



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en
profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Iza Toapanta, Martha Cecilia (orcid.org/0000-0002-5988-6884)

ASESOR:

Dr. Castillo Hidalgo, Efren Gabriel (orcid.org/0000-0002-0247-8724)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

PIURA - PERÚ

2023

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía, fortaleza e iluminar mi camino.

A mis queridos Padres, por su enseñanza ejemplar, aunque no estén físicamente, nos bendicen y cuidan siempre.

A mis hijos

Bryan y Daniela

Pilares fundamentales de mi vida, por ser el motor que nunca me deja caer, son mi inspiración, los amo infinitamente.

Te llevo conmigo siempre Hija mía eres mi Ángel de Luz.

A mis hermanos

Por ser apoyarme, por darme su mano y nunca rendirme.

Agradecimiento

A mis maestros por la formación que contribuyó a mi formación integral.

Al Dr. Gabriel Castillo por sus apoyo y dedicación para ayudarnos a lograr esta especialidad

A la Universidad César Vallejo, por abrirme sus puertas para lograr esta meta profesional

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Tablas.....	v
Índice de Figuras	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	22
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	22
3.2. Variables y operacionalización	22
3.3. Población, Muestra y muestreo	23
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos.....	24
3.5. Procedimiento.	25
3.6. Método de análisis de datos	25
3.7. Criterios éticos.....	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN.....	35
VI. CONCLUSIONES	40
VII. RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS.....	1

Índice de Tablas

Tabla 1. Prueba de normalidad de Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito	27
Tabla 2. Coeficiente Rho Spearman entre Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito.....	28
Tabla 3. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión empatía y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito	29
Tabla 4. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión comunicación informativa y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito	30
Tabla 5. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión respeto y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito.....	31
Tabla 6. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito	32

Índice de Figuras

Figura 1. Niveles de Habilidades comunicativas en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito	33
Figura 2. Niveles de enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito	34

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022. El estudio se ha desarrollado bajo el enfoque cuantitativo y diseño observacional, de corte transversal. La muestra censal estuvo conformada por 58 profesionales de enfermería. Para el recojo de datos se aplicó la escala de habilidades de Comunicación (EHC) de (Leal-Costa et al., 2019) y la escala de Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de (Yáñez & Zárate, 2019). Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS v26, el software libre Jamovi y el análisis correlacional se aplicó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. Los resultados evidencian que existe una relación directa, con tamaño del efecto mediano entre *habilidades comunicativas* y *calidad del enlace de turno*, y el 20.7% de variabilidad de calidad de enlace se encuentra explicada por las habilidades comunicativas. En el análisis descriptivo de las, se ha identificado una prevalencia del nivel alto en habilidades comunicativas (87.93%) y calidad del enlace de turno (91.38%).

Palabras clave: *Habilidades comunicativas*, calidad del enlace de turno, Enfermeras.

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between communication skills and quality of the liaison on duty in nursing professionals from a Clinic in Quito, 2022. The study has been developed under the quantitative approach and observational, cross-sectional design. The census sample consisted of 58 nursing professionals. For data collection, the Communication skills scale (EHC) of (Leal-Costa et al., 2019) and the Quality Assessment scale of the shift liaison process of (Yáñez & Zárate, 2019) were applied. For the data analysis, the SPSS v26 program was used, as well as the Jamovi free software and the correlational analysis, Spearman's rank correlation coefficient was applied. The results show that there is a direct relationship, with a medium effect size, between communication skills and the quality of the link on duty, and 20.7% of the variability of link quality is explained by communication skills. In the descriptive analysis of the, a prevalence of high level in communication skills (87.93%) and quality of the shift link (91.38%) has been identified.

Keywords: Communication skills, quality of the liaison on duty, Nurses.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que brinda atención y cuidado al ser humano que acude con alguna enfermedad o padecimiento y requiere una interacción con sensibilidad, empatía, capacidad de escucha, así como diálogo, así como brindar información acerca de los procedimientos brindados. Además, el profesional de enfermería interactúa con los familiares del paciente a quienes les informa acerca del estado de salud del paciente, procedimientos a realizar y brinda orientación acerca de cuidados, y cambios en el estilo de vida. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020; (Ramón-García et al., 2012).

El profesional de enfermería en el ámbito sanitario está expuesto a demandas, exigencias y situaciones estresantes. Además, la práctica asistencial del profesional de enfermería demanda la interacción y coordinación con los profesionales médicos, con el equipo de profesionales de enfermería, con auxiliares de enfermería, y demás personal asistencial, e implica expresarse con claridad en forma oportuna, informar, preguntar, hacer peticiones, así como un trato asertivo y empático de tal modo que contribuya a un clima laboral favorable para el trabajo en equipo, trabajo cooperativo y afrontamiento eficaz (Ruperta & Seañez, 2019).

Sin embargo, los conflictos interpersonales afectan el clima laboral, generan fricciones, desavenencias, tensión, desconfianza y cautela, afecta el trabajo en equipo, ocasionando divisionismo, y malestar entre compañeros de trabajo; lo constituye una fuente de estrés e incide negativamente en labor hospitalaria del profesional de enfermería y personal sanitario, lo cual moviliza emociones negativas y demanda mayor tiempo y energía en el desarrollo de su práctica asistencial (Contreras-Ibacache et al., 2015); (Moñux et al., 2014).

En tal sentido, las habilidades sociales son destrezas interpersonales que dota al individuo de relacionarse con los demás y expresar ideas, emociones, sentimientos de modo asertivo y reduce la probabilidad de conflictos interpersonales; y son relevantes en la práctica asistencial del profesional de enfermería dado que su labor se enfoca en el cuidado del paciente e interacción con el personal sanitario (Murillo, 2016).

Por otro lado, la calidad de atención y seguridad del paciente es un reto del Sistema sanitario y exige compromiso, responsabilidad, eficacia, así como cooperación y coordinación entre el personal sanitario. Uno de los procesos relacionados a la calidad y seguridad del paciente es el enlace de turno, es un proceso de entrega y recepción de pacientes entre profesionales de enfermería al culminar e iniciar cada turno laboral en

la que el profesional saliente brinda información clínica relevante acerca del paciente al profesional ingresante y requiere cooperación, proactividad, receptividad, diligencia y compromiso ético, dado que errores, omisiones puede ocasionar eventos adversos en los pacientes; de modo tal que las habilidades comunicativas de los profesionales de enfermería incide en la calidad de enlace de turno (Yáñez & Zárate, 2019b)

En Australia, de los 25 000 a 30 000 eventos adversos que provocaron discapacidad, el 11 % se debió a una comunicación deficiente durante los cambios de turno y el 6 % se debió a profesionales con habilidades médicas insuficientes (OMS, 2018). En la revisión de estudios, Una investigación identificó que en el enlace de turno hay problemas de planificación y comunicación entre equipo de trabajo (Yáñez & Zárate, 2019b). Otro estudio realizado en Brasil identificó que los peores eventos adversos fueron ocasionados por errores de comunicación en el enlace de turno como omisión de información e informes poco legibles (Llapa Rodríguez et al., 2013); hallazgos similares al estudio realizado en republica Checa, donde se identificaron déficit de habilidades comunicacionales, informes desordenados e ilegibles y omisión de información (Machaczek et al., 2013).

Por lo expuesto, la evidencia teórica y empírica sostiene que las habilidades comunicacionales inciden en la calidad de enlace de turno, y por ende influyen en la calidad de atención y seguridad del paciente en beneficio de la práctica asistencial del profesional de enfermería. En la revisión de estudios se ha identificado que existen pocas investigaciones que analizan la relación entre las variables, estudios realizados en contexto internacional, lo cual constituye un vacío teórico.

En una clínica de la ciudad de Quito, que brinda atención asistencial especializada, se observan ciertas desavenencias, divisionismo y fricciones entre los equipos de enfermería, que incide en el clima de trabajo, lo cual se observa durante los enlaces de turno, mediante diálogo distante y escueto entre profesionales de enfermería. Además, se ha detectado inconsistencias en los registros de pacientes, medicinas que no están controladas, escasa información en el traslado o recepción de un paciente, atraso de las enfermeras en los turnos establecidos además de no prestar atención cuando es el cambio de turno debido al celular o por conversaciones externas al informe de recepción del turno; y si bien la incidencia de eventos adversos es muy baja, si constituye un factor de riesgo organizacional.

En base a lo expuesto, se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre habilidades de comunicación y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022? Los problemas específicos

identificados son: ¿Cuáles son los niveles de habilidades de comunicación en profesionales de enfermería?, ¿Cuáles son los niveles de calidad de calidad de enlace?

La investigación tiene relevancia teórica dado que son escasas las investigaciones acerca del objeto de estudio y los hallazgos constituyen evidencia empírica para el desarrollo teórico del desempeño laboral del profesional de enfermería. Además, tiene relevancia metodológica, dado que aporta con la adaptación, validez y confiabilidad de los cuestionarios que evalúan habilidades sociales y calidad de enlace de turno, de modo que pueda aplicarse en posteriores investigaciones y sirva para medir las variables de estudio en la gestión hospitalaria.

Así también tiene relevancia práctica dado que los hallazgos de la investigación sirven de evidencia empírica acerca de la relación entre habilidades sociales y calidad del enlace, y conocer los niveles de las variables de estudio, de modo que permita al personal directivo y responsables de talento humano en desarrollar estrategias preventivo promocionales que incidan en la mejora continua del profesional de enfermería. La relevancia social recae en el objeto de estudio cuyos atributos analizados inciden en la calidad de atención y seguridad del paciente.

Por tal motivo se ha formulado como objetivo general: Determinar la relación entre habilidades de comunicación y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022. Los objetivos específicos son: Identificar los niveles de habilidades de comunicación, identificar los niveles de calidad de enlace de turno, conocer la relación entre las dimensiones de habilidades sociales y calidad de enlace de turno.

En el presente estudio se asume la siguiente hipótesis:

H_i : Existe relación directa estadísticamente significativa entre habilidades de comunicación y calidad de enlace en personal de enfermería de una clínica de Quito, 2022

H_0 : No Existe relación directa estadísticamente significativa entre habilidades de comunicación y calidad de enlace en personal de enfermería de una clínica de Quito, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

En la revisión de investigaciones previas, en el ámbito internacional, Lylen y Quispe (2022) realizaron un estudio orientado a medir las habilidades comunicativas percibida en una muestra de 60% de pacientes de un hospital de Lima; estudio trasversal observacional y aplicaron la encuesta como técnica de recojo de datos. Los hallazgos reflejaron una prevalencia del nivel medio (65%) y bajo (31.68%) desde la percepción del paciente. Además, identificó que en las dimensiones empatía y respeto prevalece el nivel bajo y medio.

Ayala (2022) analizó las habilidades comunicativas y autoeficacia en una muestra de 80 enfermeros de un hospital de Lima (Perú); estudio trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicaron dos cuestionarios con evidencia de validez y confiabilidad. Los hallazgos evidenciaron una correlación directa baja entre las variables, y una prevalencia del nivel medio y alto de las habilidades comunicativas en la muestra de estudio.

Huaypuna (2021) realizó un estudio orientado a medir las habilidades comunicativas en una muestra de 60 enfermeras de un hospital de Huánuco; estudio observacional trasversal, y aplicó la guía de observación. Los resultados reflejaron una prevalencia del bajo nivel de habilidades comunicativas. En el análisis por dimensiones predomina el nivel en inteligencia emocional, empatía, asertividad, respeto y escucha activa.

