

DOI: <https://doi.org/10.46296/rc.v7i13.0207>

Programa de formación de comunicación no verbal y su impacto en la satisfacción del usuario post parto del servicio de ginecología

Non-verbal communication training program and its impact on the satisfaction of the post-partum user of the gynecology service

Alvarado-Naranjo Miguel Ángel

Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

Correo: maalvarado.fsm@unach.edu.ec

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-9132-2855>

Silva-Guayasamín Lizbeth Geovanna

Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Correo: lizbethg.silva@uce.edu.ec

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7701-4142>

Salazar-Altamirano Diana Mishel

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

Correo: diana.salazar@epoch.edu.ec

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-8269-132X>

RESUMEN

Las habilidades de comunicación no verbal son factores que incrementan la efectividad en las prestaciones de servicio y constituyen indicadores de calidad de asistencia al usuario. La presente investigación tuvo el objetivo de determinar el impacto que generó la implementación de un programa de capacitación virtual basado en habilidades de comunicación no verbal sobre el nivel de satisfacción de atención en usuarios del área de ginecología de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Quito. El estudio tuvo un diseño pre experimental de prueba post prueba, en el cual se encuestaron a los usuarios del servicio de ginecología en dos momentos, uno antes de la implementación de un proceso formativo de comunicación no verbal al personal médico y el segundo después de seis meses de concluido el proceso de capacitación. Para tal efecto se empleó la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia del 0,05. Como principales resultados, el grado de cumplimiento de expectativas y la percepción de resultado de atención incrementaron en 15 y 9 puntos porcentuales respectivamente. No obstante, la satisfacción con la organización se mantuvo igual entre ambas mediciones. La significación asintótica bilateral puntuó por debajo del 0,05 confirmando la influencia positiva del programa de formación. Se concluye que el contacto visual, las posturas, los gestos, la expresión facial, lo artefactual y la paralingüística influyen directamente en la calidad de servicio y satisfacción al usuario/a en el área de ginecología.

Palabras claves: Habilidades de comunicación no verbal, satisfacción del usuario, calidad de servicio, área de ginecología.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 17 de octubre de 2023.

Fecha de aceptación: 26 de diciembre de 2023.

Fecha de publicación: 10 de enero de 2024.



ABSTRACT

Non-verbal communication skills are factors that increase the effectiveness of service provision and constitute indicators of quality of user assistance. The objective of this research was to determine the impact generated by the implementation of a virtual training program based on non-verbal communication skills on the level of satisfaction of care in users of the gynecology area of a tertiary hospital. from the city of Quito. The study had a pre-experimental test-post-test design, in which users of the gynecology service were surveyed in two moments, one before the implementation of a training process of non-verbal communication to the medical staff and the second after six months of completing the training process. For this purpose, the Wilcoxon test was used with a significance level of 0.05. As main results, the degree of fulfillment of expectations and the perception of care results increased by 15 and 9 percentage points respectively. However, satisfaction with the organization remained the same between both measurements. The bilateral asymptotic significance scored below 0.05 confirming the positive influence of the training program. It is concluded that eye contact, postures, gestures, facial expression, artifacts and paralinguistics directly influence the quality of service and user satisfaction in the area of gynecology.

Keywords: Non-verbal communication skills, user satisfaction, quality of service, gynecology area.

1. INTRODUCCIÓN

La propuesta correlacional aborda dos principales variables: las habilidades de comunicación no verbal y la satisfacción del usuario. Entendiéndose a la comunicación como un fenómeno integral que faculta la transferencia de información para el desarrollo de la vida humana, la misma se divide en dos categorías que son oral y escrita. Para el primer caso, la materialización del pensamiento ocurre a través de la articulación de fonemas – palabras que son códigos que representan elementos de la realidad y que a su vez son decodificados e interpretados por el receptor del mensaje (Jiménez, 2004).

No obstante, las meras palabras impactan solamente en el 7% del mensaje percibido siendo los elementos visuales y vocales (factores no verbales) los determinantes en el proceso de la comunicación (gestos, ademanes, posturas, distancia, accesorios, tono, volumen, velocidad, fuerza y énfasis). Por lo tanto, las habilidades de comunicación no verbal, influyen en el significado que complementa a la semántica de las palabras y han sido ampliamente estudiadas por la proxémica (análisis de la influencia de la distancia en las relaciones humanas), la kinestésica (acción corporal) y la paralingüística (expresiones faciales) (González, 2020).

En primera instancia, el contacto visual genera percepción de comprensión y atención en el receptor. Es por medio de esta destreza que el médico puede demostrar entusiasmo, convicción, seguridad y confianza en el paciente. Con base a las interpretaciones de Ekman (1972) hay grandes posibilidades de cometer errores en el momento de la atención médico paciente que tergiversan el mensaje como son: dejar vagar la mirada (al momento de elaborar el pensamiento los ojos se dirigen al piso o al tumbado), parpadear lentamente (hábito de mantener los ojos cerrados por varios segundos), fijar la mirada por menos de cinco segundos, no ver a los ojos de los familiares del paciente incluido este, y concentrar la vista en un solo sitio (Castillo, 2020).

