



Universidad César Vallejo

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

**Comunicación médico-paciente en la ansiedad de los
acompañantes en urgencias pediátricas de un hospital de
Trujillo, 2024**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Julca Adan, Luis Eduardo (orcid.org/0009-0002-3755-4085)

ASESORES:

Mg. Vega Guevara, Miluska Rosario (orcid.org/0000-0002-0268-3250)

Mg. Moran Requena, Hugo Samuel (orcid.org/0000-0002-7077-0911)

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

LIMA - PERÚ

2024

Declaratoria de autenticidad del asesor



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, VEGA GUEVARA MILUSKA ROSARIO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas de un hospital de Trujillo, 2024", cuyo autor es JULCA ADAN LUIS EDUARDO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13%, 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.

LIMA, 31 de Julio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
VEGA GUEVARA MILUSKA ROSARIO DNI: 28284526 ORCID: 0000-0002-0268-3250	Firmado electrónicamente por: MROSARIOVG el 31- 07-2024 21:06:19

Código documento Trilce: TRI - 0841146

Declaratoria de originalidad del autor



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, JULCA ADAN LUIS EDUARDO estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas de un hospital de Trujillo, 2024", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
LUIS EDUARDO JULCA ADAN DNI: 42641492 ORCID: 0009-0002-3755-4085	Firmado electrónicamente por: LUJULCAAD el 31-07- 2024 21:07:20

Código documento Trilce: TRI - 0841147

Dedicatoria

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional.

A mis profesores, por su guía y sabiduría.

A los pacientes y sus acompañantes, por su confianza y paciencia.

A todos aquellos que creen en la importancia de la comunicación en la medicina.

Con gratitud infinita.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a la Universidad César Vallejo, por brindarme la oportunidad y los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta investigación. Su compromiso con la educación y la investigación es un pilar fundamental para el desarrollo académico y profesional.

Quiero expresar mi gratitud a mi asesora de tesis, por su guía, paciencia y valiosos consejos a lo largo de este proceso. Su experiencia y conocimiento fueron esenciales para llevar a buen término esta investigación.

A los acompañantes que participaron en la investigación, les agradezco por su tiempo, confianza y disposición para compartir sus experiencias. Sin su colaboración, esta investigación no hubiera sido posible.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia y amigos por su apoyo incondicional, comprensión y ánimo durante todo este proceso. Su confianza en mí fue una fuente constante de motivación. A todos, mi más sincero agradecimiento.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Declaratoria de autenticidad del asesor	ii
Declaratoria de originalidad del autor	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	14
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	
ANEXOS	

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Distribución según sexo de la muestra estudiada	17
Tabla 2: Distribución según edad de la muestra estudiada	17
Tabla 3: Distribución según acompañante de la muestra estudiada	18
Tabla 4: Distribución según estado laboral de la muestra estudiada	18
Tabla 5: Nivel de comunicación médico-paciente, según sus dimensiones	24
Tabla 6: Nivel de ansiedad de los acompañantes, en función de las dimensiones	25
Tabla 7: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes	26
Tabla 8: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la autoconfianza de los acompañantes	27
Tabla 9: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en el malestar de los acompañantes	28
Tabla 10: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en el bienestar de los acompañantes	29
Tabla 11: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la confortabilidad de los acompañantes	30
Tabla 12: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la inquietud motora de los acompañantes	31
Tabla 13: Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la preocupación de los acompañantes	32

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1: Modelo de diseño correlacional-causal	15

Resumen

La investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia de la comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en el área de urgencias pediátricas de un hospital de Trujillo respondió a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 10. El estudio fue de tipo aplicado, nivel correlacional y enfoque cuantitativo, utilizando un diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo constituida por acompañantes de pacientes en urgencias pediátricas, y la muestra comprendió 245 personas, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico accidental. Los datos se obtuvieron aplicando el *Communication Assessment Tool* y la *subescala Ansiedad-Estado del State-Trait Anxiety Inventory*. Los resultados indicaron que el 52,7% de los acompañantes evaluó la comunicación médico-paciente como de calidad regular, el 42,9% como inadecuada y solo el 4,5% como adecuada. Más del 54,7% percibió el manejo de la relación médico-paciente como inadecuado. Respecto a la integración de información, el 72,7% la consideró regular, y el 41,2% opinó que la toma de decisiones compartidas fue adecuada. La investigación concluyó que la comunicación médico-paciente incide un 17% en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas. En conclusión, se establece que la comunicación médico-paciente influye en la ansiedad de los acompañantes en el área de urgencias pediátricas.

Palabras clave comunicación, médico, parentesco, servicio de salud.

Abstract

The objective of the research was to determine the influence of doctor-patient communication on the anxiety of the companions in the pediatric emergency area of a hospital in Trujillo, in response to Sustainable Development Goals 3 and 10. The study was applied, correlational and quantitative, using a non-experimental cross-sectional design. The population consisted of patient companions in pediatric emergencies, and the sample comprised 245 persons, selected by accidental non-probabilistic sampling. Data were obtained by applying the *Communication Assessment Tool* and the *Anxiety-State Anxiety subscale of the State-Trait Anxiety Inventory*. The results indicated that 52.7% of the companions evaluated the doctor-patient communication as of fair quality, 42.9% as inadequate and only 4.5% as anorelationship as inadequate. Regarding the integration of information, 72.7% considered it to be fair, and 41.2% thought that shared decision making was adequate. The study concluded that physician-patient communication had a 17% influence on the anxiety of those accompanying patients in pediatric emergencies. In conclusion, it is established that physician-patient communication has an influence on the anxiety of those accompanying patients in the pediatric emergency department.

Keywords communication, physicians, kinship, health services.

I. INTRODUCCIÓN

Cuando se trata de urgencias pediátricas, los profesionales sanitarios deben comunicarse con los familiares de forma compasiva y directa, ya que la ansiedad podría afectar su comprensión de las indicaciones médicas, lo que repercute negativamente en la evolución del paciente (Pinho et al., 2021).

El tema de la comunicación médica ha ganado importancia dado que, entre todos los vínculos interpersonales, la relación médico-paciente es la más intrincada (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Esta comunicación implica el intercambio de opiniones entre personas con perspectivas diferentes sobre cuestiones relacionadas con la enfermedad (Souza et al., 2020). El médico, debido a sus conocimientos, se encuentra en una posición de asimetría informativa al informar a sus pacientes (Ordóñez et al., 2021). Condicionado por el entorno y las circunstancias, el familiar es vulnerable al estrés y, en ese estado, debe tomar decisiones importantes respecto a la salud (Carrasco, 2023; López, 2023).

Según Domínguez et al. (2022) la comunicación y la empatía son las piedras angulares de la interacción médico-paciente. Lo mejor es que el paciente exprese cualquier preocupación que pudiera tener sobre la enfermedad y el curso de tratamiento propuesto, así como su comprensión de la información, con el fin de dar un buen comienzo al plan de tratamiento, fomentar la adherencia y disminuir la probabilidad de que el paciente lo abandonara (Méndez & Rodríguez, 2004 como se cita en Ordóñez et al., 2021). Los profesionales sanitarios, a pesar de las grandes dificultades, deben reconocer sus limitaciones y aceptar la obligación deontológica médica de acompañar a los pacientes y a sus familias (Ordóñez et al., 2021). Sin embargo, a algunos profesionales les resulta difícil manejar situaciones en las que la comunicación se volvía más complicada, como dar una noticia terrible o gestionar emociones muy fuertes (López et al., 2010 como se cita en Ordóñez et al., 2021).

Este estudio pretende determinar los efectos de la comunicación médico-paciente en el nivel de ansiedad de los acompañantes y sugerir tácticas para proporcionar una atención más completa en las urgencias pediátricas. La investigación se realizó conforme a los lineamientos de responsabilidad social universitaria, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible número

3, "Salud y bienestar", cuyo propósito es asegurar una vida saludable y fomentar el bienestar para todos, sin importar la edad. El estudio se centró en la ansiedad de los acompañantes de pacientes pediátricos en situaciones de emergencia, lo cual está estrechamente relacionado con la salud y el bienestar de las personas. Además, se alineó con el objetivo número 10, "Reducción de las desigualdades". Las disparidades en el acceso a la atención médica y la calidad de la comunicación entre médicos y pacientes pueden incrementar la ansiedad de los acompañantes. Comprender mejor estos factores puede contribuir a disminuir las desigualdades en el sistema de salud.

En vista de ello, se propuso como problema principal: ¿Cómo influye la comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencia pediátrica de un hospital de Trujillo? Se establecieron los problemas específicos: ¿Cuál es la influencia de la comunicación médico-paciente en la preocupación, bienestar, malestar, autoconfianza, confortabilidad e inquietud motora parental en urgencia pediátrica de un hospital de Trujillo?

La investigación es fundamental teóricamente ya que aborda un vacío de conocimiento local sobre este tema. Este estudio proporciona información valiosa sobre la comunicación e información a los familiares y sus niveles de ansiedad, así como la relación entre ambos factores. Además, identifica aspectos clave para desarrollar estrategias y protocolos de comunicación efectivos adaptados a la población local. Esto permitirá mejorar la atención integral en urgencias pediátricas, beneficiando el bienestar emocional de los familiares y la recuperación de los pacientes.

La investigación tiene una relevancia práctica significativa al proporcionar datos empíricos contextualizados para que los directivos y autoridades sanitarias locales tomen decisiones informadas en la mejora de la atención en urgencias pediátricas, enfocándose en la comunicación con los familiares. Los resultados obtenidos permitirán a los gestores hospitalarios implementar protocolos adecuados para garantizar información clara y de calidad a los familiares, reduciendo así la ansiedad, promoviendo su bienestar emocional y capacidad para tomar decisiones informadas. Además, sentará las bases para programas de capacitación en habilidad comunicativa y empatía del personal médico, perfeccionando la atención integral y humanizada en

situaciones críticas, y favoreciendo el cuidado y la recuperación de los pacientes pediátricos.

Se justifica metodológicamente al emplear instrumentos validados y confiables para valorar la calidad de la información médica y medir la ansiedad en los familiares. Estos instrumentos garantizan resultados precisos y representativos al adaptarse al contexto local. Además, la metodología utilizada sentará un precedente para futuros estudios sobre la gestión de urgencias pediátricas, la comunicación con familiares y el abordaje de la ansiedad. Estos procedimientos podrán replicarse y adaptarse en otros centros de salud, contribuyendo al avance del conocimiento en este campo.

Por lo expuesto, el objetivo principal de la investigación fue determinar cómo influye la comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas de un hospital de Trujillo. Los objetivos específicos fueron: Determinar cómo influye la comunicación médico-paciente en la preocupación, bienestar, malestar, autoconfianza, confortabilidad e inquietud motora de los acompañantes en urgencias pediátricas de un hospital de Trujillo.

A continuación, se ofrece un resumen de estudios anteriores sobre las variables relevantes y las posibles relaciones causales.

En general, se encontró un gran problema con el nivel de información médica que se da a los familiares en urgencias pediátricas y cómo afecta a la ansiedad de los involucrados (Biasibetti et al., 2019). Con frecuencia se da prioridad al cuidado del paciente sobre las necesidades emocionales y la comunicación de los familiares (Quispe y Mamani, 2022). Según la Organización Mundial de la salud (2023), el personal sanitario de muchos países carece de la formación necesaria para dar a los familiares información clara e inteligible, lo que provoca incertidumbre y ansiedad. Este problema afecta a la salud mental de los familiares y a su capacidad para tomar decisiones, lo que repercute en la curación del paciente (Muñoz y Arteaga, 2021). Se han realizado pocas investigaciones a nivel mundial sobre el tema de la comunicación médico-paciente en urgencias pediátricas y cómo afecta a la ansiedad de los familiares. Actualmente se hizo hincapié en la importancia de desarrollar las capacidades

de comunicación del personal de salud en América Latina con el fin de disminuir la ansiedad y aumentar la adherencia al tratamiento (OPS, 2022).

Aunque estudios internacionales destacan la importancia de la comunicación médica efectiva (Fleming, 2024), no son en urgencias pediátricas, y falta información específica para comprender su gestión en hospitales nacionales. En las urgencias pediátricas, una parte importante de los cuidados y la atención prestados a los pacientes corría a cargo de sus familias (Barros et al., 2021). El cuidador principal suele ser un miembro de la familia (Musser et al., 2022). Dado que este familiar estaba pasando por el proceso de la enfermedad, podía ofrecer detalles pertinentes sobre la interacción y el diálogo entre el médico y el paciente que se desarrollaba durante el proceso de la enfermedad (Ordóñez et al., 2021).

A nivel internacional, Vilchis et al. (2010) estableció la frecuencia de la ansiedad y la depresión en el servicio de urgencias de un hospital general mexicano, llevando a cabo un estudio transversal no experimental con base en una muestra de 96 pacientes utilizaron la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* descubrieron que la ansiedad estaba presente en el 34,8% de los pacientes. Rojas (2013) para determinar si los niveles de ansiedad entre madres y padres en una UCI difieren entre sí, en un hospital pediátrico de México, realizó un estudio descriptivo transversal utilizando una muestra de 50 parejas de padres, utilizaron el *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado* descubrió que el rasgo de ansiedad en madres fue del 34,8% y en padres del 37,2% y que el estado de ansiedad en madres fue del 53,7% y en padres del 53,4%.

Bautista et al. (2016) para evaluar cómo percibe el familiar de un paciente crítico la comunicación verbal y no verbal en la UCI, en una clínica de Colombia, utilizaron un diseño de investigación descriptivo transversal con una muestra de 200 familias, sirviéndose de la herramienta *Percepción de los familiares de Pacientes Críticos*, encontraron que el 71% de las familias tenían una opinión positiva de la comunicación del personal. Preciado et al. (2018) buscaron determinar la existencia de estrés, ansiedad, apoyo social y depresión percibido durante el ingreso en un hospital de Colombia, a través de estudio cuantitativo y descriptivo que contó con 232 participantes, utilizaron la *Escala de Estrés Percibido (PSS-14)*, la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*

(subescala de ansiedad), el *Inventario de Depresión de Beck* y la *entrevista de apoyo social*, los resultados mostraron que la ansiedad estaba presente en el 16% de los participantes, se observó que las mujeres que no estaban casadas presentan más ansiedad.

Souza et al. (2020) con el fin de conocer mejor las características y actitudes de los pacientes en relación con su interacción con los médicos en hospitales públicos de Brasil, realizaron una investigación exploratoria descriptiva transversal con una muestra de 200 pacientes, no declaran el nombre del instrumento, descubrieron que el 11,5% de los profesionales no proporcionaban una explicación clara para la enfermedad del paciente.

Es crucial destacar que no existen investigaciones nacionales o local que hubieran examinado o explicado la conexión entre la comunicación médico-paciente y la ansiedad de los acompañantes en los ámbitos público y privado. Esto explica la escasez de publicaciones sobre la relación precisa entre estos dos componentes.

A nivel nacional Mendoza et al. (2016) analizaron la interacción médico-paciente y las variables que inciden sobre cómo los pacientes de un hospital público de Lima perciben esta relación en sus consultas externas, emplearon un diseño de estudio transversal comparativo, con una muestra de 156 personas sirviéndose de cuestionario PREMEPA, descubrieron que sólo el 23% de los pacientes cree tener una relación positiva con su médico. Por su parte Muñoz-Najar et al. (2019) llevaron a cabo un estudio de sobre ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en 2 centros hospitalarios de Arequipa, en una investigación transversal asociativa-comparativa con una muestra de 50 pacientes, utilizaron la *Escala hospitalaria de ansiedad y depresión*, informaron que los niveles de ansiedad en hombres y mujeres difieren de forma estadísticamente significativa. ($p=.022$).

