

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL E IDIOMAS

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN



TESIS

**INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL BILINGÜE
EN LA CALIDEZ DE ATENCIÓN A USUARIAS DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPINAR, 2024**

PRESENTADO POR:

BR. JUAN DIEGO CARREÑO CACERES

BR. BRAYAN ANTHONI FRISANCHO MENDOZA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN**

ASESOR:

DR. COSME WILBERT MEDINA SALAS

CUSCO – PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor COSME WILBERT MEDINA SALAS
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN
INTERCULTURAL BILINGÜE EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A
USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
DE ESPINAR, 2024

Presentado por: JUAN DIEGO CARREÑO CACERES DNI N° 74045419;
presentado por: PRAYAN ANTHONI FRISANCHO HENAOZA DNI N° 46604624
Para optar el título Profesional/Grado Académico de LICENCIADO EN CIENCIAS DE
LA COMUNICACIÓN

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 6 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 14 de AGOSTO de 2026

[Firma]
Firma

Post firma COSME WILBERT MEDINA SALAS

Nro. de DNI 23963530

ORCID del Asesor 0000-0001-7313-2272

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 272591614325299

Juan Diego Carreño Cáceres Brayan Anthoni Frisan...

INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL BILINGÜE EN LA CALIDEZ DE ATENCIÓN A USUARIAS DEL S...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:614325299

147 páginas

Fecha de entrega

14 ago 2026, 10:01 a.m. GMT-5

26.268 palabras

Fecha de descarga

14 ago 2026, 10:04 a.m. GMT-5

154.689 caracteres

Nombre del archivo

INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL BILINGÜE EN LA CALIDEZ DE ATENCIÓN A U....pdf

Tamaño del archivo

1.6 MB

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cá...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIAS

A mi mami, hermanos y a toda mi familia, por su apoyo incondicional, su paciencia y por ser siempre mi motivación para seguir adelante.

Este logro es también de ustedes, fruto de muchos esfuerzos, sacrificios y largas jornadas de trabajo que hoy finalmente dan resultado.

Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

Y, finalmente, a mi grupo de rock favorito, System of a Down, porque después de tanto esfuerzo y una larga espera, pude darme el gusto de asistir a su concierto... ahora sí, con la tesis terminada y la conciencia tranquila, puedo decir que valió completamente la pena.

Br. Brayan Anthoni Frisancho Mendoza

A mi madre, María Victoria Cáceres Centeno, cuyas manos trabajaron en silencio para que las mías pudieran escribir estas páginas. Todo lo que soy tiene su nombre grabado en algún lugar que las palabras no alcanzan a nombrar del todo.

A mi hija, Luna Romina Carreño, que llegó a mi vida y le dio un norte distinto a cada esfuerzo. Que este trabajo sea para ella prueba de que los sueños se construyen día a día, aunque cuesten.

Al Patrón Santiago, cuya devoción me acompaña como herencia y como fe. En los momentos de duda, encontré en su camino la serenidad para seguir adelante

Br. Juan Diego Carreño Cáceres

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, se expresa el agradecimiento a Dios, por haber brindado la fortaleza, perseverancia y claridad necesarias para culminar satisfactoriamente esta etapa académica.

Se manifiesta un especial reconocimiento al asesor de la presente investigación, Dr. Cosme Wilbert Medina Salas, por su orientación constante, aportes académicos y acompañamiento en el desarrollo del presente trabajo, fundamentales para su adecuada ejecución.

Asimismo, se agradece a los docentes de la Escuela Profesional de Ciencias de la Comunicación, quienes, a través de sus enseñanzas, formación crítica y orientación académica, contribuyeron significativamente al desarrollo de competencias profesionales y al fortalecimiento del pensamiento analítico e investigativo de los tesisas.

De igual manera, se expresa un sincero agradecimiento al personal directivo y de salud del Hospital de Espinar, por las facilidades brindadas, el acceso a la información y su disposición durante el proceso de recolección de datos, elementos clave para la realización de la presente investigación.

Finalmente, se reconoce el apoyo permanente de las familias y el acompañamiento de los amigos, quienes brindaron motivación constante a lo largo de este proceso académico.

Br. Juan Diego Carreño Cáceres
Br. Brayan Anthoni Frisancho Mendoza

PRESENTACIÓN

Señora decana de la Facultad de Comunicación Social e Idiomas de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Dra. María del Pilar Benavente García, señores miembros del jurado:

En cumplimiento de las disposiciones académicas establecidas por la Facultad de Comunicación Social e Idiomas, pongo a vuestra consideración el presente informe de investigación titulado “Influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024”, el cual se presenta con el propósito de optar el grado académico correspondiente.

La investigación aborda una problemática relevante en el ámbito de la comunicación y la salud, especialmente en contextos donde convergen diversas lenguas y culturas. En regiones como la provincia de Espinar, donde una parte importante de la población tiene como lengua materna el quechua, la comunicación intercultural bilingüe constituye un elemento fundamental para garantizar una interacción adecuada entre el personal de salud y las usuarias de los servicios médicos. En este sentido, el estudio analiza la influencia que tiene la comunicación intercultural en la percepción de la calidez de atención brindada en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar.

Los resultados obtenidos permiten comprender la importancia de fortalecer las competencias comunicativas interculturales dentro de los servicios de salud, especialmente en contextos donde existe diversidad lingüística y cultural. Asimismo, la investigación busca aportar información que contribuya a mejorar

la calidad de la atención y promover prácticas de comunicación más inclusivas y respetuosas de la diversidad cultural de la población usuaria.

Por lo expuesto, presentamos el presente trabajo de investigación esperando que cumpla con los requisitos académicos establecidos por la Facultad de Comunicación Social e Idiomas y que contribuya al desarrollo de futuros estudios relacionados con la comunicación intercultural y la calidad de atención en los servicios de salud.

Br. Juan Diego Carreño Cáceres

Br. Brayan Anthoni Frisancho Mendoza

RESUMEN

La tesis titulada “Influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024” analiza la importancia de la comunicación en contextos de diversidad cultural y lingüística, donde predomina la población quechua hablante y existen barreras en la atención médica. El objetivo fue determinar la influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de atención. Para ello, se evaluaron la comunicación verbal bilingüe, la comunicación no verbal intercultural y la pertinencia cultural. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, con nivel correlacional y diseño no experimental transversal, utilizando encuestas dirigidas a usuarias del servicio de ginecología. Los resultados demostraron que la comunicación intercultural bilingüe influye significativamente en la percepción de la calidez de atención. El uso del idioma materno, el respeto por las costumbres y una adecuada comunicación no verbal fortalecen la confianza, el trato humano y la satisfacción de las pacientes. En conclusión, el estudio destaca la necesidad de fortalecer las competencias interculturales del personal de salud para brindar una atención más inclusiva, respetuosa y acorde a la realidad sociocultural.

Palabras clave: Comunicación intercultural bilingüe, Calidez de atención a usuarias del servicio, Comunicación verbal bilingüe, Pertinencia cultural en la atención.

ABSTRACT

The thesis titled “Influence of Intercultural Bilingual Communication on the Warmth of Care Provided to Users of the Gynecology Service at the Hospital of Espinar, 2024” analyzes the importance of communication in contexts of cultural and linguistic diversity, where a predominantly Quechua-speaking population faces barriers in healthcare services. The main objective was to determine the influence of intercultural bilingual communication on the warmth of care. To achieve this, bilingual verbal communication, intercultural nonverbal communication, and cultural relevance in care were evaluated. The research adopted a quantitative, applied approach, with a correlational level and a non-experimental cross-sectional design, using surveys administered to users of the gynecology service. The results demonstrated that intercultural bilingual communication significantly influences the perception of warmth of care. The use of the patients’ native language, respect for cultural practices, and appropriate nonverbal communication strengthen trust, humanized treatment, and patient satisfaction. In conclusion, the study highlights the need to strengthen intercultural competencies among healthcare personnel in order to provide more inclusive, respectful care aligned with the sociocultural reality of the population.

Keywords: Intercultural bilingual communication, Warmth of care, Bilingual verbal communication, Cultural relevance in healthcare.

INTRODUCCIÓN

La comunicación intercultural en los servicios de salud, constituye un aspecto fundamental para garantizar una atención adecuada en contextos donde convergen diferentes lenguas, tradiciones y prácticas culturales. En regiones como la provincia de Espinar, donde una parte importante de la población tiene como lengua materna el quechua y mantiene costumbres propias del contexto andino, la interacción entre el personal de salud y las usuarias requiere considerar no solo los aspectos clínicos de la atención, sino también los elementos culturales y lingüísticos que influyen en la relación profesional-paciente. En este contexto, la comunicación intercultural bilingüe se convierte en un factor clave para favorecer la comprensión de la información médica, fortalecer la confianza de las pacientes y mejorar la percepción de la calidad del servicio recibido.

La presente investigación se desarrolló con el objetivo general de determinar la influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024. Asimismo, se plantearon como objetivos específicos analizar la influencia de la comunicación verbal bilingüe, la comunicación no verbal intercultural y la pertinencia cultural en la atención sobre la percepción de la calidez de atención brindada a las usuarias. Estos objetivos permitieron orientar el estudio hacia la comprensión de los diferentes componentes de la comunicación intercultural que intervienen en la interacción entre el personal de salud y las pacientes.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado y de nivel correlacional, con un diseño no experimental y de corte transversal. La información fue recolectada mediante la aplicación de un cuestionario estructurado dirigido a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los datos obtenidos fueron procesados mediante herramientas estadísticas que permitieron analizar la relación entre las variables de estudio y comprobar las hipótesis planteadas en la investigación.

Los resultados obtenidos evidenciaron que la comunicación intercultural bilingüe influye significativamente en la calidez de atención percibida por las usuarias. De manera específica, se comprobó que la comunicación verbal bilingüe, la comunicación no verbal intercultural y la pertinencia cultural en la atención constituyen factores que contribuyen a mejorar la percepción del trato humano, la confianza y la satisfacción de las pacientes durante la atención recibida en el servicio de ginecología.

En cuanto a la organización del informe de investigación, el capítulo I presenta el planteamiento y formulación del problema, donde se describe la situación problemática, se formulan las preguntas de investigación y se establecen los objetivos del estudio. Asimismo, se expone la justificación y la importancia del tema en el contexto de la comunicación intercultural y los servicios de salud.

El capítulo II desarrolla el marco teórico, en el cual se presentan los antecedentes de investigación relacionados con el tema de estudio, así como los fundamentos conceptuales que sustentan las variables analizadas, incluyendo los enfoques teóricos sobre comunicación intercultural, interculturalidad en salud y calidez en la atención.

El capítulo III está referido a la formulación de las hipótesis y a la operacionalización de las variables de estudio. En este capítulo se establecen la hipótesis general y específicas, así como las dimensiones, indicadores e instrumentos utilizados para medir las variables de la investigación.

El capítulo IV describe el proceso metodológico de la investigación, incluyendo el tipo y nivel de estudio, el diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de información, así como los procedimientos utilizados para el procesamiento y análisis de los datos.

El capítulo V presenta los resultados obtenidos a partir del análisis de la información recopilada, los cuales se muestran mediante tablas y gráficos estadísticos que permiten describir el comportamiento de las variables y analizar la relación existente entre ellas.

Finalmente, el capítulo VI corresponde a la discusión de resultados, en la cual se analizan los hallazgos de la investigación y se comparan con los resultados de otros estudios relacionados con el tema, permitiendo interpretar los resultados obtenidos y establecer su aporte al conocimiento sobre la comunicación intercultural y la calidad de atención en los servicios de salud.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xv
ÍNDICE DE FIGURAS	xvii
CAPÍTULO I	1
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
1.1 Situación problemática.....	1
1.2 Problema objeto de investigación	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Bases teóricas	6
2.1.1 La comunicación	6

2.1.1.4 Comunicación no verbal	16
2.1.2 Calidez en la atención al usuario.....	19
2.2 Estado del arte.....	21
2.2.1 Antecedentes internacionales	21
2.1.2 Antecedentes nacionales	23
2.1.3 Antecedentes locales	25
2.3 Marco conceptual	27
CAPÍTULO III	29
HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
3.1 Hipótesis	29
3.1.1 Hipótesis general.....	29
3.1.2 Hipótesis específicas.....	29
3.2 Operacionalización de variables	30
3.2.1 Variable: Comunicación intercultural bilingüe.....	30
Variable independiente: Comunicación intercultural bilingüe.....	30
Variable Independiente: Comunicación intercultural bilingüe.....	31
3.2.2 Variable dependiente: Calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología.....	33
Variable Dependiente: Calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología	34

CAPÍTULO	IV
METODOLOGÍA.....	35
4.1 Ámbito de estudio	35
4.1.1 Localización geográfica	35
4.2 Tipo y nivel de investigación	36
4.2.1 Enfoque de investigación	37
4.2.2 Tipo de investigación.....	37
4.2.3 nivel de investigación (correlacional).....	38
4.2.4 Diseño de investigación (descriptivo, transversal y aplicada)	39
4.3 Unidad de análisis	39
4.4. Población y muestra	40
4.4.2 Muestra	40
4.5 Técnicas de recolección de la información	42
4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	43
4.7 Prueba de hipótesis	43
CAPÍTULO V	45
RESULTADOS	45
5.1 De la variable demográfica	45
5.1.1 Edad.....	45
5.1.2 Lengua materna	47

5.1.3 Atención profesional.....	49
5.2 De la variable comunicación intercultural bilingüe	50
5.2.1 Dimensión: comunicación verbal bilingüe	50
5.2.2 Dimensión: comunicación no verbal intercultural	55
5.2.3 Dimensión: pertinencia cultural en la atención	58
5.2.4 Sumatoria de dimensiones de la variable Comunicación intercultural bilingüe.....	62
5.3 De la variable dependiente: calidez de atención a usuarias	64
5.3.1 De la dimensión: trato humano y afectivo	64
5.3.2 De la dimensión: confianza y seguridad en la atención.....	74
5.3.3 De la dimensión: Satisfacción con la atención recibida.....	80
5.3.4 Sumatoria de las dimensiones de la variable: calidez en la atención.....	89
5.4 Prueba de hipótesis	92
5.4.1 Prueba de hipótesis general.....	92
5.4.2 Prueba de hipótesis específicas.....	95
CAPÍTULO VI.....	105
DISCUSIÓN	105
CONCLUSIONES.....	109
RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	113

ANEXO 1: Matriz de consistencias	120
Comunicación intercultural como emisor.....	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad	45
Tabla 2 Lengua materna	47
Tabla 3 Fue atendida por	49
Tabla 4 Comunicación verbal bilingüe.....	53
Tabla 5 Comunicación no verbal intercultural.....	56
Tabla 6 Pertinencia cultural en la atención.....	60
Tabla 7 Comunicación intercultural bilingüe	62
Tabla 8 La han atendido con afecto	65
Tabla 9 Ha sentido que el profesional comprende su cultura.....	67
Tabla 10 Usted ha percibido mucho afecto del personal.....	68
Tabla 11 Usted ha percibido que el profesional se ha preocupado por su salud	70
Tabla 12 Trato humano y afectivo	72
Tabla 13 Se ha sentido cómoda hablando con el profesional	74
Tabla 14 El profesional la ha transmitido mucha confianza	76
Tabla 15 Confianza y seguridad en la atención.....	78
Tabla 16 Quisiera que siempre la atendiera el mismo profesional que la vio en el consultorio.....	80
Tabla 17 Está contenta con la atención recibida	82
Tabla 18 Ha percibido calidez en el servicio	84
Tabla 19 El trato que ha recibido es muy bueno	86
Tabla 20 Satisfacción con la atención recibida.....	88

Tabla 21 calidez en la atención	89
Tabla 22 Tabla cruzada Comunicación intercultural bilingüe*Calidez de atención	92
Tabla 23 Comunicación verbal bilingüe * Calidez de atención	95
Tabla 24 Comunicación no verbal intercultural * Calidez de atención.....	98
Tabla 25 Pertinencia cultural en la atención * Calidez de atención	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Edad.....	46
Ilustración 2 Lengua materna	48
Ilustración 3 Fue atendida por	49
Ilustración 4 Comunicación verbal bilingüe	53
Ilustración 5 Comunicación no verbal intercultural	56
Ilustración 6 Pertinencia cultural en la atención	60
Ilustración 7 Comunicación intercultural bilingüe.....	63
Ilustración 8 La han atendido con afecto.....	65
Ilustración 9 Ha sentido que el profesional comprende su cultura	67
Ilustración 10 Usted ha percibido mucho afecto del personal	69
Ilustración 11 Usted ha percibido que el profesional se ha preocupado por su salud.....	71
Ilustración 12 Trato humano y afectivo.....	73
Ilustración 13 Se ha sentido cómoda hablando con el profesional.....	75
Ilustración 14 El profesional la ha transmitido mucha confianza	77
Ilustración 15 Confianza y seguridad en la atención	79
Ilustración 16 Quisiera que siempre la atendiera el mismo profesional que la vio en el consultorio	81
Ilustración 17 Está contenta con la atención recibida.....	83
Ilustración 18 Ha percibido calidez en el servicio	85
Ilustración 19 El trato que ha recibido es muy bueno	86
Ilustración 20 satisfacción con la atención recibida.....	88

Ilustración 21 calidez en la atención.....	90
Ilustración 22 Comunicación intercultural bilingüe*Calidez de atención.....	93
Ilustración 23 Comunicación verbal bilingüe * Calidez de atención.....	95
Ilustración 24 Comunicación no verbal intercultural * Calidez de atención	99
Ilustración 25 Pertinencia cultural en la atención * Calidez de atención.....	102

CAPÍTULO I

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1 Situación problemática

La investigación se enmarca en la línea de la comunicación para la salud, en el componente de la comunicación intercultural. Analizaremos los tipos de comunicación intercultural que se da entre prestadores asistenciales de salud médicos y los usuarios de diversos servicios de ginecología del Hospital de Espinar, todo ello en relación a la calidez en el servicio que se ofrece a las usuarias del referido centro hospitalario.