Por otro lado, la postura y los movimientos influye en la imagen que tienen los pacientes ya que está fuertemente relacionado con la predisposición anímica, la naturaleza del carácter y la condición mental. La postura muy relajada del médico puede denotar autoritarismo, desdén y displicencia. Al respecto Aguilar (1985) recomienda la posición erguida con naturalidad para la transmisión de seguridad, procurar que las piernas permanezcan ligeramente abiertas con un pie un poco más adelante, que los movimientos no sean exagerados y que cada movimiento guarde congruencia y significado con los que se está comunicando (Puchi, 2018).

Con base a los postulados anteriores, los gestos y la expresión facial transmiten mensajes de espontaneidad y entusiasmo; se sugiere que en los mismos el galeno se enfoque en demostrar vitalidad y energía (interés controlando los sentimientos negativos), se controle en los gestos nerviosos como por ejemplo tocarse la nariz, el cabello. Otra opción es no exagerar, procurar una expresión cordial y de sonrisa sin llegar a la falsedad. En cuanto a la proximidad, se ha recomendado que el médico establezca una cercanía íntima de contacto corporal de 20 centímetros. En relación a la comunicación artefactual que se refiere a las condiciones físicas que rodean la comunicación, el paciente responde a objetos integrados de confort como el mobiliario, iluminarias, asientos, etc (Santamaría, 2018).

Para finalizar, la paralingüística, que se ocupa de los elementos no vocales como el tono, la velocidad, fuerza y volumen; son esenciales para una comunicación

efectiva entre médico paciente. Muchas de estas características son propias de la personalidad del profesional y expresan los sentimientos, actitudes y emociones. En este contexto existe la posibilidad de hacer más interesante la plática si el médico se graba su voz y vuelve a escucharla y modularla en función de la emoción que se quiere transmitir (Ferreira, 2018).

Todas estas habilidades se han explicado, caracterizado y adiestrado en un programa de formación para el personal de salud con el objetivo de impactar en la calidad del servicio. Ahora bien, la satisfacción del usuario se define como la percepción de calidad, efectividad y equidad en la dotación de un servicio que satisfaga las necesidades y requerimientos de los usuarios; inclusive sobrepasando los estándares esperados en el sistema público. Se compone, además, de dos dimensiones que son los elementos tangibles e intangibles. En el primer caso, se trata del grado de confort que el paciente experimenta con la infraestructura (consultorios, salas de espera, baños, inmobiliario, etc). En segundo orden, los elementos intangibles obedecen al tipo de información que se brinde por parte de la unidad hospitalaria, el grado de acceso o accesibilidad, la empatía, la calidad de trato y la pronta resolución de los problemas (Numpaque, 2019).

Al respecto, la falta de satisfacción de los usuarios se debe al escepticismo de la población con respecto a los servicios de salud públicos que genera desconfianza, al temor a represalias del personal por las quejas y/o reclamos y a la alta burocracia del sistema de salud. Ahora bien, actualmente las personas son más exigentes debido a que cuentan con mayor información acerca de los derechos, presentan mayor responsabilidad de su salud y por ende exigen una atención con estándares cada vez más altos. El presente abordaje correlacional busca comprobar los esquemas interpretativos de Bertalanffy (1950) en su teoría de sistemas aplicados al campo de la Administración científica, que explica que los resultados de un fenómeno obedecen a la acción combinada de varios factores con los cuales genera resultados cualitativos distintos a los productos de cada factor por separado (Amado, 2021).

En la práctica, la insatisfacción que actualmente se evidencia en los usuarios de la red pública integral de salud, obedece ciertamente a la precariedad de insumos, malas condiciones estructurales y alta burocracia. Pero un elemento

decisivo es la predisposición anímica que los galenos tienen hacia los pacientes, ya sea porque son producto de la inestabilidad de este sistema ausente de recursos o porque no han desarrollado las habilidades de la inteligencia emocional para autorregularse en los procesos estresantes a los que están expuestos. En ambos casos, la comunicación no verbal juega un papel predominante en el trato, en la prestación, en el trabajo, en la asistencia y en el oficio de los trabajadores de la salud (Rodríguez, 2021).

Frente a esta disyuntiva, las fuentes de consulta primaria arrojan datos positivos como los observados en el estudio de Ochoa (2018), en dónde se muestra una alta estima a la calidad de los servicios hospitalarios en una muestra representativa de pacientes en varios hospitales del Ecuador. Al respecto, con base a Ochoa son 10 las variables más importantes: la primera es la atención al paciente. Esto implica el trato respetuoso, amable y comprensivo por parte del personal médico y de enfermería. La empatía y la escucha activa son fundamentales para establecer una buena relación con el paciente.