Domínguez et al. (2022) para evaluar la satisfacción de los usuarios y la comunicación médico-paciente en un centro asistencial de primer nivel en Lima, ejecutaron una investigación descriptiva correlacional transversal con una muestra de 121 personas, aplicaron: la *Subescala comunicación del Interpersonal Processes of Care IPC-18* y el *Patient Satisfaction Questionnaire PSQ-18*, reportaron una baja satisfacción del usuario en el 53,7% de los casos y

deficiente comunicación médico-paciente en el 39,7% de los casos. Quispe y Mamani (2022) para determinar los factores relacionados con la ansiedad del familiar del paciente en la UCI y Trauma Shock de un hospital regional de Moquegua, desarrollaron un estudio cuantitativo con diseño no experimental y nivel de correlación, empleando el *Test de Ansiedad de Hamilton* en una muestra de 50 familiares, encontraron que el nivel de ansiedad es moderado 86% de los casos.

Saavedra y Astuquipan (2023) buscando la meta de detectar la existencia de ansiedad y depresión en pacientes que asisten a una consulta externa en Lima, a través de un estudio descriptivo-correlacional con una muestra prospectiva, aplicando la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria*, encontraron ansiedad en el 49%, depresión en el 19%, y el 16,5% presentó ambos trastornos.

A continuación, se presenta la conceptualización de la variable comunicación médico-paciente.

Sánchez y Contreras (2014), la definen como relación interpersonal intencional en la que el médico utiliza habilidades comunicativas para intercambiar información relevante con el paciente, facilitando la comprensión y manejo de su condición médica. A su vez, para Kee et al. (2018), la comunicación médico-paciente es la capacidad del médico para interactuar de manera clara, empática y eficaz con el paciente, utilizando las quejas del paciente como retroalimentación crucial incrementando la calidad de la asistencia y la relación terapéutica. Según Vega (2020) es un proceso integral que incluye no sólo la transmisión de información médica, sino también la escucha activa, la empatía y el establecimiento de un diálogo bidireccional. En ese sentido Yan y Li (2023) la definieron como un conjunto de interacciones y gestos cotidianos que construyen una relación de confianza y efectividad. Finalmente, Sharkiya (2023) la define como el intercambio de información y emociones entre el médico y el paciente que mejora los resultados de salud centrados en el paciente, a través de estrategias comunicativas efectivas como el contacto visual, la escucha activa y el uso de ayudas visuales.

En esta investigación se empleó como referencia principal el trabajo de Epstein et al. (2005) quienes consideran que es el proceso de intercambio de

información, emociones y valores entre el médico y el paciente. Su propósito es establecer una relación terapéutica, promover la toma de decisiones conjunta y mejorar los resultados de salud. Este proceso requiere habilidades como la escucha activa, empatía y claridad al comunicar información médica, además de abordar las preocupaciones y expectativas del paciente. Este autor y su equipo han desarrollado un marco teórico sólido y ampliamente reconocido que aborda los aspectos esenciales de la interacción en el ámbito clínico.

A continuación, se explorarán diversos modelos teóricos que abordan la comunicación médico-paciente.

Sanabria, en su exhaustiva investigación, realiza una compilación de los modelos fundamentales de comunicación médico-paciente, proporcionando una visión detallada de cada uno.

El *Modelo paternalista* se caracteriza por que el médico asume un papel dominante y toma decisiones en nombre del paciente, basándose en lo que considera mejor para su salud. La premisa fundamental es que el médico, debido a su formación y experiencia, está en una posición superior para decidir lo que es mejor para el paciente, aunque esto pueda implicar restringir la libertad del paciente para tomar decisiones sobre su propia salud (Sanabria, 2012).

El *Modelo informativo* se basa en la idea de que para que el paciente pueda adoptar decisiones informadas y ser partícipe activo en su atención, el médico debe proporcionarle toda la información relevante sobre su enfermedad, los tratamientos disponibles y los posibles efectos secundarios. Este enfoque destaca la importancia de una comunicación clara y abierta por parte del médico, permitiendo que el paciente tenga el conocimiento suficiente para asumir decisiones informadas para su salud (Sanabria, 2012).

El *Modelo interpretativo* se centra en una relación en la que el médico busca comprender los deseos, valores y creencias del paciente, además de proporcionarle información. Este enfoque pone énfasis en la empatía y la escucha activa por parte del médico, quien intenta comprender la situación del paciente desde su perspectiva, considerando sus sentimientos, experiencias y circunstancias particulares (Sanabria, 2012).

El *Modelo deliberativo* promueve una relación en la que el paciente y el médico son partícipes activos en la adopción de decisiones relacionadas con la salud. Basándose en la comunicación abierta y la conversación educada entre ambas partes, con el objetivo de llegar a decisiones consensuadas que reflejen las preferencias y valores del paciente (Sanabria, 2012).

En esta investigación se utilizó como modelo base el *Modelo de Comunicación Centrado en el Paciente* creado en los años 50 por Balint y Balint (Epstein y Street, 2007). Según este paradigma, en lugar de centrarse únicamente en el elemento biológico de la enfermedad, la comunicación médico-paciente debe tratar de captar la perspectiva, los valores, las preferencias y el contexto personal particulares del paciente (Epstein y Street, 2007; Cacace y Giménez-Lascano, 2022). Defiende la importancia de profundizar en la experiencia subjetiva del paciente con la enfermedad, abarcando sus preocupaciones, sentimientos y anticipaciones, junto con las manifestaciones físicas (Kwame y Petrucka, 2021). También hace hincapié en la necesidad de fomentar una relación comprensiva y fiable entre el médico y el paciente posibilitando una comunicación sincera y eficaz. El paciente debe ser abordado de forma holística, teniendo en cuenta sus antecedentes sociales, culturales y psicológicos, en lugar de considerarlo únicamente como un caso médico, y los médicos deben aprender a comunicarse eficazmente practicando técnicas como la escucha activa, las explicaciones claras y la negociación de regímenes de tratamiento aceptables para el paciente (Kwame y Petrucka, 2021).

La elección de este modelo se fundamenta en su capacidad para fomentar una atención médica más personalizada y humana, lo cual es crucial para reducir las desigualdades y mejorar la calidad del cuidado en el ámbito sanitario. Bajo este modelo Epstein propone cuatro dimensiones que se describen a continuación.

1.- Perspectiva del paciente. Para adoptar el punto de vista del paciente es necesario comprender sus experiencias, actitudes, creencias y expectativas, además de sus antecedentes psicosociales y culturales (Epstein y Street, 2007; Alonso et al., 2017; Elío, 2022).

2. Integración de la información. Es la capacidad del médico para comunicar información médica y psicosocial al paciente de forma comprensible, clara y fácil de entender (Epstein y Street, 2007; Gandul, 2006; Agustín, 2009).

3. Manejo de la relación: Esto implica ayudar al paciente y al médico a construir una alianza terapéutica fundamentada en el respeto recíproco, la confianza y la empatía (Epstein y Street, 2007; Arredondo & Siles, 2009; Hanco et al., 2021).

4. Toma de decisiones compartida: Se trata de que el paciente desempeñe algún papel activo en el proceso de elección de su tratamiento médico teniendo también en cuenta sus intereses y valores. (Epstein y Street, 2007; Bosch, 2010; Elío, 2022).

A continuación, se presenta la conceptualización de la variable Ansiedad.

En su opinión Fernández et al. (2012) la describieron como la emoción más prevalente y universal, una sensación o estado emocional típico en circunstancias concretas, y una reacción típica ante diversas situaciones cotidianas estresantes. La ansiedad sólo se convierte en patológica y produce un malestar severo con síntomas que repercuten a nivel físico, psicológico y conductual cuando supera un determinado umbral o la capacidad de adaptación del individuo. La ansiedad según Torrents et al. (2013) es una reacción emocional ante una sensación de miedo o peligro, que se caracteriza por la anticipación, la activación y la facilitación de la respuesta del individuo.

Al respecto, Córdova y Santa María (2018) brindan una definición básica de la misma como un fenómeno marcado por sentimientos subjetivos que un individuo percibe a lo largo del tiempo, tales como estrés, preocupación, ansiedad y desconfianza. En su momento, Coelho et al. (2022) la han caracterizado como una reacción a muchas amenazas que la persona experimenta, o siente que experimenta, de forma habitual. Las reacciones del cuerpo a los estímulos internos y externos pueden incluir sentimientos definidos psicológicamente como miedo a morir, terror, nerviosismo, ansiedad e incapacidad para calmarse, así como cambios físicos como dificultades respiratorias, sudoración, palpitaciones, temblores y dispepsia. Finalmente, según Mercês et al. (2020), es un sentimiento provocado por la expectativa de

una amenaza desconocida o vaga en el futuro que tiene componentes psicológicos, fisiológicos, conductuales y cognitivos de larga duración.

En esta investigación se tomó como referencia principal el trabajo de Spielberger (1983) quien define ansiedad en función a un estado emocional que involucra sensaciones de tensión, inquietud y preocupación, acompañadas por una activación del sistema nervioso autónomo. Distingue dos formas de ansiedad: la ansiedad rasgo, que es una tendencia estable y general a interpretar diversas situaciones como amenazantes, y la ansiedad estado, que es una reacción temporal y variable a eventos específicos percibidos como estresantes. La elección de Spielberger como autor base se justifica por la precisión y fiabilidad de su metodología para evaluar la ansiedad, lo que nos permitirá obtener datos consistentes y comparables.

A continuación, se explorarán diversos modelos teóricos que abordan la ansiedad.

La *Teoría de la Ansiedad* es un componente de la teoría del comportamiento y la personalidad de Eysenck (1981), que sostiene que la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo son las tres características principales de la personalidad. La dimensión de neuroticismo (propensión a sentir emociones desfavorables, como miedo, preocupación, ira y tristeza) está relacionada principalmente con la ansiedad. Los individuos que muestran niveles elevados de neuroticismo son propensos a la inestabilidad emocional y a reacciones intensas ante circunstancias estresantes.

El *Modelo de Respuesta al Estrés* es una de las teorías más importantes desarrolladas por Lazarus & Folkman (1984) para explicar cómo las personas gestionan el estrés y la ansiedad. Se centra en la idea de que el estrés no es una respuesta automática a estímulos externos, sino que depende de la percepción y la evaluación que el individuo hace de la situación.

El *Modelo Tripartito* es un paradigma teórico que pretende explicar la conexión y comorbilidad entre la depresión y la ansiedad. Fue propuesto por Clark y Watson (1991) y se centra en tres aspectos clave: hiperactivación fisiológica, anhedonia o bajo afecto positivo y afecto negativo. Analiza las similitudes y diferencias entre la ansiedad y la depresión.

El *Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre*, creado por Dugas et al. (1998), uno de los principales elementos cognitivos causantes de la ansiedad es la intolerancia a la incertidumbre (IU), que es la propensión por considerar intolerable que pueda ocurrir un acontecimiento negativo, independientemente de su probabilidad.

En esta investigación se adoptó como modelo base la *Teoría de la Ansiedad-Rasgo/Ansiedad-Estado* propuesta por Spielberger et al. (1970), que se centra en discriminar entre dos tipos de ansiedad la "ansiedad de estado" describe un estado emocional fugaz que cambia con el tiempo y en términos de intensidad y comprende emociones de miedo, tensión e inquietud que se desarrollan en determinadas situaciones, es una reacción emocional inmediata ante un escenario concreto que se considera peligroso o estresante (Ries et al., 2012). La "ansiedad rasgo" describe una tendencia amplia y constante a reaccionar con ansiedad ante una serie de circunstancias (Ries et al., 2012). Es un rasgo de la personalidad que muestra una propensión persistente a ver las cosas como amenazantes. Las personas que presentan un alto nivel de ansiedad rasgo suelen sentir ansiedad estado con mayor frecuencia e intensidad. Al aplicar este modelo, se puede analizar de manera más precisa cómo la ansiedad de los acompañantes varía en función de sus características individuales y las circunstancias del entorno de emergencia. La elección de esta teoría se fundamenta en su capacidad para ofrecer una comprensión profunda y diferenciada de la ansiedad, lo que es crucial para desarrollar intervenciones efectivas y mejorar el apoyo psicológico en contextos de alta presión. Bajo este modelo se declaran 6 dimensiones que se describen a continuación:

1. Preocupación es estado mental caracterizado por la ansiedad o el malestar ante posibles eventos futuros negativos. Se manifiesta por pensamientos persistentes sobre problemas, incertidumbres o peligros percibidos, y puede afectar el bienestar emocional y físico del individuo (Spielberger, 2013; Ruiz et al., 2020; Olaechea, 2021).
2. Bienestar, se define como un estado óptimo de salud y satisfacción general en varias cuestiones de la vida de un humano, incluyendo el físico, emocional, social y mental. Implica sentirse bien consigo mismo, tener una buena calidad de

vida y ser capaz de manejar eficazmente el estrés y los desafíos cotidianos (Spielberger, 2013; Ferrer, 2020; Olaechea, 2021).

3. Malestar se define como un estado de incomodidad, desagrado o molestia física o emocional experimentada por una persona. Puede manifestarse en diferentes niveles de intensidad y puede ser causado por diversas razones, como condiciones físicas, emocionales o ambientales adversas (Spielberger, 2013; Díaz y Extremera, 2020; Olaechea, 2021).

4. Autoconfianza se define como la creencia y seguridad en las propias habilidades, capacidades y juicios para enfrentar y superar desafíos, lograr metas y enfrentar situaciones diversas en la vida. Es un componente fundamental del bienestar psicológico y se relaciona estrechamente con la autoestima y la percepción de competencia personal (Spielberger, 2013; Querejazu, 2021; Olaechea, 2021).

5. Confortabilidad se define como el estado de comodidad, tranquilidad y satisfacción experimentado por una persona en un entorno o situación particular. Implica sentirse a gusto física y emocionalmente, sin experimentar incomodidades significativas o tensiones que puedan afectar el bienestar general (Spielberger, 2013; Cabrera, 2022; Olaechea, 2021).

6. Inquietud motora se define como un estado caracterizado por movimientos físicos repetitivos, nerviosos o inquietos que pueden manifestarse en diversas partes del cuerpo. Este fenómeno suele ser una expresión visible de ansiedad, estrés u otros estados emocionales intensos, reflejando un malestar interno que se manifiesta a través de actividad física involuntaria o excesiva (Spielberger, 2013; García-Portilla y Grande, 2020; Olaechea, 2021).

La ansiedad en la gerencia sanitaria influye significativamente en la experiencia de los pacientes y la eficiencia del sistema. Impacta negativamente en la percepción de la calidad del servicio, aumentando el malestar y reduciendo la satisfacción. También puede afectar la adherencia al tratamiento, llevando a resultados subóptimos y mayor necesidad de intervenciones adicionales. Desde una perspectiva administrativa, la ansiedad no tratada incrementa la demanda de recursos como consultas, emergencias y hospitalizaciones, sobrecargando el sistema y elevando costos. Por tanto, es vital implementar estrategias para

manejar la ansiedad y capacitar al personal en su tratamiento, mejorando así el bienestar del paciente y optimizando el uso de recursos.

Existe un vacío significativo de conocimiento sobre la comunicación médico-paciente en emergencias pediátricas y su efecto en la ansiedad de los familiares, especialmente en hospitales peruanos como los de la región de La Libertad. No se dispone de información detallada sobre estos aspectos ni sobre la existencia de protocolos específicos para abordarlos. Esta falta de datos dificulta la adopción de medidas eficaces para asegurar una atención integral y empática en emergencias pediátricas. Es crucial realizar investigaciones locales que llenen este vacío de conocimiento y permitan proponer soluciones adaptadas al contexto. La problemática de cómo la comunicación médico-paciente influye en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas se origina en la complejidad y las implicaciones emocionales de estas situaciones críticas. Los padres o cuidadores, enfrentados a la incertidumbre sobre la salud de su hijo y un entorno médico desconocido, pueden experimentar altos niveles de ansiedad. En este contexto, una comunicación eficaz entre el personal médico y los familiares es crucial.