La importancia de la interacción humana es infinita y es el principio básico de cualquier tipo de interacción. Tal como sustenta Espinoza (2003) las interacciones entre personas están determinadas por las reglas de convivencia, por lo que la forma en que ocurren forma una parte importante de cómo se desarrollan los eventos porque afecta las relaciones interpersonales de manera concreta y cotidiana, como la comunicación es como el aire.

Por su parte, Medina (2010) considera que la relación entre motivación y comunicación intercultural ha llevado a los hospitales a invertir no sólo en la comunicación intercultural, sino también en la comunicación desde una perspectiva global como herramienta que puede ayudar a la institución a alcanzar sus objetivos. Sin embargo, el uso de la comunicación en un entorno hospitalario es un tema bastante delicado.

Mucha gente no comprende la conexión entre el concepto de salud y comunicación. Sin embargo, la comunicación en los hospitales es crucial no sólo

porque aporta beneficios tangibles, sino también porque es un campo interprofesional (Medina Aguerrebere, 2010).

El proceso de comunicación está presente en todas las intervenciones humanas, incluso en el ámbito de la salud, donde existe una relación directa entre profesionales y usuarios. Esta relación es un aspecto importante de cualquier programa de comunicación sanitaria. Para brindar servicios de alta calidad, los profesionales de la salud deben tener habilidades mínimas de comunicación intercultural, ya que esto determinará las consecuencias de la interacción (Espinoza, 2003).

Los profesionales de la salud no siempre utilizan habilidades de comunicación intercultural para comunicarse con los pacientes. El éxito o el fracaso en cualquier tipo de atención médica depende de las habilidades de comunicación intercultural que los médicos necesitan para atender adecuadamente a sus pacientes (Espinoza, 2003).

Esto significa que la comunicación con sus diversas actividades ayuda al hospital a alcanzar los objetivos estratégicos trazados para la institución, como informar al público sobre los resultados alcanzados por el hospital en su labor de investigación, de modo que el hospital sea percibido como una institución con alta reputación.

Por tanto, se puede decir que la comunicación hospitalaria es una actividad profesional porque tiene un valor estratégico y está en consonancia con los objetivos de la organización. Ante esto, varios hospitales han adoptado diversas políticas de comunicación centradas en la educación del paciente y la promoción

de hábitos de vida saludables que fomenten la prevención (Medina Aguerrebere, 2010).

1.2 Problema objeto de investigación

1.2.1 Problema general

- ¿De qué manera la comunicación intercultural bilingüe influye en la calidez de atención a las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿De qué manera la comunicación verbal bilingüe influye en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024?
- ¿Cómo la comunicación no verbal intercultural influye en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024?
- ¿De qué manera la pertinencia cultural en la atención influye en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la influencia de la comunicación verbal bilingüe en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.
- Analizar la influencia de la comunicación no verbal intercultural en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.
- Evaluar la influencia de la pertinencia cultural en la atención en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.

1.4 Justificación

La investigación permitirá conocer cómo se dan las relaciones de comunicación intercultural bilingüe en las consultas médicas de las usuarias del servicio de ginecología y los proveedores médicos en el Hospital de Espinar. Asimismo, se analizará si las relaciones de comunicación intercultural influyen directamente en la calidez del servicio que se da a los usuarios.

Los resultados de la investigación, permitirán, a los directivos del Hospital de Espinar, formular propuestas de mejoramiento de las relaciones de comunicación intercultural, a fin de brindar un servicio con calidez a los usuarios.

La importancia de la comunicación intercultural en la construcción de vínculos entre médicos y pacientes ha sido reconocida durante décadas y es una de las principales áreas de investigación en el campo de la comunicación sanitaria interdisciplinaria. Kweksilber & Todeschin (2023) consideran que estos estudios

no sólo destacan su impacto en la satisfacción del paciente, sino que también buscan evidencia de una relación entre esta dimensión y resultados clínicos específicos. En los últimos años, un flujo constante de investigaciones científicas ha demostrado que la comunicación entre pacientes y médicos afecta el proceso, la dirección y los resultados biomédicos y funcionales del tratamiento.

El campo de la investigación en comunicación clínica ha madurado desde anécdotas y aforismos sobre el "comportamiento de enfermería" hasta sofisticados ensayos controlados aleatorios y hallazgos basados en evidencia que se han traducido en guías prácticas confiables. La comunicación intercultural en la práctica clínica afecta no sólo a los pacientes y al tratamiento, sino también al bienestar del personal sanitario (Kweksilber & Todeschini, 2023).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas

2.1.1 La comunicación

La comunicación es una función humana básica y esencial para el desarrollo de la sociedad. Desde el principio, los humanos tuvieron que estar conectados para sobrevivir, y fueron las señales y gestos realizados para satisfacer sus necesidades básicas (hambre, protección contra el peligro y emoción) las que formaron la base de la comunicación a medida que se propagaba de persona a persona (Zayas Agüero, 2010).

Las características de la comunicación son: relaciones interpersonales, participación mutua, transmisión y autorreferencia. Es un factor humano similar al aprendizaje que se puede aplicar a diversos procesos dinámicos en los seres humanos.

Jaspers, citado por García (2008) creía que la filosofía debe abordar el problema fundamental de la comunicación, diciendo: "El ser mismo sólo puede realizarse en contacto con otro ser mismo. Cuando estoy solo, caigo en un silencio sordo..." (García García, 2008).

La palabra "comunicación" proviene de la raíz latina "communis" que significa "establecer un lenguaje común con los demás" y la raíz expresa intercambio, participación, comunidad y más. Copropiedad o cohabitación. La comunicación es un proceso social y es la forma en que las personas interactúan con grupos, comunidades y sociedades. Ninguna persona, grupo, organización o país puede existir sin comunicación (Zayas Agüero, 2010).

La comunicación humana es una necesidad individual que presupone la participación, la diversidad, algo que es común a varias personas (al menos dos) y al mismo tiempo implica la unidad, el acuerdo o la fusión de ciertas partes para formar un todo: al menos una o ambas son donado. algo al otro (García García, 2008).

2.1.1.1 La interculturalidad

La interculturalidad es un fenómeno social, cultural y comunicativo en el que dos o más culturas, o más específicamente, representantes de distintas identidades culturales, interactúan en condiciones de igualdad. Ninguna perspectiva predomina sobre las demás. Este tipo de interacción fomenta el diálogo, la comprensión, la integración y el enriquecimiento de las culturas involucradas (Raffino, 2021).

La interculturalidad es un enfoque social, político y cultural que promueve la interacción respetuosa entre personas y grupos pertenecientes a diferentes culturas, reconociendo la diversidad como un elemento enriquecedor de la convivencia humana. A diferencia del multiculturalismo, que se limita al reconocimiento de la coexistencia de diversas culturas en un mismo espacio, la interculturalidad busca establecer relaciones basadas en el diálogo, el respeto mutuo y la construcción de espacios de encuentro entre los diferentes grupos culturales. Desde esta perspectiva, la interculturalidad implica el reconocimiento de la igualdad de derechos y oportunidades de todos los grupos sociales, independientemente de su origen étnico, lingüístico o cultural (Tubino & Zariquiey, Las prácticas discursivas sobre la interculturalidad en el Perú de hoy.

Propuesta de lineamientos para su tratamiento en el sistema educativo peruano, 2005).

Uno de los principales referentes latinoamericanos sobre el tema es Fidel Tubino, quien sostiene que la interculturalidad constituye una propuesta ética y política orientada a transformar las relaciones históricamente desiguales entre los diversos grupos culturales. Según este autor, la interculturalidad no debe limitarse a la tolerancia de las diferencias culturales, sino que debe promover el reconocimiento efectivo del otro como sujeto de derechos, capaz de participar en condiciones de igualdad dentro de la sociedad. Tubino señala que la verdadera interculturalidad requiere cuestionar las estructuras de exclusión y discriminación que históricamente han afectado a los pueblos indígenas y otros grupos culturalmente diferenciados en América Latina (Tubino, Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva, 2004).

Por su parte, Catherine Walsh plantea que la interculturalidad debe entenderse desde una perspectiva crítica, orientada a construir relaciones horizontales entre culturas y a superar las formas de dominación cultural heredadas de los procesos coloniales. Para esta autora, la interculturalidad no solo implica el diálogo entre culturas, sino también la transformación de las condiciones sociales, económicas y políticas que generan desigualdad. En este sentido, la interculturalidad crítica busca visibilizar y valorar los conocimientos, saberes y prácticas de los grupos históricamente excluidos, promoviendo una sociedad más inclusiva y democrática (Walsh, 2005).

En el ámbito de la salud, la interculturalidad adquiere especial relevancia debido a que los procesos de atención involucran la interacción entre personas con diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad y las formas de tratamiento. Salaverry sostiene que la interculturalidad en salud implica reconocer que los pacientes poseen creencias, prácticas y conocimientos propios que influyen en la manera en que comprenden los problemas de salud y las alternativas terapéuticas disponibles. Por ello, la atención sanitaria debe considerar estos elementos culturales para garantizar una relación más efectiva entre el personal de salud y los usuarios (Salaverry O. , 2010).

Asimismo, Guzmán-Rosas señala que la interculturalidad en salud constituye un espacio de convergencia entre diferentes formas de entender el proceso salud-enfermedad, permitiendo que los servicios sanitarios se adapten a las características culturales de la población atendida. Desde esta perspectiva, la atención intercultural favorece una comunicación más efectiva entre el profesional de salud y el paciente, fortalece la confianza en los servicios sanitarios y contribuye a mejorar la calidad de la atención. Este aspecto resulta particularmente importante en contextos donde existen poblaciones indígenas o comunidades que conservan tradiciones culturales propias, como ocurre en diversas regiones del Perú (Guzmán-Rosas, 2016).

En el caso peruano, la interculturalidad se ha convertido en un eje fundamental para el desarrollo de políticas públicas orientadas a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. La diversidad lingüística y cultural existente en el país exige que las instituciones públicas incorporen enfoques interculturales que permitan responder adecuadamente a las necesidades de la

población. En este contexto, la comunicación intercultural bilingüe constituye una herramienta esencial para reducir las barreras lingüísticas, fortalecer la confianza entre usuarios y profesionales de salud y promover una atención más inclusiva y respetuosa de la diversidad cultural.

Principios de la interculturalidad

Los principios fundamentales de la interculturalidad se pueden resumir de la siguiente manera:

- **Igualdad y respeto cultural:**

No existen culturas superiores ni más avanzadas que otras; todas tienen el mismo valor y merecen respeto. Por lo tanto, la única manera de comprender una cultura es interpretándola desde sus propios parámetros.

- **Enriquecimiento mutuo**

Las culturas se enriquecen a través del contacto con otras. Las mayores expresiones de diversidad y riqueza cultural están asociadas a fenómenos como la migración, la integración, la hibridación y el mestizaje (Raffino, 2021).

Tipos de interculturalidad

- **Interculturalidad relacional:** Se refiere al contacto entre culturas, es decir, a la convivencia equitativa entre personas de diferentes trasfondos culturales.
- **Interculturalidad funcional:** Involucra la inclusión de grupos tradicionalmente marginados en los ámbitos económico, cultural, social y político de la nación, mediante mecanismos de igualdad como la discriminación positiva.

- **Interculturalidad crítica:** Consiste en promover un debate crítico sobre las relaciones entre culturas, con el objetivo de iluminar y cuestionar las inequidades históricas, coloniales y raciales, fomentando así un diálogo cultural profundo.

Importancia de la interculturalidad

La interculturalidad es fundamental en tiempos de migración masiva y diversidad cultural, características de la globalización actual. Su objetivo principal es ofrecer herramientas para replantear las dinámicas sociales, políticas y económicas tradicionales, donde un grupo cultural ejercía hegemonía sobre los demás.

En este contexto, el concepto de interculturalidad resulta más útil que el de multiculturalidad o pluralismo, ya que estos últimos simplemente reconocen la presencia de elementos socioculturales diferentes a los tradicionales en una comunidad, sin proponer un enfoque de igualdad e integración (Raffino, 2021).

El concepto de interculturalidad en América Latina surgió en el ámbito educativo (Corbetta y otros, 2018). El desarrollo de la interculturalidad en educación tiene cuatro orígenes en la región, vinculados a procesos sociales y pedagógicos impulsados por diversos actores desde los años setenta, expandiendo el debate sobre la relación entre educación e interculturalidad, como señala Ferrão Candau (2010). El movimiento de educación escolar indígena consistió en experiencias educativas alternativas impulsadas por líderes comunitarios, en colaboración con universidades y sectores progresistas de la Iglesia católica (Ferrão Candau, 2010). Estas experiencias produjeron materiales didácticos alternativos y, aunque la “integración” de los pueblos indígenas seguía siendo un objetivo, se reconoció el derecho a fortalecer sus culturas. El bilingüismo

comenzó a verse como esencial para la continuidad de los grupos étnicos y se promovió una perspectiva intercultural más amplia, que incluía tanto diferentes lenguas como culturas. En los años ochenta, las luchas indígenas se unieron bajo una identidad común, logrando reconocimiento internacional, y en varios países se demandó la creación de escuelas gestionadas por profesores indígenas. La inclusión de lenguas indígenas en las escuelas fue el primer paso hacia un diálogo intercultural (Ferrão Candau, 2010).

Los movimientos afros latinoamericanos, generalmente ignorados en la bibliografía sobre interculturalidad, también aportaron significativamente. Denunciaron la discriminación racial y cuestionaron las ideologías del mestizaje y la “democracia racial” (en Brasil), que minimizaban las tensiones raciales pasadas y presentes. Estos movimientos ofrecieron una lectura crítica de la historia, destacando la participación afrodescendiente en las guerras de independencia y la creación de los Estados nacionales, además de demandar reparación por los daños del esclavismo y las políticas de blanqueamiento. (Ferrão Candau, 2010). Los movimientos afrodescendientes también impulsaron políticas educativas para asegurar el acceso, permanencia y éxito en el sistema educativo, y promovieron la valoración de las identidades culturales afrodescendientes. Propusieron la inclusión de contenidos históricos sobre la resistencia afrodescendiente y su contribución a la formación de los países de la región, además de políticas de acción afirmativa en el ámbito universitario.

2.1.1.2 Comunicación intercultural verbal

García Canclini (1994), citado por Perusset (2023) ha sido uno de los primeros en investigar el fenómeno de la comunicación intercultural, centrándose

especialmente en cómo se desarrollan las interacciones a nivel local, nacional y transnacional en el contexto de un mundo globalizado. En esta era de globalización, que redefine el concepto de cultura, sus investigaciones buscan evaluar hasta qué punto se establecen reconocimientos basados en valores interculturales y también examinan los efectos del contacto entre naciones, tanto en términos de integración como en la consolidación de estereotipos preexistentes. En este sentido, el autor señala que aún nos queda un largo camino en lo que respecta a la interculturalidad, dado que la cultura no emerge como un factor que facilite la interacción entre grupos diversos, sino más bien como una barrera en ese proceso.

La comunicación intercultural se refiere a la interacción entre personas de diferentes orígenes culturales. Cuando se considera la comunicación intercultural como una herramienta esencial para la competencia cultural en la prestación de servicios de salud, es crucial hablar de la competencia comunicativa intercultural. Esta competencia surgió a partir de estudios sobre la competencia comunicativa interpersonal (Perusset, 2023). Antes se usaban términos como competencia transcultural, sensibilidad intercultural o eficacia intercultural para describir lo que hoy se conoce como competencia comunicativa intercultural, que abarca el conocimiento, la motivación y las habilidades necesarias para interactuar de manera efectiva con personas de diversas culturas (Perusset, 2023).

La comunicación intercultural es clave para asegurar la calidad de los cuidados, dado que a menudo existe una comunicación asimétrica entre los profesionales de la salud y los pacientes. Esta asimetría puede limitar la interacción debido a

dificultades en la comprensión del lenguaje o al desconocimiento de las costumbres, creencias y hábitos, tanto del profesional como del paciente. Por ello, se destaca la importancia de integrar la comunicación intercultural en la práctica profesional.

2.1.1.3 Interculturalidad en salud

La interculturalidad en salud surge como una respuesta a la necesidad de brindar servicios sanitarios que reconozcan y respeten la diversidad cultural de las poblaciones. Este enfoque parte del reconocimiento de que las personas poseen diferentes formas de comprender la salud, la enfermedad, la prevención y los tratamientos, las cuales están influenciadas por sus contextos culturales, sociales e históricos. Salaverry (2010) sostiene que la interculturalidad en salud se desarrolla como resultado de las reivindicaciones de los pueblos indígenas y de su derecho a mantener su identidad cultural dentro de los sistemas de atención sanitaria. Desde esta perspectiva, la atención en salud debe trascender el modelo exclusivamente biomédico e incorporar la comprensión de los saberes, creencias y prácticas culturales de los usuarios (Salaverry O. , 2010).

La interculturalidad en salud también implica el desarrollo de competencias culturales por parte de los profesionales sanitarios. Esto supone la capacidad de comprender las diferencias culturales de los pacientes, respetar sus valores y establecer procesos de comunicación efectivos que permitan una atención más humanizada. Según Salaverry (2010), la incorporación de la interculturalidad representa un cambio de paradigma en la práctica médica, pues exige que los profesionales reconozcan que los pacientes no son únicamente portadores de una condición biológica, sino también sujetos inmersos en contextos culturales

específicos que influyen en la manera en que interpretan y afrontan sus problemas de salud. En consecuencia, la atención intercultural busca fortalecer la relación entre el personal sanitario y los usuarios mediante el respeto mutuo y el diálogo entre diferentes formas de conocimiento.