La segunda dimensión es la seguridad del paciente que es un aspecto crítico de la calidad del servicio hospitalario. Esto incluye medidas para prevenir errores médicos, infecciones nosocomiales y otros riesgos para la salud del paciente. La correcta identificación del paciente, la administración segura de medicamentos y la higiene son ejemplos de prácticas importantes.

Por otra parte, los pacientes confían en que el personal médico y de enfermería sea altamente competente y profesional. La formación y la actualización constante de conocimientos y habilidades son esenciales. Los hospitales también deben garantizar que el personal esté debidamente licenciado y acreditado. Esta dimensión es profesionalismo y competencia.

La accesibilidad, que es otra cualidad importante en la atención de calidad, se refiere a la facilidad con la que los pacientes pueden acceder a los servicios hospitalarios. Esto incluye la disponibilidad de citas médicas, la ubicación y accesibilidad física del hospital y la capacidad de comunicarse con el personal de manera eficiente.

La comunicación clara y efectiva entre el personal médico, el paciente y sus familias; es fundamental. Los pacientes deben comprender su diagnóstico, opciones de tratamiento y cualquier otra información relevante. Además, se debe fomentar la comunicación interdisciplinaria entre los miembros del equipo médico. El tiempo de espera es otro factor. Los pacientes valoran la gestión eficiente de su tiempo. Reducir los tiempos de espera para consultas, procedimientos y admisiones es esencial para mejorar la satisfacción del paciente.

Con base al mismo estudio, la comodidad y la limpieza de las instalaciones hospitalarias son importantes para la percepción de calidad. Habitaciones limpias y cómodas, instalaciones bien mantenidas y servicios adicionales como Wi-Fi pueden mejorar la experiencia del paciente.

En octavo lugar se encuentra la participación del paciente. Involucrar al paciente en su propio cuidado y toma de decisiones es un aspecto clave de la calidad del servicio. Los pacientes deben sentirse informados y empoderados para tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

Un elemento esencial son los resultados y seguimiento. La calidad del servicio se refleja en los resultados de atención al paciente. Los hospitales deben hacer un seguimiento de los resultados de tratamiento, tasas de recuperación y tasas de complicaciones para evaluar continuamente y mejorar la calidad de la atención.

Y finalmente se cuenta con la gestión de quejas y retroalimentación. Las casas de salud deben tener sistemas efectivos para manejar quejas y retroalimentación de los pacientes. Esto incluye la resolución rápida y justa de problemas y la utilización de retroalimentación para implementar mejoras en el servicio.

No obstante, en la práctica diaria existen muchas quejas por parte de los usuarios de los servicios de atención hospitalaria que reflejan condiciones precarias e inseguras, así como desconocimiento de estos 10 principios de calidad (Reynaga, 2020) (Soler, 2019) (Brito, 2021).

No es de extrañarse encontrar una gran magnitud de frecuencias y prevalencias en la escala de satisfacción del servicio hospitalario en Ecuador durante los

últimos años, especialmente cuando ha existido una reducción del 80% de la inversión que anteriormente estaba planificados para la compra de fármacos (PRIMICIAS, 2022). Así también, la crisis hospitalaria desde la época de pandemia no ha cesado. Desde el deterioro de las unidades médicas, quirófanos, inmobiliario, estructura, despidos de médicos a los cuales no les otorgaron nombramiento definitivo, crisis en las casas de convenio, hasta una rotación alta de gerentes han hecho un sistema insostenible que ha repercutido inexorablemente con la calidad del servicio (PRIMICIAS, 2022).

Por otro lado, las técnicas de comunicación entre el médico y su paciente son esenciales para generar confianza, seguridad y esperanza. Estos resultados están relacionados con la mejoría de la salud, tanto así que se estima que la generación de confianza y empatía incrementan hasta en 3 veces el bienestar subjetivo y en 2 veces la probabilidad de recuperación y acatamiento de la prescripción y cuidado durante la rehabilitación. Para tal propósito, el 100% de la efectividad de la comunicación no deviene del componente oral. Con base a Mehrabian (1992), el 55% de lo que se comunica procede de los gestos, ademanes, postura, distancia y accesorios del ambiente. El 38% por otro lado, se origina de las características del tono, volumen, velocidad, fuerza y énfasis. Y finalmente, cerca del 7% procede del contenido, el lenguaje, la secuencia y los temas del mensaje que se articula por parte del emisor. Esto quiere decir que el 93% de la comunicación depende de variables no verbales (Ubilla, 2019).

Ahora bien, se ha podido constatar que la formación universitaria de los profesionales de salud carece precisamente de la dotación de nociones acerca de técnicas no verbales que permitan alcanzar la empatía, la seguridad y confianza necesarias en la satisfacción del usuario. Es por eso que, el diseño de programas de formación en habilidades no verbales fortaleció el mensaje de asistencia bajo los principios de calidez y calidad, al mismo tiempo que disminuyeron las barreras de comunicación tan frecuentes en la relación médico paciente. Al mismo tiempo, la investigación es factible de realizarse al contar con el talento humanos y recursos tecnológicos en el área de ginecología de una importante casa asistencial de la ciudad de Quito. (Vásquez, 2020).