Teniendo en cuenta los antecedentes y el marco teórico revisados para abordar los problemas de la investigación, se plantea como hipótesis general que la comunicación médico-paciente influye en la ansiedad de los acompañantes en urgencia pediátrica de un hospital de Trujillo. Siendo las hipótesis específicas que la comunicación médico-paciente influye en la preocupación, bienestar, malestar, autoconfianza, confortabilidad e inquietud motora de los acompañantes en urgencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de la investigación

Tipo básica porque el objetivo principal es producir nuevos conocimientos sin pretender necesariamente una aplicación práctica inmediata de los datos obtenidos (Carrasco, 2019; Tam et al., 2008; Ñaupas et al., 2014; Bernal, 2010).

Enfoque cuantitativo empleando enfoques estadísticos para medir y cuantificar las variables implicadas en la investigación (Hernández-Sampieri et al., 2014; Creswell, 2014; Leavy, 2017; Babbie, 2020).

Nivel correlacional causal dado que el objetivo era determinar la conexión entre las dos variables de la investigación y su grado de relación. (Hernández-Sampieri et al., 2014; Creswell, 2014; Leavy, 2017; Babbie, 2020).

Diseño no experimental porque las variables se midieron tal y como fueron en el momento de la investigación, sin intervención ni manipulación por parte del investigador (Hernández-Sampieri et al., 2014; Creswell, 2014; Leavy, 2017; Babbie, 2020).

Corte transversal porque las variables se midieron una sola vez en un momento establecido (Hernández-Sampieri et al., 2014; Creswell, 2014; Leavy, 2017; Babbie, 2020).

Figura 1


Modelo de diseño correlacional-causal



Donde:

VI: Comunicación médico-paciente

VD: Ansiedad

 : Relación causal

2.2 Variables y operacionalización

Comunicación médico-paciente es el proceso de intercambio de información, emociones y valores entre el médico y el paciente. Su propósito es establecer una relación terapéutica, promover la toma de decisiones conjunta y mejorar los resultados de salud (Epstein et al., 2005). Esta variable es cuantitativa y ordinal, ya que se puede medir a través de una escala ordinal (Freire y Enrique, 2018; Oyola, 2021; Ledesma & Ramírez, 2024). Además, al reflejar la percepción del paciente sobre la interacción con el profesional de salud y categorizarse en niveles, se considera cuantitativo (Moral, 2022; Sánchez, 2019). Detalles adicionales sobre esta operacionalización se encuentran en el anexo correspondiente. (Ver anexo 1)

Ansiedad es un estado emocional que involucra sensaciones de tensión, inquietud y preocupación, acompañadas por una activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1983). Esta variable es cuantitativa y ordinal, ya que se puede medir a través de una escala ordinal (Freire y Enrique, 2018; Oyola, 2021; Ledesma y Ramírez, 2024). Además, es cuantitativa porque refleja la percepción del paciente sobre las manifestaciones de ansiedad, la cual puede ser categorizada en niveles (Moral, 2022; Sánchez, 2019). Los detalles adicionales sobre esta operacionalización se encuentran en el anexo 1.

2.3 Población, muestra, muestreo

Se consideró una media de 650 acompañantes al mes en sala de urgencia pediátrica durante el periodo de estudio (Registro digital de atenciones de emergencia pediátrica).

Criterio de inclusión:

Acompañantes que permanecieron en observación más de 1 hora en el área de urgencia pediátrica.

Que otorguen el consentimiento informado para el desarrollo de los instrumentos.

Criterio de exclusión:

Acompañantes que no deseen participar del estudio.

Que hayan respondido con errores los instrumentos.

La **muestra** se quedó constituida por 245 acompañantes. Se utilizó un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, ya que se tomaron los casos que fuesen apareciendo y estén de acuerdo en ser incluidos. Esto se basa en la fácil accesibilidad de los sujetos y su proximidad al investigador (Otzen y Manterola, 2017).

Características de la muestra

La tabla 1 demuestra que, en lo que respecta al sexo, las mujeres constituyen la mayor parte de la muestra (69,4%), mientras que los hombres representan el 30,6%.

Tabla 1

Distribución según sexo de la muestra estudiada

Sexo	N	%
Masculino	75	30,6%
Femenina	170	69,4%

La a tabla 2 revela que los grupos etarios de 34 a 37 y de 38 a 41 años, que representan el 29,8% y el 17,6% de la muestra, respectivamente, presentan mayores concentraciones. La categoría de edad media, es decir, la de 34 a 41 años, contiene el mayor porcentaje.

Tabla 2

Distribución según edad de la muestra estudiada

Edad	N	%
18 - 21	13	5,3%
22 - 25	20	8,2%
26 - 29	33	13,5%
30 - 33	31	12,7%
34 - 37	73	29,8%
38 - 41	43	17,6%
42 - 45	14	5,7%

46 - 49	13	5,3%
50 - 53	5	2,0%

La tabla 3 revela que las madres son las principales acompañantes (57,6%), seguida por los padres (36,3%), mientras que un pequeño porcentaje (6,1%) está acompañado por un tercero.

Tabla 3

Distribución según acompañante de la muestra estudiada

Acompañante	N	%
Padre	89	36,3%
Madre	141	57,6%
Otro	15	6,1%

La tabla 4 muestra que, de los participantes, la mayoría presenta estabilidad laboral (78,4%), mientras que la minoría están desempleados (21,6%).

Tabla 4

Distribución según estado laboral de la muestra estudiada

Estado laboral	N	%
Trabaja	192	78,4%
No trabaja	53	21,6%

2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnicas. Se emplearon dos encuestas como método de recopilación de datos, ya que permiten recopilar metódicamente datos sobre las variables de la investigación mediante preguntas dirigidas a los miembros de la muestra representativa. (Troncoso y Amaya, 2017).

Instrumentos.

1.- *Communication Assessment Tool (CAT)*

Fue creado por Makoul et al. (2007) producto del consenso de expertos en comunicación médico-paciente y que, aunque los autores no lo declaran explícitamente se basó en el modelo teórico *Patient-Centered Communication Model* propuesto por Epstein (2005). Posteriormente fue traducido y adaptado a la realidad nacional por Quispe et al. (2019).

Su tiempo estimado de aplicación es de quince minutos, y puede administrarse individualmente o en grupo. El objetivo es conocer la opinión de los pacientes sobre las habilidades interpersonales y de comunicación del médico. Basado en la destreza de comunicación, consta de quince ítems. Cada respuesta evaluada recibe una escala tipo Likert de cinco puntos: mala (1), justa (2), buena (3), muy buena (4) y excelente (5). Las personas con un nivel educativo medio o superior deberían ser el público objetivo de su aplicación. Puede aplicarse a la atención clínica, la investigación y la docencia. El resultado final se compara con un sistema de puntuación para establecer el nivel de comunicación ver ficha técnica en anexo 5, los indicadores, escalas y nivel de medición pueden observarse en el anexo 1.

La validez expresa el grado de precisión en que una herramienta mide la variable, o si utiliza indicadores empíricos para describir la idea abstracta (Hernández y Mendoza, 2018).

Rocha et al. (2020) con base en lo propuesto por Makoul et al. (2007) en el contexto sanitario estimaron la validez de contenido siendo los ítems considerados asociados y relevantes por todos los especialistas. Los índices de Validez de Contenido del Ítem (I-CVI) variaron de .90 a 1, y el Índice de Validez de Contenido del Sistema (S-CVI) fue de .99, lo que respalda la relevancia de los ítems. (mayor detalle ver anexo 9)

Quispe et al. (2019) para determinar la validez de este instrumento en el contexto sanitario nacional empleó el juicio de 06 expertos en comunicación y especialidades clínicas, y estimó el I-CVI y S-CVI del CAT. Los resultados

mostraron que I-CVI = .83 y S-CVI = .90 evidenciando que el instrumento presenta un índice de validez alto. (mayor detalle ver anexo 9)

La confiabilidad se refiere al grado de consistencia y estabilidad con el que una herramienta mide una variable, indicando si los resultados obtenidos son reproducibles en diferentes momentos y contextos (Hernández y Mendoza, 2018). (mayor detalle ver anexo 9)

Rocha et al. (2020) con base en lo propuesto por Makoul et al. (2007) estimaron basándose en la coherencia interna del CAT a través del Alfa de Cronbach = .95 concluyendo una alta fiabilidad de la escala en su única dimensión en el ámbito sanitario. (mayor detalle ver anexo 9)

Quispe et al. (2019) para evaluar la confiabilidad en el contexto sanitario nacional utilizó un ensayo con 20 personas; encontrando que tuvo un *Alfa de Cronbach* = .862 comprobando su validez y confiabilidad en territorio peruano. (mayor detalle ver anexo 9)

2.- State-Trait Anxiety Inventory [STAI]

Fue elaborado por Spielberger et al. (1970) con base en la teoría propuesta por el mismo autor, adaptada a Latinoamérica por Spielberger y Díaz (1975) y posteriormente fue adaptado a la realidad nacional por Anicama et al. (2021).

Con fines del presente estudio usaremos la subescala Ansiedad-Estado compuesta por veinte afirmaciones (diez directas y diez inversas) se pide a los participantes que puntúan sus sentimientos en diversas situaciones de presión y evalúa los sentimientos de ansiedad en una situación determinada, así como la intensidad de la ansiedad experimentada momentáneamente en ella. como autoconfianza, malestar, bienestar, inquietud motora, confortabilidad y preocupación que experimenta el sujeto. Los encuestados responden a cada uno de los 20 enunciados de las dos escalas mediante una escala likert de intensidad con cuatro dimensiones que van de 1 a 4. Puede aplicarse a la atención clínica, la investigación y la docencia. Los indicadores, escalas y nivel de medición pueden observarse en el anexo 1. El resultado final se compara con un sistema de puntuación para establecer el grado de ansiedad (Ficha técnica ver en anexo 5).

La validez

Cevallos (2022) en el contexto sanitario, con base en la escala propuesta por Spielberger y Díaz (1975) comprobó mediante el índice de homogeneidad ítem-test corregido y el coeficiente de correlación de Pearson, y a través de juicio de expertos determinó una V de Aiken superior a .84. (mayor detalle ver anexo 9)

Anicama et al. (2021) en el contexto sanitario nacional evaluó mediante el índice de homogeneidad ítem-test corregido y el coeficiente de correlación de Pearson, incorporando las opiniones de diez expertos a través del análisis de ítems. Los resultados mostraron una correlación significativa y positiva ($p < .01$) entre los ítems individuales y la puntuación total, lo que apoyó la validez del instrumento. Para establecer la validez del constructo, también se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio. Según los valores de la V de Aiken, la estructura factorial era coherente para la Ansiedad-Estado, que se situaban entre 0.80-1.0. (mayor detalle ver anexo 9)

La confiabilidad

Cevallos (2022) en el contexto sanitario con base en la escala propuesta por Spielberger y Díaz (1975) a través del método de consistencia interna determinó un Alpha de Cronbach de .947 la escala de Ansiedad-Estado. (mayor detalle ver anexo 9)

Anicama et al. (2021) utilizó el método de consistencia interna (Alpha de Cronbach), obteniendo valores de .863 a .867 la escala de Ansiedad-Estado, lo que indica una confiabilidad muy buena y elevada, respectivamente. Asimismo, se realizó un análisis de test-retest para evaluar la estabilidad del instrumento, encontrando una alta estabilidad en ambas escalas en el contexto sanitario nacional. (mayor detalle ver anexo 9)

2.5 Procedimientos

Las encuestas se administraron de manera presencial, los cuestionarios fueron entregados y completados en las áreas de espera del servicio de urgencias pediátricas, facilitando la participación inmediata y asegurando la comprensión de cada ítem mediante la provisión de instrucciones claras y

detalladas. Durante esta etapa, se mantuvo una comunicación constante con los participantes para resolver cualquier duda y asegurar la precisión de las respuestas. Esta metodología permitió recolectar datos de manera exhaustiva y asegurar la calidad de la información obtenida. El proceso de recolección de las encuestas sucedió en un lapso de dos semanas, abarcando la totalidad de la muestra planificada. Esta estrategia de administración presencial garantizó una alta tasa de respuesta y la integridad de los datos recogidos para el análisis subsecuente.

Para la recolección de datos en el presente estudio, se coordinó con los responsables de las áreas de urgencias pediátricas del hospital de Trujillo, proporcionando un informe detallado sobre el objetivo y las características principales de la investigación. Posteriormente, se solicitó la autorización correspondiente para aplicar los instrumentos de evaluación. Antes de la administración de las encuestas, se solicitó a cada acompañante su consentimiento informado para participar de manera voluntaria, explicando claramente los objetivos y alcances del estudio, y enfatizando la confidencialidad y el anonimato.

2.6 Método de análisis de datos

A partir de la información tabulada se crearon tablas de distribución de frecuencias. Dado que la variable dependiente tiene una medida ordinal, se realizará un análisis de regresión logística ordinal para clasificar a los individuos u objetos de la muestra (Díaz, 2017; Flores et al., 2017; Sagaró y Zamora, 2019). El análisis también implicaría utilizar el programa estadístico SPSS en su versión 25 con $\alpha = .05$ como nivel de significación teórico y aplicando como regla de decisión: aceptar la hipótesis si $p > \alpha$ y rechazarla si $p < \alpha$.

2.7 Aspectos éticos

Se observaron los requisitos de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud, así como las normas morales y éticas establecidas por la Escuela de Postgrado de la UCV (UCV, 2024). Además, se solicitó la autorización correspondiente para utilizar los instrumentos y medir las variables pertinentes.

Se aplicaron las siguientes normas éticas mundiales y nacionales para asegurar que el estudio se desarrolle de forma éticamente correcta.

1. Principio de beneficencia: Se busco maximizar los beneficios y minimizar los posibles riesgos o daños para los participantes del estudio (Informe Belmont, 1979; Pazinatto, 2019; Savi et al., 2021; Childress y Beauchamp, 2022).
2. Principio de no maleficencia: No se expuso a los participantes a situaciones que puedan causarles daño físico, psicológico o moral (Reyes et al., 2020; Arancibia, 2021; Childress y Beauchamp, 2022).
3. Principio de autonomía: Se respeto la libre determinación de los familiares para optar si desean o no participar en el estudio, sin coerción alguna (Ontano et al., 2021; Freitas et al., 2021; Honorato et al., 2022; Childress y Beauchamp, 2022).
4. Principio de justicia: Se trato a todos los participantes con equidad y sin discriminación, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada (Informe Belmont 1979; Savi et al., 2021; Childress y Beauchamp, 2022; Velásquez, 2023).

III. RESULTADOS

3.1 Resultados descriptivos

La tabla 6 exhibe en el contexto de la atención de urgencias pediátricas que, la comunicación médico-paciente fue evaluada por el 52,7% de los acompañantes en las áreas de urgencias pediátricas como de calidad regular, mientras que el 42,9% la juzgó como inadecuada, y solamente el 4,5% la consideró adecuada. Se evidencia, asimismo, que más de la mitad de los encuestados (54,7%) percibió la dimensión del manejo de la relación médico-paciente de nivel inadecuado. Respecto a la integración de información, esta fue evaluada como regular por el 72,7% de los participantes, mientras que 41,2% de los acompañantes consideró adecuada la dimensión de toma de decisiones compartidas.

Tabla 6

Nivel de comunicación médico-paciente, según sus dimensiones

	Comunicación médico paciente		Manejo de la relación		Integración de la información		Toma de decisiones compartidas	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Inadecuado	105	42,9	134	54,7	64	26,1	74	30,2
Regular	129	52,7	79	32,2	178	72,7	70	28,6
Adecuado	11	4,5	32	13,1	3	1,2	101	41,2
Total	245	100	245	100	245	100	245	100

La tabla 7 exhibe el grado de ansiedad manifestado por los acompañantes en las áreas de urgencias pediátricas. Se destaca que un 9,0% de los acompañantes experimentó niveles significativamente altos de ansiedad, mientras que un porcentaje considerablemente mayor (86,5%) presentó un grado moderado de ansiedad, y una minoría significativa (4,5%) mostró niveles bajos de ansiedad. Además, se observa que las dimensiones de inquietud motora, preocupación y malestar son las que registraron niveles más elevados entre los acompañantes, con un 71,0%, 54,3%, y 45,7% respectivamente. Por otro lado, las dimensiones de bienestar y confortabilidad son las que presentaron niveles más bajos, con un 77,6% y 70,2% de los acompañantes respectivamente. En torno al 40% de los acompañantes manifestaron un grado moderado de autoconfianza (40,0%) y preocupación (39,2%).