Por otra parte, la interculturalidad en salud puede entenderse como un espacio de convergencia entre distintos sistemas de conocimiento relacionados con el proceso salud-enfermedad. Guzmán Rosas (2016) señala que este enfoque promueve el encuentro entre la medicina científica y los saberes tradicionales de los pueblos indígenas, permitiendo construir estrategias de atención más pertinentes para las necesidades de la población. La autora destaca que la interculturalidad favorece la reducción de barreras culturales y lingüísticas en los servicios sanitarios, mejora la confianza de los usuarios y contribuye a disminuir las desigualdades en el acceso a la atención médica (Guzmán Rosas, 2016). En contextos culturalmente diversos, como las regiones andinas del Perú, este enfoque adquiere especial importancia debido a la coexistencia de distintas lenguas, tradiciones y formas de entender la salud.

La interculturalidad en salud se ha convertido en un componente fundamental de las políticas públicas orientadas a garantizar el acceso equitativo a los servicios sanitarios. En países como el Perú, donde existe una importante diversidad étnica y lingüística, la implementación de prácticas interculturales permite ofrecer una atención más inclusiva y respetuosa de las características socioculturales de la población. De acuerdo con Salaverry (2010), la interculturalidad ya no puede considerarse un aspecto complementario de la atención médica, sino una condición necesaria para mejorar la calidad de los servicios de salud y fortalecer

la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios. Por ello, la comunicación intercultural, el respeto a las prácticas culturales y la pertinencia de la atención constituyen elementos esenciales para alcanzar una atención integral y humanizada.

2.1.1.4 Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es una herramienta clave para expresar lo que realmente queremos decir, ayudándonos a conectar mejor con los demás y a establecer relaciones más sólidas y satisfactorias (Serrano, 2022). Si deseamos mejorar como comunicadores, es fundamental ser conscientes no solo del lenguaje corporal y las señales no verbales de los demás, sino también de las nuestras.

La comunicación no verbal, conocida también como lenguaje corporal, consiste en transmitir y recibir mensajes sin usar palabras, ya sean habladas o escritas. Así como ciertos signos ortográficos subrayan el lenguaje escrito, los comportamientos no verbales pueden enfatizar partes de un mensaje verbal. En interacciones cara a cara, gran parte de la información que compartimos proviene de nuestro lenguaje no verbal, por lo que es crucial considerarlo. No obstante, más adelante desmitificaremos algunas ideas erróneas sobre su relevancia (Serrano, 2022).

Es importante no confundir la comunicación no verbal con la no hablada, ya que existen formas de comunicación no verbales que no son orales, como la escrita o las lenguas de señas.

La comunicación no verbal constituye un componente esencial de la interacción humana y comprende el conjunto de mensajes transmitidos mediante gestos, expresiones faciales, posturas corporales, contacto visual, tono de voz y otros elementos que acompañan o complementan la comunicación verbal. Según Knapp, Hall y Horgan (2014), la comunicación no verbal permite expresar emociones, actitudes e intenciones que muchas veces tienen un mayor impacto que las palabras en los procesos de interacción interpersonal. En el ámbito de la salud, estos elementos adquieren especial importancia debido a que influyen directamente en la percepción que los pacientes tienen sobre el trato recibido y sobre la disposición del profesional para escuchar y comprender sus necesidades (Knapp y otros, 2024).

Desde una perspectiva intercultural, la comunicación no verbal puede variar significativamente entre los diferentes grupos culturales, ya que determinados gestos, expresiones o formas de interacción pueden tener significados distintos según el contexto sociocultural de las personas. Walsh (2005) señala que los procesos interculturales implican no solo el intercambio de mensajes verbales, sino también el reconocimiento de códigos culturales presentes en las formas de relacionamiento entre individuos. Por ello, en contextos caracterizados por la diversidad cultural, como ocurre en muchas regiones del Perú, el personal de salud debe desarrollar competencias que le permitan interpretar adecuadamente los comportamientos no verbales de los usuarios y establecer relaciones basadas en el respeto y la comprensión mutua (Walsh, 2005).

En los servicios de salud, la comunicación no verbal influye directamente en la construcción de confianza entre el profesional y el paciente. Aspectos como

mantener contacto visual, mostrar una actitud receptiva, escuchar atentamente, utilizar expresiones de cordialidad y demostrar interés durante la consulta contribuyen a generar una percepción positiva de la atención recibida. Salaverry (2010) sostiene que la atención intercultural en salud requiere reconocer no solo las diferencias lingüísticas, sino también las formas de comunicación propias de cada cultura, ya que estas influyen en la manera en que los usuarios interpretan las acciones y actitudes del personal sanitario. En consecuencia, una adecuada comunicación no verbal favorece la empatía, fortalece la relación terapéutica y contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes (Salaverry O. , 2010).

Orígenes de la comunicación no verbal

De acuerdo con Serrano (2022), el término "comunicación no verbal" fue introducido en 1956 por el psiquiatra Jurgen Ruesch y el autor Weldon Kees en su libro *Nonverbal Communication: Notes on the Visual Perception of Human Relations*. Sin embargo, el reconocimiento de la conducta no verbal como parte integral de la comunicación data de siglos atrás. Por ejemplo, en 1605, Francis Bacon observó que el cuerpo refleja el estado mental de una persona y Charles Darwin también estudió la expresión de emociones en su obra "La expresión de las emociones en el hombre y en los animales" (1872).

Elementos de la comunicación no verbal

- **Expresiones faciales:** El rostro puede expresar una infinidad de emociones sin necesidad de palabras. Las emociones como felicidad, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco se expresan de manera similar en todo el mundo.

- **Movimientos corporales y postura:** La forma en que nos movemos, sentamos o caminamos transmite información sobre nosotros. Estos aspectos incluyen la postura, el porte y los movimientos.
- **Gestos:** Son una parte esencial de la comunicación diaria. Sin embargo, su significado varía según la cultura, por lo que es importante evitar malentendidos. Este campo es estudiado por la kinésica.
- **Contacto visual:** Es una forma clave de comunicación no verbal. La manera en que miramos a alguien puede transmitir interés, afecto o incluso hostilidad.
- **Tacto:** El tacto también transmite información importante, como un apretón de manos firme, un abrazo o una palmada en la espalda.
- **Espacio:** La proximidad física comunica distintos mensajes, como intimidad o agresión, y su interpretación depende de la cultura y la relación entre las personas. Este aspecto es estudiado por la proxémica.
- **Voz:** Además de lo que decimos, el cómo lo decimos es fundamental. Elementos como el tono, ritmo y volumen son estudiados por la paralingüística, que analiza cómo estos factores influyen en la interpretación de un mensaje.

2.1.2 Calidez en la atención al usuario

El calor humano es un fenómeno subjetivo y un sentimiento básico. Cuando se trabaja con una persona enferma o vulnerable, es importante crear un clima saludable, una comunicación empática tenga un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo y la recuperación del paciente (Lagos Sánchez y otros, 2016). A su vez, la prestación de cuidados evoca sentimientos y emociones asociados

a la satisfacción en quien los recibe. Por lo tanto, la importancia de la calidez ha sido enfatizada repetidamente en la literatura que analiza problemas con la calidad o la satisfacción del usuario. Cuando se trata de atención, la calidez parece palpable. Pero la falta de modelos teóricos del calor en enfermería hace que sea difícil abordarlo. De los referentes teóricos analizados se seleccionaron aquellos relacionados con el comportamiento térmico y se resumieron de la siguiente manera (Lagos Sánchez y otros, 2016):

El Modelo de Humanidad Saludable, no conceptualiza la calidez, sino que enfatiza conductas que pueden estar relacionadas: "sinceridad, amabilidad, cercanía y empatía", estas habilidades "se pueden enseñar porque se pueden aprender" (Lagos Sánchez y otros, 2016).

Modelo de Habilidades Sociales. La calidez no se define, pero describe el comportamiento: "dar y recibir cumplidos, expresar amor, agrado y afecto, iniciar y mantener conversaciones y hacer gestos" (Lagos Sánchez y otros, 2016).

Énfasis en la calidez y la empatía. "La calidez y la empatía se consideran variables claves en la alianza terapéutica"

Modelo de pasión y competencia. La pasión está relacionada con la competencia. "Una persona apasionada se considera capaz".

Filosofía de la naturaleza humana. La calidez no está definida, pero incluye comportamientos: "verticalidad, contacto visual, manera de hablar, capacidad de tocar a la otra persona y sonreír, el artículo Human Care menciona otros comportamientos: "Tocar, mirar a los ojos, insultar, usando tonos suaves, constantes y melódicos" (Lagos Sánchez y otros, 2016).

2.2 Estado del arte

2.2.1 Antecedentes internacionales

“La comunicación intercultural del equipo de salud en relación con la satisfacción del usuario en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante”.

Presentada por Evelyn Lissette Martínez Carrasco, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

La autora considera que la comunicación intercultural es considerada un acto de relaciones humanas, por lo que un adecuado diálogo entre los profesionales de la salud y los usuarios en las instituciones de salud puede crear un ambiente de confianza y beneficio mutuo que conduzca a un servicio de calidad y calidez (Martínez Carrasco, 2022).

El objetivo del proyecto de investigación fue analizar la relación entre la comunicación intercultural entre trabajadores de la salud y la satisfacción del usuario en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Dr. Hospital Infantil Francisco de Icaza Bustamante. Se utiliza un enfoque cuantitativo, que utiliza métodos de alcance descriptivo y correlacional, se examinan los datos obtenidos y se determinan relaciones directas dentro de las variables propuestas.

El tipo de investigación es descriptiva, transversal y correlacional, donde se utiliza todo el diseño de la investigación. a los resultados obtenidos se asignó una muestra de 141 usuarios y se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seguir el avance del estudio (Martínez Carrasco, 2022).

Los resultados obtenidos sugieren que los usuarios están satisfechos con la atención brindada por los profesionales de la salud hospitalarios, pero esto se

debe a que este tipo de atención se utiliza en todas las áreas del departamento hospitalario. Como recomendación, se recomienda fomentar en los equipos sanitarios el desarrollo de nuevas habilidades de comunicación intercultural para lograr la satisfacción del paciente y usuario (Martínez Carrasco, 2022).

“Evaluación del uso de la comunicación intercultural en la relación médico - paciente en el servicio médico universitario de la PUCE”

Presentada por Noemí Gloria Vargas León, de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.

En la referida investigación, la autora estudia la relación médico-paciente en los Servicios Médicos de la Universidad PUCE. Este estudio responde a la pregunta: ¿cómo gestionar el efecto de la comunicación intercultural del médico sobre la satisfacción del paciente? ¿Habrá una consulta después del tratamiento? El objetivo principal es determinar las características de la interacción mutua de los médicos del SMU en 2017 (Vargas León, 2017).

El estudio considera la consulta abierta, lenguaje corporal, habla, gestión de competencias, las habilidades comunicativas de un médico y otros aspectos de la comunicación intercultural.

Se empleó métodos cuantitativos utilizando métodos de encuesta. 100 aplicados. Se recogió información de los usuarios sanitarios al finalizar la visita médica. El proceso se desarrolló del 10 de junio al 20 de julio de 2016. El instrumento tiene 33 preguntas cerradas y abiertas. De acuerdo con la investigación, la mayoría de los pacientes se sienten cómodos durante y después de su cita clínica. Asegurándose de tener una relación saludable con su médico puede ayudarlo en su proceso de recuperación. Sin embargo, todavía quedan

algunos aspectos que deben mejorarse para que el asesoramiento sea óptimamente eficaz (Vargas León, 2017).

2.1.2 Antecedentes nacionales

“Motivación y relaciones interpersonales del usuario interno del centro materno infantil “Daniel Alcides Carrión” en Villa María del Triunfo, 2018”

Presentada por Jenny Abigail Huayapa Arroyo de la Universidad César Vallejo.

Este estudio trata sobre "la motivación y las relaciones interpersonales entre los usuarios internos de C.M.I." "Daniel Alcides Carrión" 2018 tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la motivación del usuario y las relaciones interpersonales en C.M.I. Daniel Alcides Carrión, 2018. Nivel de enfoque: cuantitativo. Diseño: El diseño utilizado en el trabajo de investigación fue no experimental y transversal. El instrumento del método hipotético-deductivo es un cuestionario, y la muestra es de 100 personas, C.M.I. Usuarios internos. Daniel Alcides Carrión tiene los siguientes resultados: Rechazamos H_0 y vemos que el valor del coeficiente de correlación (Rho de Spearman) es positivo, concretamente 0,996 puntos. Por tanto, se acepta la hipótesis alternativa: existe una correlación directa. Existe correlación significativa entre "Daniel Alcides Carrión", 2018 (Huapaya Arroyo, 2018).

“Impactos de la comunicación intercultural en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018”.

Investigación presentada por Adriana María Navarro Rojas, de la Ponticia Universidad Católica del Perú.

Este estudio se fundamenta en los conceptos de comunicación intercultural, calidad de la atención en salud, autonomía y toma de decisiones en relación con la atención prenatal en un centro de salud público del Cusco (Navarro Rojas, 2019).

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de la comunicación intercultural con obstetras en la autonomía de las gestantes durante la atención prenatal en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) de enero a febrero de 2018. Para hacer esto, primero describimos el nivel de intervención y la importancia que las mujeres embarazadas otorgan a la participación en la toma de decisiones en estas reuniones, y luego determinamos las percepciones de las mujeres embarazadas sobre la calidad de la atención brindada por sus obstetras. Se utilizaron métodos cualitativos, realizando entrevistas en profundidad y observaciones, además de codificar y analizar el programa ATLAS.ti (versión 8.1.3). Los hallazgos sugieren que la toma de decisiones durante la atención prenatal es desigual: las mujeres embarazadas desempeñan un papel subordinado y los obstetras tienen mayor poder de toma de decisiones debido a su experiencia médica (Navarro Rojas, 2019).

Además, las gestantes percibieron como negativa la calidad de la atención, tanto médica como emocional, destacando la falta de respeto, la insistencia y la actitud empática de los obstetras. El estudio concluyó que la autonomía de las mujeres embarazadas se ve afectada negativamente por la comunicación intercultural con sus obstetras.

Las relaciones conocimiento/poder son causas estructurales que explican la toma de decisiones desigual y las actitudes negativas entre los obstetras durante

la atención prenatal. Sin embargo, la reducida participación de las mujeres embarazadas en estos espacios no limita su capacidad de desarrollar autonomía fuera de los centros de salud (Navarro Rojas, 2019).

2.1.3 Antecedentes locales

“Salud intercultural como derecho: La implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de la región Cusco”. De Vallejo Cueva, Angela Geraldine (2024), para la Pontificia Universidad Católica del Perú

Tuvo como objetivo analizar el estado de implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de la región Cusco, determinando las diferencias existentes entre establecimientos acreditados y no acreditados para brindar servicios con pertinencia cultural.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo y de estudio de casos. Se evaluaron establecimientos de salud de la región Cusco considerando los lineamientos de la política sectorial de salud intercultural, con la finalidad de identificar el grado de implementación del enfoque intercultural y los factores que favorecen o limitan su aplicación.

La investigación encontró que los establecimientos evaluados presentan avances en la implementación del enfoque intercultural; sin embargo, estos avances son heterogéneos. Asimismo, se identificó que la pertinencia cultural depende no solo de la existencia de normas o acreditaciones, sino también de factores institucionales, recursos humanos y capacidades del personal para incorporar prácticas interculturales en la atención sanitaria (Vallejo Cueva, 2024). La autora concluyó que la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud de Cusco continúa siendo un proceso en construcción.

Asimismo, señaló que la atención con pertinencia cultural requiere fortalecer las competencias interculturales del personal de salud y consolidar mecanismos institucionales que permitan responder adecuadamente a las necesidades culturales y lingüísticas de la población usuaria.

“Representaciones sociales de pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Cusco, Perú”. De Figueroa Mujica, Ramón (2022), para la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales sobre la experiencia de pacientes de origen quechua diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en dos hospitales de la ciudad del Cusco.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, sustentado en el paradigma interpretativo y los principios de la interculturalidad. Se emplearon entrevistas en profundidad realizadas en quechua y español, las cuales fueron posteriormente transcritas y analizadas para comprender las percepciones culturales asociadas al proceso de enfermedad.

El estudio evidenció que los pacientes construyen la comprensión de su enfermedad a partir de elementos biomédicos y saberes culturales propios de la cosmovisión andina. Asimismo, se encontró que las creencias culturales influyen en la manera de interpretar la enfermedad, el tratamiento y la relación con los servicios de salud (Figueroa Mujica, 2022).

La investigación concluyó que los pacientes quechua hablantes mantienen una visión intercultural respecto a la enfermedad y su tratamiento, integrando conocimientos de la medicina occidental con prácticas tradicionales andinas. Asimismo, se resaltó la necesidad de fortalecer la competencia intercultural de

los profesionales de salud para mejorar la atención a poblaciones indígenas y quechua hablantes.

2.3 Marco conceptual

Competencia comunicativa: “La competencia comunicativa es la capacidad de una persona para comportarse de manera eficaz y adecuada en una determinada comunidad de habla; ello implica respetar un conjunto de reglas que incluye tanto las de la gramática y los otros niveles de la descripción lingüística (léxico, fonética, semántica) como las reglas de uso de la lengua, relacionadas con el contexto sociohistórico y cultural en el que tiene lugar la comunicación”.

([web Instituto Cervantes](#))

Competencia intercultural: Según Olga Esteve, “es la capacidad de interactuar de forma eficaz entre diferentes lenguas y culturas. Ello requiere dominar los componentes de esa competencia intercultural eficaz: el conocimiento (saber qué), el comportamiento (saber cómo) y la gestión de las emociones (sentir). Es decir, hay que conocer la otra cultura, hay que saber comportarse en ella y hay que gestionar las propias emociones relacionadas con ella de forma adecuada”.

DNL: Disciplina No Lingüística. Es aquella materia que se imparte en una lengua vehicular diferente a la materna.

Enfoque competencial: A diferencia de otros enfoques, el enfoque competencial (o por tareas) promueve el desarrollo de competencias de la persona. Una competencia es la capacidad de poner en práctica de manera integrada aquellos conocimientos adquiridos, aptitudes y rasgos de la personalidad que permiten resolver situaciones diversas. Por lo tanto, el hecho

de ser competentes exige algo más que la simple adquisición de determinados conocimientos y habilidades; implica la capacidad de utilizarlos en contextos y situaciones diferentes. Definición adaptada basada en Olga Esteve.