Yáñez y Zárate (2019) analizó la calidad de enlace de turno en una muestra de 120 profesionales de enfermería; estudio trasversal observacional y aplicaron la técnica como instrumento de recolección de datos. Los resultados reflejaron una prevalencia del no cumplimiento técnico durante el enlace de turno (62.8%)

Marcos (2020) realizó un estudio orientado a correlacionar la comunicación y calidad del enlace de turno en una muestra de 88 enfermeras de UCI neonatal de un hospital de Lima (Perú), estudio trasversal correlacional y aplicó la encuesta. Los resultados revelaron una correlación directa alta entre las variables de estudio ($Rho=.898$; $p<.05$). Además, identificaron una prevalencia

de buena comunicación efectiva (63%) y regular (22%) y alto nivel de calidad de enlace (58%).

Ramírez (2020) realizó un estudio orientado a medir el enlace de turno y continuidad del cuidado en una muestra de 28 profesionales de enfermería de un hospital de Morelos (México), estudio observacional trasversal y aplicó la escala de evaluación de enlace de turno de Yañez y Zarate (2016). Los resultados reflejaron una prevalencia del nivel deficiente (60.71%) de enlace de turno. Además, identificó un nivel deficiente en el turno vespertino y una prevalencia del nivel regular en el nocturno. Entre los factores que afectan la calidad de enlace identificaron problemas de comunicación, preparación y organización del profesional de enfermería.

Casimiro (2018) analizó el grado de apego en una muestra de 93 enfermeras de un hospital II de México; estudio trasversal observacional. Para el recojo de datos se aplicó lista de Chequeo durante 10 minutos en la entrega de turno. Los resultados evidenciaron una prevalencia del no apego a la calidad de enlace y índice menor desarrolló un apego al enlace (4%). Además, el turno diurno tuvo mayor apego que el nocturno.

Carhuas (2017) analizó la relación entre comunicación y satisfacción en una muestra de 60 usuarios de un centro materno de Lima (Perú), estudio trasversal correlacional y aplicó la encuesta para la recolección de datos. Los resultados identificaron una relación directa entre las variables de estudio y una prevalencia del nivel regular de comunicación percibida.

Vizcarra (2016) analizó las habilidades comunicativas y calidad de cuidado percibido en una muestra de 62 cuidadores del paciente Geriátrico de Ica (Perú); estudio trasversal correlacional y aplicó la encuesta como técnica de recojo de datos. Este estudio mide las habilidades comunicativas del personal de enfermería desde la percepción del cuidador familiar. Los hallazgos reflejaron que los cuidadores familiares percibieron que prevalece la comunicación alta (61.3%) e intermedia (12.9%).

A nivel nacional Carvache (2021) analizó la relación entre comunicación interpersonal y cuidado en una muestra de 80 profesionales de enfermería de un

nosocomio de Guayaquil; estudio transversal correlacional y aplicó la encuesta para la recolección de datos. Los resultados revelaron que existe una correlación directa entre las variables de estudio y una prevalencia del nivel medio de habilidades comunicativas (66.3%) en la muestra de estudio.

Muñoz (2021) realizó un estudio orientado a correlacionar calidad de atención y habilidades interpersonales en una muestra de 95 profesionales de enfermería de un hospital de Quevedo; estudio transversal correlacional y aplicó dos cuestionarios. Los hallazgos del estudio evidenciaron una relación directa entre las variables de estudio. Además, una prevalencia del nivel alto de habilidades interpersonales (92.6%) en la muestra de estudio.

Las habilidades comunicativas son factores relevantes en toda organización, especialmente las que brindan servicios sanitarios y constituye una ventaja competitiva en el funcionamiento de la entidad y calidad de atención que brindan dado que es la base de las relaciones interpersonales, de modo que resulta pertinente el fortalecimiento de destrezas y competencias interpersonales del personal asistencial en beneficio del cumplimiento de objetivos institucionales (Albores, 2005; Veras & Cuello, 2006; Zayas, 2011).

En la revisión conceptual de habilidades de comunicación, se identifican diversas definiciones. Las habilidades de comunicación como un conjunto de capacidades orientadas al control de las emociones y expresión verbal en la interacción funcional con las demás personas (Reyzábal, 2012). La comunicación interpersonal es un multidimensional e implica interacción e influencia mutua de aspectos cognitivos, emocionales, socioculturales de dos o más personas con función con fines informativos, normativos y afectivos (Robbins & Judge, 2013).

Desde un enfoque similar basado en destrezas. Las destrezas comunicativas son conjunto de comportamientos interpersonales que le permite relacionarse de manera funcional, de modo que brinde y reciba información, expresar opiniones, emociones, sentimientos en un contexto de respeto hacia sí mismo y hacia los demás. (Alfárez, 2012). La comunicación interpersonal está conformada por destrezas psicoemocionales aprendidas como la empatía, la

regulación emocional, la escucha activa, el manejo de conflictos y la retroalimentación son destrezas psicoemocionales aprendidas y por ende educable que fortalecen el trabajo en equipo y favorece la convivencia laboral en la organización (Ferrer et al., 2010; Hernández et al., 2019; Lucas et al., 2015; Müggenburg et al., 2016).

La comunicación interpersonal es un proceso dinámico de interacción e intercambio de un flujo de información y está influenciado por características de la organización, factores personales y socioculturales (Fonseca et al., 2011). Son conjunto de destrezas interpersonales que permite la expresión verbal y no verbal, así como recepción y decodificación de mensajes para interactuar con funcionalidad, y eficacia con las demás personas (Hernández-Jorge & De la Rosa Curbero, 2018).

La comunicación interpersonal de acuerdo a lo planteado por Watzlawick puede desarrollarse mediante comunicación verbal y no verbal (Pujol, 2017). La comunicación verbal es un proceso complejo de signos y códigos lingüísticos para poder interactuar con los demás. La expresión verbal se canaliza mediante el empleo de una lengua, mediante el cual las personas manifiestan de manera oral o escrita sus pensamientos, deseos, peticiones, como también brindan información y orientaciones (Fajardo, 2009). La comunicación no verbal es un proceso complejo que permite comunicarse emplear la palabra y está conformada por expresiones corporales, gestuales y pueden presentarse acompañadas de la comunicación verbal o en forma independiente (García, 2013).

La comunicación interpersonal es un proceso complejo conformado por elementos relevantes que a continuación se detallan: El emisor es aquella persona u organización que trasmite la información con alguna finalidad haciendo uso de palabras, gestos o expresiones corporales. El receptor es aquel individuo que recepciona, decodifica e interpreta la información. El mensaje es aquella información que ha sido transmitida por el emisor haciendo uso de algún medio y puede ser expresiones verbales, imágenes, gestos, sonidos, entre otros, cuya interpretación va depender de la claridad, coherencia y medio transmitido. El canal es el medio por el cual se transmite o conduce el mensaje y puede ser

de manera directa o haciendo uso de algún medio físico o tecnológico. El código son el conjunto de signos que permite constituir el mensaje. Por último, el contexto está referido a los hechos, circunstancias y situaciones que rodean el mensaje y ayuda a comprender e interpretar los mensajes (Pujol, 2017).

La comunicación interpersonal puede ser analizada desde lo filosófico, psicológico, sociológico. Desde la pragmática de la comunicación, Watzlawick, psicólogo americano formula la teoría interaccional y plantea cinco axiomas o principios de la comunicación (Pujol, 2017) que a continuación se detallan:

Axioma 1: No existe comunicación, referido que la comunicación es un flujo interminable de mensajes, con presencia o ausencia, con actividad o pasividad lo cual constituye mensajes que implican decodificación.

Axioma 2: La comunicación puede desarrollarse de manera verbal mediante expresiones orales utilizando una determinada lengua, y mediante comunicación no verbal caracterizado por gestos, expresiones corporales y es la comunicación no verbal la que influye en la valoración e interpretación del mensaje

Axioma 3: La comunicación se desarrolla en un nivel de contenido y de relación, lo cual implica que en toda interacción humana fluye información verbal y no verbal, y es las características de los vínculos que establecen entre los comunicantes las que influyen en el significado que le atribuyen a la vivencia.

Axioma 4: La situación actual de la relación se establece en función de la secuencia de los hechos; de modo que la calidad de la comunicación responde a la historia de interacción entre los individuos

Axioma 5. La comunicación puede ser simétrica caracterizado por igualdad entre los individuos; y complementaria cuando existe un desequilibrio de poder, toma de decisiones.

Las habilidades de comunicación son relevantes en la práctica profesional de enfermería centrado en la atención al paciente, así como la coordinación con el personal asistencial. En la interacción con el paciente implica el establecimiento de la relación, basado en trato cordial, y respeto, de tal modo

que la interacción brinde información y orientaciones acerca de su estado de salud, procedimientos y cuidados. Además, genera confianza y seguridad en el paciente, incluso como acompañamiento en eventos adversos y dolorosos del paciente (Beltrán-Salazar, 2009). La interacción enfermera paciente conlleva a utilizar destrezas interpersonales que permita comunicarse en forma eficaz y oportuna con los pacientes, de modo que pueda expresarles, escucharlos o aconsejarlos y desarrollar la atención con calidez, sensibilidad y eficacia (Hofstadt Román et al., 2006).

Las habilidades comunicativas asumidas para fines del estudio son los planteados por Leal-Costa et al. (2019), que a continuación se detallan:

La comunicación informativa, referido a la destreza del profesional sanitario para interactuar con el paciente mediante un trato cordial, expresivo y persuasivo de modo que pueda obtener información relevante y pertinente acerca del caso, para lo cual ha generado rapport y seguridad en el paciente. Además, la habilidad informativa está referido a la destreza de brindar información de manera precisa, clara y coherente acerca de su estado de salud, evolución, procedimientos, cuidados, entre otros, para lo cual utiliza términos comprensibles al nivel educativo y contexto sociocultural del paciente (Santos, 2012).

La escucha activa es una buena práctica comunicativa en el ámbito asistencial y educativo de modo que pueda recibir y decodificar los mensajes de manera oportuna y coherente y se caracteriza en brinda atención al paciente, a su expresión verbal, gestual, emocional y paraverbal, de modo que pueda interactuar mediante contacto ocular y proceso receptivo de los órganos de los sentidos y decodificar los mensajes que surja de la interacción con el paciente (Subiela et al., 2014)

La empatía es una destreza comunicativa relevante que permite tener la sensibilidad cognitiva y afectiva para comprender la vivencia desde el marco de referencia del paciente (Triana-Restrepo, 2017). La empatía es una expresión de madurez emocional y sensibilidad interpersonal de tal modo que pueda captar la vivencia del individuo y actuación comprensiva desde la perspectiva de la otra

persona, y brindar la retroalimentación al paciente de modo que se sienta comprendido, de modo que reduzca el temor, ansiedad y respuestas defensivas del paciente (Bermejo Higuera et al., 2014; Triana-Restrepo, 2017)

El **respeto** referido a la atención a la otra persona valorando sus diferencias personales, virtudes y derechos. El respeto constituye uno de los valores interpersonales más importantes e implica el reconocer el valor, derechos e individualidad de la otra persona. En la práctica de enfermería, el cuidado al paciente implica aceptar sus características personales sin juicios de valor, ni discriminación (Leal-Costa et al., 2019).

La **Habilidad social** son aquellas destrezas interpersonales que le permite entablar relaciones interpersonales de manera espontánea y expresar sus opiniones, emociones, deseos, sentimientos con naturalidad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás (Ayuso-Murillo et al., 2017)

En lo concerniente a enlace de turno, es un proceso relacionado a la práctica profesional de enfermería poco abordado por la comunidad científica y recién en los últimos años ha sido objeto de estudio; y es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería traslada la responsabilidad y cuidado del paciente al profesional que ingresa de turno, para lo cual brinda información detallada acerca del estado de salud, tratamiento, exámenes auxiliares, resultados entre otros (Casimiro-Barragán et al., 2019). Según la Asociación médica Australia al enlace de turno como la delegación temporal o continuo de la responsabilidad del cuidado y asistencia de un paciente o grupo de pacientes en un establecimiento sanitario (Anderson et al., 2015).