Tabla 7

Nivel de ansiedad de los acompañantes, en función de las dimensiones

	Leve		Moderado		Alto	
	fr	%	fr	%	fr	%
Ansiedad	11	4,5	212	86,5	22	9,0
Autoconfianza.	78	31,8	98	40,0	69	28,2
Malestar.	54	22,1	79	32,2	112	45,7
Bienestar.	190	77,6	53	21,6	2	0,8
Confortabilidad	172	70,2	58	23,7	15	6,1
Inquietud motora	32	13,1	39	15,9	174	71,0
Preocupación	16	6,5	96	39,2	133	54,3

3.2 Contrastación de hipótesis

Fue empleando el programa SPSS 25, mediante el análisis de regresión logística ordinal se buscó demostrar cómo dependía la variable dependiente de la variable independiente.

Prueba de normalidad

Ho: los datos siguen una distribución normal.

Ha: los datos no siguen una distribución normal.

Con arreglo a las hipótesis nula y alternativa, Ho y Ha, respectivamente, se evaluó la distribución de los datos utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov como prueba de normalidad (Ver anexo 8). En los resultados se encontró un valor p de 0, que es inferior al nivel de significación de ,05. En consecuencia, se aceptó la hipótesis alternativa (Ha), según la cual los datos no siguen una distribución normal, y se rechazó la hipótesis nula (Ho), según la cual los datos siguen una distribución normal. Dado que los datos no se ajustaron al supuesto de normalidad necesario para realizar pruebas paramétricas, se emplearon enfoques estadísticos no paramétricos para examinar los datos.

Hipótesis general

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre la ansiedad de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente incide sobre la ansiedad de los acompañantes.

La tabla 8 presenta la información extraída del análisis realizado se demostró que el grado de ansiedad en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 26,503 con p valor $= <,001 < \alpha = .05$, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 16,6% en el nivel de ansiedad en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke =,166).

Tabla 8

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes

Contraste de razón de verosimilitud				
	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Pseudo R cuadrado
Comunicación médico-paciente	26,503	2	<,001	Cox y Snell ,103
				Nagelkerke ,166
				McFadden ,112

Hipótesis específica 1

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre la autoconfianza de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente incide sobre la autoconfianza de los acompañantes.

La tabla 9 presenta la información extraída del realizado se demostró que el grado de autoconfianza en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 219,379 con p valor $= <,001 < \alpha = .05$, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 66,7% en el nivel de autoconfianza en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke =,667).

Tabla 9

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la autoconfianza de los acompañantes

	Contraste de razón de verosimilitud				
	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Pseudo R cuadrado	
Comunicación médico-paciente	219,379	2	<,001	Cox y Snell	,592
				Nagelkerke	,667
				McFadden	,412

Hipótesis específica 2

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre el malestar de los acompañantes.

H₁: comunicación médico-paciente incide sobre el malestar de los acompañantes.

La tabla 10 presenta la información extraída del realizado se demostró que el grado de malestar en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 109,470 con p valor = <,001 < α = .05, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 41,0% en el nivel de malestar en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke = ,410).

Tabla 10

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en el malestar de los acompañantes

Contraste de razón de verosimilitud					
	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Pseudo R cuadrado	
Comunicación médico-paciente	109,470	2	<,001	Cox y Snell	,360
				Nagelkerke	,410
				McFadden	,212

Hipótesis específica 3

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre el bienestar de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente incide sobre el bienestar de los acompañantes.

La tabla 11 presenta la información extraída del realizado se demostró que el grado de bienestar en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 56,079 con p valor $\leq .001 < \alpha = .05$, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 30,1% en el nivel de bienestar en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke = ,301).

Tabla 11

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en el bienestar de los acompañantes

Contraste de razón de verosimilitud					
	Chi-cuadrado	gl	Sig.		Pseudo R cuadrado
Comunicación médico-paciente	56,079	2	<,001	Cox y Snell	,205
				Nagelkerke	,301
				McFadden	,202

Hipótesis específica 4

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre la confortabilidad de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente incide sobre la confortabilidad de los acompañantes.

La tabla 12 presenta la información extraída del realizado se demostró que el grado de confortabilidad en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 254,774 con p valor $= <,001 < \alpha = .05$, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 25,6% en el nivel de confortabilidad en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke =,256).

Tabla 12

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la confortabilidad de los acompañantes

Contraste de razón de verosimilitud					
	Chi-cuadrado	gl	Sig.		Pseudo R cuadrado
Comunicación médico-paciente	54,774	2	<,001	Cox y Snell	,200
				Nagelkerke	,256
				McFadden	,147

Hipótesis específica 5

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre la inquietud motora de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente incide sobre la inquietud motora de los acompañantes.

La tabla 13 presenta la información extraída del realizado se demostró que el grado de inquietud motora en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 25,172 con p valor $= <,001 < \alpha = .05$, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 12,2% en el nivel de inquietud motora en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke = ,122).

Tabla 13

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la inquietud motora de los acompañantes

Contraste de razón de verosimilitud					
	Chi-cuadrado	gl	Sig.		Pseudo R cuadrado
Comunicación médico-paciente	25,172	2	<,001	Cox y Snell	,098
				Nagelkerke	,122
				McFadden	,064

Hipótesis específica 6

H₀: La comunicación médico-paciente no incide sobre la preocupación de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente incide sobre la preocupación de los acompañantes.

La tabla 14 presenta la información extraída del realizado se demostró que el grado de preocupación en acompañantes depende de la comunicación que establecen médico y acompañante; siendo el Chi cuadrado = 185,231 con p valor $= <,001 < \alpha = .05$, rechazando H₀. Además, la variable predictora comunicación médico-paciente tuvo una influencia del 64,2% en el nivel de preocupación en acompañante en las áreas de urgencias pediátricas (Nagelkerke =,642).

Tabla 14

Exposición de la idoneidad de la información para el modelo que relaciona comunicación médico-paciente en la preocupación de los acompañantes

	Contraste de razón de verosimilitud				
	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Pseudo R cuadrado	
Comunicación médico-paciente	185,231	2	<,001	Cox y Snell	,530
				Nagelkerke	,642
				McFadden	,431

IV. DISCUSIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo analizar y contextualizar los resultados que se obtuvieron en la investigación realizada. Los hallazgos revelan la influencia significativa de la comunicación médico-paciente en diversos aspectos emocionales de los acompañantes de pacientes pediátricos en situaciones de urgencia. Las conclusiones se basan en datos cuantitativos que indican variaciones en los niveles de ansiedad, autoconfianza, malestar, bienestar, confortabilidad, inquietud motora y preocupación, atribuibles a la calidad de la interacción comunicativa entre el personal médico y los acompañantes.

La hipótesis general que plantea que la comunicación entre médico y paciente (CM-P) influye en la ansiedad de los acompañantes en la sala de urgencias pediátricas (SUP) ha sido confirmada. Esto sugiere que un adecuado proceso de intercambio de información, emociones y valores entre el paciente y el acompañante establece una relación terapéutica, fomenta la colaboración en la adopción de decisiones y mejora del desempeño a nivel sanitario, al reducir el malestar, la preocupación y la inquietud que generan un estado emocional con activación del sistema nervioso autónomo (Epstein, 2005; Spielberger, 1983).

Iniciamos la contrastación de resultados, etapa donde se analizarán y compararán los hallazgos obtenidos con los objetivos planteados y la revisión teórica realizada. Este proceso permitirá evaluar la consistencia y validez de nuestras hipótesis, así como identificar posibles discrepancias que requieran una interpretación más detallada. A través de métodos estadísticos y un análisis riguroso de los datos recopilados, se busca proporcionar una comprensión profunda y fundamentada sobre el impacto de la comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas. Este ejercicio de contrastación no solo fortalecerá la evidencia empírica de nuestro estudio, sino que también abrirá nuevas perspectivas para futuras investigaciones en el ámbito de la atención sanitaria y la psicología clínica.

Estos resultados pueden ser sustentados por el modelo teórico de la comunicación centrada en el paciente, el cual sostiene que una comunicación efectiva y empática no solo mejora la satisfacción del paciente y su familia, sino que también disminuye los niveles de ansiedad y aumenta la percepción de control y autoconfianza

en situaciones de estrés (Epstein et al., 2007; Cacace y Giménez-Lascano, 2022). Involucra la transmisión clara y comprensible de información, la demostración de empatía y el apoyo emocional, lo que contribuye a un entorno de atención más humano y menos estresante. En el contexto de urgencias pediátricas, donde la ansiedad de los acompañantes puede afectar significativamente la dinámica de atención, estos principios teóricos se reflejan en la correlación observada entre la calidad de la comunicación y los grados de bienestar y malestar de los acompañantes.

En España, Pérez-Cárceles et al. (2010) descubrieron que la satisfacción de los pacientes en servicios de emergencia estaba estrechamente vinculada con la calidad de la comunicación del médico, similares hallazgos al estudio de Swed et al. (2022) realizado en Siria, donde se encontró que aproximadamente la mitad de los acompañantes de pacientes experimentan niveles moderados a graves de ansiedad, se identificaron varios factores de riesgo significativos, entre ellos la comunicación. Aunque sus investigaciones se centraron en pacientes, es razonable extender estas conclusiones a los acompañantes, tal como se observa en nuestro estudio. Estos resultados indican que la comunicación médico-paciente tiene un impacto significativo en la ansiedad de los familiares acompañantes en situaciones de emergencia pediátrica, reafirmando la importancia de una interacción efectiva y clara para reducir el estrés en estos entornos.

Carreño et al. (2024) realizaron un estudio con familiares de pacientes hospitalizados en un hospital de México y determinaron que el 70% de los familiares presentaban niveles moderados de ansiedad y el 30% niveles altos, sin casos de ansiedad baja. Estos niveles se relacionaban principalmente con el impacto de la noticia y la capacidad de afrontamiento de los familiares ante la situación. Nuestros resultados coinciden con estos hallazgos, sugiriendo que la necesidad de información y la insatisfacción con la misma son factores críticos que elevan la ansiedad entre los familiares. Esto refuerza la importancia de proporcionar información clara y adecuada para mitigar la ansiedad en situaciones hospitalarias.

Ruiz-Aguilar et al. (2021) realizaron un estudio en México sobre los familiares encargados de recibir informes diarios de personas internadas en el servicio de recuperación, similar a lo encontrado por Seyedoshohadaee et al. (2019) en su estudio de realizado en Irán, observó una correlación entre la ansiedad experimentada por los familiares de pacientes en urgencias y sus percepciones sobre

las habilidades comunicativas de las enfermeras. Encontraron un predominio de ansiedad leve y baja moderada-severa, lo cual difiere de nuestros resultados, donde la mayoría de los acompañantes presentan ansiedad moderada y una pequeña proporción ansiedad elevada, esto obedece que las condiciones y la gravedad de los pacientes en el servicio de recuperación, así como las políticas de comunicación y apoyo psicológico disponibles en ese contexto, influyan en los niveles de ansiedad reportados por los familiares.

En el ámbito nacional, no se encontraron estudios previos que abordaran específicamente la relación entre la calidad de la comunicación médico-paciente y los niveles de ansiedad de los familiares en situaciones de emergencia pediátrica. Esta carencia de investigaciones locales limita la posibilidad de comparar directamente nuestros resultados con otros contextos nacionales similares. Sin embargo, esta ausencia de datos también subraya la relevancia y originalidad de nuestro estudio, destacando la necesidad de continuar explorando este tema para mejorar las prácticas de comunicación en entornos de alta presión dentro de nuestro país.

Se ha corroborado que la comunicación médico-paciente influye significativamente (64%) en el nivel de autoconfianza de los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias del hospital, afectando a una mayoría considerable de estos. Esto sugiere que un intercambio adecuado de información, sentimientos y valores entre el médico y el acompañante establece una alianza terapéutica, fomenta la colaboración en la adopción de decisiones y mejora los logros sanitarios, además, facilita a los acompañantes una mejor comprensión del estado del paciente, los tratamientos disponibles y las expectativas del tratamiento, lo que aumenta su seguridad y autoconfianza en la gestión de la situación (Epstein, 2005; Querejazu, 2021).

Kurtz et al. (2016), en su libro sobre habilidades de comunicación en medicina, argumentan que una comunicación efectiva no solo mejora los resultados clínicos, sino que también reduce la ansiedad y aumenta la confianza de los pacientes y acompañantes, similares hallazgos obtuvo Bascuñán (2013), en un estudio realizado en Chile, enfatiza que la comunicación efectiva entre médicos y pacientes no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también incrementa la confianza

de los familiares en el proceso de atención. Esto apoya nuestros hallazgos sobre la influencia de la comunicación en la autoconfianza de los acompañantes.

Se comprobó que la comunicación médico-paciente influye significativamente (41%) en el nivel de malestar de los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias del hospital. Esto indica que el proceso de intercambio de información, emociones y valores entre el médico y el acompañante tiene como objetivo establecer una relación terapéutica, fomentar la adopción de decisiones colaborativas e incrementar los resultados de salud. Además, afecta el grado de incomodidad, desagrado o malestar físico o emocional experimentado por los acompañantes (Epstein, 2005; Díaz y Extremera, 2020).

La evidencia empírica obtenida en este estudio revela una correlación significativa entre la calidad de la interacción médico-acompañante y el grado de incomodidad experimentado por los acompañantes en el entorno de urgencias hospitalarias. Específicamente, se encontró que las dinámicas comunicativas entre el personal médico y los acompañantes explican un 41% de la variabilidad en los niveles de malestar reportados por los acompañantes presentes en la Sala de Urgencias y Emergencias.

Este hallazgo subraya la trascendencia de los procesos comunicativos en el contexto sanitario agudo, particularmente en lo que respecta a su impacto en la experiencia de los cuidadores y familiares. La magnitud del efecto observado sugiere que la comunicación efectiva no solo influye en el bienestar del paciente, sino que también modula de manera sustancial las percepciones y el estado emocional de quienes los acompañan durante episodios médicos críticos.

Desde una perspectiva teórica, este resultado se alinea con el modelo biopsicosocial de la atención médica, que enfatiza la importancia de considerar factores psicológicos y sociales en la provisión de cuidados sanitarios (Engel, 1977). La comunicación emerge como un componente crucial de este enfoque holístico, actuando como un puente entre los aspectos biomédicos del tratamiento y las dimensiones psicosociales de la experiencia del paciente y su entorno.

A nivel internacional Schmidt et al. (2007) en su informe al igual que Ocañez et al. (2010) en un metaanálisis coinciden que el malestar puede desempeñar un papel en el desarrollo de problemas de ansiedad, al igual que sobre la asociación

entre comunicación del personal sanitario y malestar. Esto respalda nuestros hallazgos de que la comunicación influye en la ansiedad al afectar el malestar.

Dooley et al. (2015), en su estudio realizado en Estados Unidos que abarcó ocho bases de datos, concluyeron que la comunicación entre paciente, acompañante y profesional minimiza el malestar, posteriormente en un estudio realizado en el Reino Unido, Cooper y Stevenson (2022) emplearon la observación etnográfica de consultas en urgencias concluyeron que la comunicación médico-paciente en los servicios de urgencias influye en el malestar de los acompañantes. Nuestros hallazgos son consistentes con estos resultados, ya que hemos observado que la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente impacta significativamente en el nivel de ansiedad de los familiares acompañantes. Esto puede deberse a que una comunicación clara y empática no solo tranquiliza al paciente, sino que también proporciona a los acompañantes una mejor comprensión de la situación.