Antisocial: Que es contrario a la sociedad o perjudicial para ella / Se aplica a la persona que es contraria a la igualdad o al orden social establecido.

Ansiedad: Preocupación o inquietud causadas por la inseguridad o el temor, que puede llevar a la angustia / Estado de intensa excitación y nerviosismo.

Autocontrol: Capacidad de control sobre sí mismo.

Autoestima: Valoración de uno mismo.

Autocontrol: Capacidad para controlar las emociones.

Cerebro emocional: El sistema límbico, también llamado cerebro medio, o cerebro emocional, es la porción del cerebro situada inmediatamente debajo de la corteza cerebral, y que comprende centros importantes como el tálamo, hipotálamo, el hipocampo, la amígdala cerebral. Estos centros ya funcionan en los mamíferos, siendo el asiento de movimientos emocionales como el temor o la agresión. En el ser humano, estos son los centros de la afectividad, es aquí donde se procesan las distintas emociones y el hombre experimenta penas, angustias y alegrías intensas.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

- La comunicación intercultural bilingüe influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.

3.1.2 Hipótesis específicas

- La comunicación verbal bilingüe influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.
- La comunicación no verbal intercultural influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.
- La pertinencia cultural en la atención influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024.

3.2 Operacionalización de variables

3.2.1 Variable: Comunicación intercultural bilingüe

Variable independiente: Comunicación intercultural bilingüe

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Comunicación intercultural bilingüe	La comunicación intercultural en salud es el proceso de interacción entre profesionales de salud y pacientes de diferentes culturas que implica el reconocimiento de la lengua, valores y prácticas culturales para garantizar una atención pertinente y respetuosa (Henao-Castaño y otros, 2021).	Se medirá mediante un cuestionario aplicado a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar que evalúa la interacción lingüística, la comunicación no verbal y la pertinencia cultural del profesional durante la consulta.	Comunicación verbal bilingüe	Uso del idioma quechua o castellano en la interacción médico-paciente	2, 3, 9, 10, 11	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
			Comunicación no verbal intercultural	Gestos, saludo, contacto visual y conducta durante la atención	1, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 15, 16	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
			Pertinencia cultural en la atención	Reconocimiento de la cultura, prácticas tradicionales y materiales educativos culturalmente adecuados	13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca

Matriz de operacionalización de variables

Variable Independiente: Comunicación intercultural bilingüe

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala
Comunicación intercultural bilingüe	Comunicación verbal bilingüe	Uso del idioma quechua en la interacción	2. Si usted le saluda en quechua, le contesta en quechua	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Uso del castellano en la respuesta al saludo	3. Si usted le saluda en quechua, le contesta en castellano	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Explicación de la atención en lengua quechua	9. El profesional le explica en quechua	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Escucha activa del profesional	10. El profesional la escucha atentamente cuando le menciona sus dolencias	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Preferencia de idioma de la usuaria	11. Usted prefiere que le hablen en quechua	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Respuesta al saludo de la usuaria	1. El especialista contesta su saludo	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
	Comunicación no verbal intercultural	Contacto visual al inicio de la atención	4. Cuando entra al consultorio, el profesional le mira a los ojos	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Preferencia por contacto visual	5. Usted quisiera que el profesional le mire a los ojos	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Saludo con contacto físico	6. Cuando el profesional le saluda, le da la mano	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Preferencia por saludo con la mano	7. Usted quisiera que el profesional le dé la mano	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Atención al ingreso al consultorio	8. Cuando entra al consultorio, el profesional está mirando sus documentos	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Distracciones durante la consulta	12. Cuando está en el consultorio, el profesional habla por teléfono con otras personas	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala
		Contacto visual al finalizar la consulta	15. Cuando se despidе del consultorio, el profesional le mira a los ojos	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Despedida con saludo físico	16. Cuando se despidе del consultorio, el profesional le da la mano	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Uso de materiales educativos interculturales	13. El profesional le explica respecto a su problema de salud con rotafolios u otros materiales	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
	Pertinencia cultural en la atención	Material educativo con elementos culturales locales	14. Los materiales tienen imágenes de la zona, están en quechua	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Comprensión de la cultura de la usuaria	17. El profesional comprende su cultura	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Identificación del profesional con la cultura local	18. El profesional se identifica con su cultura	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Uso de medicamentos farmacéuticos	19. El profesional solo le receta medicinas de las farmacias	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Inclusión de medicina tradicional	20. El profesional también le receta medicinas y hierbas naturales de la zona	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Recomendación de productos locales	21. El profesional le recomienda que consuma productos de la zona	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca
		Permitir acompañamiento familiar	22. Le han permitido estar acompañada por un pariente	Siempre / Casi siempre / Casi nunca / Nunca

3.2.2 Variable dependiente: Calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Calidez de atención	La calidez en la atención en salud forma parte de la humanización del cuidado y se refiere al trato respetuoso, empático y centrado en la persona que busca generar bienestar, confianza y satisfacción en los usuarios del servicio (Veliz Rojas y otros, 2019).	Se evaluará mediante un cuestionario aplicado a usuarias del servicio de ginecología para identificar su percepción sobre el trato humano, la confianza generada por el profesional y el nivel de satisfacción con la atención recibida.	Trato humano y afectivo	Empatía, afecto y preocupación por el paciente	1, 2, 6, 7	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			Confianza y seguridad en la atención	Seguridad, confianza y comodidad en la comunicación con el profesional	3, 8	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			Satisfacción con la atención recibida	Valoración general de la atención y preferencia de continuidad	4, 5, 9, 10	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo

Matriz de operacionalización de variables

Variable Dependiente: Calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala
Calidez de atención	Trato humano y afectivo	Atención con afecto	1. La han atendido con afecto	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			2. Ha sentido que el profesional comprende su cultura	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			6. Usted ha percibido mucho afecto del personal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
	Confianza y seguridad en la atención	Preocupación por la salud de la usuaria	7. Usted ha percibido que el profesional se ha preocupado por su salud	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			3. Se ha sentido cómoda hablando con el profesional	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			8. El profesional la ha transmitido mucha confianza	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
	Satisfacción con la atención recibida	Preferencia por continuidad del profesional	4. Quisiera que siempre la atendiera el mismo profesional que la vio en el consultorio	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			5. Está contenta con la atención recibida	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
		Percepción de calidez en el servicio	9. Ha percibido calidez en el servicio	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo
			10. El trato que ha recibido es muy bueno	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Ámbito de estudio

El ámbito de estudio correspondió al contexto institucional en el cual se desarrolló la investigación y donde se ubicaron los sujetos que proporcionaron la información necesaria para el análisis del problema planteado. En investigación científica, el ámbito delimita el espacio social o institucional en el que se observan los fenómenos y se recolectan los datos empíricos que permiten responder a las preguntas de investigación (Hernández Sampieri y otros, 2014). La presente investigación se realizó en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar, establecimiento de salud que brinda atención médica a la población femenina de la provincia de Espinar, en la región Cusco. Este servicio constituyó un espacio relevante para el estudio de la comunicación intercultural en salud debido a la presencia de usuarias quechua hablantes y a la interacción cotidiana entre personal de salud y pacientes de diversos contextos socioculturales.

El ámbito hospitalario representó un escenario importante para analizar la calidad de la atención y la relación entre profesionales de salud y pacientes. Según Cvetkovic-Vega et al. (2021), los estudios desarrollados en establecimientos de salud permiten identificar factores que influyen en la experiencia del usuario y contribuyen a mejorar la calidad de los servicios y la satisfacción de los pacientes (Cvetkovic Vega y otros, 2021).

4.1.1 Localización geográfica

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Espinar, ubicado en la provincia de Espinar, departamento del Cusco, en la región sur del Perú. Este establecimiento

de salud forma parte del sistema público de salud y brinda atención a la población urbana y rural de la provincia y zonas cercanas. La localización geográfica permitió contextualizar el fenómeno de estudio dentro de un espacio determinado (Tamayo y Tamayo, 2004).

La provincia de Espinar se caracterizó por contar con una población mayoritariamente quechua hablante y por la presencia de prácticas culturales tradicionales que influyen en la interacción entre los profesionales de salud y las usuarias del servicio de ginecología. Estas características socioculturales resultaron relevantes para el análisis de la comunicación intercultural en el contexto de la atención en salud.

En este contexto, el análisis de la comunicación intercultural resultó pertinente debido a que el idioma y la cultura influyen en la comprensión de la información médica, la confianza en el personal de salud y la percepción de la calidad del servicio recibido por parte de las usuarias.

4.2 Tipo y nivel de investigación

La investigación científica se clasificó según su finalidad, alcance y método de análisis. En el presente estudio se analizaron dos variables: comunicación intercultural bilingüe y calidez de atención, con el propósito de determinar la relación existente entre ambas dentro del contexto del servicio de ginecología del Hospital de Espinar.

De acuerdo con Hernández-Sampieri (2014), las investigaciones pueden clasificarse en distintos niveles dependiendo del grado de profundidad con el que se analizan los fenómenos estudiados. Entre estos niveles se encuentran los estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

En la presente investigación se buscó identificar la relación entre dos variables en un contexto específico, por lo que el estudio se ubicó en el nivel correlacional, utilizando métodos cuantitativos para analizar los datos obtenidos mediante encuestas aplicadas a las usuarias del servicio de ginecología.

4.2.1 Enfoque de investigación

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo. Este enfoque se caracterizó por la recolección y análisis de datos numéricos para describir fenómenos y establecer relaciones entre variables. El enfoque cuantitativo permite medir de manera objetiva los conceptos estudiados mediante instrumentos estructurados y analizar los resultados a través de procedimientos estadísticos (Hernández-Sampieri, 2014).

En el enfoque cuantitativo, los datos se obtuvieron mediante técnicas de medición estandarizadas, como encuestas o cuestionarios, que permitieron transformar las respuestas en valores numéricos para su posterior análisis estadístico. Este tipo de investigación se basa en la formulación de hipótesis que posteriormente son sometidas a prueba mediante el análisis de los datos recolectados.

En la presente investigación, el enfoque cuantitativo permitió medir las percepciones de las usuarias respecto a la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención recibida en el servicio de ginecología, utilizando un cuestionario estructurado aplicado a las participantes del estudio.

4.2.2 Tipo de investigación

El estudio correspondió al tipo de investigación aplicada. La investigación aplicada se orienta a analizar problemas específicos de la realidad y generar

conocimientos que puedan contribuir a su solución o mejora (Tamayo y Tamayo, 2007).

Este tipo de investigación utiliza conocimientos científicos para comprender situaciones concretas dentro de contextos institucionales o sociales. En el ámbito de la salud, la investigación aplicada permite identificar factores que influyen en la calidad de la atención y proponer mejoras en los servicios de salud.

En el presente estudio, la investigación aplicada permitió analizar la influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la percepción de la calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar, con el propósito de generar información útil para mejorar la atención a las usuarias.

4.2.3 nivel de investigación (correlacional)

El nivel de investigación fue correlacional, debido a que se buscó analizar la relación existente entre dos variables dentro de un contexto específico. Los estudios correlacionales permiten determinar el grado de asociación entre variables sin manipularlas directamente (Hernández Sampieri y otros, 2014).

En este tipo de investigación se midieron las variables en los mismos sujetos y posteriormente se analizó la relación entre ellas mediante técnicas estadísticas. Los estudios correlacionales permiten identificar si los cambios en una variable se relacionan con los cambios en otra variable.

En la presente investigación se analizó la relación entre la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención percibida por las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, con el fin de identificar si existió una asociación significativa entre ambas variables.

4.2.4 Diseño de investigación (descriptivo, transversal y aplicada)

El diseño de la investigación fue no experimental, descriptivo y transversal. En los diseños no experimentales el investigador no manipula deliberadamente las variables, sino que observa los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural (Hernández-Sampieri et al., 2014).

El estudio también presentó un carácter descriptivo, ya que permitió identificar y describir las características de las variables analizadas dentro de la población estudiada. Los estudios descriptivos permiten detallar cómo se manifiestan determinados fenómenos en un grupo específico de personas.

Asimismo, el diseño fue transversal porque la recolección de datos se realizó en un único momento del tiempo. Los estudios transversales analizan las variables en un periodo determinado sin realizar seguimiento posterior a los participantes (Cvetkovic-Vega et al., 2021).

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis correspondió al elemento del cual se obtuvo la información para el estudio. En investigación social, la unidad de análisis puede estar constituida por individuos, grupos o instituciones, dependiendo del fenómeno investigado (Hernández-Sampieri et al., 2014).

En el presente estudio, la unidad de análisis estuvo conformada por las usuarias que acudieron al servicio de ginecología del Hospital de Espinar y que participaron en la aplicación del cuestionario durante el periodo de recolección de datos.

Las respuestas proporcionadas por las usuarias permitieron analizar la percepción de la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención recibida en el servicio de ginecología.

4.4. Población y muestra

Población usuaria de los servicios médicos de ginecología del Hospital de Espinar.

Población asignada al Hospital de Espinar

	Población	Atendidos	Atenciones
Joven (De 18 a 29 años)	2980	8597	12366
Adulto (De 30 a 59 años)	5117	6119	15707
Adulto mayor (De 60 años a más)	1192	2043	5870
Total	9289	16759	33943

Nota: La información fue elaborada en base a los datos del portal oficial Hospital de Espinar

Con relación a la cantidad de médicos, en el hospital se cuenta con 50 galenos, de los cuales 32 hablan quechua y 18 no hablan quechua. En cuanto a médicos del servicio de Ginecología, son 11; de los cuales 7 hablan quechua y 7 no.

4.4.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 82 usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar que participaron voluntariamente en el estudio y respondieron el cuestionario aplicado durante el periodo de recolección de datos.

Para la investigación se consideró el total de encuestas aplicadas y válidamente respondidas durante el trabajo de campo. Estas encuestas fueron aplicadas a las usuarias luego de recibir la atención correspondiente en el consultorio de ginecología.

Muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia. Este tipo de muestreo se emplea cuando los participantes son seleccionados de acuerdo con su accesibilidad y disponibilidad durante el periodo de recolección de datos. En este caso, las usuarias fueron invitadas a participar en la investigación después de recibir la atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar.

El muestreo por conveniencia es ampliamente utilizado en investigaciones en servicios de salud, especialmente cuando la participación depende de la asistencia de los usuarios al establecimiento durante el periodo de estudio.

Justificación del tamaño de muestra

El tamaño de muestra estuvo determinado por el número de usuarias que accedieron voluntariamente a participar en la investigación durante el periodo de aplicación del instrumento. En total se obtuvieron 82 cuestionarios válidos, los cuales constituyen la base para el análisis estadístico del estudio.

Este tamaño de muestra resulta adecuado para estudios de tipo correlacional o explicativo que buscan analizar la relación o influencia entre variables, como es el caso de la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención percibida por las usuarias del servicio de ginecología.

Criterios de inclusión

Se consideraron los siguientes criterios:

- Usuarías atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar.
- Usuarías mayores de 18 años.
- Usuarías que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Usuarías que respondieron completamente el cuestionario.

Criterios de exclusión

Se excluyeron:

- Usuarías que no aceptaron participar en la investigación.
- Encuestas incompletas o con información inconsistente.

Procedimiento de selección de los participantes

Las encuestas fueron aplicadas a las usuarias del servicio de ginecología inmediatamente después de recibir la atención médica. Previamente se les explicó el objetivo de la investigación y se solicitó su consentimiento para participar de manera voluntaria. Posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario, garantizando la confidencialidad de la información proporcionada.

4.5 Técnicas de recolección de la información

La técnica utilizada para la recolección de información fue la encuesta. La encuesta es un procedimiento de investigación que permite recopilar datos mediante preguntas estructuradas dirigidas a los participantes del estudio (Hernández Sampieri y otros, 2014).

Este método se utilizó ampliamente en investigaciones sociales y de salud debido a que facilita la obtención de información directa sobre percepciones, opiniones o experiencias de los participantes.

En el presente estudio se aplicó un cuestionario estructurado a 82 usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, el cual permitió recoger

información relacionada con las dimensiones de la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención.

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información, los datos fueron organizados y codificados para su análisis. El procesamiento de datos consistió en registrar las respuestas obtenidas en una base de datos que permitió realizar el análisis estadístico correspondiente (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Posteriormente se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, como frecuencias y porcentajes, con el fin de describir el comportamiento de las variables estudiadas. Estos resultados se presentaron mediante tablas y gráficos que facilitaron la interpretación de la información.

Asimismo, se utilizaron técnicas de estadística inferencial para analizar la relación entre las variables del estudio y comprobar las hipótesis planteadas en la investigación.

4.7 Prueba de hipótesis

La prueba de hipótesis permitió determinar si los datos obtenidos respaldaron o no las hipótesis formuladas en la investigación. Las hipótesis constituyen proposiciones que establecen relaciones entre variables y que deben ser evaluadas mediante evidencia empírica (Hernández-Sampieri et al., 2014).

