ANEXO 2
VALIDACIÓN DE ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DEL
PACIENTE ODONTOLÓGICO

Estadísticas de elemento

Items	Media	Desviación estándar	N
1	3,50	,583	26
2	3,50	,707	26
3	3,65	,562	26
4	3,73	,452	26
5	3,81	,491	26
6	3,96	,528	26
7	3,92	,484	26
8	3,58	,857	26
9	3,96	,528	26
10	3,96	,528	26
11	3,85	,543	26
12	4,04	,528	26
13	3,96	,528	26
14	3,81	,491	26
15	4,15	,675	26
16	4,08	,560	26
17	4,15	,464	26
18	3,92	,628	26

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,869	,872	18

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,863	3,500	4,154	,654	1,187	,041	18
Varianzas de elemento	,326	,205	,734	,529	3,586	,016	18
Covariables entre elementos	,088	-,068	,308	,375	-4,545	,005	18
Correlaciones entre elementos	,275	-,192	,814	1,006	-4,238	,039	18

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	66,04	29,158	,527	,861
2	66,04	29,318	,392	,868
3	65,88	30,826	,269	,871
4	65,81	30,402	,444	,864
5	65,73	30,925	,302	,869
6	65,58	30,334	,380	,866
7	65,62	30,326	,424	,865
8	65,96	27,158	,552	,861
9	65,58	29,134	,598	,858
10	65,58	28,574	,703	,854
11	65,69	28,142	,760	,852
12	65,50	29,940	,450	,864
13	65,58	29,214	,583	,859
14	65,73	30,525	,378	,866
15	65,38	27,686	,659	,854
16	65,46	29,778	,446	,864
17	65,38	30,006	,511	,862
18	65,62	29,526	,425	,865

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
69,54	32,818	5,729	18

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,270 ^a	,167	,433	7,646	25	425	,000
Medidas promedio	,869 ^c	,783	,932	7,646	25	425	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 3

VALIDACIÓN POR DIMENSIONES (PARCELAS) DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO

3.1 DIMENSIÓN (PARCELA) 1: GRADO PERCIBIDO DE EMPODERAMIENTO: AUTOESTIMA

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
1	3,50	,583	26
2	3,50	,707	26
3	3,65	,562	26
4	3,73	,452	26

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,768	,779	4

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,596	3,500	3,731	,231	1,066	,013	4
Varianzas de elemento	,340	,205	,500	,295	2,444	,015	4
Covariables entre elementos	,154	,020	,260	,240	13,000	,006	4
Correlaciones entre elementos	,468	,061	,721	,660	11,800	,050	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	10,88	2,106	,449	,774
2	10,88	1,466	,724	,620
3	10,73	2,125	,468	,762
4	10,65	2,075	,711	,665

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
14,38	3,206	1,791	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,452 ^a	,255	,659	4,306	25	75	,000
Medidas promedio	,768 ^c	,577	,885	4,306	25	75	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

3.2 DIMENSIÓN (PARCELA) 2: GRADO PERCIBIDO DE EMPODERAMIENTO: USO DE INSENTIVOS

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
5	3,81	,491	26
6	3,96	,528	26
7	3,92	,484	26
8	3,58	,857	26

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,522	,569	4

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianz a	N de elementos
Medias de elemento	3,817	3,577	3,962	,385	1,108	,030	4
Varianzas de elemento	,372	,234	,734	,500	3,138	,059	4
Covariables entre elementos	,080	,032	,115	,083	3,571	,001	4
Correlaciones entre elementos	,248	,125	,440	,316	3,534	,013	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
5	11,46	1,698	,394	,229	,399
6	11,31	1,822	,242	,098	,504
7	11,35	1,675	,428	,260	,377
8	11,69	1,182	,284	,091	,543

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
15,27	2,445	1,564	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,214 ^a	,036	,447	2,092	25	75	,008
Medidas promedio	,522 ^c	,130	,764	2,092	25	75	,008

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

3.3 DIMENSIÓN (PARCELA) 3: GRADO PERCIBIDO DE EMPODERAMIENTO: LOCUS DE CONTROL INTERNO

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
9	3,96	,528	26
10	3,96	,528	26
11	3,85	,543	26
12	4,04	,528	26
13	3,96	,528	26
14	3,81	,491	26