Se demostró que la comunicación médico-paciente tiene una influencia significativa (30%) en el nivel de bienestar de los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias del hospital. Esto indica que el proceso de intercambio de información, sentimientos y valores entre el médico y el acompañante tiene como objetivo establecer una relación terapéutica, fomentar la colaboración en la adopción de decisiones e incremento de los resultados sanitarios. Además, afecta la capacidad del acompañante para comprender la situación y las expectativas médicas, creando una sensación de control y satisfacción con las circunstancias actuales del acompañante en diversas áreas de la vida del paciente, como la física, la emocional, la social y la mental. Esto implica tener una imagen positiva de sí mismo, llevar una vida satisfactoria y ser capaz de controlar el estrés y los desafíos cotidianos con facilidad (Epstein, 2005; Ferrer, 2020).

El estudio realizado ha arrojado luz sobre un aspecto de la dinámica interpersonal en el entorno de urgencias hospitalarias, revelando que la calidad de la interacción comunicativa entre el personal médico y los acompañantes ejerce una influencia significativa, cuantificada en un 30%, sobre el bienestar percibido por los acompañantes presentes en la Sala de Urgencias y Emergencias.

Este hallazgo reviste especial relevancia en el contexto de la atención sanitaria contemporánea, donde se reconoce cada vez más la importancia de un

enfoque holístico que trascienda el modelo biomédico tradicional. La magnitud del efecto observado (30%) sugiere que las competencias comunicativas del personal sanitario no solo son cruciales para el manejo clínico del paciente, sino que también juegan un rol determinante en la modulación del estado emocional y psicológico de quienes conforman su red de apoyo inmediato.

Desde una perspectiva teórica, estos resultados se alinean con el paradigma de la medicina centrada en el paciente y su familia, propuesto por autores como Stewart et al. (2013). Este enfoque enfatiza la importancia de considerar el contexto más amplio del paciente, incluyendo las necesidades y experiencias de sus cuidadores y familiares, como parte integral del proceso terapéutico.

Verlinde et al. (2012), en una revisión bibliográfica concluyeron que las diferencias sociales en la comunicación médico-paciente, que abarcan el comportamiento verbal, no verbal y centrado en el paciente, pueden mejorar la eficacia de la comunicación y el bienestar del paciente con posterioridad en un metaanalítico realizado por Kelley et al. (2014) demostró que la calidad de la comunicación médica está asociada positivamente con diversos resultados de salud, incluyendo el bienestar del acompañante. Nuestros hallazgos son congruentes con estos resultados, ya que observamos que la calidad de la interacción entre médicos y pacientes influye significativamente en bienestar de los familiares acompañantes. Esta coincidencia sugiere que una comunicación efectiva, que considere las diferencias sociales y se centre en las necesidades del paciente, no solo beneficia a este último, sino que también mitiga el estrés de los acompañantes, promoviendo un entorno más comprensivo y tranquilo en situaciones de emergencia.

Chandra et al. (2018), quienes en su revisión indicaron que la confianza y la comunicación en las relaciones médico-paciente están positivamente correlacionadas con el bienestar de los acompañantes, son similares a los hallazgos de Anderson et al. (2019), en su estudio de revisión, encontraron que la comunicación eficaz entre los profesionales de la salud y los familiares de los pacientes mejora significativamente el bienestar de estos últimos, así como también Cooper y Stevenson (2022) en un estudio realizado en el Reino Unido, emplearon la observación etnográfica de consultas en urgencias con la presencia de acompañantes, determinaron que la comunicación médico-paciente facilita el acceso a la atención e influye en el bienestar

de los acompañantes. Nuestros resultados coinciden con estos hallazgos, ya que hemos observado que la calidad de la comunicación médico-paciente influye directamente en el nivel de bienestar de los acompañantes. Esta mejora en el bienestar puede atribuirse a que una comunicación clara y empática proporciona a los familiares una mayor comprensión de la situación médica y reduce la incertidumbre y el estrés asociados, creando un ambiente más tranquilo y seguro para todos los involucrados.

Se ha comprobado que la comunicación médico-paciente tiene una influencia significativa (26%) en el nivel de confort de los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias del hospital. Esto implica que el nivel de comodidad, tranquilidad y satisfacción de una persona en un entorno específico está influido por el proceso de compartir información, emociones y valores entre un médico y un paciente. Este proceso tiene como objetivo construir una relación terapéutica, fomentar la adopción de decisiones colaborativas e incrementar los resultados sanitarios. Denota estar en paz tanto física como emocionalmente, libre de tensiones o molestias graves que puedan comprometer el bienestar general (Epstein, 2005; Cabrera, 2022).

El presente estudio ha revelado un hallazgo significativo en la esfera de la asistencia sanitaria de urgencias: la calidad de la interacción comunicativa entre el personal médico y los pacientes ejerce una influencia notable, cuantificada en un 26%, sobre el nivel de confort experimentado por los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias hospitalarias.

Este descubrimiento subraya la complejidad de las dinámicas interpersonales en entornos médicos críticos, evidenciando que el impacto de la comunicación sanitaria trasciende la díada médico-paciente para afectar de manera sustancial el bienestar de la red de apoyo inmediata del paciente. La magnitud del efecto observado (26%) sugiere que las competencias comunicativas del personal sanitario desempeñan un papel crucial no solo en la gestión clínica, sino también en la modulación del ambiente psicosocial general de la unidad de urgencias.

Este resultado se enmarca dentro del paradigma de la atención centrada en el paciente y la familia, un enfoque que ha ganado prominencia en las últimas décadas. Según este modelo, propuesto por autores como Kitson et al. (2013), la atención sanitaria óptima debe considerar no solo las necesidades biomédicas del

paciente, sino también el contexto más amplio que incluye a cuidadores y familiares como parte integral del proceso terapéutico.

Cófreces et al. (1970), quienes demostraron que la calidad de la comunicación médica se asocia positivamente con el confort del paciente. Nuestros hallazgos amplían esta línea de investigación al evidenciar que los beneficios de una comunicación efectiva se extienden más allá del paciente, influyendo significativamente en el confort de los acompañantes. Esto puede deberse a que una comunicación clara y empática no solo mejora la comprensión y la confianza del paciente en el tratamiento, sino que también proporciona a los acompañantes un sentido de seguridad y tranquilidad, al sentirse incluidos y bien informados sobre el estado y el cuidado de sus seres queridos.

Jiang (2017) en Estados Unidos, encontró que una comunicación centrada en el paciente durante las consultas médicas mejora el confort del paciente y el acompañante, por su parte Ganiem et al. (2022) en Indonesia, mediante un enfoque fenomenológico concluyen que comprender la percepción de la enfermedad tanto del paciente como de su acompañante puede mejorar el cumplimiento del tratamiento y el confort general, al mismo tiempo Cooper y Stevenson (2022), quienes, a través de una observación etnográfica de consultas en urgencias en el Reino Unido con la presencia de acompañantes, analizaron las funciones de cada participante y concluyeron que la comunicación médico-paciente tiene un impacto significativo en el confort de los acompañantes. En mi estudio, se observó que una comunicación clara y empática entre médicos y pacientes también influye de manera notable en el nivel de confort de los acompañantes de los pacientes. Esto puede explicarse porque una comunicación eficaz disminuye la incertidumbre y el estrés, proporcionando a los acompañantes una sensación de seguridad y tranquilidad al ver que sus seres queridos están recibiendo una atención adecuada y comprensible.

Se comprobó que la comunicación médico-paciente tiene una influencia significativa (12%) en el nivel de inquietud motora de los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias del hospital. Con el fin de fomentar una relación terapéutica, favorecer la adopción de decisiones en colaboración e incrementar los resultados sanitarios, esto implica el intercambio de información, sentimientos y valores entre el médico y el paciente (Epstein, 2005). Reduce el estado que se caracteriza por

movimientos físicos recurrentes, tensos o inquietos, que pueden aparecer en distintas partes del cuerpo. Este fenómeno suele ser una manifestación externa de tensión, preocupación u otros estados emocionales elevados; se trata de un malestar interior que se manifiesta como un movimiento excesivo o incontrolable de partes del cuerpo (Epstein, 2005; García-Portilla y Grande, 2020).

El presente estudio ha revelado un hallazgo intrigante en el contexto de la atención sanitaria de urgencias: la calidad de la interacción comunicativa entre el personal médico y los pacientes ejerce una influencia significativa, cuantificada en un 12%, sobre el nivel de inquietud motora manifestada por los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias hospitalarias.

Este descubrimiento arroja luz sobre un aspecto poco explorado de las dinámicas interpersonales en entornos médicos críticos, poniendo de manifiesto que el impacto de la comunicación sanitaria se extiende más allá de los parámetros psicológicos convencionales, afectando incluso las manifestaciones físicas de ansiedad en el entorno del paciente. La magnitud del efecto observado (12%), aunque más modesta que en otros estudios relacionados, sugiere una conexión tangible entre las competencias comunicativas del personal sanitario y la expresión somática del estrés en los acompañantes.

Este resultado se alinea con el marco teórico de la somatización del estrés en contextos sanitarios, un fenómeno descrito por autores como Kirmayer y Young (1998). Según esta perspectiva, la ansiedad y la incertidumbre experimentadas en entornos médicos pueden manifestarse a través de comportamientos físicos observables, como la inquietud motora.

Actualmente, la literatura internacional y nacional carece de estudios que aborden específicamente la relación entre la comunicación médico-paciente y la inquietud motora. A pesar de la abundancia de investigaciones sobre la comunicación médico-paciente en diversas áreas de la salud, tales como satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y bienestar emocional, la conexión con la inquietud motora ha recibido poca atención. Esta falta de estudios puede atribuirse a varias razones. Primero, la inquietud motora puede ser percibida como un fenómeno menos estudiado en comparación con otras dimensiones de la salud física y mental. Segundo, las mediciones y definiciones estandarizadas de inquietud motora pueden variar

considerablemente, lo que dificulta la comparación y la síntesis de resultados entre diferentes estudios. En tercer lugar, la mayoría de los estudios sobre comunicación médico-paciente se centran en aspectos más tradicionales de la interacción, como la información médica y el apoyo emocional, dejando áreas menos exploradas como la inquietud motora en un segundo plano. Por lo tanto, la falta de evidencia específica en este campo destaca la necesidad de futuras investigaciones que puedan explorar y clarificar esta relación potencialmente importante para mejorar la atención médica integral.

Se comprobó que la comunicación médico-paciente ejerce una influencia considerable (64%) en el nivel de preocupación de los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias de un hospital. Además de tener como objetivo crear una relación terapéutica, fomentar la adopción de decisiones colaborativa e incrementar los resultados en salud, este proceso de intercambio de información, emociones y valores entre médico y paciente también afecta al estado mental marcado por el malestar o la ansiedad ante posibles acontecimientos futuros desfavorables. Puede repercutir en la salud emocional y física de una persona y se caracteriza por pensar constantemente en problemas, incertidumbres o amenazas imaginarias (Epstein, 2005; Ruiz et al., 2020).

El presente estudio ha revelado un hallazgo de notable trascendencia en el ámbito de la atención sanitaria de urgencias: la calidad de la interacción comunicativa entre el personal médico y los pacientes ejerce una influencia considerable, cuantificada en un sorprendente 64%, sobre el nivel de preocupación experimentado por los acompañantes en la Sala de Urgencias y Emergencias.

Este descubrimiento subraya de manera contundente la importancia crítica de las competencias comunicativas en entornos médicos de alta presión, evidenciando que el impacto de la comunicación sanitaria trasciende significativamente la díada médico-paciente para modular de forma sustancial el estado emocional de la red de apoyo inmediata del paciente. La magnitud del efecto observado (64%) es particularmente llamativa, sugiriendo que las habilidades comunicativas del personal sanitario son un factor determinante en la configuración del clima psicológico general de la unidad de urgencias.

Este resultado se enmarca dentro del paradigma de la medicina narrativa y la atención centrada en el paciente y la familia, enfoques que han ganado prominencia en las últimas décadas. Según estos modelos, propuestos por autores como Charon (2001) y Stewart et al. (2013), la atención sanitaria óptima debe integrar no solo las competencias técnicas, sino también las habilidades comunicativas y empáticas que permiten abordar las dimensiones psicosociales de la experiencia de enfermedad.

Los hallazgos de mi investigación se alinean con los resultados de la revisión de Verlinde et al. (2012), quienes encontraron que una mejor comunicación reduce el nivel de preocupación de los pacientes y acompañantes, similares a los hallazgos de Ruberton et al. (2016) demostró que la calidad de la comunicación médica está fuertemente asociada con la reducción de la preocupación en pacientes y familiares. Por su parte Cooper y Stevenson (2022), a través de una observación etnográfica de consultas en urgencias en el Reino Unido con la presencia de acompañantes, analizaron las funciones de cada participante y concluyeron que la comunicación médico-paciente tiene un impacto significativo en el nivel de preocupación de los acompañantes. En mi estudio, se determinó que una comunicación adecuada entre médicos y pacientes también influye significativamente en el nivel de preocupación de los acompañantes de los pacientes. Esto puede deberse a que cuando los pacientes se sienten cómodos para expresar sus inquietudes y reciben respuestas claras y empáticas, se reduce la incertidumbre y la ansiedad entre los acompañantes, creando un ambiente más relajado y seguro para todos los involucrados.

Los hallazgos de Soriano-Sánchez y Jiménez-Vázquez (2022) y Domínguez-Samamés et al. (2022) destacan la importancia de la comunicación médico-paciente en la preocupación además sugieren que la influencia positiva de una comunicación efectiva puede extenderse más allá del paciente directamente afectado, posiblemente impactando también en el nivel de preocupación de los acompañantes de los pacientes. En esta investigación, se encontró una relación similar, donde una comunicación clara y comprensiva entre médicos y pacientes no solo reduce la ansiedad y la incertidumbre del paciente, sino que también puede proporcionar un entorno más tranquilizador para los acompañantes. Esta similitud sugiere que los principios que subyacen en la comunicación médico-paciente pueden ser extrapolables al contexto de los acompañantes, beneficiando así el bienestar emocional y la percepción de la calidad del cuidado proporcionado.

En términos generales la evaluación de los niveles de ansiedad entre los acompañantes, se observa una variabilidad considerable: una pequeña proporción experimenta ansiedad elevada, la mayoría presenta ansiedad moderada, y una minoría significativa manifiesta ansiedad baja. En cuanto a la comunicación médico-paciente, se perciben diferencias notables en su valoración: más de la mitad de los acompañantes la califican como de calidad regular, una proporción considerable la juzga como inadecuada, y solo una minoría la considera adecuada.

Es crucial destacar las limitaciones significativas que enfrentamos durante el estudio. Primero, el uso de un muestreo no probabilístico accidental para seleccionar la muestra podría afectar la generalización de nuestros hallazgos a la población general. Este método de selección, aunque práctico dada la accesibilidad de los participantes, puede introducir sesgos y limitaciones en la representatividad de los resultados. Además, encontramos limitados antecedentes tanto a nivel nacional como internacional que aborden específicamente el tema de la influencia de la comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas. Esta falta de literatura relevante restringió nuestro marco teórico y contextual para profundizar en las dinámicas observadas. No obstante, estas limitaciones fueron gestionadas cuidadosamente para minimizar su impacto en la validez y la interpretación de nuestros resultados, destacando así la importancia de futuras investigaciones que aborden estas deficiencias para avanzar en el campo de estudio.

Dentro de las fortalezas de la presente investigación, se destaca la disposición positiva de los acompañantes de los pacientes pediátricos para responder a los cuestionarios. Esta colaboración permitió una adecuada implementación de la metodología planteada, logrando así alcanzar los objetivos del estudio y obtener un procesamiento de datos confiable. Se identificó que las áreas de urgencias pediátricas presentan limitaciones en la implementación de tecnologías de la información que podrían mejorar la comunicación y, por ende, la experiencia de los acompañantes. Este hallazgo sugiere que la adopción de soluciones tecnológicas podría tener un impacto positivo en la gestión de la atención en urgencias.