En investigaciones correlacionales, las hipótesis se analizan mediante pruebas estadísticas que permiten determinar el grado de relación entre las variables estudiadas. Estas pruebas permiten aceptar o rechazar las hipótesis planteadas. En el presente estudio se analizó la relación entre la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención percibida por las usuarias del servicio de

ginecología del Hospital de Espinar, con el propósito de identificar si existió una relación significativa entre ambas variables.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 De la variable demográfica

5.1.1 Edad

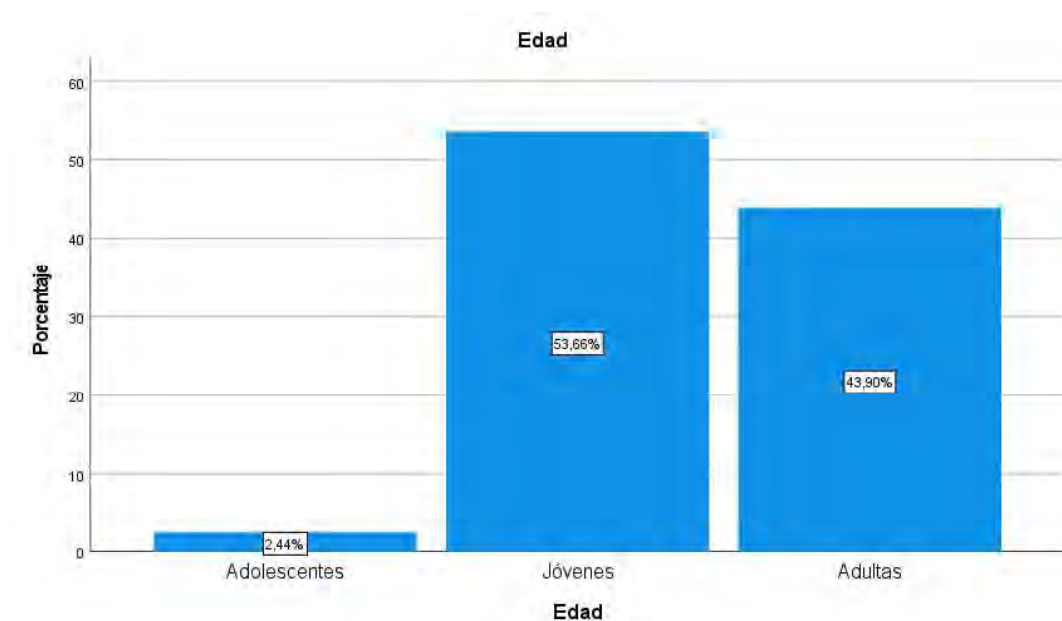
La variable edad fue categorizada en grupos etarios con el fin de facilitar el análisis estadístico de la información. Considerando que las edades de las usuarias oscilaron entre 16 y 43 años, se establecieron tres grupos: adolescentes (16–20 años), jóvenes (21–29 años) y adultas (30–43 años). Esta categorización permitió organizar los datos y analizar las características de las usuarias atendidas en el servicio de ginecología.

Grupo de edad	Rango de edad
Adolescentes	16 – 20 años
Jóvenes	21 – 29 años
Adultas	30 – 43 años

Tabla 1 Edad

	N	%
Adolescentes	2	2,4%
Jóvenes	44	53,7%
Adultas	36	43,9%

Ilustración 1 Edad



Interpretación

La tabla 1 presenta la distribución de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar según grupos de edad. Se observa que la mayoría de las encuestadas pertenece al grupo de jóvenes, con 44 usuarias que representan el 53,7% del total. Este resultado indica que más de la mitad de las mujeres atendidas en el servicio durante el periodo de estudio se encuentran en edades comprendidas entre los 21 y 29 años, lo que evidencia una mayor demanda de atención ginecológica en este grupo etario.

En segundo lugar, se encuentran las usuarias adultas, con 36 participantes que representan el 43,9% del total de la muestra. Este porcentaje también es considerable, lo que muestra que una proporción importante de mujeres adultas acude al servicio de ginecología para recibir atención médica. La presencia de

este grupo etario refleja la necesidad de seguimiento y control de la salud reproductiva y ginecológica en etapas posteriores de la vida reproductiva.

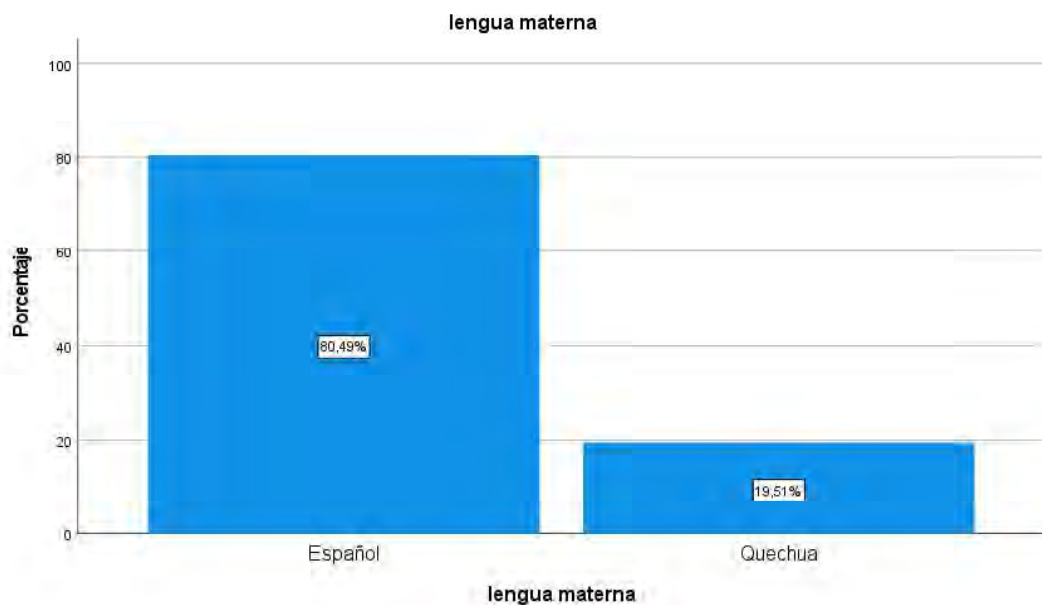
Finalmente, el grupo de adolescentes presenta una menor participación, con solo 2 usuarias que representan el 2,4% del total de encuestadas. Este resultado podría indicar una menor asistencia de adolescentes al servicio de ginecología o una menor frecuencia de consultas en comparación con los otros grupos etarios. En general, los datos muestran que la mayor parte de las usuarias del servicio de ginecología se concentra en los grupos de jóvenes y adultas, quienes constituyen la población predominante en la atención brindada por el establecimiento de salud.

5.1.2 Lengua materna

Tabla 2 Lengua materna

	N	%
Español	66	80,5%
Quechua	16	19,5%

Ilustración 2 Lengua materna



Interpretación

La tabla 2 presenta la distribución de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar según su lengua materna. Los resultados muestran que la mayoría de las encuestadas tiene como lengua materna el español, con 66 usuarias que representan el 80,5% del total. Este resultado indica que la mayor parte de las mujeres atendidas en el servicio se comunica principalmente en español, lo que puede facilitar la interacción con el personal de salud cuando la atención se brinda en este idioma.

Por otro lado, se observa que 16 usuarias, que representan el 19,5% de la muestra, tienen como lengua materna el quechua. Este porcentaje evidencia la presencia de un grupo importante de mujeres que pertenecen a contextos culturales y lingüísticos andinos, lo cual resalta la relevancia de considerar la

comunicación intercultural y el uso del idioma quechua durante la atención en salud para garantizar una adecuada comprensión de la información médica.

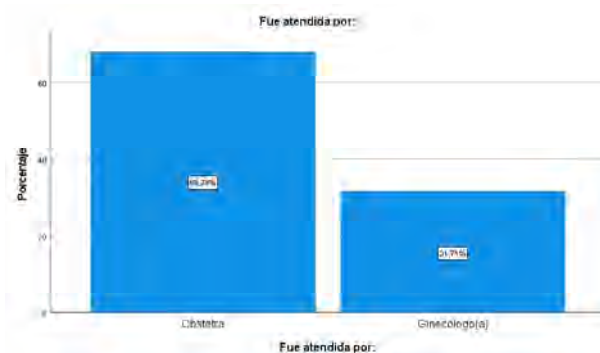
En general, los resultados reflejan que, aunque predomina el español como lengua materna entre las usuarias del servicio de ginecología, existe también una proporción significativa de mujeres quechua hablantes. Esta situación pone de manifiesto la importancia de promover estrategias de comunicación intercultural bilingüe en los servicios de salud, con el fin de mejorar la interacción entre el personal de salud y las pacientes, así como favorecer una atención más comprensible, respetuosa y acorde con la diversidad cultural de la población atendida.

5.1.3 Atención profesional

Tabla 3 Fue atendida por

	N	%
Obstetra	56	68,3%
Ginecólogo(a)	26	31,7%

Ilustración 3 Fue atendida por



Interpretación

La Tabla 3 muestra la distribución de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar según el profesional que realizó la atención durante el año 2024. De acuerdo con los datos, la mayoría de las usuarias fue atendida por obstetras, quienes representan 56 casos, equivalentes al 68,3 % del total. En contraste, 26 usuarias, que corresponden al 31,7 %, fueron atendidas por ginecólogos(as). Estos resultados evidencian que la atención brindada en este servicio recae principalmente en el personal de obstetricia.

Esta distribución sugiere que las obstetras cumplen un rol predominante en la atención de las usuarias dentro del servicio de ginecología del hospital, lo que puede estar asociado a la organización del servicio, la demanda de consultas relacionadas con salud reproductiva o la disponibilidad de profesionales. En el contexto de la comunicación intercultural bilingüe, este resultado adquiere relevancia, ya que el personal que mantiene mayor contacto con las usuarias tiene también mayor influencia en la percepción de calidez y calidad de la atención brindada.

5.2 De la variable comunicación intercultural bilingüe

5.2.1 Dimensión: comunicación verbal bilingüe

Para el análisis de esta dimensión se han formulado cinco preguntas, tal como aparece en el instrumento respectivo. A cada pregunta se le dio una valoración, tal como se aprecia:

Nro.	Pregunta	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
2	Si usted le saluda en quechua, le contesta en quechua	4	3	2	1
3	Si usted le saluda en quechua, le contesta en castellano	1	2	3	4
9	El profesional le explica en quechua	4	3	2	1
10	El profesional la escucha atentamente cuando le menciona sus dolencias	4	3	2	1
11	Usted prefiere que le hablen en quechua	4	3	2	1

El cuestionario utilizó una escala tipo Likert de cuatro categorías: siempre (4 puntos), casi siempre (3 puntos), casi nunca (2 puntos) y nunca (1 punto). Posteriormente, los puntajes obtenidos fueron sumados para cada participante y se establecieron baremos de interpretación con cuatro niveles: muy mala, mala, buena y muy buena comunicación intercultural bilingüe.

Posteriormente se procedió al proceso de baremación, con el siguiente procedimiento:

Número de ítems = 5

Valor mínimo por ítem = 1

Valor máximo por ítem = 4

Entonces:

Puntaje mínimo = $5 \times 1 = 5$

Puntaje máximo = $5 \times 4 = 20$

Rango = $20 - 5 = 15$

4 niveles (muy mala, mala, buena, muy buena), entonces:

$15 \div 4 = 3.75$

Ahora se construyen los intervalos.

Baremos para la Dimensión 1

Nivel	Puntaje
Muy mala	5 – 8
Mala	9 – 12
Buena	13 – 16
Muy buena	17 – 20

Interpretación

5 – 8 → comunicación verbal bilingüe **muy mala**

9 – 12 → comunicación verbal bilingüe **mala**

13 – 16 → comunicación verbal bilingüe **buena**

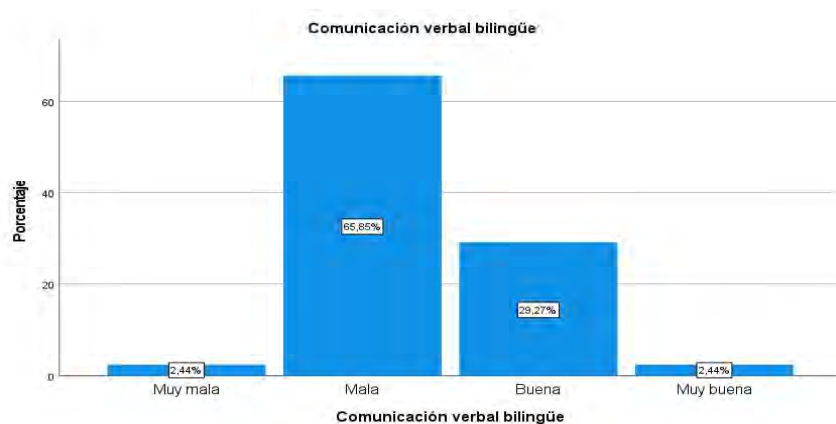
17 – 20 → comunicación verbal bilingüe **muy buena**

Para la dimensión comunicación verbal bilingüe se consideraron cinco ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de cuatro categorías: siempre (4 puntos), casi siempre (3 puntos), casi nunca (2 puntos) y nunca (1 punto). El puntaje mínimo posible fue de 5 y el máximo de 20 puntos. Con base en estos valores se establecieron cuatro niveles de interpretación: muy mala (5–8), mala (9–12), buena (13–16) y muy buena (17–20).

Tabla 4 Comunicación verbal bilingüe

	N	%
Muy mala	2	2,4%
Mala	54	65,9%
Buena	24	29,3%
Muy buena	2	2,4%

Ilustración 4 Comunicación verbal bilingüe



Interpretación

La Tabla 4 presenta los resultados de la dimensión comunicación verbal bilingüe en la atención brindada a las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024. Los datos muestran que la mayoría de las usuarias percibe esta comunicación de manera negativa. En efecto, el 65,9 % de las encuestadas (54 usuarias) considera que la comunicación verbal bilingüe es mala, mientras que el 2,4 % (2 usuarias) la califica como muy mala. Estos resultados indican que una proporción importante de usuarias percibe que el uso del quechua y del castellano en la interacción con el personal de salud no se desarrolla de manera adecuada.

Por otro lado, el 29,3 % de las usuarias (24 casos) señala que la comunicación verbal bilingüe es buena y únicamente el 2,4 % (2 usuarias) la considera muy buena. Aunque existe un grupo de usuarias que percibe positivamente este aspecto de la atención, estos porcentajes son considerablemente menores en comparación con las valoraciones negativas. Esta situación evidencia que aún persisten limitaciones en la implementación efectiva de la comunicación intercultural bilingüe dentro del servicio de ginecología.

La evaluación de esta dimensión se realizó a partir de diversas preguntas relacionadas con la interacción lingüística entre el personal de salud y las usuarias. Entre los aspectos considerados se encuentran si el profesional responde en quechua cuando la usuaria saluda en este idioma, si responde en castellano cuando se le saluda en quechua, si brinda explicaciones sobre el proceso de atención en quechua y si escucha atentamente las dolencias que la paciente manifiesta. Asimismo, se incluyó la preferencia de las usuarias por ser atendidas en quechua, aspecto relevante en un contexto sociocultural donde esta lengua es de uso frecuente.

Estos resultados permiten evidenciar que la comunicación verbal bilingüe presenta debilidades en el proceso de atención a las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar. La limitada utilización del quechua por parte del personal de salud puede influir en la comprensión de la información brindada, así como en la confianza y la percepción de cercanía durante la atención. Por ello, resulta importante fortalecer las competencias lingüísticas e interculturales del personal de salud, con el fin de mejorar la calidad y la calidez de la atención brindada a las usuarias.

5.2.2 Dimensión: comunicación no verbal intercultural

Para la dimensión comunicación no verbal intercultural se consideraron nueve ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de cuatro categorías: siempre (4 puntos), casi siempre (3 puntos), casi nunca (2 puntos) y nunca (1 punto). El puntaje mínimo posible fue de 9 y el máximo de 36 puntos. Con base en estos valores se establecieron cuatro niveles de interpretación: muy mala (9–15), mala (16–22), buena (23–29) y muy buena (30–36).

Nro.	Pregunta	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1	El especialista contesta su saludo	4	3	2	1
4	Cuando entra al consultorio, el profesional le mira a los ojos	4	3	2	1
5	Usted quisiera que el profesional le mire a los ojos	4	3	2	1
6	Cuando el profesional le saluda, le da la mano	4	3	2	1
7	Usted quisiera que el profesional le dé la mano	4	3	2	1
8	Cuando entra al consultorio, el profesional está mirando sus documentos	1	2	3	4
12	Cuando está en el consultorio, el profesional habla por teléfono con otras personas	1	2	3	4
15	Cuando se despide del consultorio, el profesional le mira a los ojos	4	3	2	1
16	Cuando se despide del consultorio, el profesional le da la mano	4	3	2	1

Proceso de baremación

Número de ítems = 9

Escala Likert = 1 a 4

Nunca = 1

Casi nunca = 2

Casi siempre = 3

Siempre = 4

Puntajes:

Puntaje mínimo = $9 \times 1 = 9$

Puntaje máximo = $9 \times 4 = 36$

Rango = $36 - 9 = 27$

Interpretación

9 – 15 → comunicación no verbal intercultural **muy mala**

16 – 22 → comunicación no verbal intercultural **mala**

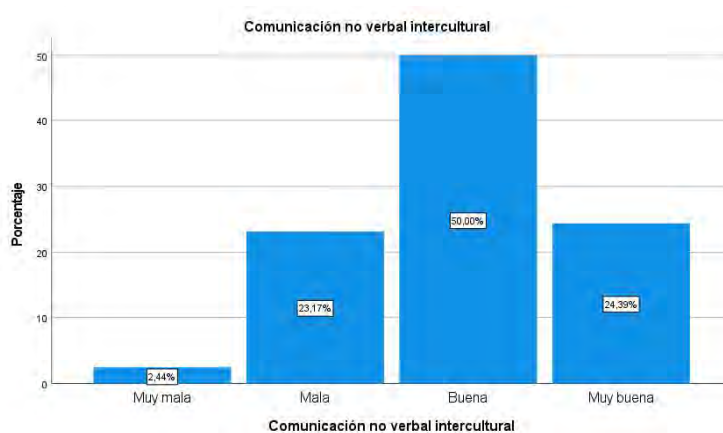
23 – 29 → comunicación no verbal intercultural **buena**

30 – 36 → comunicación no verbal intercultural **muy buena**

Tabla 5 Comunicación no verbal intercultural

	N	%
Muy mala	2	2,4%
Mala	19	23,2%
Buena	41	50,0%
Muy buena	20	24,4%

Ilustración 5 Comunicación no verbal intercultural



Interpretación

La Tabla 5 presenta los resultados de la dimensión comunicación no verbal intercultural en la atención brindada a las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024. Los datos muestran que la mayor proporción de usuarias percibe esta dimensión de manera favorable. En efecto, el 50,0 % de las encuestadas (41 usuarias) considera que la comunicación no verbal intercultural es buena y el 24,4 % (20 usuarias) la califica como muy buena. Estos resultados indican que, en general, las usuarias valoran positivamente los gestos, actitudes y comportamientos no verbales que el personal de salud manifiesta durante la atención.