El enlace de turno es un procedimiento sistematizado del servicio de enfermería enfocado en el cuidado terapéutico continuo y eficiente del paciente, en el que el profesional de enfermería del turno saliente reporta de manera detallada acerca de los datos del paciente, situación clínica, procedimientos, tratamientos, exámenes, resultados y otra información relevante que garantice la atención oportuna y eficiente del paciente (Miroslava et al., 2016).

En la gestión hospitalaria se organiza la jornada laboral de los profesionales de salud por turnos o guardia, de modo tal que los cambios de

guardia constituyen una práctica rutinaria del trabajo asistencial, de modo que el enfermero saliente de turno hace una descripción detallada de la situación del paciente, procedimientos realizados y pendientes, así como los cuidados genéricos y específicos del paciente durante el cuidado del profesional de enfermería (Casimiro-Barragán et al., 2019). El enlace de turno garantiza la continuidad del cuidado eficiente y oportuno del paciente, de modo que se eviten omisiones y repeticiones de procedimientos en beneficio de la seguridad del paciente y por ende prevenir eventos adversos hospitalarios ya sea por problemas de comunicación, sobrecarga de trabajo o atención deficitaria al paciente (Cairns et al., 2013; Llapa et al., 2013; Miroslava et al., 2016).

El proceso de enlace de turno es una práctica hospitalaria que garantiza la continuidad de la calidad del cuidado que permite informar de manera detallada acerca de la salud, complicaciones y procedimientos y demanda planificación, ejecución y monitoreo (Miroslava et al., 2016).

Sin embargo, uno de los problemas detectados en el enlace de turno constituye que un grupo de profesionales con bajo nivel de vocación y compromiso, se muestran desinteresados y desatentos durante el enlace de turno, o lo realizan con la premura de salir del trabajo, lo cual constituye un riesgo en la atención del paciente (Guevara Lozano & Arroyo Marles, 2015). Además, es necesario que el procedimiento de enlace de turno sea acompañado con una lista de chequeo que sistematice este procedimiento, para una mejora continua en beneficio de los pacientes, de tal modo que se brinde una descripción detallada del estado del paciente, procedimientos y atenciones (Casimiro-Barragán et al., 2019)

En el análisis de las dimensiones de Calidad de enlace de turno, de acuerdo al modelo propuesto por Yáñez-Corral y Zárate-Grajales (2016) son: La estructura está referido a los recursos materiales que cuenta el profesional de enfermería para la elaboración y organización del reporte. El proceso se refiere a los procedimientos y cuidado que brinda el profesional de enfermería de la organización. Los resultados se refieren a la evaluación de los efectos adversos.

Además, se ha identificado que existen dos tipos de enlaces de turno: El enlace de turno en el equipo de enfermería, realizado en algunas ocasiones, especialmente cuando determinados casos o situaciones especiales, en el que el equipo profesional de enfermería se reúne para brindar y recibir información más amplia acerca de los pacientes y del servicio, así como discuten acerca de la situación del paciente para determinar la estrategia a desarrollar. Sin embargo, existe el riesgo que la información proporcionada sea inexacta o muy genérica. El enlace de turno en forma de revista desarrollada en el servicio, en el que el profesional saliente e ingresante va observando y detallando la situación clínica de cada paciente, de manera directa y detallada (Miroslava et al., 2016)

La práctica profesional de enfermería en el ámbito hospitalario sistematiza sus acciones y procedimientos mediante reportes, y registros que quedan documentados en la historia clínica del paciente y expresados de manera verbal durante el enlace de turno con la finalidad de comunicar información de manera oportuna, clara y precisa acerca del estado de salud, procedimientos y eventos que surjan durante la permanencia del paciente en un determinado servicio, como también procedimientos y exámenes que quedan pendientes de realizarse, de acuerdo a las funciones del profesional de enfermería. Además de ello, resulta relevante y pertinente la disposición a aclarar dudas que garanticen la continuidad de la atención del paciente (Miroslava et al., 2016).

En tal sentido las habilidades comunicativas son un factor relevante del profesional de enfermería en el enlace de turno, de modo que pueda brindar o recibir información de manera detallada acerca del paciente, como también tener iniciativa para hacer preguntas o aclaraciones con la naturalidad durante el enlace de turno y por ende dedicarle el tiempo suficiente fortaleciendo las relaciones interpersonales y fomentando la intervención o aportación (Guevara Lozano & Arroyo Marles, 2015).

En la práctica clínica se ha determinado que la comunicación efectiva entre el equipo de profesionales asistenciales de una entidad hospitalaria ayuda a reducir la ocurrencia de eventos adversos, así como los problemas de comunicación constituyen uno de los factores más frecuentes relacionados con las quejas de los pacientes; de modo tal que la habilidad

comunicativa se aprende y refuerza orientado a expresar en forma oportuna, clara y directa opiniones, ideas, preguntas, dudas entre otros aspectos que esclarecen la situación del paciente, de modo que la interacción cordial, cálida, oportuna y empática contribuye a la práctica profesional de enfermería ya sea con el paciente, como con el equipo de profesionales de la salud, y en el caso del enlace de turno incide favorablemente para aclarar la situación del paciente y procedimientos a realizarse y ayuda a la seguridad del paciente (Miroslava et al., 2016)

En lo relacionado a trabajos previos, a nivel internacional, (Domínguez Gutierrez, 2022) analizó la AT en pacientes con TB de un Puesto de Salud de San Juan de Lurigancho, Lima (Perú); estudio trasversal correlacional y para el recojo de datos aplicó el test Moriky. Los resultados evidenciaron una prevalencia del nivel medio de adherencia (45%), seguido de alta adherencia (30%) y baja adherencia (25%)

Jiménez y Reinoso (2021) realizaron un estudio con la finalidad de determinar es un factor que incide en la AT y abandono al tratamiento en pacientes con TB de un centro Materno Infantil de Lima (Perú) en el periodo 2016-2020, para lo cual aplicaron un estudio observacional, analítico, de cohorte. Para el recojo de datos aplicaron el análisis documental de 153 historias clínicas. Los resultados evidenciaron que la depresión es un factor de riesgo del abandono y baja adherencia al tratamiento. Además, identificaron que el 53.6% presentaba depresión, una prevalencia de baja adherencia terapéutica (42.5%) y el 18.3% abandono el tratamiento.

Rodríguez (2020) realizó una investigación con la finalidad de determinar la relación entre depresión y AT en pacientes con diabetes mellitus (DM) de un hospital de Piura (Perú) y aplicó un diseño trasversal, observacional. La muestra del estuvo conformada por 228 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados evidenciaron que existe relación entre depresión y AT. Además, identificaron que en depresión prevalece el nivel grave (39.2%) y moderado (19.4%)

Massano-Cardoso et al. (2020) realizaron la investigación con la finalidad de determinar la asociación entre depresión y control glicémico en una muestra de 347 pacientes con DM de un hospital de Coimbra (Portugal) y aplicaron un diseño observacional, transversal. Para el recojo de datos aplicaron el BDI de Beck, y datos de control glicémico. Los resultados evidenciaron que los pacientes con diabetes mellitus con más síntomas depresivos tuvieron mayor control glicémico, y concluyeron que el ánimo depresivo es un factor mediador en la gestión de estrategias de afrontamiento para el control glicémico.

Bonilla-Asalde et al. (2020) realizaron un estudio con la finalidad de identificar los niveles de depresión en una muestra de 110 pacientes con TB de un Hospital de El Callao (Lima), aplicaron el diseño transversal descriptivo. Para el recojo de datos aplicaron el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9). Los resultados evidenciaron que el 54.5% de la muestra de estudio tiene depresión. Concluyeron que la depresión es un problema muy frecuente en pacientes con diabetes y es un factor psicosocial relevante a tener en cuenta en el abordaje del paciente con TBC.

Luque Espinoza (2020) realizó un estudio con la finalidad de determinar la relación entre TB y niveles de depresión en una muestra de 100 pacientes de un hospital de Tacna (Perú), investigación transversal descriptiva y trabajó con una muestra de 100 personas con tuberculosis. Para el recojo de datos aplicó la ficha de datos sociodemográficos y la escala de depresión de Hamilton. Los resultados evidenciaron que el 85% de la muestra de estudio tenía depresión, dentro de los cuales predominaba la depresión moderada (40%) y leve (30%), y en menor incidencia la depresión severa (15 %).

Llanos-Tejada y Ponce-Chang (2019) realizaron el estudio que analizó la asociación entre depresión y AT en una muestra de 50 pacientes que concluyeron la primera fase del esquema terapéutico antituberculosis; estudio transversal observacional y trabajaron con una muestra de 50 pacientes. Para el recojo de datos aplicaron la escala PHQ-9 para medir la depresión y el cuestionario Morisky-Green para medir adherencia terapéutica. Los hallazgos evidenciaron una asociación estadística a un nivel de significancia de .05 entre niveles de adherencia y depresión.

Gordillo (2018) analizó la relación entre adherencia terapéutica y depresión en una muestra de 40 pacientes con TB de una Microred de Ventanilla (Perú) mediante un estudio trasversal observacional. Para el recojo de datos aplicó el Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento y la escala de Depresión de Zung, y utilizó el coeficiente de Chi cuadrado para determinar la asociación estadística, e identificó que no existe asociación estadística entre las variables de estudio.

Arroyo-Hernández y Torres-Chang (2018) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la influencia de la depresión en la AT en pacientes con TB de un hospital de Ica (Perú); estudio trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicaron la escala de depresión de Zung y el Test de Morisky-Green. Los resultados evidenciaron que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. En el análisis descriptivo se ha identificado que en sintomatología depresiva leve (37,9%) y moderada (34,5%). Además, una predominancia de mala adherencia terapéutica (65.5%).

Rojas-Villegas et al. (2017) analizaron la influencia de la depresión y ansiedad en la AT en una muestra de 31 pacientes con enfermedad renal crónica de un hospital de México, y trabajaron con un diseño trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicaron el BDI, BAI, y la Escala de Adherencia Terapéutica. Los resultados evidenciaron que la depresión se asocia con menor AT, especialmente con el control de alimentos y seguimiento médico. Además, se identificó una prevalencia de alta prevalencia (67%) y síntomas depresivos (48%).

Ortiz Faucheux et al. (2017) realizaron un estudio con la finalidad de identificar la AT en 23 pacientes con TB de un centro de Salud de Tacna (Perú), investigación trasversal descriptiva. Para el recojo de datos aplicó el test de Morisky Levine. Los resultados evidenciaron una prevalencia a la no AT (52%). Además, el 57% de pacientes no se olvida de tomar sus medicamentos, y el 61% lo toma en la hora indicada.

Sánchez-Cruz et al. (2016) realizaron un estudio con la finalidad de determinar la relación entre estrés y depresión con AT en 101 pacientes con DM de una Unidad familiar de Yucatan (México) y aplicaron un diseño trasversal. y

aplicaron la escala de Morinsky-Green, Test Homes Ray y la escala de Zung. Los resultados evidenciaron predomina el control glicémico (76%), y el 26 % presenta algún nivel de depresión

Morales (2015) analizó la relación entre depresión y AT adherencia al en una muestra de 81 pacientes MDR de una red asistencial de Lima (Perú), y aplicó un diseño trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicó la escala de depresión de Zung y el Test de Morisky- Green. Los resultados evidenciaron una correlación estadística significativa entre depresión y adherencia terapéutica. Además, identificó que los pacientes que no tienen depresión presentan un índice de adherencia del 82.14%, mientras que los pacientes que tienen depresión leve tienen un índice de adherencia del 76.67%.