V. CONCLUSIONES

Primera conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 17% en los niveles de ansiedad de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

Segunda conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 67% en los niveles de autoconfianza de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

Tercera conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 41% en los niveles de malestar de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

Cuarta conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 30% en los niveles de bienestar de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

Quinta conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 26% en los niveles de confortabilidad de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

Sexta conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 12% en los niveles de inquietud motora de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

Séptima conclusión

La comunicación médico-paciente influye en un 64% en los niveles de malestar de los acompañantes de emergencia pediátrica en un hospital de Trujillo.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda replicar la investigación considerando una población de mayor tamaño y un muestreo probabilístico con el fin de confirmar los resultados obtenidos (Baena, 2017; Hernández y Mendoza, 2018).
2. Se recomienda establecer programas de formación continua para incrementar la comunicación entre médicos y pacientes, que incluyan técnicas de escucha activa, empatía y gestión de emociones. Implementar programas de formación continua para el personal médico enfocados en habilidades de comunicación. Estos programas deben incluir técnicas para transmitir información de manera clara y empática, manejo de situaciones de alta tensión emocional, y estrategias para involucrar a los acompañantes en el proceso de atención. Además, se recomienda evaluar periódicamente la efectividad de estos programas mediante encuestas de satisfacción y análisis de indicadores de ansiedad y bienestar de los acompañantes. Dada la influencia notable en la autoconfianza, la preocupación y el malestar demostrados en el estudio mejorando considerablemente la experiencia de los acompañantes (Pérez, 2022; Ródenas, 2023).
3. Se sugiere desarrollar y aplicar protocolos estandarizados de comunicación en el área de urgencias pediátricas para establecer una interacción consistente entre médicos y pacientes. Estos protocolos deben establecer directrices claras sobre la frecuencia, el contenido y el tono de las interacciones entre el personal médico y los acompañantes. Se deben incluir procedimientos para informar sobre el estado de los pacientes, los tiempos estimados de espera y las medidas a seguir durante la estancia en urgencias. Además, es crucial realizar capacitaciones regulares para asegurar que todo el personal esté alineado con estos protocolos. Logrando que la variabilidad en la calidad de la comunicación no contribuya a la fluctuación en los niveles de ansiedad y otros factores emocionales de los acompañantes. La estandarización de protocolos puede garantizar que todos los acompañantes reciban información consistente y comprensible (Olivar y Parra, 2022; Vega, 2021).

4. Se recomienda fomentar la participación activa de los acompañantes en el cuidado del paciente, proporcionando información clara sobre cómo pueden colaborar y contribuir positivamente. Esto puede incluir la capacitación sobre primeros auxilios básicos, el rol de los acompañantes en la observación y reporte de síntomas, y la facilitación de la comunicación directa con el personal médico. Al sentirse más involucrados y útiles, los acompañantes pueden experimentar una reducción en sus niveles de ansiedad y una mejora en su bienestar general. Involucrar activamente a los acompañantes en el proceso de atención puede aumentar su sentido de control y autoconfianza, y reducir la inquietud motora (Mercadé, 2020; Santellán et al., 2021).
5. Se recomienda establecer una cultura hospitalaria que priorice el apoyo emocional, ya que un entorno empático puede disminuir notablemente el malestar y la ansiedad de los acompañantes, mejorando su bienestar general. Estos servicios pueden incluir la presencia de psicólogos en el área de urgencias, la oferta de sesiones de asesoramiento breve, y la disponibilidad de materiales informativos sobre técnicas de manejo del estrés y la ansiedad. La implementación de grupos de apoyo o sesiones informativas periódicas también puede ser beneficiosa para proporcionar a los acompañantes herramientas prácticas para manejar la situación. Dado que la comunicación médico-paciente afecta significativamente aspectos como la preocupación y el malestar de los acompañantes, la provisión de apoyo psicológico puede complementar los esfuerzos de comunicación y mejorar el bienestar general. (Martínez, 2020; Serrano et al., 2021)

REFERENCIAS

- Agustín, T. (2009). La integración de conocimientos en la educación médica. *Educación médica superior*, 23(4), 226–237. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000400008
- Alejo, A., Aidar, F., Matos, D., Santos, M, Silva, D., Souza, R, Santos, J., Souza, L., Costa, C., & Silva, A. (2020). Does pre-competitive anxiety interfere in the performance of boxing athletes in Brazil? A pilot study [¿Interfiere la ansiedad precompetitiva en el rendimiento de los atletas de boxeo en Brasil? Un estudio piloto]. *Revista brasileira de medicina do esporte*, 26(2), 139–142. <https://doi.org/10.1590/1517-869220202602218943>
- Alonso, L., García, A, & López, P. (2017). La perspectiva del paciente del ensayo clínico. *Revista cubana de salud pública*, 43(3), 1–23. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300006
- Anderson, R., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P., & Low, J. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence [Comunicación entre los profesionales sanitarios y los familiares de pacientes que se acercan al final de la vida: Una revisión sistemática de la evidencia cualitativa]. *Palliative Medicine*, 33, 926 - 941. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
- Anicama Gómez, J., Pizarro Arteaga, R. D., Pineda López, C. E., Vallenás Pedemonte, F. A., Aguirre Morales, M. T., & Villanueva Blas, L. F. (2021). Evidencias psicométricas del inventario ansiedad estado-rasgo: IDARE en

- universitarios de Lima en tiempos de COVID-19. *Psychologia*, 15(2), 49–62.
<https://doi.org/10.21500/19002386.5911>
- Arredondo, C., & Siles, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de enfermería*, 18(1), 32–36.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007
- Babbie, E. (15th ed.) (2020). *The practice of social research*. Cengage Learning.
- Baena, G. (3er ed.) (2017) *Metodología de la Investigación*. Editorial Patria.
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review [Intervenciones de enfermería que promueven la adaptación de niños/jóvenes/familias a la hospitalización: una revisión de alcance]. *Enfermería global*, 20(1), 539–596.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>
- Bascuñán, M. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685–693. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70208-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70208-6)
- Bautista, L., Arias, M., & Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Bernal, C. (3a ed.) (2010). *Metodología de la investigación*. Pearson Educación.
- Biasibetti, C., Hoffmann, L., Rodrigues, F., Wegner, W., & Rocha, P. (2019). Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas

- [Comunicación para la seguridad del paciente en los ingresos pediátricos]. *Revista gaucha de enfermagem*, 40(spe), e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
- Bosch, J. (2010). Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad. *Atencion primaria*, 42(5), 264–265. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.02.002>
- Cabrera, A. (2022). Activación de conjuntos habitacionales vulnerables en cuatro principios de habitabilidad sostenible: exterioridad, interioridad, sociabilidad, confortabilidad. *A&P Continuidad*, 9(16). <https://doi.org/10.35305/23626097v9i16.363>
- Cacace, P., & Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de medicina familiar*, 9(2). <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>
- Carrasco, M. (2023). Las Representaciones de la Comunicación Médico-Paciente en las Revistas de Salud Chilenas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 2(1), 11–30. <https://doi.org/10.57188/ricso.2023.002>
- Carrasco, S. (18a ed.) (2019). *Metodología de la investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. San Marcos.
- Cevallos, M. (2022). *Estrés laboral y ansiedad en profesionales de la salud de una empresa de hidrocarburos del Ecuador en tiempos covid-19*. [tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94767/Cevallos_PMN-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y

- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor- patient relationship: A literature review [Confianza y comunicación en la relación médico-paciente: Una revisión de la literatura]. *Journal of Healthcare Communications, 03*(03). <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust [Medicina narrativa: Un modelo para la empatía, la reflexión, la profesión y la confianza]. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 286*(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Childress, J., & Beauchamp, T. (2022). Common morality Principles in Biomedical Ethics: Responses to critics [Principios morales comunes en ética biomédica: Respuestas a los críticos]. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees, 31*(2), 164–176. <https://doi.org/10.1017/s0963180121000566>
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications [Modelo tripartito de ansiedad y depresión: Evidencia psicométrica e implicaciones taxonómicas]. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Coelho, M., Cavalcante, V., Araújo, M., Martins, M., Barbosa, R., Barreto, A., & Fernandes, A. (2022). Sintomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19 [Síntomas de ansiedad y factores asociados entre los profesionales sanitarios durante la pandemia de covid-19]. *Cogitare Enfermagem, 27*, e79739. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>

- Cófreces, P., Deborah Ofman, S., & Stefani, D. (1970). La Comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de comunicacion y salud*, 4, 19–34. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4\(1\).19-34](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4(1).19-34)
- Cooper, S., & Stevenson, F. (2022). Communicating decisions about care with patients and companions in emergency department consultations [Comunicar las decisiones asistenciales a pacientes y acompañantes en las consultas de urgencias]. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 25(4), 1766–1775. <https://doi.org/10.1111/hex.13519>
- Córdova, D., & Santa Maria, F. (2018). Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Revista estomatológica herediana*, 28(2), 89. <https://doi.org/10.20453/reh.v28i2.3324>
- Creswell, J. (4th ed.) (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications.
- Díaz, N., & Extremera, N. (2020). Inteligencia emocional, adicción al smartphone y malestar psicológico como predictores de la nomofobia en adolescentes. *Know and share psychology*, 1(2) 7-13. <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i2.3195>
- Díaz, V. (2017). Regresión logística y decisiones clínicas. *Nutrición hospitalaria*, 34(6), 1505–1505. <https://doi.org/10.20960/nh.1468>
- Domínguez, R., Romero, Z., & Cuba, M. (2022). Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Médica Herediana*, 33(1), 35-40. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v33i1.4166>

- Dooley, J., Bailey, C., & McCabe, R. (2015). Communication in healthcare interactions in dementia: a systematic review of observational studies [Comunicación en las interacciones sanitarias en la demencia: una revisión sistemática de estudios observacionales]. *International Psychogeriatrics*, 27(8), 1277–1300. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002890>
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model [Trastorno de ansiedad generalizada: Prueba preliminar de un modelo conceptual]. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Elío, D. (2022). El paciente como persona. *Revista médica - Colegio Médico de La Paz*, 28(1), 83–90. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000100083
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine [La necesidad de un nuevo modelo médico: Un reto para la biomedicina]. *Science (New York, N. Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Epstein, R., & Street, R. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute.
- Epstein, R., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C., Meldrum, S., Kravitz, R., & Duberstein, P. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues [Medición de la comunicación centrada en el paciente en las consultas médico-paciente: Cuestiones teóricas y prácticas]. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>

- Eysenck, H. (1981). *A Model for Personality*. New York: Springer-Verlag.
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 10(5), 466–479. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019
- Ferrer, C. (2020). El optimismo y su relación con el bienestar psicológico. *Revista científica arbitrada de la Fundación MenteClara*, 5(199) 1-9. <https://doi.org/10.32351/rca.v5.199>
- Fleming, L. (2024). Elsevier health, Communication: Anxious Patients (Home Health Care) [Comunicación: Pacientes ansiosos (Asistencia sanitaria a domicilio)]. Elsevier. <https://elsevier.health/en-US/preview/communication-anxious-patients-hhc>
- Flores, E., Miranda, M., & Villasís, M. (2017). El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. Estadística inferencial. *Revista alergia México*, 64(3), 364–370. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.304>
- Freire, E., & Enrique, E. (2018). Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Parte I. *Conrado*, 14, 39–49. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000500039
- Freitas, R., Francisco, A., Fernandes, M., & Mar, J. (2021). Ética médica en la práctica clínica. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 81(4), 622–624. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162021000400622>
- Gandul, L. (2006). La integración, y el poder de la información y la comunicación en la población. *Revista cubana de medicina general integral*, 22(4), 0–0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400001

- Ganiem, L., Komalawati, E., Pandjaitan, R., & Hani, R. (2022). Patients and their companion perception about disease and how to communicate to medical practitioners [Percepción de los pacientes y sus acompañantes sobre la enfermedad y cómo comunicarla a los médicos]. *Jurnal komunikasi*, 14(2), 404–422. <https://doi.org/10.24912/jk.v14i2.18616>
- García-Portilla, M., & Grande, I. (2020). *Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación*. Consenso español.
- Hanco, M., Carpio, A., Laura, Z., & Flores, E. (2021). Relaciones interpersonales y desempeño laboral en hoteles turísticos del departamento de Puno. *Comuni@cción: Revista De Investigación En Comunicación Y Desarrollo*, 12(3), 186–194. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.12.3.552>
- Haskard Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis [Comunicación médica y adherencia del paciente al tratamiento: Un meta-análisis]. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31819a5acc>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación - Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial de la U.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (6a ed.) (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Honorato, M., Oliveira, N., Domingues, R., Cremaschi, R., Coelho, F., & Silva, J. (2022). Principio bioético de la autonomía en la atención a la salud indígena. *Revista Bioética*, 30(2), 373–381. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302533es>

Informe Belmont (1979) Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. *Revista médica herediana: órgano oficial de la Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú*, 4(3).
<https://doi.org/10.20453/rmh.v4i3.424>

Jiang, S. (2017). Pathway Linking Patient-Centered Communication to Emotional Well-Being: Taking into Account Patient Satisfaction and Emotion Management [Senda que vincula la comunicación centrada en el paciente con el bienestar emocional: Tener en cuenta la satisfacción del paciente y la gestión de las emociones]. *Journal of Health Communication*, 22, 234 - 242.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1276986>

Kee, J., Khoo, H., Lim, I., & Koh, M. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints [Habilidades de comunicación en las interacciones médico-paciente: Aprender de las quejas de los pacientes]. *Health Professions Education*, 4(2), 97–106.
<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>

Kelley, J., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [La influencia de la relación médico-paciente en los resultados de la atención sanitaria: Una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados]. *PloS One*, 9(4), e94207.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>

Kirmayer, L., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives [Cultura y somatización: Perspectivas clínicas,

epidemiológicas y etnográficas]. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430.
<https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006>

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing [¿Cuáles son los elementos centrales de la atención centrada en el paciente? Revisión narrativa y síntesis de la bibliografía sobre política sanitaria, medicina y enfermería.]. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>

Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2nd ed.) (2016). *Teaching and learning communication skills in medicine*. CRC Press.

Kwame, A., & Petrucka, P. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward [Un estudio bibliográfico sobre la atención centrada en el paciente y la comunicación en las interacciones enfermera-paciente: barreras, facilitadores y el camino a seguir]. *BMC Nursing*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Leavy, P. (2017). *Research design: Quantitative, qualitative, mixed methods, arts-based, and community-based participatory research approaches*. The Guilford Press.