No obstante, también se observa que un 23,2 % de las usuarias (19 casos) percibe la comunicación no verbal intercultural como mala y un 2,4 % (2 usuarias) la considera muy mala. Aunque estos porcentajes son menores en comparación con las valoraciones positivas, reflejan que aún existen situaciones en las que las usuarias no perciben actitudes adecuadas por parte del profesional de salud durante la interacción en el consultorio.

La medición de esta dimensión se realizó a través de diversas preguntas relacionadas con comportamientos no verbales que influyen en la interacción entre el profesional de salud y la usuaria. Entre los aspectos evaluados se encuentran si el especialista responde al saludo, si establece contacto visual al inicio y al finalizar la consulta, y si realiza gestos de cortesía como dar la mano al saludar o despedirse. Asimismo, se consideraron situaciones que pueden afectar la calidad de la atención, como cuando el profesional se encuentra

revisando documentos al momento de recibir a la usuaria o cuando atiende llamadas telefónicas durante la consulta.

Los resultados evidencian que la comunicación no verbal intercultural tiene una valoración mayoritariamente positiva por parte de las usuarias, lo cual contribuye a generar un ambiente de confianza y respeto durante la atención. Sin embargo, también se identifican aspectos que podrían mejorarse para fortalecer la interacción interpersonal entre el personal de salud y las pacientes. En este sentido, promover prácticas comunicativas basadas en el respeto, la atención plena y el contacto visual puede favorecer una atención más cálida y culturalmente pertinente dentro del servicio de ginecología.

5.2.3 Dimensión: pertinencia cultural en la atención

Para la dimensión pertinencia cultural en la atención se consideraron ocho ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de cuatro categorías: siempre (4 puntos), casi siempre (3 puntos), casi nunca (2 puntos) y nunca (1 punto). El puntaje mínimo posible fue de 8 y el máximo de 32 puntos. A partir de estos valores se establecieron cuatro niveles de interpretación: muy mala (8–14), mala (15–20), buena (21–26) y muy buena (27–32).

Nro.	Pregunta	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
13	El profesional le explica respecto a su problema de salud con rotafolios u otros materiales	4	3	2	1
14	Los materiales tienen imágenes de la zona, están en quechua	4	3	2	1
17	El profesional comprende su cultura	4	3	2	1
18	El profesional se identifica con su cultura	4	3	2	1
19	El profesional solo le receta medicinas de las farmacias	1	2	3	4
20	El profesional también le receta medicinas y hierbas naturales de la zona	4	3	2	1
21	El profesional le recomienda que consuma productos de la zona	4	3	2	1
22	Le han permitido estar acompañada por un pariente	4	3	2	1

Número de ítems = 8

Escala Likert = 1 a 4

Nunca = 1

Casi nunca = 2

Casi siempre = 3

Siempre = 4

Puntajes

Puntaje mínimo = $8 \times 1 = 8$

Puntaje máximo = $8 \times 4 = 32$

Rango = $32 - 8 = 24$

2. Número de niveles

Se usarán **4 niveles**:

Muy mala

Mala

Buena

Muy buena

Entonces:

$$24 \div 4 = 6$$

Baremos para la Dimensión 3

Interpretación

8 – 14 → pertinencia cultural en la atención **muy mala**

15 – 20 → pertinencia cultural en la atención **mala**

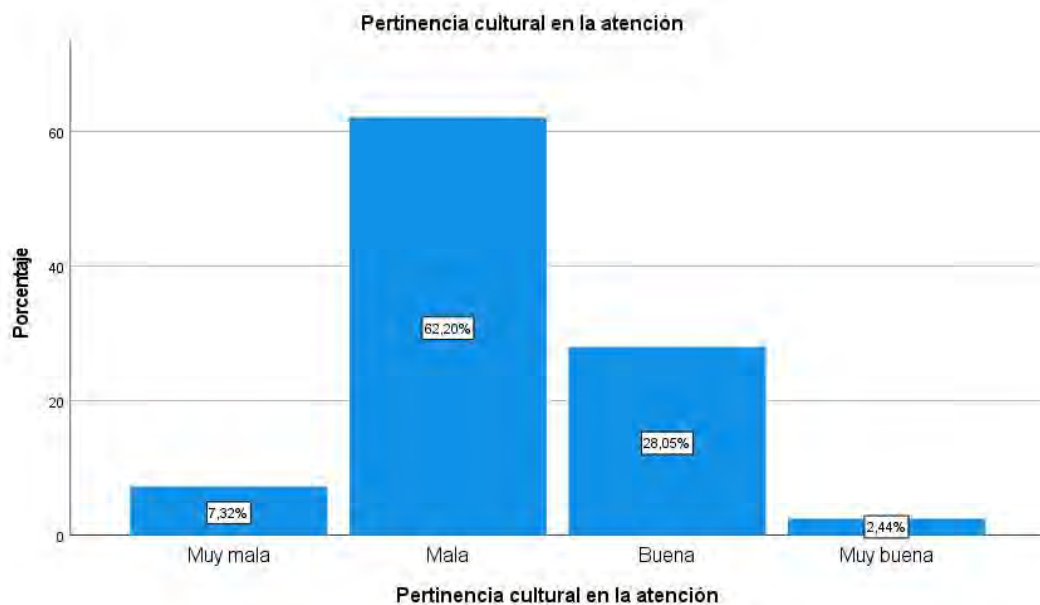
21 – 26 → pertinencia cultural en la atención **buena**

27 – 32 → pertinencia cultural en la atención **muy buena**

Tabla 6 Pertinencia cultural en la atención

	N	%
Muy mala	6	7,3%
Mala	51	62,2%
Buena	23	28,0%
Muy buena	2	2,4%

Ilustración 6 Pertinencia cultural en la atención



Interpretación

La Tabla 6 presenta los resultados de la dimensión pertinencia cultural en la atención brindada a las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024. Los datos evidencian que la mayoría de las usuarias percibe esta dimensión de manera desfavorable. En efecto, el 62,2 % de las encuestadas (51 usuarias) considera que la pertinencia cultural en la atención es mala, mientras que el 7,3 % (6 usuarias) la califica como muy mala. Estos resultados indican que una proporción significativa de usuarias percibe que los aspectos culturales propios de su contexto no son adecuadamente considerados durante el proceso de atención en el establecimiento de salud.

Por otro lado, el 28,0 % de las usuarias (23 casos) señala que la pertinencia cultural en la atención es buena y solo el 2,4 % (2 usuarias) la considera muy buena. Aunque existe un grupo de usuarias que percibe positivamente este aspecto, los porcentajes son considerablemente menores en comparación con las valoraciones negativas. Esto evidencia que todavía existen limitaciones en la incorporación de prácticas culturalmente pertinentes dentro de la atención brindada en el servicio de ginecología.

La evaluación de esta dimensión se realizó a partir de diversas preguntas relacionadas con la consideración de elementos culturales durante la atención médica. Entre los aspectos evaluados se encuentran el uso de materiales educativos como rotafolios u otros recursos visuales que faciliten la comprensión del problema de salud, la presencia de materiales con imágenes de la zona y en idioma quechua, así como la percepción de las usuarias respecto a si el profesional comprende y se identifica con su cultura. Estos elementos resultan

importantes para garantizar una atención intercultural que respete las características socioculturales de la población atendida.

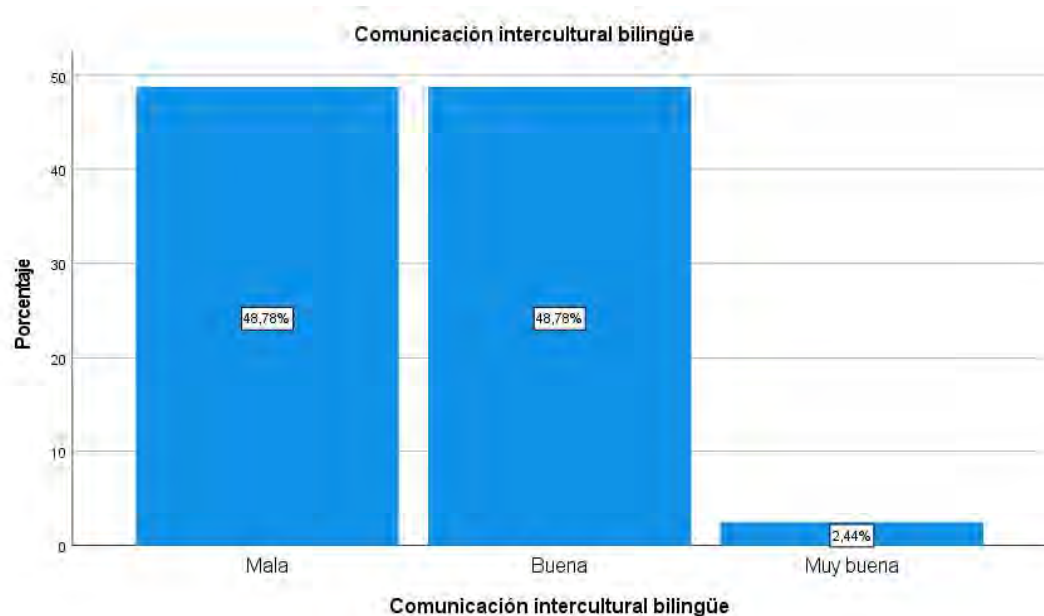
Asimismo, se incluyeron preguntas vinculadas con la integración de prácticas tradicionales y el acompañamiento familiar durante la atención. En este sentido, se evaluó si el profesional únicamente receta medicamentos de farmacia o si también considera el uso de hierbas naturales de la zona, si recomienda el consumo de productos locales y si permite que la usuaria esté acompañada por un familiar durante la consulta. En conjunto, los resultados sugieren la necesidad de fortalecer la pertinencia cultural en la atención de salud, promoviendo una mayor integración entre el conocimiento biomédico y las prácticas culturales de la población usuaria.

5.2.4 Sumatoria de dimensiones de la variable Comunicación intercultural bilingüe

Tabla 7 Comunicación intercultural bilingüe

	N	%
Mala	40	48,8%
Buena	40	48,8%
Muy buena	2	2,4%

Ilustración 7 Comunicación intercultural bilingüe



Interpretación

La Tabla 7 presenta los resultados generales de la variable comunicación intercultural bilingüe en la atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024. Los datos muestran que el 48,8 % de las usuarias (40 casos) percibe esta comunicación como mala, mientras que otro 48,8 % (40 usuarias) la califica como buena. Asimismo, solo el 2,4 % de las encuestadas (2 usuarias) considera que la comunicación intercultural bilingüe es muy buena. Estos resultados reflejan una distribución equilibrada entre percepciones positivas y negativas respecto a esta variable.

La igualdad en los porcentajes de las categorías mala y buena evidencia que la comunicación intercultural bilingüe en el servicio de ginecología presenta resultados mixtos desde la percepción de las usuarias. Por un lado, un grupo importante de pacientes considera que el personal de salud logra establecer una

interacción adecuada que toma en cuenta aspectos lingüísticos y culturales. Por otro lado, una proporción similar percibe deficiencias en la aplicación de este enfoque durante el proceso de atención.

Cabe señalar que esta variable corresponde a la variable independiente del estudio y se encuentra conformada por tres dimensiones previamente analizadas: comunicación verbal bilingüe, comunicación no verbal intercultural y pertinencia cultural en la atención. En el análisis de dichas dimensiones se identificaron tanto fortalezas como debilidades en la interacción entre el personal de salud y las usuarias, especialmente en lo relacionado con el uso del idioma quechua y la consideración de elementos culturales propios de la población atendida.

Los resultados consideran que la implementación de la comunicación intercultural bilingüe aún presenta desafíos dentro del servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Aunque existe un sector de usuarias que percibe positivamente este aspecto, también se evidencia la necesidad de fortalecer las competencias lingüísticas y culturales del personal de salud. Ello permitiría mejorar la comprensión mutua, generar mayor confianza en la atención y contribuir a una atención más cálida y culturalmente pertinente para las usuarias.

5.3 De la variable dependiente: calidez de atención a usuarias

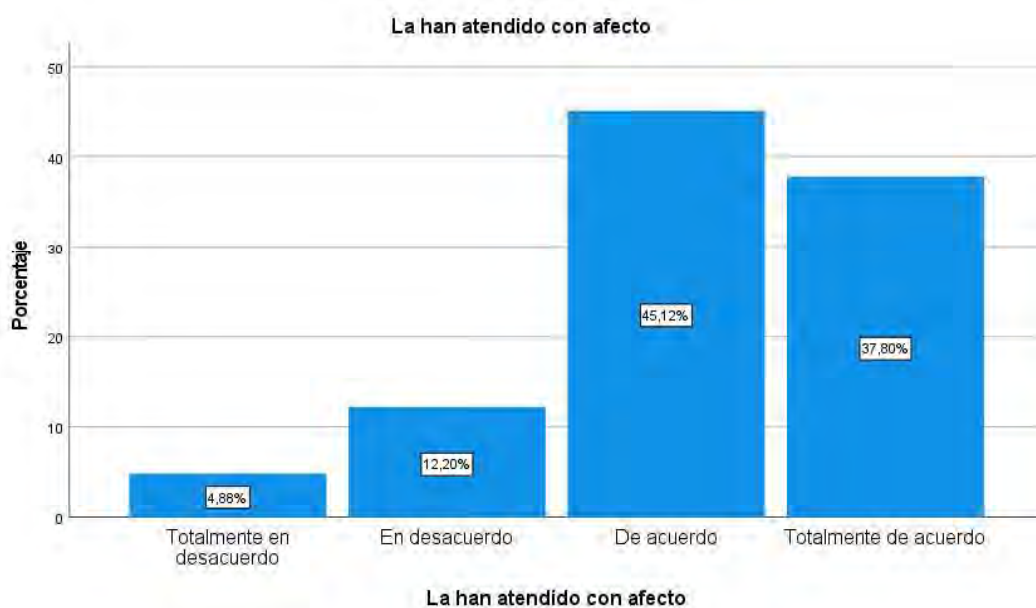
5.3.1 De la dimensión: trato humano y afectivo

Para el análisis de esta dimensión, se han formulado cuatro ítems, los cuales desarrollamos a continuación:

Tabla 8 La han atendido con afecto

	N	%
Totalmente en desacuerdo	4	4,9%
En desacuerdo	10	12,2%
De acuerdo	37	45,1%
Totalmente de acuerdo	31	37,8%

Ilustración 8 La han atendido con afecto



Interpretación

La tabla 8 presenta la percepción de las usuarias respecto a si fueron atendidas con afecto en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar, aspecto que forma parte de la dimensión trato humano y afectivo de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 37 usuarias, que representan el 45,1% de la muestra, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación de haber recibido una atención con afecto. Asimismo, 31 usuarias, equivalentes al 37,8%, indicaron estar totalmente de acuerdo, lo que evidencia que una proporción

importante de las encuestadas percibe un trato afectuoso durante la atención recibida.

Por otro lado, un grupo menor de participantes manifestó una percepción negativa respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 10 usuarias, que representan el 12,2%, señalaron estar en desacuerdo con haber sido atendidas con afecto, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, indicaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de las usuarias percibe una atención afectuosa, aún existe un pequeño porcentaje que considera que el trato recibido no fue adecuado en términos de afecto o empatía.

Los resultados muestran que predomina una valoración positiva en relación con el trato humano y afectivo brindado por el personal de salud en el servicio de ginecología. La suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 82,9% de la muestra, lo que refleja una percepción favorable sobre este aspecto de la atención. Este hallazgo sugiere que, en general, las usuarias perciben un ambiente de respeto y consideración durante la consulta, lo cual constituye un elemento importante dentro de la calidez de atención en los servicios de salud.

Tabla 9 Ha sentido que el profesional comprende su cultura

	N	%
Totalmente en desacuerdo	6	7,3%
En desacuerdo	21	25,6%
De acuerdo	37	45,1%
Totalmente de acuerdo	18	22,0%

Ilustración 9 Ha sentido que el profesional comprende su cultura



Interpretación

La tabla 9 muestra la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si han sentido que el profesional de salud comprende su cultura, aspecto que forma parte de la dimensión trato humano y afectivo de la variable calidez de atención. Los resultados indican que 37 usuarias, que representan el 45,1% de la muestra, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 18 usuarias, equivalentes al 22,0%, señalaron estar totalmente de acuerdo. Estos resultados evidencian que

una proporción importante de las participantes percibe que el profesional de salud demuestra comprensión hacia su contexto cultural durante la atención.