En relación a los párrafos anteriores, es necesario repasar las definiciones conceptuales de calidad, calidez, efectividad, planes de mejora e indicadores de impacto:

Calidad: se refiere al grado en que un producto o servicio satisface las necesidades, expectativas y estándares establecidos. En el contexto de la atención médica y los servicios hospitalarios, la calidad implica la prestación de atención segura, eficaz y centrada en el paciente que cumple con los estándares médicos y éticos (Fernández, 2022).

Calidez: La calidez describe a la cualidad de la atención que brinda un trato respetuoso, comprensivo y amable a los pacientes. La calidez es un componente importante de la atención centrada en el paciente y se enfoca en la empatía, la comunicación efectiva y el apoyo emocional (Fernández, 2022).

Efectividad: La efectividad hace referencia a la capacidad de un tratamiento, intervención o servicio para lograr los resultados deseados o los objetivos establecidos. En el ámbito de la atención médica, la efectividad se relaciona con la capacidad de un tratamiento para curar, aliviar los síntomas o mejorar la salud del paciente (Fernández, 2022).

Planes de Mejora: Los planes de mejora son estrategias y acciones diseñadas para identificar y corregir áreas de deficiencia o debilidades en la prestación de servicios. Estos planes suelen incluir objetivos específicos, plazos y acciones concretas para abordar y mejorar áreas problemáticas (Fernández, 2022).

Indicadores de Impacto: Los indicadores de impacto son medidas cuantitativas o cualitativas utilizadas para evaluar el efecto o resultado de un programa, servicio o intervención en la población o en los usuarios. Estos indicadores permiten medir el cambio o la influencia que una acción o intervención ha tenido en la vida de las personas o en una comunidad (Fernández, 2022).

Es por eso que, la presente investigación tiene el objetivo de demostrar que la formación de estas competencias tiene un impacto positivo en el nivel de satisfacción en los usuarios del área de ginecología de un hospital de tercer nivel en Quito – Ecuador.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño fue pre experimental, en el cual se encuestaron a los usuarios del servicio de ginecología en dos momentos, uno antes de la implementación de un proceso formativo de comunicación no verbal (dirigido al personal médico), y el segundo después de seis meses de concluido el proceso de capacitación. Para tal efecto se empleó la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia del 0,05.

En referencia al diseño de investigación, Hernández (2014), indica que los estudios pre experimentales presentan el nivel más bajo de manipulación directa de variables, especialmente porque se trabaja con grupos íntegros (comúnmente un solo grupo) para los cuales no es preciso seleccionar a los sujetos con base a características sociodemográficas. Estos abordajes son propicios para observar variaciones de un fenómeno en un corto tiempo de 6 meses a un año, y son comunes en investigaciones de impacto.

La población planificada es la totalidad de los usuarios atendidos durante los meses de enero a marzo de 2022 del área de ginecología (primera medición), y los encuestados durante los meses de enero a marzo de 2023 (segunda medición). En tal sentido no fue necesario establecer pruebas matemáticas para confirmar una muestra significativa. No obstante, al emplear los criterios de selección se pudo confirmar una población final de estudio de 350 participantes (175 antes y 175 después de la capacitación). Se incluyeron a todos los pacientes atendidos durante las fechas anteriormente mencionadas que firmaron el consentimiento informado.

Estos informantes fueron las mujeres que recibieron directamente la prestación del servicio y/o sus cónyuges – parejas o familiares cercanos con los que se acercaron a la casa de salud. Se excluyeron a aquellos informantes que al momento del levantamiento de datos no se encontraron presentes. Y se eliminaron a las personas que no habían completado al cien por ciento las encuestas. Por otro lado, los médicos que recibieron la capacitación fueron 26 trabajadores de la salud pertenecientes al área de ginecología que se describen a continuación:

Tabla 1. Detalle del personal del área de ginecología

Trabajadores	Fr	%
Auxiliar de enfermería	3	11,54%
Camillero	3	11,54%
Enfermero/a	6	23,08%
Jefe de ginecología	1	3,85%
Médico	12	46,15%
Secretaria	1	3,85%
Total general	26	100,00%

En la capacitación fueron incluidos todos los trabajadores que prestan sus servicios en el área de ginecología. En tal virtud, no existieron criterios de exclusión o eliminación dado que la capacitación tenía carácter de ser obligatorio para el personal médico. Esta investigación pretendió evaluar, en este sentido, la favorabilidad del usuario en relación a la atención recibida por estos 26 trabajadores de la salud antes y después de un proceso de capacitación.