Ledesma, F. & Ramírez, C. (2024). Análisis de datos. En *Epistemología y métodos de la investigación en educación* (pp. 157–202). UNESUR.
<https://doi.org/10.59899/Epis-met-C5>

- López, M. (2023). La importancia de la comunicación médico-paciente: un estudio en Argentina. *Persona y bioética*, 26(2), 1–15. <https://doi.org/10.5294/pebi.2022.26.2.5>
- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C.-H. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool [Medición de las opiniones de los pacientes sobre las habilidades de comunicación de los médicos: Desarrollo y prueba de la Herramienta de Evaluación de la Comunicación]. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>
- Martínez, R. (2020). *El apoyo psicológico y emocional al paciente en la UCI y su familia*. CursosFNN. <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-12/el-apoyo-psicologico-y-emocional-al-paciente-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-y-a-su-entorno-familiar/>
- Mendoza, C., Ramos, C., & Gutierrez, E. (2016). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte médico*, 16(1), 14–19. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003
- Mercadé, A. (2020). *Cómo medir los resultados de un plan de comunicación*. Deusto. <https://www.deustoformacion.com/blog/marketing-digital/medir-resultados-plan-comunicacion>
- Mercês, C., Souto, J., Souza, P., Chagas, M., Weiss, C., Benevides, A., & Brandão, M. (2020). Simultaneous analysis of the concepts of anxiety and fear: contributions to nursing diagnoses [Análisis simultáneo de los conceptos de ansiedad y miedo: aportaciones a los diagnósticos de enfermería]. *Escola Anna*

<https://www.scielo.br/j/ean/a/DH38LhLKrHxmYPs996KHJcb/?lang=en>

Moral, J. (2022). Una medida de variación para datos cualitativos con cualquier tipo de distribución. *Psychologia*, 16(2), 63–76.
<https://doi.org/10.21500/19002386.5642>

Muñoz, D., & Arteaga, A. (2021). Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, 22(128). <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie22.adph>

Muñoz-Najar, A., Tejada, M., Gallegos, S., Obando, S., Guerra, M., Ocharan, A., Paz, Z., & Inofuente, A. (2019). Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Revista de Psicología de La Salud (New Age)*, 7(1), 333–348. <https://doi.org/10.21134/pssa.v7i1.874>

Musser, E., Peraza, N., Barnett, N., McCurdy, K., & Roberts, J. (2022). Parental anxiety and child-focused worry in the emergency department [Ansiedad parental y preocupación centrada en el niño en el servicio de urgencias]. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 10(1), 52–62.
<https://doi.org/10.1037/cpp0000397>

Nasiri, E., & Shabanzad, S. (2021). Exploring the family expectation of patients undergoing surgery: A qualitative study [Exploración de las expectativas familiares de los pacientes sometidos a cirugía: Un estudio cualitativo]. *Taşviri-i Salāmat*, 12(2), 140–148. <https://doi.org/10.34172/doh.2021.14>

Nikendei, C., Bosse, H., Hoffmann, K., Möltner, A., Hancke, R., Conrad, C., Huwendiek, S., Hoffmann, G., Herzog, W., Jünger, J., & Schultz, J. (2011). Outcome of parent–physician communication skills training for pediatric residents [Resultado de la capacitación en habilidades de comunicación entre

- padres y médicos para residentes pediátricos]. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.12.013>
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (4a ed.) (2014). *Metodología de la investigación: Cuantitativa, cualitativa y redacción de tesis*. Ediciones de la U.
- Ocañez, K., Kathryn McHugh, R., & Otto, M. (2010). A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain: Review: Anxiety Sensitivity and Pain [Una revisión metaanalítica de la asociación entre la sensibilidad a la ansiedad y el dolor: Revisión: Sensibilidad a la ansiedad y dolor]. *Depression and Anxiety*, 27(8), 760–767. <https://doi.org/10.1002/da.20681>
- Olivar, T., & Parra, D. (2022). La comunicación en los hospitales. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-comunicacion-en-los-hospitales/>
- Ontano, M., Mejía, A., & Avilés, M. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas. *Ciencia Ecuador*, 3(3), 9–16. <https://doi.org/10.23936/rce.v3i3.27>
- Ordóñez, N., & Monroy, Z. (2021). Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 21(2), 11-24. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4837>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). *World Patient Safety Day 2023 - calls to action and key messages*. 2023. <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2023/calls-to-action>

- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2024). *La comunicación, herramienta vital para salvar vidas en medio de la pandemia*. 2020. <https://www.paho.org/es/noticias/9-7-2020-comunicacion-herramienta-vital-para-salvar-vidas-medio-pandemia>
- Organización Panamericana de Salud. (2024) (OPS). *Trabajadores de la salud fortalecen capacidades para la comunicación y la promoción de la salud*. 2022. <https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2022-trabajadores-salud-fortalecen-capacidades-para-comunicacion-promocion-salud>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Sampling Techniques on a Population Study [Técnicas de muestreo en un estudio de población]. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Oyola, A. (2021). La variable. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1), 90–93. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.905>
- Pazinatto, M. (2019). A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016 [La relación médico-paciente desde la perspectiva de la Recomendación 1/2016 de CFM]. *Revista Bioética*, 27(2), 234–243. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272305>
- Pérez, V. (2022). Development of communication skills in the health sector [Desarrollo de las capacidades de comunicación en el sector sanitario]. *Seminars in Medical Writing and Education*, 1, 5. <https://doi.org/10.56294/mw20225>
- Pérez-Cárceles, M., Pereñíguez-Barranco, J., Osuna-Carrillo de Albornoz, E., & Luna-Maldonado, A. (2006). Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. *Atencion primaria*, 37(2), 69–74. <https://doi.org/10.1157/13084501>

- Petrocchi, S., Iannello, P., Lecciso, F., Levante, A., Antonietti, A., & Schulz, P. (2019). Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication [Confianza interpersonal en la relación médico-paciente: Evidencia del análisis diádico y asociación con la calidad de la comunicación diádica]. *Social science & medicine*, 235, 112391 . <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112391>
- Pinho, L., Lopes, M., Correia, T., Sampaio, F., Arco, H., Mendes, A., Marques, M., & Fonseca, C. (2021). Patient-centered care for patients with depression or anxiety disorder: An integrative review [Atención centrada en el paciente para pacientes con depresión o trastorno de ansiedad: Una revisión integradora]. *Journal of Personalized Medicine*, 11(8), 776. <https://doi.org/10.3390/jpm11080776>
- Preciado, N., Trujillo, D., & Rojas, H. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psychologia*, 12(1), 71–87. <https://doi.org/10.21500/19002386.3263>
- Querejazu, V. (2021). Emprendimiento femenino en Bolivia y autoconfianza. *Revista latinoamericana de desarrollo económico*, 36, 43–78. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2074-47062021000200043&script=sci_arttext
- Quispe, C., & Mamani, M. (2022). Factores relacionados con la ansiedad en familiares de pacientes críticos en un hospital regional de Perú. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(1), 13–23. <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.1.1365>

- Quispe, R. C., Muñoz, E. M., Cadillo, A. V., & Ticse, R. (2019). Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo. *Medwave*, 19(09), e7705. <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.09.7705>
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9–16. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000200002
- Rocha, S., Romão, G., Setúbal, M., Lajos, G., Luz, A., Collares, C., & Amaral, E. (2020). Cross-cultural adaptation of the communication assessment tool for use in a simulated clinical setting [Adaptación transcultural de la herramienta de evaluación de la comunicación para su uso en un entorno clínico simulado]. *Teaching and Learning in Medicine*, 32(3), 308–318. <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1717958>
- Ródenas, M. (2023). *Importancia de la comunicación efectiva en el ámbito sanitario*. Inesalud.com. <https://www.inesalud.com/actualidad-sanitaria/investigacion/comunicacion-efectiva-en-el-ambito-sanitario>
- Rojas, K., (2013). Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(6), 606-609. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745492002>
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician–patient communication, and patient health [La relación entre la humildad del médico,

- la comunicación médico-paciente y la salud del paciente]. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1138–1145. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>
- Ruiz, P., & Morales, W. (2020). Propiedades de una escala de preocupación por la COVID-19. *Med Clin (Barc)*, 155(12), 535–537. doi: [10.1016/j.medcli.2020.06.022](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.022)
- Saavedra, M., & Astuquipan, H. (2023). Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana. *Revista de gastroenterología del Perú*, 42(3), 171–176. <https://doi.org/10.47892/rqp.2022.423.1340>
- Sagaró, N., & Zamora, L. (2019). Análisis estadístico implicativo versus Regresión logística binaria para el estudio de la causalidad en salud. *Multimed*, 23(6), 1416–1440. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601416
- Sanabria, G. (2012). La Comunicación Médico Paciente. *Rev. Inst. Med. Trop*, 7(2), 4–6. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/be065c-ComunicacionMedicoPaciente.pdf>
- Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista cubana de medicina militar*, 43(4), 528–533. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011&lang=es
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 101–122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Santellán, K., Palomino, G., & Vargas, F. (2021). Gestión de la información y comunicación en hospitales públicos: una revisión de literatura. *Sapienza:*

International Journal of Interdisciplinary Studies, 2(1), 283–297.
<https://doi.org/10.51798/sijis.v2i1.78>

Savi, P., Fare, M., & Nascimento, I. (2021). Ética na pesquisa em Psicologia e Educação em Portugal: contributos para pensar o caso brasileiro [Ética en la investigación en Psicología y Educación en Portugal: contribuciones para reflexionar sobre el caso brasileño]. *Práxis Educativa*, 16, 1–20.
<https://doi.org/10.5212/praxeduc.v.16.15213.006>

Schmidt, N., Richey, J., Cromer, K., & Buckner, J. (2007). Discomfort intolerance: Evaluation of a potential risk factor for anxiety psychopathology [Intolerancia al malestar: Evaluación de un posible factor de riesgo para la psicopatología de la ansiedad]. *Behavior Therapy*, 38(3), 247–255.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.004>

Serrano, J., Herrero, R., Serrano, M., & Saiz, D. (2021). Apoyo psicológico a pacientes hospitalizados. *Revista Ocronos*, 4(9), 122. <https://revistamedica.com/apoyo-psicologico-pacientes-hospitalizados/>

Syedoshohadaee, M., Ahmadi, M., & Haghani, H. (2019). The Correlation between the Anxiety of the Family Members of the Patients Referring to the Emergency Department and Their Views on the Communication Skills of Nurses [Correlación entre la ansiedad de los familiares de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y su opinión sobre la capacidad de comunicación del personal de enfermería]. *Iran Journal of Nursing*.
<https://doi.org/10.29252/ijn.32.119.80>

Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review [La comunicación de calidad puede mejorar los resultados sanitarios centrados en el paciente entre los

- pacientes de edad avanzada: una revisión rápida]. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- Soriano-Sánchez, J. & Jiménez-Vázquez, D. (2022). Una revisión sistemática sobre habilidades y técnicas para mejorar el feedback entre médico y paciente. *Revista Acciones Médicas*, 1(4), 7-21. <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.04.001>
- Souza, Y., Gomes, R., Sá, B., Mattos, R., & Pimentel, D. (2020). Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos [Percepción de los pacientes de su relación con los médicos]. *Revista Bioética*, 28(2), 332–343. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282395>
- Spielberger, C. (2013). *Anxiety: Current Trends in Theory and research*. Academic Press.
- Spielberger, C., & Díaz, R. (1975). Inventario de ansiedad: rasgo-estado. *México: El manual moderno*, 28(2).
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. CRC Press.
- Swed, S., Kashkash, F., Shoib, S., Shaheen, N., Nasif, M., Motawea, K., Elhawary, A., AbdelQadir, Y., Patwary, M., Alibrahim, H., Sawaf, B., Khairy, L., Bakkour, A., Muwaili, A., Muwaili, D., Abdelmajid, F., Elkalagi, N., Elsayed, M., Ahmed, E., & Khouri, A. (2022). Anxiety and depression among patient's companions

- during admission to the ICU in the Omicron wave of COVID-19: A cross-sectional study in Aleppo University Hospital [Ansiedad y depresión entre los acompañantes de los pacientes durante su ingreso en la UCI en la oleada Omicron de COVID-19: Un estudio transversal en el Hospital Universitario de Alepo]. *PLOS ONE*, 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273900>
- Tam, J., Vera, G., & Oliveros, R. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. *Pensamiento y Acción*, (5), 145-154.
- Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M., & Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22(1–2), 60–64. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000100013>
- Troncoso, C., & Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 65(2), 329–332. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Universidad Cesar Vallejo (UCV) (2024). Guía de elaboración de trabajos conducentes a Grados y Títulos. Centro del Integridad Científica de la UCV.
- Vega, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico-paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 197-201. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>
- Vega, C. (2021). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2). <https://doi.org/10.24875/rmimss.m20000017>

- Velásquez, L. (2023). Una revisión de Ética y seguridad en la investigación. Aprendizajes y desafíos. *Revista de psicología*, 32(1), 1–4. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2023.71917>
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication [El gradiente social en la comunicación médico-paciente]. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-12>
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations [Comunicación en la asistencia sanitaria: revisión narrativa de la literatura y recomendaciones prácticas]. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
- Vilchis, I., Secín, R., López, A., & Córdova, V. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Med int Méx*, 26(1), 5–10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101b.pdf>
- Willems, S., Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? [Nivel socioeconómico del paciente y comunicación médico-paciente: ¿hay alguna diferencia?]. *Patient education and counseling*, 56 2, 139-46. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2004.02.011>

Yan, X., & Li, J. (2023). Better doctor-patient relationships start with the small things
[Una mejor relación médico-paciente empieza por los pequeños detalles]. *BMJ*,
383, 2935. <https://doi.org/10.1136/bmj.p2935>

ANEXOS

Anexo 1 Tabla de operacionalización de variables.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (Ítem)	Escala de medición
Comunicación médico-paciente	Es el proceso de intercambio de información, emociones y valores entre el médico y el paciente. Su propósito es establecer una relación terapéutica, promover la toma de decisiones conjunta y mejorar los resultados de salud. Este intercambio implica habilidades como la escucha activa, la empatía, y la claridad al comunicar información médica, además de abordar las inquietudes y expectativas del paciente (Epstein et al. 2005).	De acuerdo con Epstein et al. (2005), la comunicación médico paciente se mide a través de 4 dimensiones: Perspectiva del paciente, Integración de la información, Manejo de la relación, Toma de decisiones compartida.	Perspectiva del paciente Integración de la información Manejo de la relación Toma de decisiones compartida	8 7,9,10 1,2,3,4,5,6,13,14,15 11,12	Escala: ordinal Nivel: politómica Escala Likert de cinco posiciones Mala = 1 Justa = 2 Buena = 3 Muy buena = 4 Excelente = 5
Ansiedad	Es una emoción que involucra sensaciones de tensión, inquietud y preocupación, acompañadas por una activación del sistema nervioso autónomo. Se distingue dos formas de ansiedad: la ansiedad rasgo, que es una tendencia estable y general a interpretar diversas situaciones como amenazantes, y la ansiedad estado, que es una reacción temporal y variable a eventos específicos percibidos como estresantes. (Spielberger 1983).	Según Spielberg (1983), se divide en 2 dimensiones: ansiedad estado y ansiedad rasgo, pero para fines de la presente investigación se utilizará la Ansiedad-Estado y se desglosaran en las siguientes dimensiones: Preocupación, Bienestar, Malestar, Autoconfianza, Confortabilidad e Inquietud motora.	Preocupación Bienestar Malestar Autoconfianza Confortabilidad Inquietud motora	7, 9,12, 14, 17, 18 5, 10, 15, 19, 20 3, 4, 6 1, 2, 11 8, 16 13	Escala: ordinal Nivel: politómica Escala Likert de cuatro posiciones No en absoluto = 1 Un poco = 2 Bastante = 3 Mucho = 4

Anexo 2 Instrumentos de recolección de datos.

Herramienta de Evaluación de la Comunicación.

La comunicación con los pacientes es una parte muy importante de la atención médica de calidad. Nos gustaría saber cómo se siente acerca de la manera en que su médico se comunicó con usted. Sus respuestas son completamente confidenciales, así que sea tan abierto y honesto como pueda. Muchas gracias.

Por favor, utilice esta escala para calificar la manera en que el médico se comunicó con usted.

Mala=1; Justa=2; Buena=3; Muy buena=4; Excelente= 5

Marque con una "x" su respuesta para cada ítem a continuación

El doctor

1.- Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo.	01	02	03	04	05
2.- Me trató con respeto.	01	02	03	04	05
3.- Mostró interés en mis ideas acerca de la salud de mi familiar.	01	02	03	04	05
4.- Entendió mis principales preocupaciones sobre la salud de mi familiar.	01	02	03	04	05
5.- Me prestó atención. (me miró, escuchó cuidadosamente)	01	02	03	04	05
6.- Me permitió hablar sin interrupciones.	01	02	03	04	05
7.- Me brindó tanta información como quise.	01	02	03	04	05
8.- Habló en términos que pude entender.	01	02	03	04	05
9.- Verificó para asegurarse que entendí todo.	01	02	03	04	05
10.- Me animó a hacer preguntas.	01	02	03	04	05
11.- Me involucró en las decisiones tanto como quise.	01	02	03	04	05
12.- Discutió los siguientes pasos, incluyendo los planes de seguimiento.	01	02	03	04	05
13.- Mostró cuidado y preocupación.	01	02	03	04	05
14.- Utilizó el tiempo adecuado conmigo.	01	02	03	04	05

El personal del doctor

15.- Me trató con respeto	01	02	03	04	05
---------------------------	----	----	----	----	----

Inventario de Ansiedad Riesgo-Estado (IDARE): Ansiedad-Estado

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Por favor, utilice esta escala para describir la manera como se siente usted ahora mismo.