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,808	,804	6

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,929	3,808	4,038	,231	1,061	,007	6
Varianzas de elemento	,275	,242	,295	,054	1,223	,000	6
Covariables entre elementos	,113	,008	,194	,186	25,200	,003	6
Correlaciones entre elementos	,406	,030	,676	,646	22,788	,040	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
9	19,62	3,686	,538	,359	,785
10	19,62	3,366	,728	,578	,740
11	19,73	3,325	,723	,616	,740
12	19,54	3,698	,531	,408	,786
13	19,62	3,446	,678	,540	,752
14	19,77	4,345	,228	,115	,805

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
23,58	5,054	2,248	6

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,412 ^a	,249	,608	5,209	25	125	,000
Medidas promedio	,808 ^c	,666	,903	5,209	25	125	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

3.4 DIMENSIÓN (PARCELA) 4: GRADO PERCIBIDO DE EMPODERAMIENTO: RETROALIMENTACIÓN

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
VAR00015	4,15	,675	26
VAR00016	4,08	,560	26
VAR00017	4,15	,464	26
VAR00018	3,92	,628	26

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,852	,849	4

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
VAR00015	4,15	,675	26
VAR00016	4,08	,560	26
VAR00017	4,15	,464	26
VAR00018	3,92	,628	26

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,077	3,923	4,154	,231	1,059	,012	4
Varianzas de elemento	,345	,215	,455	,240	2,114	,011	4
Covariables entre elementos	,204	,108	,308	,200	2,857	,007	4
Correlaciones entre elementos	,584	,414	,814	,400	1,965	,027	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
15	12,15	1,895	,792	,769
16	12,23	2,185	,799	,769
17	12,15	2,855	,479	,889
18	12,38	2,086	,740	,792

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
16,31	3,822	1,955	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,591 ^a	,405	,761	6,775	25	75	,000
Medidas promedio	,852 ^c	,731	,927	6,775	25	75	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- Coefficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE LA ESCALA SERVQUAL DE PARASUNAMAN Y COL. (1998), MODIFICADA POR LA AUTORA PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ODONTOLÓGICO.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
19	4,04	,196	26
20	4,04	,196	26
21	4,08	,272	26
22	4,04	,196	26
23	4,04	,196	26
24	4,04	,344	26
25	4,08	,272	26
26	4,04	,528	26
27	4,08	,392	26
28	3,96	,344	26
29	4,35	,629	26
30	4,00	,283	26
31	4,00	,400	26
32	4,23	,430	26
33	4,12	,431	26
34	4,08	,272	26
35	4,00	,283	26
36	4,00	,283	26
37	4,04	,196	26
38	4,08	,484	26

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,821	,858	20

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,065	3,962	4,346	,385	1,097	,007	20
Varianzas de elemento	,124	,038	,395	,357	10,280	,009	20
Covariables entre elementos	,023	-,042	,146	,188	-3,519	,001	20
Correlaciones entre elementos	,233	-,520	1,000	1,520	-1,922	,087	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
19	77,27	10,445	,614	,808
20	77,27	10,445	,614	,808
21	77,23	10,825	,203	,821
22	77,27	10,445	,614	,808
23	77,27	10,445	,614	,808
24	77,27	9,805	,621	,801
25	77,23	10,025	,676	,802
26	77,27	8,925	,653	,795
27	77,23	10,505	,237	,822
28	77,35	10,315	,374	,814
29	76,96	9,718	,293	,829
30	77,31	10,862	,172	,822
31	77,31	10,382	,279	,819
32	77,08	9,914	,430	,811
33	77,19	9,682	,519	,805
34	77,23	10,105	,627	,804
35	77,31	10,622	,304	,817
36	77,31	10,622	,304	,817
37	77,27	10,925	,230	,819
38	77,23	10,185	,273	,822

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
81,31	11,262	3,356	20

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,186 ^a	,106	,327	5,572	25	475	,000
Medidas promedio	,821 ^c	,703	,907	5,572	25	475	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 5