En referencia a los materiales y métodos, para el caso de la primera variable programa de formación de habilidades no verbales, el trabajo comprendió de una capacitación de 3 semanas en las cuales se impartieron técnicas de comunicación en sesiones de 1 hora diaria al personal médico de atención directa a los pacientes/ usuarios del servicio de ginecología. Los temas fueron los siguientes: destrezas visuales: ges-tos, ademanes, postura, distancia y accesorios en los lugares de consulta. Habilidades vocales: tono de voz, volumen, velocidad, fuerza y expresiones faciales.

Los dos momentos de evaluación de la satisfacción del usuario (antes y después del programa) se lo realizaron mediante la técnica de la encuesta y a través del instrumento encuesta Net Promoter Score (Portman, 2018). Instrumento auto administrado que se basa en 20 afirmaciones con escala dicotómica (si / no); y que mide la satisfacción del servicio hospitalario dispuestas en tres dimensiones: satisfacción en el trato (8 preguntas), condiciones materiales del servicio (3 preguntas) y expectativas del servicio deseado (9 afirmaciones):

Tabla 2. Dimensiones de la encuesta de satisfacción

Dimensiones	Afirmaciones	Promedio	
Satisfacción en el trato	El personal que le atendió hizo contacto visual al momento del servicio prestado	Primera medición 55%	Segunda medición 61%
	El personal que le atendió presentó una postura erguida y con naturalidad		
	La expresión facial de las personas que le atendieron suscitó confianza y calma		
	La expresión facial de las personas que le atendieron fue cordial y sonriente		
	La expresión facial de las personas que le atendieron se sintió auténtica (no fingida)		
	El tono de la voz de las personas que brindaron el servicio fue placentero		
	El tono de la voz de las personas que brindaron el servicio transmitió en usted confianza y alivio		
	La distancia personal de la persona que lo atendió fue la adecuada.		
Condiciones materiales del servicio prestado	Los objetos y la ubicación de mobiliario, lámparas y artículos decorativos del consultorio fueron adecuados	Primera medición 43%	Segunda medición 57%
	Las condiciones físicas del consultorio le resultaron gratificantes (iluminación, temperatura)		
	Las condiciones del mobiliario, lámparas y artículos decorativos del consultorio fueron adecuados		
Expectativa de servicio deseado	El mensaje que recibió por parte de las personas que brindaron el servicio fue sencillo y comprensible	Primera medición 62%	Segunda medición 71%
	Usted puede dar fe de que, el personal que le atendió agotó sus esfuerzos en complacer sus necesidades y requerimientos		
	El personal que le atendió se cercioró de que usted comprenda a cabalidad la situación actual (motivo de consulta) y las posibles soluciones de sus requerimientos		
	En todo momento usted se sintió cómodo con la atención prestada		
	La información que usted recabó de la consulta fue clara		
	El volumen, la velocidad y el tono de las personas que le atendieron fue adecuada		

Dimensiones	Afirmaciones	Promedio	
	Usted considera que las personas que le atendieron se encuentran preparadas y tienen alto conocimiento		
	Las habilidades de comunicación de las personas que le atendieron fueron efectivas		
	Se encuentra complacido/a con el servicio recibido en esta unidad hospitalaria		

Con base a este predictor, la satisfacción del servicio se compone de la satisfacción en el trato que es la percepción de entrega, inclinación y entusiasmo con el que el prestador de servicio se obliga a su cliente, denotando amabilidad, cordialidad y cortesía. En segundo término, las condiciones materiales del servicio son las características físicas y de infraestructura de la casa de salud, que deben propender a fortalecer el confort del paciente/ usuario. Finalmente, la expectativa del servicio deseado es el cumplimiento del requerimiento del paciente o a su vez, la percepción de que los galenos hicieron todo en su poder para solucionar los padecimientos, consultas o situaciones médicas.

Para la determinación de los niveles de la satisfacción del usuario de servicios hospitalarios, se suman las respuestas positivas y se comparan con los siguientes baremos: si el puntaje bruto se encuentra entre 17 a 20, la satisfacción es alta; si se encuentra en el intervalo de 14 a 16 la satisfacción es media; y para los casos en que la sumatoria sea inferior a 14 la satisfacción es baja. El instrumento cuenta con un índice de confiabilidad del 0,85 de Alpha de Crombach.

Se realizaron dos análisis estadísticos: Descriptivo. Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables nominales y categóricas correspondientes a los datos socio demográficos y resultados del test de satisfacción. Para la comprobación inferencial, por tratarse de datos relacionados, se utilizó la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia del 0,05. Las hipótesis de investigación fueron las siguientes:

H1: La segunda medición de la satisfacción del usuario será significativamente mayor a la primera confirmándose que el programa de comunicación no verbal mejora el servicio en el área de ginecología.

HA: La segunda medición de la satisfacción del usuario será significativamente menor a la primera confirmándose que el programa de comunicación no verbal empeora la calidad del servicio en el área de ginecología.