A nivel nacional, Bacilio y Romero (2019) en Santa Elena analizó la AT en una muestra de 30 pacientes con TB atendidos en un establecimiento médico; estudio trasversal, observacional. Los hallazgos evidenciaron que 62% de participantes desconoce las reacciones adversas del tratamiento, y entre los factores asociados al abandono del tratamiento, prevaleció la depresión (87%), limitado soporte social y lejanía del centro de salud. Concluyeron una tendencia a la baja AT en la muestra de estudio

En la formulación teórica de la depresión, se ha asumido el modelo cognitivo de Beck, basado evidencias clínicas y estudios experimentales en el abordaje de personas con depresión. Este modelo teórico se estructura sobre tres procesos cognitivos para explicar a la depresión: La triada cognitiva, el esquema y las distorsiones cognitivas (Beck et al., 2012) que a continuación se detallan:

La triada cognitiva está conformada por visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La visión negativa de sí mismo se fundamenta por una baja autoestima, pobre autoconcepto, se percibe carente de virtudes y tendencia a magnificar limitaciones y dificultades. Lo segundo esta referido a que el medio exterior presiona y exige demasiado, y realiza una valoración negativa del entorno. Por último, una tendencia auto derrotista, en la que el individuo percibe que los problemas continuaran y atribuye experiencia errática en el afrontamiento (Berrío, 2019).

Los esquemas según los planteamientos de Beck, son estructuras del pensamiento estables que se ha organizado a lo largo del ciclo vital del individuo, sobre el cual atribuye significado e interpretación a sus experiencias y situaciones; puede estar inactivo y bajo determinadas situaciones o estímulos se activa. En el caso de la persona con depresión ante determinadas situaciones, se activa su esquema de naturaleza peculiar e idiosincrática, seleccionando determinados estímulos que evalúa de manera distorsionada, atribuyendo significado negativo a las situaciones y experiencias que generan malestar en el individuo. Estos esquemas se van asociando con determinados estímulos siendo cada vez mayor el número de esquemas cognitivos distorsionados frente al cual el paciente pierde la evaluación y control lógica y racional (Gonzalez Tuta. et al., 2017).

Las distorsiones cognitivas son errores en el procesamiento de la información que presenta el paciente con depresión en la que validan sus creencias y conceptos negativos en contraposición a la lógica y evidencia empírica. Los más frecuentes son pensamiento polarizado, visión de túnel, inferencia arbitraria, entre otros (Beck et al., 2012).

En la revisión conceptual de depresión se identifica varias acepciones, y puede confundirse en variaciones normales del humor, como también la confluencia de signos y síntomas. La depresión normal se caracteriza por sintomatología anímica como tristeza, rápido acceso al llanto, desmotivación, disforia, manifestaciones de corta duración y surgen como reactividad emocional ante situaciones adversas y frustrantes (Boland, R., Verduin, M., & Ruiz, 2021).

La depresión como un trastorno afectivo episódico se caracteriza por la presencia de una variedad de síntomas como tristeza, baja vitalidad, decaimiento, disforia, desesperanza, baja autoestima, anhedonia, alteración del sueño que afectan el desenvolvimiento personal, familiar, laboral y social del individuo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). La depresión comprende un abanico de síntomas en la esfera cognitiva, anímica, motivacional, interpersonal y somática, siendo la tristeza patológica el síntoma anímico más relevante (Boland, R., Verduin, M., & Ruiz, 2021).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y altamente incapacitante a nivel mundial que afecta a las personas de diferente etapas del desarrollo, especialmente a población adulta (Piñar Sancho et al.,

2020). En tal sentido constituye un problema de salud pública, que se manifiesta de manera episódica y confluyen sintomatología en el contenido y fluidez del pensamiento, anímica, volitiva, somática y alteraciones del comportamiento graves como pensamientos y conductas autolíticas como ideación pasiva de muerte. ideación suicida, hasta el suicidio, provocar desajuste, malestar y sufrimiento e interfiere en su funcionamiento psicosocial del individuo que la padece (Pérez-padilla et al., 2017)

De acuerdo a la onceava edición del Manual de Clasificación internacional de enfermedades (CIE 11, como se citó en (Belloch Fuster et al., 2020) un episodio depresivo se manifiesta mediante una variedad de sintomatología como ánimo decaído, baja vitalidad, desinterés en sus actividades personales, alteración del apetito y sueño, agitación o inhibición psicomotora, desesperanza, sentimientos de inutilidad, ideación autolítica; con una duración de dos semanas como mínimo y afecta significativamente su ajuste y funcionamiento personal En el análisis de la sintomatología de la depresión, se identifica las siguientes manifestaciones clínicas (Belloch Fuster et al., 2020); (Ortiz-Tallo, 2019):

Los síntomas cognitivos se desarrollan en proceso y contenido del pensamiento. En alteración del proceso se manifiesta con problemas de atención y concentración, así como realiza con mayor dificultad y lentitud las actividades personales y presenta mayor tendencia al error, requiriendo mayor esfuerzo en las actividades que anteriormente realizaba con eficacia. En el contenido del pensamiento se identifica pobre valoración de sí mismo, auto culpación, sensación de vacío, así como distorsiones cognitivas como pensamiento catastrófico y polarizado, pesimismo, y tendencia autoderrotista. Además, pensamiento autolítico como ideación de muerte e ideación suicida.

Los síntomas anímicos son variados dentro de los cuales la tristeza patológica es el más relevante. Además, la labilidad emocional y tendencia al llanto, la disminución de emociones positivas, cuya respuesta emocional más frecuente está relacionado con el malestar y sufrimiento, irritabilidad, abatimiento, disminución de significativamente de actividades placenteras y capacidad de disfrute, así como tensión y angustia. Los síntomas motivacionales identificado son hipobulia, apatía, desmotivación e inhibición motivacional, tiende a evitar y rechazar las actividades que realizaba con regularidad

Los síntomas somáticos se manifiestan desde molestias corporales difusas como dolor muscular, dolor de cabeza, como también alteraciones del apetito, sueño, disminución del deseo sexual, alteraciones digestivas como estreñimiento, dolor estomacal, entre otros. Los síntomas sociales se caracterizan por disminución significativa de sus vínculos interpersonales hasta llegar al extremo de aislarse, limitándose a personas representativas, con quienes desarrolla fuerte vinculación afectiva y se torna demandantes y dependiente, exigiendo compañía, cuidado y protección.

En lo concerniente a la revisión teórica de AT, se ha identificado diferentes definiciones. La OMS define como el nivel de involucramiento del individuo para cumplir un plan terapéutico y estilos de vida saludable en concordancia a lo prescrito por el profesional sanitario (Como se citó en Ortega Cerda et al., 2018).

Desde una concepción similar se define a la AT como el grado en el cual el comportamiento de un paciente concuerda con las prescripciones sanitarias orientadas a su bienestar y recuperación, así como evitar situaciones de riesgo. De este modo el grado de compromiso y apego al tratamiento es un factor trascendente en el mantenimiento de la salud de la persona con alguna enfermedad crónica (Vargas Sánchez & Toledo Hernández, 2018).

Es importante realizar una precisión conceptual dado que adherencia terapéutica y cumplimiento terapéutico suele utilizarse como sinónimo, sin embargo, al hablar de cumplimiento hace mención a una orden o disposición externa frente al cual se actúa de manera pasiva, en tanto que la AT requiere motivación, conciencia y compromiso consigo mismo respecto al afrontamiento de una enfermedad (Ortega Cerda et al., 2018). La adherencia terapéutica está influenciada por una variedad de factores personales, socioeconómicos, factores referidos al sistema sanitario, referidos a la enfermedad y tratamiento (Sabaté & World Health Organization, 2003).

Uno de los factores personales está relacionado a sistema de creencias religiosas y espirituales del individuo, como también su conocimiento y comprensión acerca de la enfermedad (Conn & Ruppert, 2017). Otro factor constituye la edad de paciente, y se ha identificado que, a mayor edad, el paciente desarrolla mayor adherencia terapéutica, así como el hecho de vivir en matrimonio. Además, de lo citado, un factor relevante constituye la personalidad del paciente, de modo que disponga de estabilidad y control de sus emociones,

así como optimista, motivada y satisfecha con la vida y capacidad de manejo de conflictos, a diferencia del pesimista, renegón y de baja autoestima (Lanouette et al., 2009; Munro et al., 2007).

En lo concerniente a factores familiares, aquellos pacientes que cuentan con un soporte familiar, acompañamiento y aliento emocional tienen mayor probabilidad de desarrollar adherencia terapéutica (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018). Además, contar con recursos socioeconómicos le permite acceder a servicios sanitarios básicos y especializados de manera oportuna, como también realizarse exámenes especializados de alto coste y adquisición de fármacos incide en el abordaje a la enfermedad y desarrollo de AT (DiMatteo, 2004).

En lo concerniente a factores relacionados con el tratamiento, está referido a la complejidad del tratamiento, nivel de invasión y efectos adversos que ocasiona, de modo que abordajes complejos suelen incidir negativamente en la Adherencia terapéutica (Kardas et al., 2013). Además, monodosis es más accesible que varias dosis diarias, como también tratamientos cortos son más factibles de desarrollar que tratamientos largos (Iskedjian et al., 2002). Un factor importante a tener en cuenta en el abordaje constituye la severidad de la enfermedad, de modo que enfermedades limitantes y complejas que inciden negativamente en la calidad de vida del paciente suele afectar el abordaje de la enfermedad; mientras que enfermedades de evolución favorable y ausencia de síntomas puede influir en el abandono del tratamiento o cumplimiento parcial de las prescripciones sanitarias (Gold et al., 2006)

En el análisis dimensional de la adherencia terapéutica se identifica al control de salud y autocuidado. El control de la salud está referido a las atenciones, consultas médicas, procedimientos sanitarios y orientación y consejería que recibe el paciente en relación a la enfermedad que presenta. Estos controles implican realización de exámenes auxiliares como exámenes de laboratorio, imagenología, entre otros factores. El autocuidado está referido a la conciencia y motivación del paciente con su salud, de modo que en forma autónoma y reflexiva el cuidado de si mismo desde lo físico, emocional e interpersonal (Naranjo Hernández et al., 2016).