No en absoluto: 1, Un poco 2, Bastante 3, Mucho 4

Marque con una "x" su respuesta para cada ítem a continuación

1. Me siento calmado (a)	01	02	03	04
2. Me siento seguro(a)	01	02	03	04
3. Estoy tenso (a)	01	02	03	04
4. Estoy contraído (a)	01	02	03	04
5. Estoy a gusto	01	02	03	04
6. Me siento alterado (a)	01	02	03	04
7. Estoy preocupado (a) actualmente por un posible contratiempo	01	02	03	04
8. Me siento descansado (a)	01	02	03	04
9. Me siento Ansioso (a)	01	02	03	04
10. Me siento cómodo (a)	01	02	03	04
11. Me siento en confianza en mí mismo (a)	01	02	03	04
12. Me siento nervioso (a)	01	02	03	04
13. Me siento Agitado (a)	01	02	03	04
14. Me siento "a punto de explotar"	01	02	03	04
15. Me siento reposado (a)	01	02	03	04
16. Me siento satisfecho (a)	01	02	03	04
17. Estoy preocupado (a)	01	02	03	04
18. Me siento muy agitado (a)	01	02	03	04
19. Me siento alegre	01	02	03	04
20. Me siento bien	01	02	03	04

Anexo 3 Modelo de consentimiento y/o asentimiento informado, formato UCV.

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Comunicación médico-paciente en la ansiedad parental en urgencias pediátricas en un hospital de Trujillo, 2024

Investigador: Luis Eduardo Julca Adán

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Comunicación médico-paciente en la ansiedad parental en urgencias pediátricas en un hospital de Trujillo, 2024”, cuyo objetivo es conocer la influencia de la comunicación medica proporcionada en el nivel de ansiedad de los familiares. Esta investigación es desarrollada por estudiante del programa de maestría en gestión de los servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del campus Lima - Este, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), buscando señalar las áreas que necesitan desarrollo y sugerir tácticas para proporcionar una atención más completa en las urgencias pediátricas.

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas.
2. Esta encuesta o entrevista tendrá un tiempo aproximado de 30 minutos y se realizará en el ambiente de sala de urgencia pediátrica del HRDT. Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Recuerde que puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Los datos recolectados son anónimos y no hay ninguna forma de identificar al participante. Con ellos garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador Luis Eduardo Julca Adán, email: luisjulcaad@ucvvirtual.edu.pe y asesor Miluska Rosario Vega Guevara, email: mrosariovg@ucvvirtual.edu.pe.

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos encuestador:

Fecha y hora:

Nombre y apellidos encuestado:

Fecha y hora:

Firma(s):

Anexo 5 Ficha técnica de instrumentos utilizados

Instrumento 1: Herramienta de Evaluación de la Comunicación.

Denominación original: Communication Assessment Tool (CAT).

Autor/es: Makoul et al. (2007)

Adaptación al contexto nacional de salud: Quispe et al. (2019)

Objetivo del instrumento: es evaluar la calidad de la comunicación entre el profesional de salud y el paciente durante la interacción clínica.

Población a la que se puede administrar: médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud, y pacientes de diversas condiciones médicas y demográficas.

Forma de Administración: Individual

Tiempo de Aplicación: Aproximadamente 15 minutos.

Descripción del Instrumento:

- Dimensiones: perspectiva del paciente, integración de la información, manejo de la relación, toma de decisiones compartidas.
- Indicadores:
 - Perspectiva del paciente: Ítem 8
 - Integración de la información: ítems 7,9,10
 - Manejo de las relaciones: ítems 1,2,3,4,5,6,13,14,15
 - Toma de decisiones compartidas: ítems 11,12

Número de Ítems: 15

Escala de respuesta: Tipo Likert Mala (1) Justa (2) Buena (3) Muy buena (4) Excelente (5)

Escala valorativa: Baremo:

Inadecuado < 2.99,

Regular 3 - 4.49,

Adecuado > 4.5

Validez de contenido

Índice de Validez de Contenido (CVI por siglas en inglés) de ítem y escala (I-CVI y S-CVI) I-CVI = .83 y S-CVI = .90 (Quispe et al., 2019)

Confiabilidad

Coefficiente Alfa de Cronbach: Para el instrumento en general = .862 (Quispe et al, 2019)

Instrumento 2: Inventario de Ansiedad Riesgo-Estado (IDARE): Ansiedad-Estado

Denominación original: State-Trait Anxiety Inventory

Autor/es: Spielberger et al. (1970)

Adaptación al contexto nacional de salud: Anicama et al. (2021)

Objetivo del instrumento: medir y evaluar el nivel de ansiedad transitoria que experimenta una persona en un momento específico, proporcionando una evaluación cuantitativa de los síntomas de ansiedad presentes en situaciones particulares.

Población a la que se puede administrar: puede administrarse a una amplia población que incluye adultos de diversas edades y contextos.

Forma de Administración: Individual

Tiempo de Aplicación: Aproximadamente 20 minutos.

Descripción del Instrumento:

- Dimensiones: Preocupación, Bienestar, Malestar, Autoconfianza, Confortabilidad, Inquietud motora.
- Indicadores:
 - Preocupación Ítems 7, 9,12, 14, 17,18
 - Bienestar Ítems 5, 10, 15, 19, 20
 - Malestar Ítems 3, 4, 6

Autoconfianza Ítems 1, 2, 11

Confortabilidad Ítems 8, 16

Inquietud motora Ítem 13

Número de Ítems: 20

Escala de respuesta: Tipo Likert No en lo absoluto (1) Un poco (2) Bastante (3) Mucho (4)

Escala valorativa: Baremo:

Bajo = < 29

Medio= 30-44

Alto = >45

Validez de contenido

Según los valores de la V de Aiken para Ansiedad-Estado =. 0.80-1.0 Anicama et al. (2021).

Confiabilidad

Coeficiente Alfa de Cronbach: para Ansiedad-Estado = .863 - .867 Anicama et al. (2021).

Anexo 6: Autorización para la realización de la investigación

Trujillo, 01 de junio de 2024

A quien corresponda:

Por medio de la presente, yo, Fiorella del Pilar Flores Figueroa, en mi calidad de jefa del departamento de pediatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, autorizo a Luis Eduardo Julca Adán estudiante del programa de estudio de postgrado a distancia de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo del campus Lima, para aplicar los instrumentos de investigación correspondientes al proyecto de tesis titulado "Comunicación médico-paciente en la ansiedad de los acompañantes en urgencias pediátricas de un hospital de Trujillo, 2024", durante el tiempo que se requiera.

Esta autorización se concede bajo el estricto cumplimiento de las normas éticas y de confidencialidad establecidas por nuestro hospital y los comités de ética pertinentes.

Atentamente,



REGION LA LIBERTAD
Gerencia Regional de Salud
Dra. Fiorella del Pilar Flores Figueroa
C.O.P. 00395 - RNE 22563 - 23783
H.R.D. Hospital Regional Docente de Trujillo

Dra. Fiorella del Pilar Flores Figueroa

Jefa del departamento de pediatría

Hospital Regional Docente de Trujillo.

Trujillo, Perú

Anexo 8 Prueba de normalidad

Se realiza mediante el método de Kolmogorov-Smirnov por ser una muestra con más de 50 datos, a través del estadístico SPSS V25.

Pasos:

1. Plantear las hipótesis

Ho: Los datos tienen una distribución normal

Ha: Los datos no tienen una distribución normal

2.- Nivel de confianza

Confianza 95%

Significancia (alfa) 5%

3.- Prueba estadística a emplear

Emplearemos la prueba de Kolmogorov-Smirnov (SPSS v25)

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

	Estadístico	gl	Sig.(p)
Ansiedad de acompañantes	,459	245	<,001
Comunicación medico paciente	,320	245	<,001

4.- criterio de decisión

Si $p < 0,05$ rechazamos Ho y acepto Ha

Si $p \geq 0,05$ aceptamos Ho y rechazamos Ha

5.- decisión y conclusión

Como $p = 0 < 0.05$ entonces rechazamos Ho y acepto Ha, es decir los datos no tienen una distribución normal, por lo tanto, aplicaremos estadísticas no paramétricas.

Anexo 9 Validez y confiabilidad de los instrumentos:

Instrumento 1: Herramienta de Evaluación de la Comunicación (Communication Assessment Tool).

En el estudio realizado por Quispe y colaboradores, se llevó a cabo un proceso riguroso para la validación y determinación de la confiabilidad del instrumento Communication Assessment Tool (CAT). Para validar el CAT, se siguió un proceso de cinco pasos. En el primer paso, se realizó la traducción del instrumento al español por dos traductores nativos de Perú con certificación avanzada en inglés. Posteriormente, las traducciones fueron evaluadas y sintetizadas por los investigadores y un asesor. En el segundo paso, se llevó a cabo una revisión por un comité de expertos para evaluar la validez de contenido del CAT. En el tercer paso, se realizó una prueba piloto con pacientes para evaluar la comprensión y claridad de las preguntas. En el cuarto paso, se aplicó el CAT a una muestra de pacientes en consultorios externos del Hospital Cayetano Heredia. Finalmente, en el quinto paso, se analizaron los resultados obtenidos para determinar la validez y confiabilidad del instrumento. Los hallazgos mostraron un alto grado de acuerdo entre los pacientes en sus respuestas, lo que respalda la consistencia interna y la confiabilidad del CAT para evaluar la comunicación médico-paciente. Además, se obtuvieron resultados significativos en las pruebas estadísticas utilizadas, como la comparación de frecuencias con la prueba de X cuadrado de Pearson y la comparación de medianas con Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney, lo que respalda la validez del instrumento para medir la percepción de los pacientes sobre la destreza en la comunicación de los médicos. En el análisis del Content Validity Index (CVI), se encontraron índices de acuerdo entre los expertos que superaron el mínimo aceptable, con un iCVI de 0.83 o superior para la mayoría de los ítems y un sCVI de 0.95 para la escala, lo que indica una alta validez de contenido del instrumento. En cuanto al Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0.862, lo que sugiere una consistencia interna adecuada de las respuestas de los pacientes en relación con la destreza en la comunicación de los médicos.

Instrumento 2: Inventario de Ansiedad Riesgo-Estado (State-Trait Anxiety Inventory).

En el ámbito nacional, se llevó a cabo un riguroso estudio psicométrico para actualizar las evidencias de validez y confiabilidad del Inventario de Ansiedad Riesgo-Estado (IDARE) en una muestra de estudiantes universitarios peruanos conformada por 420 estudiantes universitarios con edades entre 18 y 57 años. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional. Para evaluar la validez de contenido, se utilizó el criterio de 10 jueces expertos en el área de psicometría. Se calculó el coeficiente V de Aiken, obteniendo valores entre 0.90 y 1.00 para la escala de ansiedad rasgo, y entre 0.80 y 1.00 para la escala de ansiedad estado. Estos resultados indican un alto nivel de acuerdo entre los jueces

respecto a la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems. Adicionalmente, se realizó la prueba binomial, encontrando una proporción de aceptación superior al 90% con una significancia $p < .05$, lo cual respalda la validez de contenido del instrumento. En cuanto a la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando el método de rotación oblicua Oblimin directo. Los resultados mostraron un KMO de .912 y una prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < .001$), indicando la adecuación de la muestra para el análisis factorial. El AFE reveló una estructura de cuatro factores, difiriendo de la propuesta original de dos factores. Los nuevos factores identificados fueron: ansiedad estado, bienestar estado, ansiedad rasgo y bienestar rasgo. Las cargas factoriales de los ítems fueron superiores a 0.30, cumpliendo con el criterio mínimo aceptable. Para confirmar esta estructura factorial, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC). Los índices de ajuste obtenidos fueron: SRMR = 0.065, RMSEA = 0.055, CFI = 0.871 y TLI = 0.862. Aunque los valores de CFI y TLI se encuentran ligeramente por debajo del umbral deseable de 0.90, los demás índices sugieren un ajuste aceptable del modelo de cuatro factores. La validez convergente se evaluó correlacionando el IDARE con el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO A-30). Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas de $r = .32$ ($p < .01$) para la escala de ansiedad estado y $r = .522$ ($p < .01$) para la escala de ansiedad rasgo. Estos resultados respaldan la validez convergente del IDARE con otra medida de ansiedad. Respecto a la confiabilidad, se utilizaron diversos métodos para su estimación. El coeficiente alfa de Cronbach arrojó valores de 0.867 para ansiedad estado, 0.863 para bienestar estado, 0.889 para ansiedad rasgo y 0.790 para bienestar rasgo. Estos valores indican una consistencia interna adecuada para todas las escalas. Adicionalmente, se calculó el coeficiente omega de McDonald, obteniendo valores de 0.868 para ansiedad estado y 0.890 para ansiedad rasgo, reforzando la evidencia de confiabilidad. Se realizó también un análisis de confiabilidad por el método de mitades, utilizando los coeficientes de Spearman-Brown y de Guttman. Los resultados mostraron valores superiores a 0.70 para todas las escalas, con algunos alcanzando incluso 0.90, lo cual sugiere una alta estabilidad de las mediciones.

Anexo 10 Tablas de contrastación de hipótesis

Prueba de hipótesis general

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de ansiedad de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de ansiedad de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	42,844			
Final	16,341	26,503	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	1,296	2	,523
Desvianza	2,162	2	,339

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,103
Nagelkerke	,166
McFadden	,112

Contrastación de la hipótesis específica 1

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de autoconfianza de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de autoconfianza de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	232,424			
Final	13,045	219,379	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	,000	2	1,000
Desvianza	,000	2	1,000

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,592
Nagelkerke	,667
McFadden	,412

Contrastación de la hipótesis específica 2

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de malestar de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de malestar de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	137,150			
Final	27,680	109,470	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	4,815	2	,090
Desvianza	7,937	2	,019

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,360
Nagelkerke	,410
McFadden	,212

Contrastación de la hipótesis específica 3

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de bienestar de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de bienestar de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	69,487			
Final	13,408	56,079	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	,158	2	,924
Desvianza	,298	2	,862

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,205
Nagelkerke	,301
McFadden	,202

Contrastación de la hipótesis específica 4

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de confortabilidad de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de confortabilidad de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	74,809			
Final	20,035	54,774	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	1,174	2	,556
Desvianza	2,083	2	,353

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,200
Nagelkerke	,256
McFadden	,147

Contrastación de la hipótesis específica 5

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de la inquietud motora de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de la inquietud motora de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	60,656			
Final	35,484	25,172	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	11,917	2	,003
Desvianza	16,630	2	<,001

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,098
Nagelkerke	,122
McFadden	,064

Contrastación de la hipótesis específica 6

H₀: La comunicación médico-paciente no influye en el nivel de preocupación de los acompañantes.

H₁: La comunicación médico-paciente influye significativamente en el nivel de preocupación de los acompañantes.

Tabla 1

Determinación del ajuste de los modelos

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud - 2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	206,983			
Final	21,752	185,231	2	<,001

Tabla 2

Determinación de las variables para el modelo de regresión logística ordinal

Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	6,115	2	,047
Desvianza	5,339	2	,067

Tabla 3

Pseudo R cuadrado.

Cox y Snell	,530
Nagelkerke	,642
McFadden	,431