H0: No existe relación entre la implementación del programa con el tipo de satisfacción de los usuarios del área de ginecología.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados socio demográficos

Tabla 3. Resultados socio demográficos

Género		Primera medición 175 sujetos		Segunda medición 175 sujetos		Total	
Femenino	Fr	167	47,70%	169	48,30%	336	96,00%
Masculino	Fr	8	2,30%	6	1,70%	14	4,00%
Estado civil							
Soltera/o	Fr	112	32,00%	33	9,40%	145	41,40%
Casada/o	Fr	56	16,00%	115	32,90%	171	48,90%
Unión libre	Fr	1	0,30%	8	2,30%	9	2,60%
Divorciado	Fr	2	0,60%	12	3,40%	14	4,00%
Viuda/o	Fr	4	1,10%	7	2,00%	11	3,10%
Edad (en años)							
Menos 18	Fr	7	2,30%	3	1,7%	10	4,00%
19 - 23	Fr	29	17,70%	33	18,9%	62	36,60%
24 - 28	Fr	20	17,70%	20	11,4%	40	29,10%
29 - 35	Fr	39	4%	21	12,0%	60	16,00%
34 - 38	Fr	30	16,6%	48	27,4%	78	44,00%
39 - 43	Fr	26	11,4%	26	14,9%	52	26,30%
Mayor 44	Fr	24	22,3%	24	13,7%	48	36,00%

Debido al tipo de servicio, la mayor cantidad de usuarios reportados entre las dos mediciones corresponde a las mujeres con el 96% frente al 4% de los hombres quienes, en su mayoría, son las parejas de las usuarias, padres y hermanos. El predominio de mujeres en la población atendida podría indicar una desigualdad o un sesgo de género en el acceso a los servicios de salud. No obstante, los datos son muy coherentes puesto que se trata de servicios dirigidos directamente a la mujer. La alta proporción de mujeres en la población atendida sugiere también que las mujeres tienen mayores necesidades de atención médica o enfrentan condiciones de salud específicas que requieren servicios especializados.

Más del 65% de las usuarias atendidas tienen entre 19 a 28 años de edad. Esto sugiere que existe una concentración significativa de mujeres jóvenes en esa institución. Esto indica también la correlación entre alumbramientos y la edad fértil de las mujeres con la alta accesibilidad de los servicios de la casa de salud. Del total de las mujeres, el 48% son casadas, 41,4% solteras, 4% divorciadas, 3.1% viudas y 2,6% en unión libre.

Evaluación del nivel de satisfacción

Tabla 4. Resultados del nivel de satisfacción

Satisfacción usuario	Primera medición		Segunda medición	
	fr	%	fr	%
Bajo	55	31,43%	39	22,29%
Medio	55	31,43%	49	28,00%
Alto	65	37,14%	87	49,71%
Total	175	100,00%	175	100,00%

Si se realiza un análisis descriptivo del grado de satisfacción de los usuarios evaluados antes y después de la implementación del proceso formativo, se puede confirmar un mejoramiento para las tres dimensiones. Por ejemplo, en la segunda medición existe una reducción del 9,14% en las calificaciones de percepción bajas. Algo similar ocurre con la categoría de percepción media que registra una reducción en 3,43%. No obstante, el adelanto más notorio en la apreciación del servicio se encuentra en el nivel alto ya que evidencia incremento en 12,57%.

Resultados inferenciales

Tabla 5. Resultados del Cuestionario de satisfacción

Estadísticos de prueba ^a	Estadísticos
U de Mann-Whitney	12494,500
W de Wilcoxon	27894,500
Z	-2,978
Sig. asintótica (bilateral)	0,003

a. Variable de agrupación: medición

Debido a la naturaleza de los datos no paramétricos y a que los datos de percepción se encuentran relacionados, se optó como prueba estadística a la w de Wilcoxon con un nivel de significancia del 0,05. La significación asintótica bilateral puntuó por debajo del 0,05 rechazándose la hipótesis nula. El proceso

de formación incrementó, en este sentido, la percepción de calidad de servicio de los usuarios investigados.

Tabla 6. Resultados descriptivos

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Medición antes	350	80,1486	30,33000	25,00	134,00
Medición después	350	99,5151	29,50072	25,00	134,00

Finalmente, en la tabla 6 aparecen los estadísticos descriptivos con los registros de la media aritmética alcanzada en los dos momentos de análisis. Son 19,36 puntos de diferencia en los cuales la segunda medición se separa hacia niveles más elevados de complacencia con respecto al servicio recibido.

Discusión

Con base a las investigaciones de Bedoya (2015), en un estudio que pretende medir la mejora de la percepción del usuario externo de un centro de atención primaria, se observa que al final de un proceso similar de capacitación de habilidades blandas, la satisfacción del usuario ascendió al 71% (registrando un aumento de 3 puntos porcentuales) de la muestra; además se registra un 29% de insatisfacción. Ahora bien, el plan de mejora considerado en el estudio de Bedoya (2015), para elevar la variable de satisfacción contó con cambios en condiciones de trabajo, reingeniería de los procesos, formación de cultura de aprendizaje y el fortalecimiento de la comunicación en el trabajo en equipo.