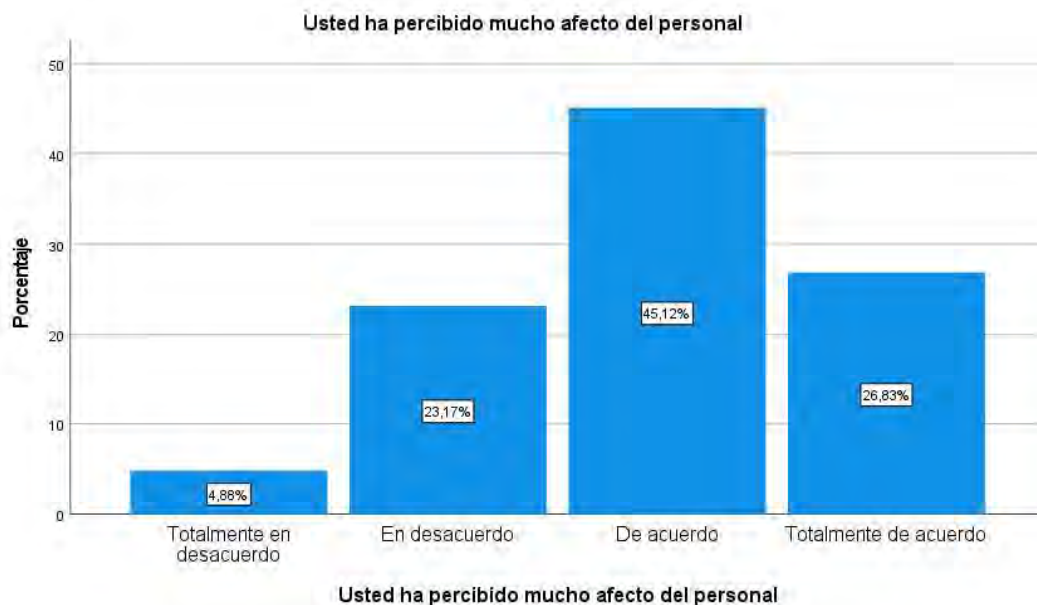
Por otro lado, también se observa que un grupo de usuarias expresó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 21 participantes, que representan el 25,6% del total, indicaron estar en desacuerdo con la afirmación de que el profesional comprende su cultura, mientras que 6 usuarias, equivalentes al 7,3%, señalaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados sugieren que, aunque una parte significativa de las usuarias percibe comprensión cultural por parte del profesional, aún existe un sector que considera que este aspecto no se manifiesta plenamente durante la atención.

Los resultados muestran una tendencia mayoritariamente positiva, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 67,1% del total de encuestadas. No obstante, el porcentaje de respuestas en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, que alcanza el 32,9%, evidencia la necesidad de fortalecer la comprensión cultural dentro del proceso de atención en salud. Esto resalta la importancia de promover prácticas de comunicación intercultural que permitan a los profesionales de salud reconocer y valorar las características culturales de las usuarias atendidas.

Tabla 10 Usted ha percibido mucho afecto del personal

	N	%
Totalmente en desacuerdo	4	4,9%
En desacuerdo	19	23,2%
De acuerdo	37	45,1%
Totalmente de acuerdo	22	26,8%

Ilustración 10 Usted ha percibido mucho afecto del personal



Interpretación

La tabla 10 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si han percibido mucho afecto por parte del personal de salud durante la atención recibida. Este indicador forma parte de la dimensión trato humano y afectivo de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 37 usuarias, que representan el 45,1% de la muestra, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 22 usuarias, equivalentes al 26,8%, indicaron estar totalmente de acuerdo. Estos datos evidencian que una proporción considerable de las participantes percibe una actitud afectuosa por parte del personal de salud durante la atención.

Por otro lado, también se observa que un grupo de usuarias manifestó una percepción menos favorable respecto a este aspecto del servicio. En ese sentido, 19 usuarias, que representan el 23,2% del total, señalaron estar en desacuerdo

con la afirmación de haber percibido mucho afecto del personal, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, indicaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de las usuarias percibe una actitud positiva por parte del personal de salud, todavía existe un porcentaje de pacientes que no percibe plenamente este componente afectivo en la atención. En términos generales, los resultados muestran una tendencia positiva en relación con el trato humano brindado en el servicio de ginecología, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 71,9% del total de encuestadas. Este resultado sugiere que la mayoría de las usuarias percibe un ambiente de respeto y afecto durante su atención. Sin embargo, el porcentaje de respuestas negativas indica la necesidad de continuar fortaleciendo las habilidades comunicativas y el trato empático del personal de salud para mejorar la percepción de calidez en la atención brindada.

Tabla 11 Usted ha percibido que el profesional se ha preocupado por su salud

	N	%
Totalmente en desacuerdo	4	4,9%
En desacuerdo	12	14,6%
De acuerdo	40	48,8%
Totalmente de acuerdo	26	31,7%

Ilustración 11 Usted ha percibido que el profesional se ha preocupado por su salud



Interpretación

La tabla 11 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si han percibido que el profesional de salud se ha preocupado por su salud durante la atención recibida. Este aspecto forma parte de la dimensión trato humano y afectivo de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 40 usuarias, que representan el 48,8% del total, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 26 usuarias, equivalentes al 31,7%, señalaron estar totalmente de acuerdo. Estos datos evidencian que una proporción importante de las participantes percibe que el profesional demuestra interés y preocupación por su estado de salud durante la consulta.

Por otro lado, un grupo menor de usuarias expresó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 12 usuarias, que representan el 14,6% del total, indicaron estar en desacuerdo con la afirmación, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, señalaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de las usuarias percibe preocupación por parte del profesional de salud, aún existe un porcentaje reducido que considera que este aspecto no se evidencia plenamente durante la atención.

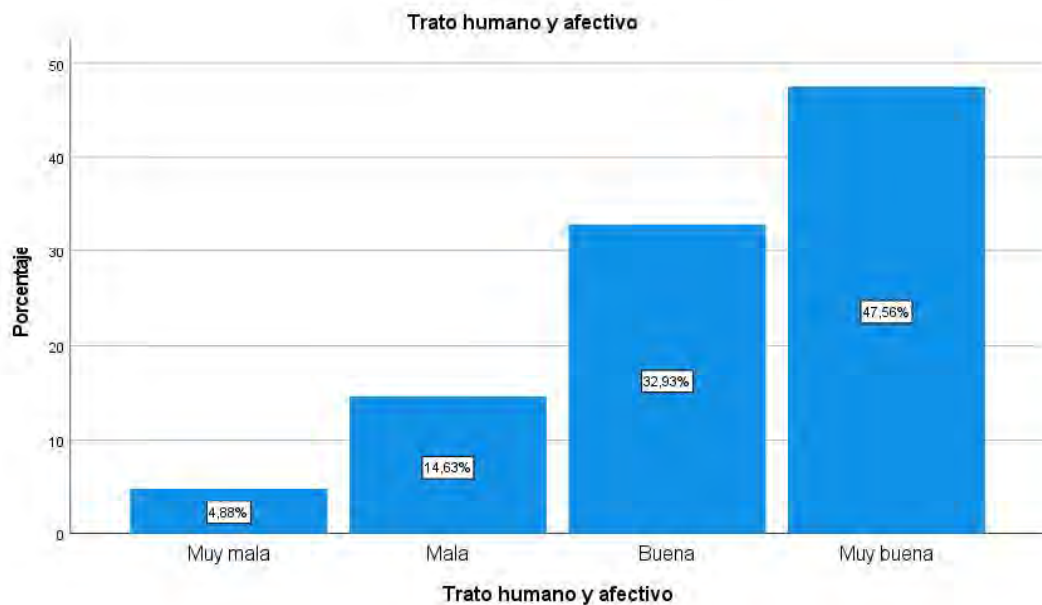
Los resultados reflejan una tendencia mayoritariamente positiva, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 80,5% de la muestra. Este hallazgo sugiere que la mayoría de las usuarias percibe una actitud de interés y compromiso por parte del profesional durante la atención brindada en el servicio de ginecología. No obstante, la presencia de respuestas negativas indica la importancia de continuar fortaleciendo el trato humano y la empatía en la relación entre el personal de salud y las usuarias.

Sumatoria de ítems de la dimensión D4

Tabla 12 Trato humano y afectivo

	N	%
Muy mala	4	4,9%
Mala	12	14,6%
Buena	27	32,9%
Muy buena	39	47,6%

Ilustración 12 Trato humano y afectivo



Interpretación

La tabla 12 presenta la sumatoria de los ítems correspondientes a la dimensión trato humano y afectivo de la variable calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los resultados muestran que la mayor proporción de usuarias percibe un nivel muy bueno en esta dimensión, con 39 participantes que representan el 47,6% del total de la muestra. Este resultado evidencia que casi la mitad de las usuarias considera que el personal de salud brinda un trato caracterizado por el afecto, la empatía y la preocupación por su bienestar durante la atención recibida.

Asimismo, 27 usuarias, que representan el 32,9% del total, calificaron el trato humano y afectivo como bueno. Este resultado también refleja una valoración favorable respecto a la actitud del personal de salud hacia las pacientes, lo que

sugiere que en la mayoría de los casos las usuarias perciben un ambiente de respeto y consideración durante la atención en el servicio de ginecología.

Por otro lado, un grupo menor de participantes percibió el trato humano y afectivo de manera menos favorable. En ese sentido, 12 usuarias, que representan el 14,6%, calificaron esta dimensión como mala, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, la consideraron muy mala. Aunque estos porcentajes son reducidos en comparación con las valoraciones positivas, evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo las prácticas de trato empático y humanizado por parte del personal de salud para garantizar una atención de mayor calidad para todas las usuarias.

5.3.2 De la dimensión: confianza y seguridad en la atención

Se ha considerado los siguientes ítems de análisis

Tabla 13 Se ha sentido cómoda hablando con el profesional

	N	%
Totalmente en desacuerdo	4	4,9%
En desacuerdo	13	15,9%
De acuerdo	37	45,1%
Totalmente de acuerdo	28	34,1%

Ilustración 13 Se ha sentido cómoda hablando con el profesional



Interpretación

La tabla 13 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si se han sentido cómodas al hablar con el profesional de salud durante la atención recibida. Este aspecto forma parte de la dimensión confianza y seguridad en la atención de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 37 usuarias, que representan el 45,1% del total, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 28 usuarias, equivalentes al 34,1%, indicaron estar totalmente de acuerdo. Estos resultados evidencian que una proporción importante de las participantes se sintió cómoda al comunicarse con el profesional durante la consulta.

Por otro lado, se observa que un grupo menor de usuarias expresó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 13 usuarias, que representan el 15,9% del total, señalaron estar en desacuerdo con la afirmación, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, indicaron estar totalmente en desacuerdo. Estos datos reflejan que, aunque la

mayoría de las usuarias experimentó un ambiente de confianza durante la interacción con el profesional de salud, aún existe un pequeño porcentaje que no percibió plenamente esta comodidad al momento de expresar sus inquietudes o problemas de salud.

En términos generales, los resultados muestran una tendencia positiva en relación con la dimensión confianza y seguridad en la atención, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 79,2% del total de encuestadas. Este hallazgo sugiere que la mayoría de las usuarias percibe un entorno de comunicación adecuado durante la consulta médica, lo cual favorece el establecimiento de una relación de confianza entre el profesional de salud y la paciente. No obstante, la presencia de respuestas negativas evidencia la importancia de continuar fortaleciendo las habilidades comunicativas y el trato cercano del personal de salud para mejorar la experiencia de atención.

Tabla 14 El profesional la ha transmitido mucha confianza

	N	%
Totalmente en desacuerdo	6	7,3%
En desacuerdo	21	25,6%
De acuerdo	31	37,8%
Totalmente de acuerdo	24	29,3%

Ilustración 14 El profesional la ha transmitido mucha confianza



Interpretación

La tabla 14 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si el profesional de salud les ha transmitido mucha confianza durante la atención recibida. Este aspecto forma parte de la dimensión confianza y seguridad en la atención de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 31 usuarias, que representan el 37,8% del total, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 24 usuarias, equivalentes al 29,3%, indicaron estar totalmente de acuerdo. Estos datos evidencian que una proporción importante de las participantes percibe que el profesional genera un ambiente de confianza durante la consulta. Por otro lado, también se observa que un grupo de usuarias expresó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese

sentido, 21 usuarias, que representan el 25,6% del total, señalaron estar en desacuerdo con la afirmación de que el profesional les transmitió mucha confianza, mientras que 6 usuarias, equivalentes al 7,3%, indicaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de las usuarias percibe un nivel adecuado de confianza en la atención, existe un sector que considera que este aspecto podría fortalecerse.

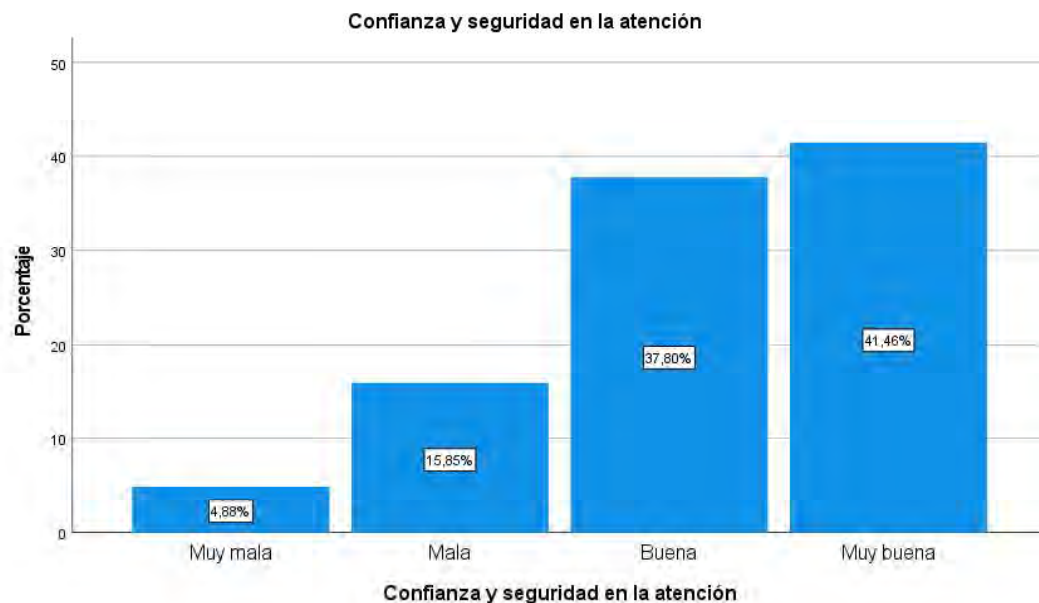
En términos generales, los resultados muestran una tendencia mayoritariamente positiva, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 67,1% de la muestra. Este hallazgo sugiere que la mayoría de las usuarias percibe que el profesional de salud transmite confianza durante la atención brindada en el servicio de ginecología. No obstante, el porcentaje de respuestas negativas evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo la comunicación, la empatía y la relación profesional-paciente para mejorar la percepción de seguridad y confianza en la atención recibida.

Sumatoria de ítems de la dimensión Confianza y seguridad en la atención

Tabla 15 Confianza y seguridad en la atención

	N	%
Muy mala	4	4,9%
Mala	13	15,9%
Buena	31	37,8%
Muy buena	34	41,5%

Ilustración 15 Confianza y seguridad en la atención



Interpretación

La tabla 15 presenta la sumatoria de los ítems correspondientes a la dimensión confianza y seguridad en la atención de la variable calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los resultados muestran que la mayor proporción de usuarias percibe un nivel muy bueno en esta dimensión, con 34 participantes que representan el 41,5% del total de la muestra. Este resultado indica que una parte importante de las usuarias considera que el profesional de salud transmite confianza y genera un ambiente de seguridad durante la atención recibida.

Asimismo, 31 usuarias, equivalentes al 37,8% del total, calificaron la dimensión confianza y seguridad en la atención como buena. Este resultado también refleja una percepción favorable respecto a la relación establecida entre el profesional de salud y las pacientes, lo que sugiere que en la mayoría de los casos las

usuarias se sienten seguras y confiadas al momento de recibir la atención médica en el servicio de ginecología.

Por otro lado, un grupo menor de participantes presentó una percepción menos favorable en relación con esta dimensión. En ese sentido, 13 usuarias, que representan el 15,9%, calificaron la confianza y seguridad en la atención como mala, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, la consideraron muy mala. Aunque estos porcentajes son relativamente bajos en comparación con las valoraciones positivas, evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo la comunicación, la empatía y el trato profesional para mejorar la confianza y seguridad percibida por todas las usuarias durante la atención.

5.3.3 De la dimensión: Satisfacción con la atención recibida

Los ítems desarrollados para esta dimensión son:

Tabla 16 Quisiera que siempre la atendiera el mismo profesional que la vio en el consultorio

	N	%
Totalmente en desacuerdo	8	9,8%
En desacuerdo	9	11,0%
De acuerdo	28	34,1%
Totalmente de acuerdo	37	45,1%

Ilustración 16 Quisiera que siempre la atendiera el mismo profesional que la vio en el consultorio



Interpretación

La tabla 16 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si les gustaría que siempre las atendiera el mismo profesional que las vio en el consultorio. Este indicador forma parte de la dimensión satisfacción con la atención recibida de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 37 usuarias, que representan el 45,1% del total, manifestaron estar totalmente de acuerdo con la afirmación, mientras que 28 usuarias, equivalentes al 34,1%, señalaron estar de acuerdo. Estos datos evidencian que una proporción considerable de las participantes preferiría continuar siendo atendida por el mismo profesional de salud.

Por otro lado, se observa que un grupo menor de usuarias manifestó una opinión diferente respecto a este aspecto. En ese sentido, 9 usuarias, que representan

el 11,0% del total, indicaron estar en desacuerdo con la afirmación, mientras que 8 usuarias, equivalentes al 9,8%, señalaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados sugieren que una pequeña proporción de las encuestadas no considera necesario ser atendida siempre por el mismo profesional durante sus consultas.

En términos generales, los resultados reflejan una tendencia mayoritariamente positiva, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 79,2% del total de encuestadas. Este hallazgo sugiere que la mayoría de las usuarias se siente satisfecha con la atención recibida y valora la continuidad en la atención por parte del mismo profesional, lo que podría contribuir a fortalecer la confianza, la comunicación y el seguimiento adecuado de su estado de salud.

Tabla 17 Está contenta con la atención recibida

	N	%
Totalmente en desacuerdo	4	4,9%
En desacuerdo	11	13,4%
De acuerdo	40	48,8%
Totalmente de acuerdo	27	32,9%

Ilustración 17 Está contenta con la atención recibida



Interpretación

La tabla 17 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si se encuentran contentas con la atención recibida. Este indicador forma parte de la dimensión satisfacción con la atención recibida de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 40 usuarias, que representan el 48,8% del total, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 27 usuarias, equivalentes al 32,9%, señalaron estar totalmente de acuerdo. Estos datos indican que una proporción importante de las usuarias expresa una valoración positiva sobre la atención brindada en el servicio.