La asociación depresión y tuberculosis puede darse de manera bidireccional, de modo que la depresión puede afectar el tratamiento y recuperación de la TB ante los cambios biológicos y comportamentales que

ocasiona el trastorno del estado de ánimo; manifestado en un abanico de síntomas como tristeza, labilidad, desanimo, baja vitalidad, cansancio, fatiga, alteración de sueño, lo cual incide en la motivación y compromiso con el tratamiento del paciente con TB y afecta su calidad de vida (Ambaw et al., 2018); (Lyketsos, 2010). Los pacientes que desarrollan sintomatología depresiva presentan baja adherencia y riesgo de abandono del tratamiento, lo cual incide en la evolución de la enfermedad y aparición de discapacidades (Goldstein et al., 2017)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo porque utiliza el método hipotético deductivo, aplica la medición del objeto de estudio de modo riguroso y confiable mediante cuestionario y realiza análisis de datos para formular las conclusiones (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Sánchez Flores, 2019). Así también, según su finalidad, se trata de una investigación dado los hallazgos contribuyen al desarrollo teórico del fenómeno estudiado y no tiene aplicación práctica (Arias Gonzáles & Covinos Gallardo, 2021; Bernal, 2010)

3.1.2. Diseño de investigación

La investigación aplicó un diseño observacional dado que se realizó recopilación de datos del objeto de estudio sin desarrollar estrategias manipulativas en las variables de investigación. Según el corte temporal, se trató de un estudio transversal dado que la medición de las variables será en un solo momento. Según el nivel de estudios, se aplicará un diseño correlacional mide el grado de asociación estadística entre los atributos analizados (Arias Gonzáles & Covinos Gallardo, 2021)

El esquema de investigación es el siguiente:

X_1 - Y_2

Dónde:

X_1 : Medición de Habilidades sociales

- : Relación entre las variables

X_2 : Medición de calidad de enlace

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Habilidades comunicativas: Son conjunto de destrezas interpersonales que permite la expresión verbal y no verbal, así como recepción y decodificación de mensajes para interactuar con funcionalidad, y eficacia con las demás personas (Hernández-Jorge & De la Rosa Curbero, 2018)

Definición Operacional: Las habilidades comunicativas serán medidas por medio de las puntuaciones obtenidas en la escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Enfermería de Leal et al. (2019) mediante 18 reactivos tipo escala likert.

Dimensiones: Comunicación informativa, empatía, respeto, habilidad social

Escala: Ordinal

Variable 2: Calidad de enlace de turno: Es el proceso de entrega y recepción de pacientes por el equipo de enfermería con la finalidad de continuar el cuidado y atención sanitaria del paciente en forma planificada, y coordinada en un periodo de tiempo (Yáñez & Zárate, 2019b)

Definición Operacional: La calidad de enlace de turno será medido mediante el cuestionario sobre calidad del enlace de turno de Yanez y Zarate (2016) mediante 21 reactivos tipo likert

Dimensiones: estructura, proceso, resultados

Escala: Ordinal.

3.3. Población, Muestra y muestreo

3.3.1. Población

La población es el universo de sujetos que conforman una organización o entidad donde se desarrolla el estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018b). El presente estudio de investigación está conformado por una población de 58 enfermeros dentro del área de cuidados intensivos de una clínica de Quito.

3.3.2. Muestra

La muestra es una división del universo población a quienes se le administra los instrumentos de recolección de datos (Bernal, 2010). En la investigación se trabajó con censo consistente en aplicar al 100 % de individuos que cumplan los criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son: profesional de enfermería que tenga vínculo laboral con la Clínica de Quito, que brinde el consentimiento informado y desarrolle el 100 % de los ítems de los instrumentos de recolección de datos.

Los criterios de exclusión son personal de la clínica que no sea profesional de enfermería, se encuentre en periodo vacacional o este sancionado y no logren concluir los instrumentos de evaluación.

3.3.3. Unidad de análisis: Profesional de enfermería del área de cuidados intensivos de una clínica de Quito

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos

La investigación aplicó como técnica de recojo de datos a la encuesta definida por un sistema de preguntas estructuradas, estandarizadas y objetivas que permite explorar información acerca de las variables de estudio para establecer inferencias (Gil Pascual, 2016)

Para la recolección de datos acerca de la variable habilidades comunicativas se aplicó la escala de habilidades de Comunicación (EHC) de (Leal-Costa et al., 2019) constituido por 18 reactivos tipo likert con seis opciones de respuestas. Además, está conformada por las dimensiones Comunicación informativa, Empatía, Respeto y Habilidad social.

Las evidencias de validez y confiabilidad en la versión original fueron determinadas por (Leal-Costa et al., 2019) mediante índice de discriminación, obteniéndose índice superior a .30. La confiabilidad fue determinada mediante consistencia interna aplicando el coeficiente de Cronbach y se obtuvo los valores aceptables. Además, en el análisis factorial confirmatoria, obtuvieron adecuados valores de ajuste al modelo de cuatro factores

Para medir la calidad de enlace de turno se aplicó la escala de Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de (Yáñez & Zárate, 2019b) conformado por 22 reactivos tipo likert en función de las dimensiones estructura, proceso y resultados. En su versión original se determinaron las evidencias de validez y confiabilidad y se obtuvieron valores aceptables. Para fines del estudio se realizará la adaptación y validación

En la investigación se realizó las evidencias de validez de contenido por juicio de expertos cuyas ponderaciones se procesará mediante índice de acuerdo de Aiken. La confiabilidad se trabajó mediante coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach y se obtuvieron altos valores de confiabilidad

3.5. Procedimiento.

En la aplicación del estudio se realizó los siguientes procedimientos:

Identificación de instrumentos de recolección con soporte teórico, y evidencia de validez y confiabilidad.

Revisión y adaptación de los cuestionarios de medición de las variables de estudio.

Se realizó la validación de los instrumentos mediante juicio de expertos y determinará la confiabilidad por consistencia interna aplicando a una prueba piloto.

Se solicitó autorización con personal directivo de la clínica de Quito para aplicar los instrumentos de recolección de datos

Se digitalizó los instrumentos mediante plataforma Google forma y distribuirá el link mediante grupo de whapsap del personal de enfermería de la clínica

Se realizó el análisis de datos y presentación de resultados mediante tablas y gráfico.

3.6. Método de análisis de datos

Para el análisis de datos se elaboró base de datos que registre los datos obtenidos en las encuestas acerca de las variables de estudio mediante aplicativo Microsoft Excel, y se realizará la codificación de los datos sociodemográficos y sumatoria de variables y dimensiones por unidades de análisis

La evidencia de validez de los instrumentos se realizará aplicando el índice de acuerdo de Aiken. La evidencia de confiabilidad por consistencia interna se realizará mediante coeficiente Omega Alfa de Cronbacj utilizando el programa Jamovi.

Para el análisis descriptivo, se utilizará el programa SPSS v.26.0, mediante el cual se importará los datos de Excel, y se utilizará frecuencias y porcentajes para describir las variables. Para el análisis correlacional, se realiza como análisis previos la prueba de normalidad y dado que difiere de la normalidad se aplicó el coeficiente de Correlación de Spearman. Para la verificación de hipótesis se trabajará con el análisis inferencial del coeficiente de correlación a un nivel de significancia de .005

3.7. Criterios éticos.

En la investigación se ha respetado los principios éticos planteados en el reporte de Belmont (Delclós, 2018) que se detallan a continuación:

El principio de Respeto a las personas que consiste en brindar un trato digno en atención a las características individuales de las personas, respetando la autonomía y voluntariedad de los individuos para participar o no en la investigación. Para ello se le brinda información acerca de la investigación, procedimientos empleados, así como de los riesgos y beneficios del estudio, respeto de intimidad y confidencialidad. Posteriormente a ello las personas que brindan su consentimiento informado de manera explícita, participarán en la investigación.

El principio de beneficencia/No maleficencia está referido que la investigación tiene un beneficio común al generar conocimiento acerca de las variables de estudio, mediante la aplicación, calificación y procesamiento de la información obtenida en instrumentos de medición, y no trae riesgos, ni consecuencias negativas en el bienestar y funcionamiento del individuo

El principio de justicia consiste en brindar un trato con equidad, igualdad e inclusión, en especial con grupos vulnerables, sin que se brinde a las personas un trato preferencial o discriminatorio.

Además, se respetará principio ético de la Apa correspondiente al respeto de la propiedad intelectual mediante citación y referencias

IV. RESULTADOS

Análisis Inferencial

Tabla 1. Prueba de normalidad de Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Habilidades de comunicación	,186	58	<.001
Empatía	,163	58	,001
Comunicación informativa	,217	58	<.001
Respeto	,298	58	<.001
Habilidad social	,209	58	<.001
Calidad de enlace de turno	,188	58	<.001
Estructura	,143	58	,005
Proceso	,287	58	<.001
Resultado	,226	58	<.001

Nota: K-S: Kolmogorov-Smirnov; gl: Grados de libertad; p: Probabilidad de error.

Prueba de Hipótesis:

H₀: Los datos siguen una distribución normal

Criterios de decisión estadística

p-valor > $\alpha(0.05)$; se acepta la H₀

p-valor < $\alpha(0.05)$; se rechaza la H₀

Decisión estadística: Se rechaza la H₀

Interpretación

En la tabla 1 referido al análisis inferencial de la prueba de normalidad del coeficiente K-S, se evidenció que los puntajes obtenidos en habilidades de comunicación y calidad de enlace de turno, se obtuvo un p-valor < $\alpha(0.05)$, lo cual significa que se rechaza la H₀, y por tanto se acepta la H₁ que plantea la normalidad de las puntuaciones;. En tal sentido corresponde aplicar el estadígrafo no paramétrico de Rho Spearman para medir la correlación entre las variables de estudio.

Análisis correlacional

Tabla 2. Coeficiente Rho Spearman entre Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

	<i>Habilidades comunicativas</i>	
<i>Calidad del enlace</i>	Rho Spearman	.455**
	p	<.001
	d	Mediano
	r ²	.207

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; **p < 0,01; r²: Coeficiente de determinación; n: Tamaño de la muestra

Prueba de Hipótesis

H₀: No Existe relación estadísticamente significativa entre Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno

Criterios de decisión estadística

p-valor >α(0.05); se acepta la H₀. **Por tanto, se rechaza a H_i**

p-valor < α(0.05); se rechaza la H₀. **Por tanto, se acepta a H_i**

Decisión estadística: Se rechaza la H₀. **Por tanto, se acepta a H_i** (Relación significativa)

Interpretación

En la tabla 2, en el análisis inferencial de la relación entre *Habilidades comunicativas* y *calidad del enlace de turno en muestra de estudio*, se evidenció que el p-valor <α (0.05). Por tanto, la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se asume la aceptación la hipótesis de trabajo, que plantea que existe relación directa, estadísticamente significativa y tamaño del efecto mediano entre *Habilidades comunicativas* y *calidad del enlace de turno*, y el 20.7% de variabilidad de calidad de enlace se encuentra explicada por las habilidades comunicativas. Lo cual significa que, a mayores destrezas comunicativas, mayor calidad de enlace de turno

Tabla 3. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión empatía y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

		<i>Empatía (N=58)</i>
Estructura	Rho	,323*
	p	.011
	d	Mediano
Proceso	Rho	.312*
	Sig. bilateral	.013
	d	Mediano
Resultado	Rho	.355**
	Sig. bilateral	0.06
	d	Mediano

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; **p < 0,01; *p < 0,05; N: Tamaño de la muestra

Prueba de Hipótesis

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre *la dimensión empatía y las dimensiones de calidad de enlace*

Criterios de decisión estadística

p-valor > α(0.05); se acepta la H₀

p-valor < α(0.05); se rechaza la H₀

Decisión estadística: Se rechaza la H₀

Interpretación

En la tabla 3, en el análisis inferencial de la relación *entre la dimensión empatía y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito*, se evidenció que el un p-valor=.001 < α (0.01). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, lo cual significa que existe estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre empatía y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor sensibilidad interpersonal, mayor calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.

Tabla 4. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión comunicación informativa y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

<i>Comunicación informativa (N=58)</i>		
Estructura	Rho	.403**
	p	.002
	d	Mediano
Proceso	Rho	.604**
	Sig. bilateral	<.001
	d	Grande
Resultado	Rho	.535**
	Sig. bilateral	<.001
	d	Grande

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; **p < 0,01; ; N: Tamaño de la muestra

Prueba de Hipótesis

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre *la dimensión Comunicación informativa y las dimensiones de calidad de enlace*

Criterios de decisión estadística

p-valor >α(0.05); se acepta la H₀

p-valor < α(0.05); se rechaza la H₀

Decisión estadística: Se rechaza la H₀

Interpretación

En la tabla 4, en el análisis inferencial de la relación *entre la dimensión comunicación informativa y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito*, se evidenció que el un p-valor=.001< α (0.01). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, lo cual significa que existe estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto de mediano a grande entre empatía y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayores destrezas para explorar y brindar información, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.