Si se compara la investigación de Bedoya (2015) con el presente trabajo se resalta dos aspectos importantes. El primero de ellos es el nivel de efectividad que pueden llegar a tener los planes de mejoramiento del servicio médico basados en indicadores diagnósticos previos como por ejemplo la satisfacción en el trato (incremento en 3 puntos porcentuales), las condiciones materiales del servicio prestado (mejoramiento en 5,5%) y las expectativas de servicio deseado (aumento del 1,5%). El evaluar variables como la comunicación, el trabajo en equipo y calidad de servicio arroja información útil para diseñar planes de mejoramiento, que después de ser implementado por un tiempo importante (6

meses al menos) se debe evaluar por segunda ocasión para comprobar el cambio significativo de los registros diagnosticados (indicadores de impacto) En este sentido el presente estudio presentó 3 áreas de mejoramiento: reducción en 9,1% la satisfacción baja, decremento de 3,4% en la satisfacción media, e incremento en 12,5% en la alta satisfacción. La mayoría de los planes de fortalecimiento no llegan a evidenciar su efectividad puesto que no se suele analizar las diferencias estadísticamente significativas entre el antes y después.

En segundo lugar, el estudio de Bedoya, que si bien consideramos que su diseño no es longitudinal puesto que está manipulando la variable capacitación, sigue el mismo proceso de análisis que el observado en este abordaje correlacional. Esto hace que la investigación del programa de formación de comunicación no verbal sea más relevante puesto que confirma el impacto del proceso de formación en un grupo estadísticamente más significativo, con lo que es posible estimar la probabilidad de su utilidad en anteriores estudios.

En las fuentes de consulta no se encontraron más estudios que evidencien el cambio de percepción a través de procesos de capacitaciones en casas de salud. No obstante, existe un número importante de investigaciones en su mayoría descriptivas que analizan los componentes de la calidad total y satisfacción del usuario de hospitales públicos. Ejemplos de los mismos, se los encuentra en las investigaciones de Juárez (2014), Fernández (2014), Cárdenas (2016) y Guerra (2017). En todos estos se utilizaron técnicas similares a las empleadas en el presente estudio y ratificaron un promedio bastante bajo de satisfacción del servicio médico; alrededor del 35,5%. A la luz de estos datos, se ratifica la magnitud, trascendencia, factibilidad y viabilidad de continuar con la formación en competencias blandas que propendan al desarrollo de habilidades en el personal médico.

En términos más concretos, si inicialmente el 18,8% de los usuarios expresaban satisfacción con los servicios hospitalarios y, posteriormente, esa cifra aumenta al 24,9%, esto representa un incremento de más del 5% en la satisfacción. Este aumento podría deberse a diversas razones, como mejoras en la percepción de los pacientes en la calidad de la atención, la eficiencia de los procesos, la calidez en la atención al paciente o la implementación de planes de mejora en el hospital.

Todos estos cambios motivados directamente por el proceso de implementación (Amado, 2021).

Un incremento del 5% en la satisfacción del usuario es un indicador positivo y sugiere que el hospital está trabajando en la dirección correcta para satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes. Sin embargo, es importante seguir monitoreando y evaluando continuamente la satisfacción del usuario para mantener y mejorar esta tendencia positiva a lo largo del tiempo. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de los servicios hospitalarios y puede tener un impacto en la percepción general de la atención médica que se brinda (Bedoya, 2015).

4. CONCLUSIONES

El programa de formación de comunicación no verbal permitió mejorar la percepción de servicio que imparten 26 profesionales de la salud del área de ginecología entre los que se cuentan: 6 médicos especialistas, 6 enfermeras, 1 secretaria, 3 auxiliares de enfermería, 3 auxiliares de servicio de camillero, 1 médico ginecólogo obstetra, 2 médico general, 1 jefe de unidad y 3 médicos ginecólogos.

Las competencias, habilidades, destrezas y características de personalidad necesarias para un trato humano, afable, con calidez y cordialidad se desarrollaron en los 6 meses que duró la formación. El fortalecimiento de las técnicas no verbales como el contacto visual, las posturas, los gestos, expresión facial, lo artefactual y la paralingüística sirvieron para mejorar la calidad, prontitud, eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios asistenciales.

Los cambios registrados muestran transformaciones significativas tanto del punto descriptivo como inferencial. En el primero de los casos, la mala percepción disminuyó en 5,2 puntos porcentuales en la satisfacción del usuario en general (hay que recordar que el predictor utilizado no arroja resultados por dimensiones, sino tan solo por el constructo total de la dimensión de la satisfacción del usuario).