PRUEBA DE NORMALIDAD PARA EL USO DE PEARSON R

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Empoderamiento :Autoestima	,387	65	,000	,679	65	,000
Empoderamiento: Uso de Insentivos	,309	65	,000	,780	65	,000
Empoderamiento: locus de Control Interno	,438	65	,000	,580	65	,000
Empoderamiento: Retroalimentacion	,473	65	,000	,533	65	,000
Calidad de la Atencion	,426	65	,000	,645	65	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

ANEXO 6

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

TITULO	Empoderamiento individual del usuario y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología del hospital Virú, 2017.
PROBLEMA	- ¿Cuál es la relación entre el empoderamiento individual del usuario con la calidad de atención en el servicio de odontología del hospital Virú, 2017?
HIPOTESIS	-Existe relación significativa entre el empoderamiento individual del usuario con la calidad de atención en el servicio de odontología del hospital Virú, 2017
OBJETIVO GENERAL	-Determinar la relación entre el empoderamiento individual del usuario con la calidad de atención en el servicio de odontología del hospital Virú, 2017.
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la relación entre grado percibido de autoestima como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú ,2017. 2. Determinar la relación entre grado percibido del uso de incentivos, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú ,20017. 3. Determinar la relación entre grado percibido de locus de control interno, como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención del servicio de odontología del Hospital Virú, 2017. 4. Determinar la relación entre el grado percibido de retroalimentación como dimensión del empoderamiento individual, con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú ,2017.
TIPO DE INVESTIGACION	-Descriptiva correlaciona no experimental
DISEÑO	-Descriptiva correlacional de diseño transversal
INSTRUMENTO	- Empoderamiento: Adaptacion basada en Spreitzer (1997), Sieegall y Gardner (2000). -Serquval de Parasunaman y col. 1988
ANALISIS	- coeficiente de correlación de Spearman
POBLACION	-Usuarios del servicio de odontología del hospital Virú, 2017.

ANEXO 7

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA BASE DE DATOS SPSS

SPSS/PC. V.22

TITLE: "EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DEL USUARIO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA. HOSPITAL VIRU. 2017".

DATA LIST (posición que ocupan las variables)

/V1 1 V2 2 V3 3 V4 4 V5 5.

Variable Label (Nombres de las variables)

/Var 1 'AUTOESTIMA'

/Var 2 'PERCEPCIÓN DEL USO DE INCENTIVOS'

/Var 3 'PERCEPCIÓN DEL LOCUS DE CONTROL INTERNO'

/Var 4 'PERCEPCIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN'

/Var 5 'CALIDAD DE LA ATENCIÓN'

Value Labels (Valores de las variables)

/V1 1 'BAJO' 2 'MEDIO' 3 'ALTO'

/V2 1 'BAJO' 2 'MEDIO' 3 'ALTO'

/V3 1 'BAJO' 2 'MEDIO' 3 'ALTO'

/V4 1 'BAJO' 2 'MEDIO' 3 'ALTO'

/V5 1 'MALA' 2 'REGULAR' 3 'BUENA'

Begin Data. (Listado de los datos)

V1 V2 V3 V4 V5

2	2	3	2	2
3	3	3	3	2
3	3	3	3	2
3	2	3	3	2
3	1	3	3	2
3	2	3	3	3
3	2	3	3	3
3	2	3	3	2
2	2	3	2	2
3	3	3	3	3
1	1	2	1	2
3	3	3	3	3
3	2	3	3	2
1	1	3	2	2
3	2	3	3	2
1	2	2	2	2
3	3	3	3	2
3	2	3	3	2
1	2	2	2	1
2	1	2	2	2
3	2	2	3	2
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
3	3	3	3	2