Tabla 5. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión respeto y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

		Respeto (N=58)
Estructura	Rho	.402**
	p	.002
	d	Mediano
Proceso	Rho	.461**
	Sig. bilateral	<.001
	d	Mediano
Resultado	Rho	.359**
	Sig. bilateral	.006
	d	Mediano

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; **p < 0,01; ; N: Tamaño de la muestra

Prueba de Hipótesis

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre *la dimensión respeto y las dimensiones de calidad de enlace*

Criterios de decisión estadística

p-valor >α(0.05); se acepta la H₀

p-valor < α(0.05); se rechaza la H₀

Decisión estadística: Se rechaza la H₀

Interpretación

En la tabla 5, en el análisis inferencial de la relación *entre la dimensión respeto y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito*, se evidenció que el un p-valor=.001< α (0.01). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, lo cual significa que existe relación estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre respeto y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor puntuación de respeto, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.

Tabla 6. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

<i>Habilidades sociales (N=58)</i>		
Estructura	Rho	.393**
	p	.002
	d	Mediano
Proceso	Rho	.335*
	Sig. bilateral	.010
	d	Mediano
Resultado	Rho	.301*
	Sig. bilateral	.031
	d	Mediano

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; **p < 0,01;

*p < 0,05; N: Tamaño de la muestra

Prueba de Hipótesis

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre *la dimensión habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace*

Criterios de decisión estadística

p-valor > α(0.05); se acepta la H₀

p-valor < α(0.05); se rechaza la H₀

Decisión estadística: Se rechaza la H₀

Interpretación

En la tabla 6, en el análisis inferencial de la relación *entre la dimensión habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito*, se evidenció que el un p-valor=.001 < α (0.01). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, lo cual significa que existe relación estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayores destrezas sociales, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.

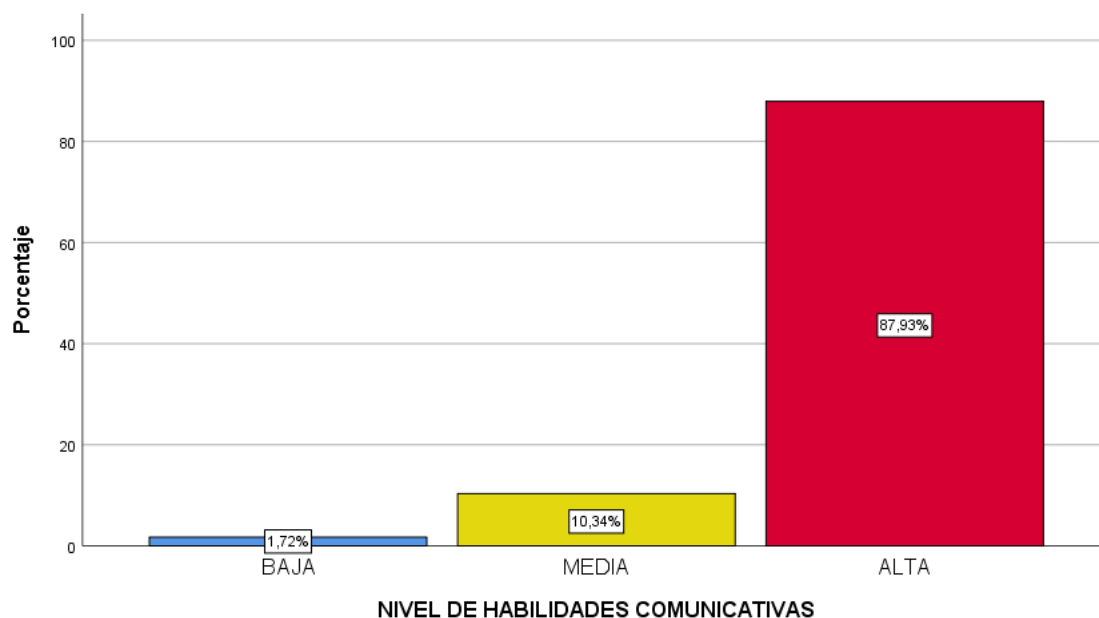


Figura 1. Niveles de Habilidades comunicativas en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

Descripción

En la figura 1 se observa la distribución de Niveles de habilidades comunicativas *en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito*, se observa una prevalencia del nivel alto (87.93%) y en menor incidencia el nivel medio (10.34%) y nivel bajo (1.72%). En este sentido la mayoría de profesionales de enfermería dispone de destrezas comunicativas, lo cual le permite interactuar con respeto, empatía, capacidad de entablar dialogo e iniciar interacciones, lo cual constituye un factor que incide en el abordaje profesional de los pacientes.

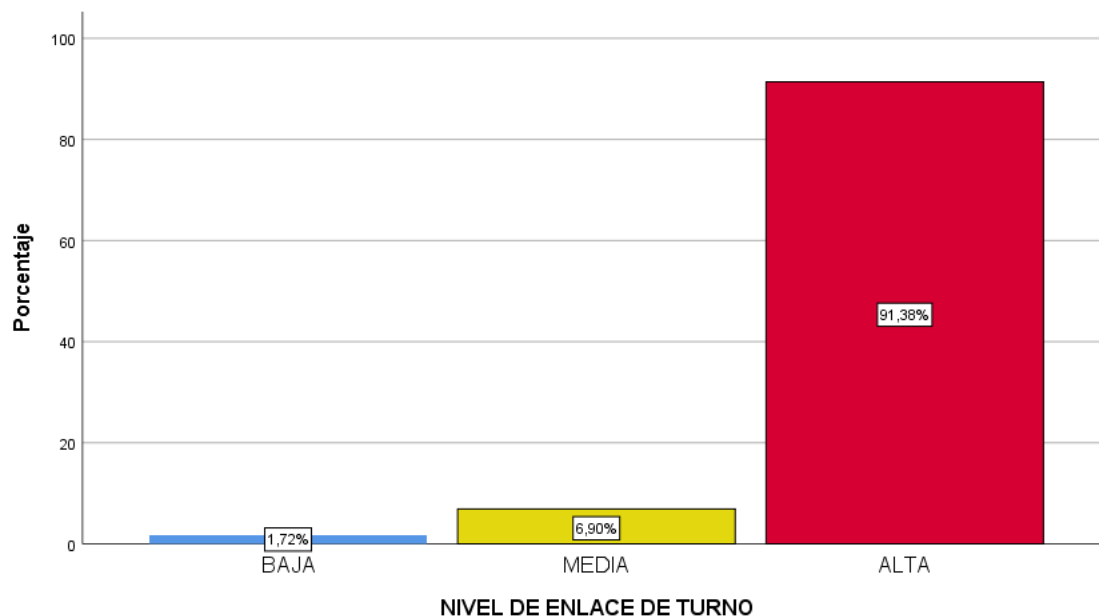


Figura 2. Niveles de enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito

Descripción

En la figura 2 se observa la distribución de Niveles de enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, se observa una prevalencia del nivel alto (91.38%) y en menor incidencia el nivel medio (6.90%) y nivel bajo (1.72%). En este sentido la mayoría de profesionales de enfermería realiza el enlace de turno siguiendo los pasos, procedimientos y comunicación de los resultados hacia el profesional que recibe el turno

V. DISCUSIÓN

La presente investigación surge de la práctica profesional de enfermería enfocado en la calidad de cuidado del paciente basado en aspectos asistenciales y humanos, lo cual demanda que el personal de enfermería de determinadas destrezas interpersonales que le permita interactuar con sensibilidad, trato cordial y empático con los pacientes, familiares y equipo de profesionales asistenciales para una oportuna y eficiente atención, como también contribuya a un clima laboral favorable para el trabajo en equipo (Ramón-García et al., 2012; Ruperta & Seañez, 2019).

Uno de los procedimientos de enfermería relacionados a la seguridad del paciente constituye el enlace de turno, en el que el profesional saliente delega la atención y cuidado de un grupo de pacientes al profesional ingresante, para lo cual brinda información relevante y pertinente acerca del paciente (Yáñez & Zárate, 2019).

En tal sentido, el estudio se enfoca en determinar si las habilidades comunicativas de los profesionales de enfermería se asocia la calidad de enlace de turno. Para ello se realizó la revisión teórica respectiva e identificó instrumentos de medición utilizados por la comunicación científica y con evidencia de validez y confiabilidad para medir habilidades comunicativas y calidad de enlace de turno, previo proceso de validación y posterior aplicación de los cuestionarios en la modalidad de autoreporte a los profesionales de enfermería de una clínica de Quito.

En lo concerniente al objetivo general se planteó determinar la relación entre habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito. Los hallazgos del estudio revelaron que existe relación directa, mediano entre *Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno*, y el 20.7% de variabilidad de calidad de enlace se encuentra explicada por las habilidades comunicativas.

En el contraste de los hallazgos del estudio con los trabajos previos, se identifica que los resultados coinciden con el estudio de Marcos (2020) quien identificó una correlación directa grande entre habilidades comunicativas y Calidad de enlace en enfermeras de UCI de un hospital de Lima; lo cual indica

que si bien se trata de servicios y entidades diferentes, la realización de entrega de turno moviliza recursos comunicativos del profesional de enfermería. No se identificó otras investigaciones que hayan analizado la relación entre las variables de estudio.

Estos hallazgos corroboran el planteamiento teórico que las habilidades comunicativas inciden en la calidad de enlace de turno, dado que las destrezas comunicativas facilitan la interacción con otras personas utilizando recursos verbales y no verbales, de tal modo que pueda el profesional de turno saliente dialogar, informar, sugerir y aclarar información relevante acerca del estado de salud, procedimientos y evolución del paciente en un clima de cordialidad, respeto y cooperación. Además, en el profesional que recibe el turno le permite escuchar en forma activa, formular las preguntas y solicitar aclaraciones en forma natural y espontánea (Guevara Lozano & Arroyo Marles, 2015).

Así también las habilidades comunicativas del profesional de enfermería ayudan a un mejor desempeño laboral en la medida que aplican estrategias de comunicación efectiva para brindar continuidad en el cuidado y atención del paciente, lo cual incide en reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, así como fortalece los equipos de trabajo, con un enfoque de mejora continua (Miroslava et al., 2016).

Desde la implicancia posterior conlleva a la evaluación y reflexión acerca del fortalecimiento de competencias y destrezas personales y profesionales del personal de enfermería, de modo tal que es necesario medir periódicamente las destrezas comunicativas, como también a nivel institucional del ámbito sanitario se diseñen estrategias individuales y grupales para el fortalecimiento de las habilidades comunicativas de los profesionales de enfermería, más aun que la interacción interpersonal en el cuidado del paciente y ámbito clínico genera progresivamente un desgaste y agotamiento

En tal sentido las habilidades comunicativas son un factor relevante del profesional de enfermería en el enlace de turno, de modo que pueda brindar o recibir información de manera detallada acerca del paciente, como también tener iniciativa para hacer preguntas o aclaraciones con la naturalidad durante el enlace de turno y por ende dedicarle el tiempo suficiente fortaleciendo las

relaciones interpersonales y fomentando la intervención o aportación. Además de ello, la necesidad de monitoreo de la calidad de enlace de turno, y su respectiva protocolización para la realización eficiente y oportuna de dicho procedimiento.