En este mismo sentido, el alto nivel de gratificación por el servicio aumentó en el 6,1%. Por otro lado, la significación asintótica bilateral se ubicó en 0,003 rechazando la hipótesis nula. El promedio de antes fue significativamente menor al registrado después de la implementación con una diferencia de 19 puntos. La diferencia es en lo que describe el predictor que es el nivel de satisfacción total del usuario que refiere a un trato más humano, mejores condiciones de servicio y satisfacción de asistencia.

REFERENCIAS

- Amado-Tineo, J., Segura, M. A., Che, E., Vargas-Tineo, O., Solis, J., & Oscanoa-Espinoza, T. (2021). Calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado según lugar de atención en un hospital de referencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 138-144.
- Bedoya-Rivadeneira, C. (2015). Impacto de la implementación de un plan de mejora en el nivel de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del centro de atención primaria III San Juan de Miraflores. Lima-Perú. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 11(1).
- Brito Álvarez, G., Roque González, R., & Guerra Breña, R. M. (2021). La gestión de calidad y acreditación hospitalaria en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. *Infodir*, (34).
- Cardenas, S. D., Montes, L. A. B., Archibold, M. D. L. V., & Arrieta, J. M. B. (2016). Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(2), 290-303.
- Castillo Saavedra, E. F., Rosales Márquez, C., & Reyes Alfaro, C. E. (2020). Percepción de pacientes peruanos acerca de la calidad de los servicios farmacéuticos hospitalarios. *MediSur*, 18(4), 564-570.
- Fernández de Castro Fabre, A., & López Padrón, A. (2014). Validación mediante criterio de usuarios del sistema de indicadores para prever, diseñar y medir el impacto en los proyectos de investigación del sector agropecuario. *Revista Ciencias Técnicas Agropecuarias*, 23(3), 77-82.
- Fernández-Muñiz, B., Montes-Peón, J. M., & Vázquez-Ordás, C. J. (2022). Hospital management and patient satisfaction: A multidimensional approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 109.

- Ferreira Junior, R. R., & Porto, A. P. (2018). La calidad de vida en el trabajo y el ausentismo como indicadores de resultado de gestión hospitalaria. *Ciencias administrativas*, (11), 3-14.
- Gonzalez, R. R., Torres, J. F. R., Peña, R. D. L. C. T., Álvarez, G. B., del Valle, D. G., & Bretaña, R. M. G. (2020). Gestión de la calidad y el conocimiento en los servicios hospitalarios en tiempos de pandemia. *Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR*, (33).
- Guerra, W. E. G., Dávila, F. J., Campins, R. A., & Colmenarez, S. (2017). Satisfacción del usuario en la emergencia del Hospital Central de Maracay. *Revista de salud pública*, 21(2), 88-98.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Jiménez Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista cubana de salud pública*, 30(1), 0-0.
- Juárez, J. A. M., Quintero, J. M. M., & Almazán, D. A. (2014). Calidad de los sistemas de información y su impacto en la satisfacción del usuario. *Repositorio de la Red Internacional de Investigadores en Competitividad*, 8(1).
- Numpaque-Pacabaque, A., Buitrago-Orjuela, L. Á., & Pardo-Santamaría, D. F. (2019). Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), 235-239.
- Ochoa Nolasco, A. (2018). Gestión de manejo de residuos sólidos hospitalarios en la calidad de servicios en las áreas asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- PRIMICIAS. (17 de septiembre de 2022). Primicias, periodismo comprometido. Obtenido de Primicias Web site: <https://www.primicias.ec/noticias/economia/inversion-estatal-salud-educacion-estancada-ecuador/>
- Puchi-Gómez, C., Paravic-Klijn, T., & Salazar, A. (2018). Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. *Aquichan*, 18(2), 186-197.
- Reynaga Salazar, S. L. (2020). *Gestión hospitalaria en la calidad de servicio del Hospital Nacional Caye-tano Heredia*, 2019.

- Rodríguez, A. R. H. (2021). Bases metodológicas para la gestión por procesos en los servicios hospitalarios. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 17(35), 1-23.
- Santamaría-Benhumea, A. M., Santamaría-Benhumea, N. H., López-Esquivel, M. Á., Velázquez-Muciño, C. A., Cuevas-Villa, R. N., Herrera-Villalobos, J. E., & Mendieta-Zerón, H. (2018). Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(1), 40-47.
- Soler, J. Á. Z., & Del Castillo, G. (2019). Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática. *Emergencias*, 31, 346-352.
- Ubilla, M. A. B., Barreno, E. R. Z., Freire, F. O., & Sánchez, M. T. (2019). Fundamentos de calidad de servicio, el modelo Servqual. *Revista empresarial*, 13(2), 1-15.
- Vásquez, J. N. V. (2020). Gestión Administrativa en la calidad de atención en los servicios del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2019. In *Crescendo*, 11(1), 67-80.