1	2	2	2	2
3	2	3	3	2
2	1	3	3	2
2	2	2	3	1
3	2	3	3	3
3	2	2	3	2
3	2	2	3	2
3	2	2	3	2
2	2	3	3	2
2	2	2	3	2
2	2	2	2	2
1	2	2	2	2
3	1	2	3	2
1	2	2	3	2
1	2	2	3	2
2	2	3	3	2
3	2	3	3	2
3	2	3	3	2
2	2	2	2	2
2	2	2	3	2
2	2	3	3	2
3	3	3	3	2
2	1	2	3	2
3	2	3	3	2
2	2	3	2	2
3	3	3	3	2
3	3	3	3	2
3	2	3	3	2
3	1	3	3	2
3	2	3	3	3
3	2	3	3	3
3	2	3	3	2
2	2	3	2	2
3	3	3	3	3
1	1	2	1	2
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3

End Data. (Fin de datos)

ANEXO 8

CARTA DE CONOCIMIENTO INFORMADO

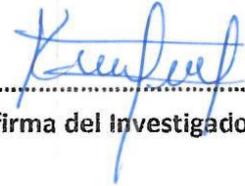
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente instrumento, certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollado por la bachiller de la Escuela de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo ,sobre la tesis "Empoderamiento Individual y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Viru .Periodo 2017".

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados solo con los fines de investigación referida.



.....
Firma del participante



.....
firma del Investigador

ANEXO 9
SOLICITUD DE PERMISO

**SOLICITUD DE PERMISO PARA
APLICACIÓN DE ENCUESTA**

Virus 23 de octubre del 2017

DR. CLAGVY GAMARRA MORENO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE VIRÚ

Solicito permiso para la aplicación de encuesta de proyecto de tesis

Es grato dirigirme a sus despacho de su honorable cargo para expresarle mi fraternal saludo, así mismo solicitarle que me permita aplicar una encuesta del proyecto de tesis para obtener el grado académico Maestro en Gestión de los servicios de la salud con el título de **“Empoderamiento Individual y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Viru .Periodo 2017”**; como autor al Dr. Karen Denisse Cabrera Celis (odontóloga).

Por tal motivo solicito a su persona me permita realizar dichas encuestas .
Me despido no sin antes manifestarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente:

.....
Karen Denisse Cabrera Celis
DNI:44384607

Región La Libertad
Gerencia Regional de Salud
U E 412 Salud Viru
Hospital Provincial de Viru

.....
Dr. Clagvy B. Gamarra Moreno
DIRECTOR

23/10/17

ANEXO 10
RESPUESTA A SOLICITUD DE PERMISO



**JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN**

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Virú, 20 de diciembre del 2017

OFICIO N°192 -2017-GRLL-GRS/U.E.412 SALUD VIRU/H.P.V./D

A : KAREN DENISSE CABRERA CELIS

DE :MC. CLAGVY BEIGED GAMARRA MORENO
Director Hospital Provincial de Virú

ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que, su solicitud para aplicar la encuesta del proyecto de tesis "Empoderamiento Individual y su relación con la calidad de atención en el servicio de odontología del Hospital Virú" ha sido ACEPTADA, por lo cual se le concederán las facilidades del caso.

Sin otro motivo, me despido de Ud. no sin antes reiterar las muestras de mi estima personal

ATENTAMENTE

Región La Libertad
Gerencia Regional de Salud
U.E. 412 Salud Virú
Hospital Provincial de Virú
Dr. Clagvy B. Gamarra Moreno
DIRECTOR

GMCB
Cc. Archivo

"Justicia Social con Inversión"

Av. Sucre N° 771 - Virú, teléfonos: Dirección - 371362 / Secretaria - Telefax: 371269
Email: redviru1@hotmail.com

ANEXO 11

ASPECTO ADMINISTRATIVO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Nº		2017												2018																							
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOV				DIC				ENE				FEBRERO				MARZO			
		J	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1	Planteamiento del problema, objetivos y justificación																																				
2	Elaboración del marco teórico																																				
3	Elaboración de hipótesis y marco metodológico																																				
4	Elaboración y validación del instrumento																																				
5	Presentación del primer avance																																				
	Reuniones de asesoría personalizada																																				
6	Designación del jurado																																				
7	Presentación del proyecto de investigación para su revisión y aprobación																																				
8	Presentación del proyecto de investigación con observaciones levantadas																																				
9	Sustentación del proyecto de investigación																																				
10	Recolección de datos																																				
11	Procesamiento de los datos.																																				