Además, en el estudio se ha determinado que existe una relación directa entre empatía y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor sensibilidad interpersonal, mayor calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados. En el contraste con estudio previos no se ha identificado antecedentes.

La comunicación interpersonal está conformada por destrezas psicoemocionales como la empatía, lo cual le permite al individuo tener la sensibilidad cognitiva y afectiva para comprender la vivencia desde el marco de referencia del paciente, de modo que permita brindar la retroalimentación al paciente de modo que se sienta comprendido, de modo que reduzca el temor, ansiedad y respuestas defensivas del paciente (Bermejo Higuera et al., 2014; Triana-Restrepo, 2017).

De tal modo que la empatía hacia el paciente y compañero de trabajo permite al profesional actuar con sensibilidad, prudencia, brindando información oportuna y relevante durante el enlace de turno; y más en el enlace tipo visita, tener la sensibilidad de brindar información al paciente con cuidado y prudencia, de modo que no genere malestar, ni reacciones desajustadas (Miroslava et al., 2016). Este hallazgo conlleva a la necesidad de entrenamiento de la empatía en el personal asistencial como una estrategia de mejora de la calidad de atención, mediante estrategias grupales y talleres vivenciales, dado que la rutina hospitalaria puede incidir en la actuación mecanizada del profesional de la salud

Además, en el estudio se ha identificado que existe una relación directa comunicación informativa y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor habilidad para brindar información, mayor calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados. En el contraste con estudio previos no se ha identificado antecedentes.

El enlace de turno es un procedimiento sistematizado del servicio de enfermería enfocado en el cuidado terapéutico continuo y eficiente del paciente, en el que demanda la destreza de informar, es decir el profesional de enfermería del turno saliente reporta de manera detallada acerca de los datos del paciente, situación clínica, procedimientos, tratamientos, exámenes, resultados y otra información relevante que garantice la atención oportuna y eficiente del paciente (Miroslava et al., 2016). De tal manera que la comunicación informativa permite al profesional brindar e indagar información relevante y pertinente acerca del caso, para lo cual ha generado rapport y seguridad en el paciente, mediante expresión clara y coherente acerca de su estado de salud, evolución, procedimientos, cuidados, entre otros, para lo cual utiliza términos comprensibles (Santos, 2012).

En el estudio se ha identificado que existe relación directa entre respeto y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor puntuación de respeto, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados. En el contraste con estudio previos no se ha identificado antecedentes. Estos hallazgos permiten corroborar que el respeto es un factor relevante en el enlace de turno, de tal modo que se valores los derechos e individualidad de la otra persona de modo el respeto es un factor que incide en la calidad de *elaboración y organización del reporte*, así como *los procedimientos y cuidado que brinda el profesional de enfermería de la organización* (Leal-Costa et al., 2019; Yáñez-Corral y Zárate-Grajales, 2016)

Otro de los hallazgos de la investigación constituye que se ha determinado que existe relación directa entre habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayores destrezas sociales, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados. En el contraste con estudio previos no se ha identificado antecedentes. Al respecto, la **Habilidad social** son aquellas destrezas interpersonales que permiten al individuo entablar relaciones interpersonales de manera espontánea y expresar sus opiniones, emociones, deseos, sentimientos con naturalidad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás (Ayuso-Murillo et al., 2017). De tal modo que la habilidad social permite al profesional de enfermería interactuar de manera funcional y espontánea,

expresándose de manera oportuna, como también realizar las consultas respectivas; de modo que se garantice la continuidad del cuidado del paciente y evita eventos adversos (Cairns et al., 2013; Llapa et al., 2013; Miroslava et al., 2016)

En la investigación se ha logrado determinar la relación entre Habilidades de comunicación y calidad de enlace de turno. Además, permite establecer el análisis descriptivo de los niveles de habilidades comunicativas y calidad de enlace de turno en la muestra de estudio. Sin embargo, es necesario realizar algunas precisiones acerca de las limitaciones del estudio.

Uno de los aspectos a tener en cuenta que en la investigación se ha trabajado con un censo de 58 profesionales de enfermería, y por ende los hallazgos responden a la muestra de estudio y no es posible realizar inferencias a otras poblaciones. Además, la medición de los variables de estudio se ha realizado en único momento, de modo que los hallazgos caracterizan el comportamiento de las variables en el momento que fue realizada la recopilación de datos. Así también, la recopilación de datos ha sido utilizando la encuesta, mediante cuestionarios en el que realizan autoreporte acerca de los reactivos formulados. Por último, la investigación se ha desarrollado bajo nivel correlacional, y por ende no se puede establecer predicciones acerca del objeto de estudio

VI. CONCLUSIONES

En el estudio se plantean las siguientes conclusiones:

1. Se ha determinado que existe relación directa, estadísticamente significativa con tamaño del efecto mediano entre *Habilidades comunicativas* y *calidad del enlace de turno*, y el 20.7% de variabilidad de calidad de enlace se encuentra explicada por las habilidades comunicativas.
2. Se ha identificado que existe relación estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre empatía y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor sensibilidad interpersonal, mayor calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.
3. Se ha identificado que existe relación estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre respeto y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor puntuación de respeto, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.
4. Se ha identificado que existe relación estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre respeto y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayor puntuación de respeto, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.
5. Se ha identificado que existe relación estadísticamente significativa directa, con tamaño del efecto mediano entre habilidades sociales y las dimensiones de calidad de enlace, de tal modo que, a mayores destrezas sociales, mayores puntuaciones en la calidad de enlace en las dimensiones estructura, proceso y comunicación de resultados.
6. En el análisis descriptivo de las habilidades comunicativas, se ha identificado una prevalencia del nivel alto (87.93%) y en menor incidencia el nivel medio (10.34%) y nivel bajo (1.72%).
7. En el análisis descriptivo del enlace de turno, se ha identificado una prevalencia del nivel alto (91.38%) y en menor incidencia el nivel medio (6.90%) y nivel bajo (1.72%).

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda se continúe las investigaciones acerca de habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en una población más amplia utilizando la observación y diseños correlacionales causales y predictivos.
2. Se recomienda desarrollo de investigaciones aplicadas orientadas al diseño y validación de programas de entrenamiento de habilidades comunicativas del personal de enfermería y profesionales de la salud mediante diseños experimentales en beneficio de la práctica asistencial.
3. Se recomienda al personal directivo de la entidad sanitaria la medición periódica de las habilidades comunicativas y el diseño e implementación de talleres vivenciales de fortalecimiento de las habilidades comunicativas en profesional de enfermería, de manera general y focalizada en el grupo con bajos niveles de habilidades interpersonales.
4. Se recomienda a la entidad sanitaria el diseño y validación del protocolo de enlace de turno, de modo que sistematice las acciones y procedimientos a realizarse y garantice la continuidad de cuidado y atención de calidad al paciente.
5. A la comunidad profesional se recomienda desarrollar su práctica asistencial centrada en el bienestar del paciente con un enfoque de mejora continua.

REFERENCIAS

- Albores, P. (2005). *Comunicaciones interpersonales* (2005 Vigo : Ideaspropias, Ed.).
- Alfárez, A. D. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer = Communication in the aid relationship to the nursing patient: knowing what to say and to do. *Española de Comunicación En Salud*, 147–157. <http://www.aecs.es>.
- Anderson, J., Malone, L., Shanahan, K., & Manning, J. (2015). Nursing bedside clinical handover - an integrated review of issues and tools. En *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 24, Issues 5–6, pp. 662–671). <https://doi.org/10.1111/jocn.12706>
- Arias Gonzáles, J. L., & Covinos Gallardo, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* (E. Consulting, Ed.; 1°).
- Ayala, M. V. (2022). *Habilidades de comunicación y autoeficacia del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de un hospital, Lima 2022* [Tesis de grado]. Universidad Cesar Vallejo.
- Ayuso-Murillo, D., Colomer-Sánchez, A., & Herrera-Peco, I. (2017). Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enfermería Intensiva*, 28(3), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.006>
- Beltrán-Salazar, Ó. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *CHIA COLOMBIA*, 9(1), 23–37.
- Bermejo Higuera, J. C., Villacieros Durbán, M., & Carabias Maza, R. (2014). Diseño y fiabilidad de una escala sobre la idea de empatía. diferencias entre profesiones sanitarias y sociales. *Acción Psicológica*, 10(2), 143. <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.12217>
- Bernal. (2010). *Metodología de la investigación*.
- Cairns, L. L., Dudjak, L. A., Hoffmann, R. L., & Lorenz, H. L. (2013). Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff. *Journal of Nursing Administration*, 43(3), 160–165. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e318283dc02>
- Carhuas, C. D. (2017). *Comunicación del profesional de Enfermería y satisfacción del usuario del Centro Materno Villa los Reyes Callao, 2016* [Tesis de Maestría]. Universidad Cesar Vallejo.
- Carvache, C. E. (2021). *Habilidades interpersonales y Cuidado Humanizado en Personal de Enfermería de un Hospital de Guayaquil en tiempos COVID-19, 2021* [Tesis de Maestría]. Universidad Cesar Vallejo.
- Casimiro, E. (2018). *Apego al proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención* [Tesis de grado]. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Casimiro-Barragán, E., Mena-Gómez, I., & Alba-Leonel, A. (2019). Evaluación del proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Neurol*, 18(1), 13–20. <http://www.revenferneurolenlinea.org.mx>
- Contreras-Ibacache, V., Reynaldos-Grandon, K., & Cardona-Alzate, L. (2015). Clima , ambiente y satisfacción laboral : un desafío para la enfermería Job climate , work environment and job. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1), 1–13.
- Delclós, J. (2018). Ética en la investigación científica. En *CÓMO ELABORAR UN PROYECTO EN CIENCIAS DE LA SALUD* (pp. 14–18).
- Fajardo, L. A. (2009). A propósito de la comunicación verbal. *Forma y Función*, 22(2), 121–142.
- Ferrer, D. M., González, M. L., & Vasallo, N. (2010). Entrenamiento sociopsicológico para minimizar la expresión de la violencia psicológica en pareja. *Revista Sexología y Sociedad*, 6(44), 14–22.
- Fonseca, M. del S., Correa Pérez, A., Pineda, M. I., & Lemus, F. J. (2011). *Comunicación oral y escrita*. Pearson.
- García, A. (2013). *Cuando el cuerpo comunica. Manual de la comunicación no verbal*.
- Gil Pascual, J. A. (2016). *Técnicas e instrumentos para la recogida de información* (Universidad Nacional de Educación a Distancia, Ed.).
- Guevara Lozano, M., & Arroyo Marles, L. P. (2015). El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, 37, 401–418.
- Hernández, V., Herrera Pérez, K. L., & Mena Moreno, M. (2019). Entrenamiento socio-psicológico para mejorar la competencia comunicativa interpersonal: estudio de un caso. *Comuni@cción: Revista de Investigación En Comunicación y Desarrollo*, 10(1), 5–20. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.10.1.326>
- Hernández-Jorge, C. M., & De la Rosa Curbero, C. M. (2018). Percepción de mejora de las habilidades comunicativas en estudiantes universitarios. *Evista de La Educación Superior*, 47(186), 119–135.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018a). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (McGraw Hill).
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018b). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* , (M.-H. Interamericana, Ed.).
- Hofstadt Román, C. J. van-der, Quiles, Y., & Quiles. María José. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*.

- Leal-Costa, C., Tirado González, S., Ramos-Morcillo, A., Díaz Agea, J., Ruzafa-Martínez, M., & Hofstadt Román, C. van-der. (2019). Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Enfermería. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(3), 291–301.
- Llapa, E. O., Oliveira, C. da S., de França, T. R. S., de Andrade, J. S., Pontes de Aguiar, M., & Pinto da Silva, F. (2013). Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 31, 206–2018.
- Llapa Rodriguez, E. O., Oliveira, C. da S., Santos, F. T. R., De Andrade, J. S., Pontes de Aguiar, M., & Pinto, M. J. F. (2013). Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 31, 206–218.
- Lucas, M. J., Moreno J. M, & Suárez, A. (2015). Comunicación interpersonal e incidencia del burnout en la interacción entre sanitarios y pacientes. *Apuntes de Psicología*, 33(1), 23–29.
- Lylen, K., & Quispe, G. (2022). *Habilidades sociales de Comunicación en el cuidado humanizado del profesional de enfermería en un hospital de Lima - 2020* [Tesis de Grado]. Universidad Científica del Sur.
- Machaczek, K., Whitfield, M., Kilner, K., & Allmark, P. (2013). Doctors ' and Nurses ' Perceptions of Barriers to Conducting Handover in Hospitals in the Czech Republic. *American Journal of Nursing Research*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.12691/ajnr-1-1-1>
- Marcos, N. B. (2020). *Comunicación efectiva y calidad del enlace de turno en enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un Instituto Nacional de Salud. 2019* [Tesis de maestría]. Universidad Cesar Vallejo.
- Miroslava, A., Rosales, R., Alfonso, J., Castro Y Vázquez, P., Isaac, F., & España, R. (2016). *Características de la comunicación durante el Enlace de Turno de Enfermería: una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado Characteristics of communication during the nursing shift link: a perspective towards the quality of care Artículo de Revisión Artículo de Revisión.*
- Moñux, L., Raquel, Y., Juan, C., Marcos, P., & Soler, L. M. (2014). Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. *Contexto Enfermagem*, 23(3), 555-562.
- Müggenburg, C., Riveros-Rosas, A., & Juárez-García, F. (2016). Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.001>
- Muñoz, G. A. (2021). *Calidad de atención ejercida y Habilidades interpersonales en profesionales de enfermería del hospital de Quevedo en tiempos de covid-19, 2020* [Tesis de Maestría]. Universidad Cesar Vallejo.

- Murillo, D. A. (2016). Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el Servicio Madrileño de Salud. *Comunitaria*, 12, 111–125.
- Pujol, L. (2017). COMUNICANDO, SIEMPRE COMUNICANDO. *Revista de Derecho, Empresa y Sociedad (REDS)*, 11, 44–49.
- Ramírez, H. E. (2020). *Evaluación al personal de enfermería durante el enlace de turno y continuidad del cuidado* [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Ramón-García, R., Segura-sánchez, M. P., & Palanca-cruz, M. M. (2012). Habilidades sociales en enfermería . El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 3(1), 49–61.
- Reyzábal, M. V. (2012). Las competencias comunicativas y lingüísticas, clave para la calidad educativa. *Revista Iberoamericana de Calidad, Eficiencia y Cambio En Educación*, 10(4), 64–77. <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol10num4/art5.pdf>
- Robbins, S. P., & Judge, Tim. (2009). *Comportamiento organizacional* (15°). Pearson Prentice Hall.
- Ruperta, E., & Seañez, H. (2019). Relaciones interpersonales entre enfermeros para su bienestar. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación En Enfermería*, 9(4), 40–47.
- Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Revista Digital de Investigación En Docencia Universitaria*, 13, 102–122.
- Santos, D. (2012). *Fundamentos de la comunicación*.
- Subiela, J. A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A., Manzanares Lázaro, J. Á., & Satorres Ramis, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 34, 276–292.
- Triana-Restrepo, M. C. (2017). La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances En Enfermería*, 35(2), 120. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>
- Veras, M., & Cuello, C. (2006). *Prácticas de gestión humana en la República Dominicana*. Editorial:INTEC : ROS Seguros y Consultoría.
- Vizcarra, M. Y. (2016). *Habilidades comunicativas de la enfermera y la calidad del cuidado, percibida por el familiar cuidador primario del paciente geriátrico en el hospital ii clínica geriátrica San Isidro Labrador – RPA – Essalud – agosto – 2016”* [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma de Ica.
- Yáñez, A. M. de J., & Zárate, R. (2019a). Calidad del proceso de enlace de turno. *Revista Conamed*, 24(1), 11–20.

- Yáñez, A. M. de J., & Zárate, R. A. Z. (2019b). Calidad del proceso de enlace de turno. *Revista Conamed*, 20(1), 11–20.
- Yáñez-Corral, A. M., & Zárate-Grajales, R. A. (2016). Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.002>
- Zayas, P. M. (2011). *La Comunicación Interpersonal: Un proceso socio-psicológico en el trabajo y en la vida diaria*. Editorial Académica Española

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Habilidades comunicativas	Las habilidades de comunicación son el conjunto de habilidades y técnicas conductuales verbales y no verbales que rigen el accionar del profesional de la salud en la interrelación con el paciente (Leal-Costa <i>et al.</i> , 2016)	Las habilidades de comunicación se realizarán a través de un cuestionario denominado escala sobre habilidades de comunicación (EHC) que mide las dimensiones: empatía, comunicación informativa, respeto y habilidad social; el cual está conformado por 18 ítems.	Empatía	Emociones. Gestos corporales. Escuchar sin prejuicios. Comprender las necesidades. Comprender los sentimientos	Ordinal:
			Comunicación informativa	Proporcionar información.	
			Respeto	Respeto a los pacientes	
			Habilidad social	Expresión de opiniones. Peticiónes a los pacientes	
Calidad de enlace	Es el proceso de entrega y recepción de pacientes por el equipo de enfermería con la finalidad de continuar el cuidado y atención sanitaria del paciente en forma planificada, y coordinada en un periodo de tiempo (Yáñez & Zárate, 2019b)	La calidad de enlace de turno será medido mediante el cuestionario sobre calidad del enlace de turno de Yanez y Zarate (2016) mediante 21 reactivos tipo likert en función de estructura, proceso, resultados	Estructura,	Guías Protocolos	Ordinal:
			Proceso	Comunicación Integridad	
			Resultados	Riesgos Incidentes	

Anexo 2. Matriz de Consistencia interna

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE DISEÑO	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General				
¿Cuál es la relación entre habilidades de comunicación y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022?	Determinar la relación entre habilidades de comunicación y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022	Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre habilidades de comunicación y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022	Habilidades de comunicación	Empatía Respeto Capacidad informativa Habilidad social	Enfoque cuantitativo aplicado, nivel correlacional Diseño no experimental, transversal.	Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario
	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas				
	Determinar la relación entre las dimensiones de habilidades sociales y calidad de enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022	H ₁₁ : Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de habilidades sociales y calidad de enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022				
	Identificar los niveles de habilidades de comunicación y calidad de enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022		Calidad de enlace de turno	Estructura Proceso Resultados		

Anexo 3: Instrumentos de recolección de datos

Escala sobre Habilidades de Comunicación

EDAD:	SEXO	ÁREA:
ESTADO CIVIL:	TIEMPO DE SERVICIO	

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan unas frases acerca de las funciones y tipo de información que su colectivo profesional comparte con los pacientes. Por favor, lea con atención cada frase y señale la respuesta que más se adecue a su situación. Asegúrese de responder a todas las preguntas. Responda lo más sinceramente posible para que nos permita utilizar los resultados para mejorar la calidad de los servicios que prestamos. El cuestionario es anónimo. Le agradecemos de antemano su colaboración.

		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Habitualmente	Muchas veces	Siempre
1.	Respeto el derecho de los pacientes y compañeros a expresarse libremente						
2.	Exploro las emociones de mis pacientes						
3.	Respeto la autonomía y libertad de los pacientes y compañeros						
4.	Cuando el paciente y mis compañeros me hablan muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...)						
5.	Brindo información a los pacientes oportuna sobre aquello que les preocupa.						
6.	Escucho a los pacientes y compañeros sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...						
7.	Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes y demás personas						
8.	Cuando doy información, uso silencios para que el paciente y compañeros asimilen lo que le estoy diciendo.						
9.	Brindo información clara y comprensible a los pacientes y compañeros de trabajo.						
10.	Cuando un paciente o compañero hace algo inadecuado le expreso mi desacuerdo o molestia.						
11.	Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.						
12.	Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.						
13.	Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme.						

14.	Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.						
15.	Siento que respeto las necesidades de los pacientes y compañeros de trabajo.						
16.	Realizo peticiones con facilidad a los pacientes y compañeros de trabajo.						
17.	Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.						
18.	Me resulta fácil pedir información a los pacientes y compañeros de trabajo.						

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DEL ENLACE DE TURNO

EDAD:	SEXO	ÁREA:
ESTADO CIVIL:	TIEMPO DE SERVICIO	

INSTRUCCIONES

A Continuación, se presentan un listado de preguntas acerca de la Calidad de enlace de Turno. Se le pide que responda de manera sincera marcando con X según sea su elección

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre

N		1	2	3	4	5
1.	El enlace de turno dura aproximadamente de 15 a 20 minutos.					
2.	El enlace de turno se realiza dentro de la unidad del paciente					
3.	El enlace de turno se realiza sin presencia de distractores.					
4.	El personal de enfermería está presente durante el enlace de turno					
5.	Utiliza un lenguaje técnico apropiado durante el enlace de turno					
6.	Se expresa con buena dicción y voz clara durante el enlace de turno					
7.	Identifica al paciente por nombre y apellidos					
8.	Informa la edad del paciente.					
9.	Informa el diagnóstico médico del paciente.					
10.	Informa los días de estancia hospitalaria del paciente					
11.	Informa el estado de conciencia del paciente					
12.	Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente.					
13.	Informa si el paciente tiene accesos vasculares, posición, permeabilidad y estados de los sitios de venoclisis.					
14.	Informa sobre la infusión de líquidos y medicamentos endovenosos, así como equipos empleados como bombas de infusión, volutrol u otros.					
15.	Informa si el paciente presenta heridas, sondas, drenes, soporte ventilatorio.					
16.	Describe los problemas identificados y los diagnósticos de enfermería prioritarios de acuerdo con la patología del paciente.					
17.	Informa las intervenciones de enfermería acordes con los problemas y diagnósticos de enfermería identificados.					
18.	Informa las respuestas o resultados obtenidos de las intervenciones de enfermería.					
19.	Informa sobre la respuesta al tratamiento farmacológico y la intervención realizada frente a ello.					

20.	Informa acerca de exámenes y/o procedimientos pendientes, así como cumplimiento de los procedimientos a que son programados los pacientes.					
21.	Informa las coordinaciones realizadas para interconsultas pendientes.					
22.	Informa acerca de las incidencias y deficiencias de los recursos, materiales y equipos.					

Anexo 4. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

I. Área Informativa

El propósito del formato de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por **Iza Toapanta Martha Cecilia**, estudiante de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo-Filial Piura

La finalidad del estudio es determinar la relación Habilidades sociales y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas y completar dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no se otorga bonificación económica por su participación. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la prueba le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

II. Área Declarativa

He sido informado (a) de que la finalidad del estudio es determinar la relación entre determinar la relación Habilidades sociales y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022. Me han indicado también que la participación es voluntaria y no recibiré bonificación económica por la participación y tendré que responder cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Iza Toapanta Martha Cecilia** Entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Quito, _____

Firma del Participante

Seudónimo del participante: _____

Cédula de Identidad N° _____



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022", cuyo autor es IZA TOAPANTA MARTHA CECILIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 15 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL DNI: 00328631 ORCID: 0000-0002-0247-8724	Firmado electrónicamente por: CHIDALGOEG el 16- 01-2023 13:05:19

Código documento Trilce: TRI - 0520884