Por otro lado, también se observa que un grupo menor de participantes manifestó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 11 usuarias, que representan el 13,4% del total, indicaron estar en

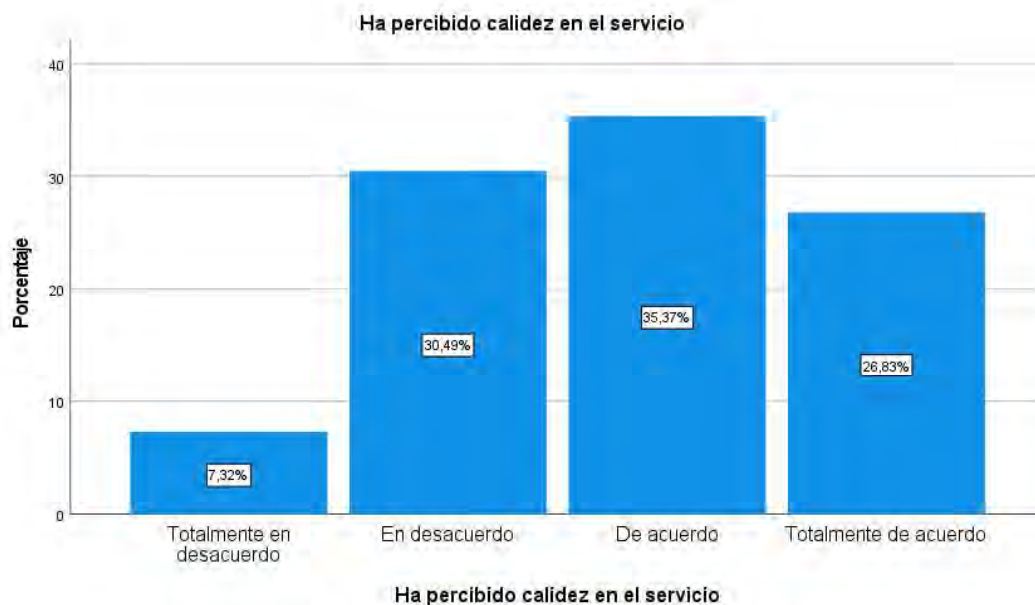
desacuerdo con la afirmación, mientras que 4 usuarias, equivalentes al 4,9%, señalaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de las usuarias se siente satisfecha con la atención recibida, aún existe un pequeño porcentaje que considera que la atención brindada no cumplió plenamente con sus expectativas.

Los resultados reflejan una tendencia mayoritariamente positiva, ya que la suma de las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo alcanza el 81,7% de la muestra. Este hallazgo sugiere que la mayoría de las usuarias se encuentra satisfecha con la atención recibida en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. No obstante, la presencia de respuestas negativas indica la importancia de continuar fortaleciendo la calidad de la atención y el trato brindado a las pacientes para garantizar una experiencia más satisfactoria para todas las usuarias.

Tabla 18 Ha percibido calidez en el servicio

	N	%
Totalmente en desacuerdo	6	7,3%
En desacuerdo	25	30,5%
De acuerdo	29	35,4%
Totalmente de acuerdo	22	26,8%

Ilustración 18 Ha percibido calidez en el servicio



Interpretación

La tabla 18 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si han percibido calidez en el servicio durante la atención recibida. Este indicador forma parte de la dimensión satisfacción con la atención recibida de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 29 usuarias, que representan el 35,4% del total, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación planteada, mientras que 22 usuarias, equivalentes al 26,8%, señalaron estar totalmente de acuerdo. Estos datos evidencian que más de la mitad de las participantes percibe la presencia de calidez en el servicio brindado por el personal de salud.

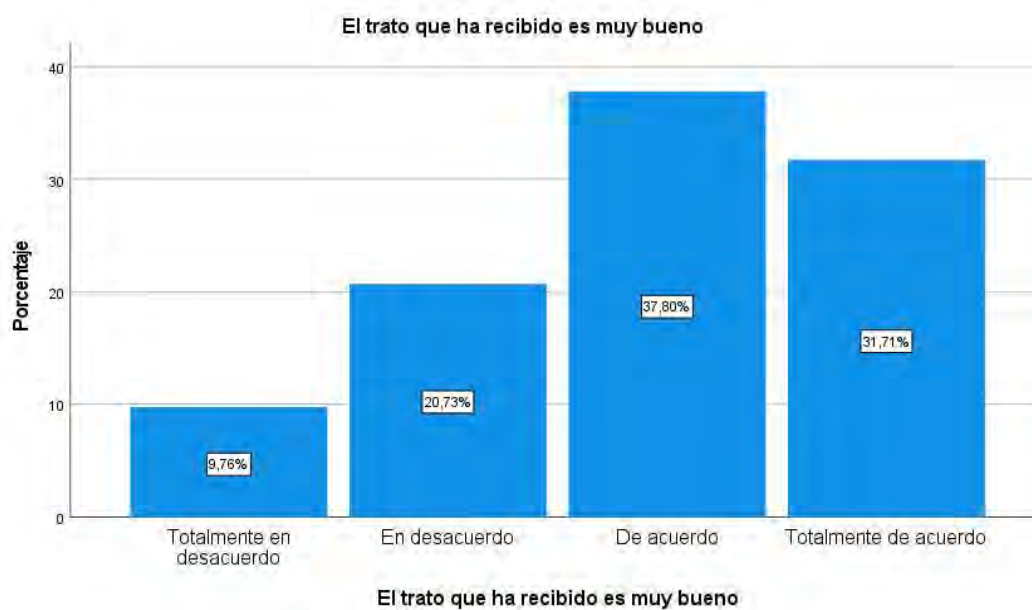
Por otro lado, se observa que un grupo importante de usuarias manifestó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 25 usuarias, que representan el 30,5% del total, indicaron estar en

desacuerdo con la afirmación, mientras que 6 usuarias, equivalentes al 7,3%, señalaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de las usuarias percibe calidez en la atención recibida, aún existe una proporción considerable que considera que este aspecto podría fortalecerse para mejorar la experiencia de atención en el servicio de ginecología.

Tabla 19 El trato que ha recibido es muy bueno

	N	%
Totalmente en desacuerdo	8	9,8%
En desacuerdo	17	20,7%
De acuerdo	31	37,8%
Totalmente de acuerdo	26	31,7%

Ilustración 19 El trato que ha recibido es muy bueno



Interpretación

La tabla 19 presenta la percepción de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar respecto a si consideran que el trato recibido durante la atención fue muy bueno. Este indicador forma parte de la dimensión satisfacción con la atención recibida de la variable calidez de atención. Los resultados muestran que 31 usuarias, que representan el 37,8% del total, manifestaron estar de acuerdo con la afirmación, mientras que 26 usuarias, equivalentes al 31,7%, indicaron estar totalmente de acuerdo. Estos resultados evidencian que una proporción importante de las usuarias valora de manera positiva el trato recibido durante su atención en el servicio.

Por otro lado, también se observa que un grupo de usuarias expresó una percepción menos favorable respecto a este aspecto de la atención. En ese sentido, 17 usuarias, que representan el 20,7% del total, señalaron estar en desacuerdo con la afirmación, mientras que 8 usuarias, equivalentes al 9,8%, indicaron estar totalmente en desacuerdo. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de las usuarias percibe que el trato recibido fue adecuado, aún existe una proporción significativa que considera que este aspecto puede mejorar, lo cual resalta la importancia de continuar fortaleciendo el trato humanizado y respetuoso en la atención brindada.

Sumatoria de ítems de la dimensión: satisfacción con la atención recibida

Tabla 20 Satisfacción con la atención recibida

	N	%
Muy mala	6	7,3%
Mala	9	11,0%
Buena	30	36,6%
Muy buena	37	45,1%

Ilustración 20 satisfacción con la atención recibida



Interpretación

La tabla 20 presenta los resultados correspondientes a la sumatoria de los ítems de la dimensión satisfacción con la atención recibida de la variable calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los datos muestran que la mayor proporción de usuarias percibe un nivel muy bueno de satisfacción, con 37 participantes que representan el 45,1% del total de la

muestra. Asimismo, 30 usuarias, equivalentes al 36,6%, calificaron esta dimensión como buena. Estos resultados evidencian que la mayoría de las usuarias presenta una valoración favorable respecto a la atención recibida durante su consulta en el servicio de ginecología.

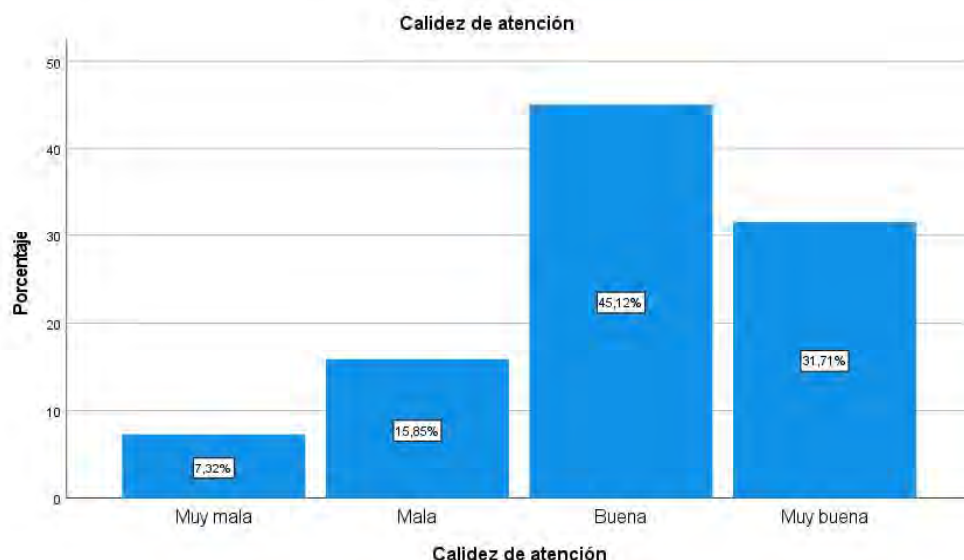
Por otro lado, se observa que un grupo menor de usuarias expresó una percepción menos favorable respecto a esta dimensión. En ese sentido, 9 usuarias, que representan el 11,0% del total, calificaron la satisfacción con la atención recibida como mala, mientras que 6 usuarias, equivalentes al 7,3%, la consideraron muy mala. Aunque estos porcentajes son inferiores en comparación con las valoraciones positivas, evidencian que aún existe un sector de usuarias que no se siente completamente satisfecho con la atención brindada, lo que sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo la calidad del servicio y el trato brindado a las pacientes.

5.3.4 Sumatoria de las dimensiones de la variable: calidez en la atención

Tabla 21 calidez en la atención

	N	%
Muy mala	6	7,3%
Mala	13	15,9%
Buena	37	45,1%
Muy buena	26	31,7%

Ilustración 21 calidez en la atención



Interpretación

La tabla 21 presenta los resultados correspondientes a la sumatoria de las dimensiones de la variable calidez en la atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los datos muestran que la mayor proporción de usuarias percibe un nivel bueno de calidez en la atención, con 37 participantes que representan el 45,1% del total de la muestra. Este resultado indica que una parte significativa de las usuarias considera que el trato recibido durante la atención se caracteriza por un adecuado nivel de respeto, empatía y consideración por parte del personal de salud.

Asimismo, 26 usuarias, equivalentes al 31,7% del total, calificaron la calidez en la atención como muy buena. Este resultado refuerza la percepción positiva que tienen muchas de las participantes respecto al trato brindado en el servicio de ginecología. La presencia de este porcentaje evidencia que una proporción

importante de usuarias experimenta un ambiente de atención que se percibe como cercano, humano y satisfactorio durante la consulta.

Por otro lado, se observa que un grupo menor de usuarias manifestó una valoración menos favorable en relación con la calidez en la atención. En ese sentido, 13 usuarias, que representan el 15,9% del total, calificaron esta variable como mala, mientras que 6 usuarias, equivalentes al 7,3%, la consideraron muy mala. Aunque estos porcentajes son inferiores en comparación con las valoraciones positivas, evidencian que todavía existe un sector de usuarias que no percibe plenamente un trato cálido durante la atención recibida.

En términos generales, los resultados reflejan una tendencia predominantemente favorable en la percepción de la calidez en la atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. La suma de las categorías buena y muy buena alcanza el 76,8% de la muestra, lo que indica que la mayoría de las usuarias percibe una atención caracterizada por el trato humano, la confianza y la satisfacción con el servicio recibido. No obstante, los resultados también sugieren la necesidad de continuar fortaleciendo las prácticas de atención humanizada para mejorar la experiencia de todas las usuarias atendidas.

5.4 Prueba de hipótesis

5.4.1 Prueba de hipótesis general

*Tabla 22 Tabla cruzada Comunicación intercultural bilingüe*Calidez de atención*

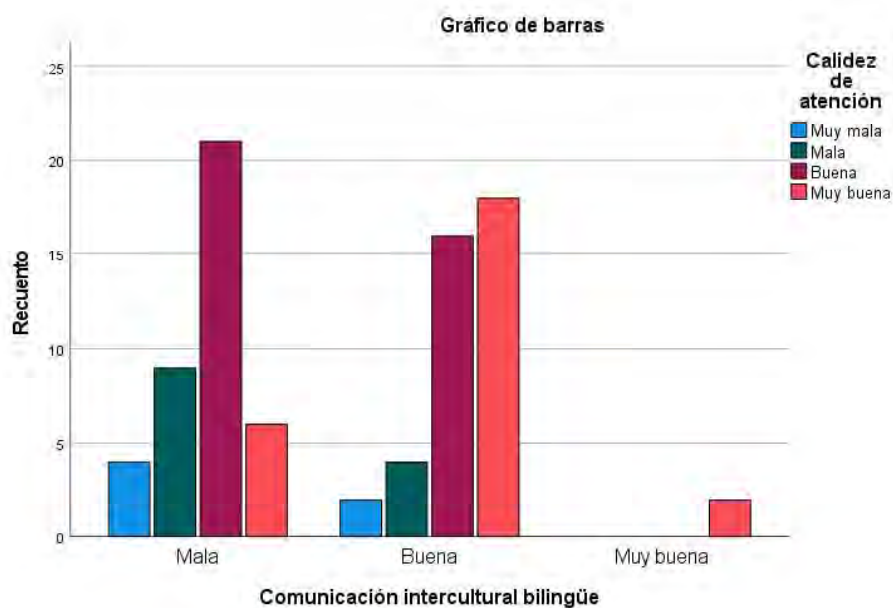
		Calidez de atención								Total	
		Muy mala		Mala		Buena		Muy buena			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comunicación intercultural bilingüe	Mala	4	66,7%	9	69,2%	21	56,8%	6	23,1%	40	48,8%
	Buena	2	33,3%	4	30,8%	16	43,2%	18	69,2%	40	48,8%
	Muy buena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	7,7%	2	2,4%
Total		6	100,0%	13	100,0%	37	100,0%	26	100,0%	82	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,439 ^a	6	,037
Razón de verosimilitud	14,313	6	,026
Asociación lineal por lineal	9,557	1	,002
N de casos válidos	82		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

*Ilustración 22 Comunicación intercultural bilingüe*Calidez de atención*



Interpretación

La tabla 22 presenta la relación entre la comunicación intercultural bilingüe y la calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar mediante una tabla cruzada. Los resultados muestran que la mayor proporción de usuarias se concentra en los niveles mala y buena de comunicación intercultural bilingüe, cada uno con 40 casos que representan el 48,8% del total de la muestra. Asimismo, se observa que únicamente 2 usuarias, equivalentes al 2,4%, perciben un nivel muy bueno de comunicación intercultural bilingüe. Estos datos evidencian que la percepción de la comunicación intercultural en el servicio presenta principalmente niveles intermedios entre las usuarias encuestadas.

Al analizar la relación entre ambas variables, se observa que entre las usuarias que perciben una comunicación intercultural bilingüe mala, una proporción

importante también percibe niveles bajos de calidez de atención. En este grupo, el 66,7% de las usuarias se ubica en la categoría muy mala de calidez en la atención y el 69,2% en la categoría mala. Sin embargo, también se aprecia que algunas usuarias que perciben una comunicación intercultural bilingüe mala consideran que la calidez de atención es buena o muy buena, lo cual indica que la percepción del trato recibido puede estar influenciada por diversos factores presentes durante la atención.

Por otro lado, entre las usuarias que perciben una comunicación intercultural bilingüe buena, se observa una mayor presencia en los niveles positivos de calidez en la atención. En este grupo, el 43,2% considera que la calidez de atención es buena y el 69,2% la califica como muy buena. Asimismo, las usuarias que perciben una comunicación intercultural bilingüe muy buena se ubican exclusivamente en el nivel muy bueno de calidez en la atención, lo cual sugiere que una mejor comunicación intercultural tiende a asociarse con una percepción más favorable del trato recibido.

En relación con la prueba de hipótesis, el estadístico de chi-cuadrado de Pearson obtuvo un valor de 13,439 con 6 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,037. Este valor es menor al nivel de significancia establecido de 0,05, lo que indica que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que las variables analizadas presentan una relación significativa dentro del contexto del estudio.

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0), la cual planteaba que la comunicación intercultural bilingüe no influye en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, y se acepta la hipótesis de

investigación (H1), que sostiene que la comunicación intercultural bilingüe influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Estos resultados evidencian que una adecuada comunicación intercultural entre el personal de salud y las usuarias contribuye a mejorar la percepción de calidez en la atención brindada.

5.4.2 Prueba de hipótesis específicas

5.4.2.1 Prueba de hipótesis específica 1

*Tabla 23 Comunicación verbal bilingüe * Calidez de atención*

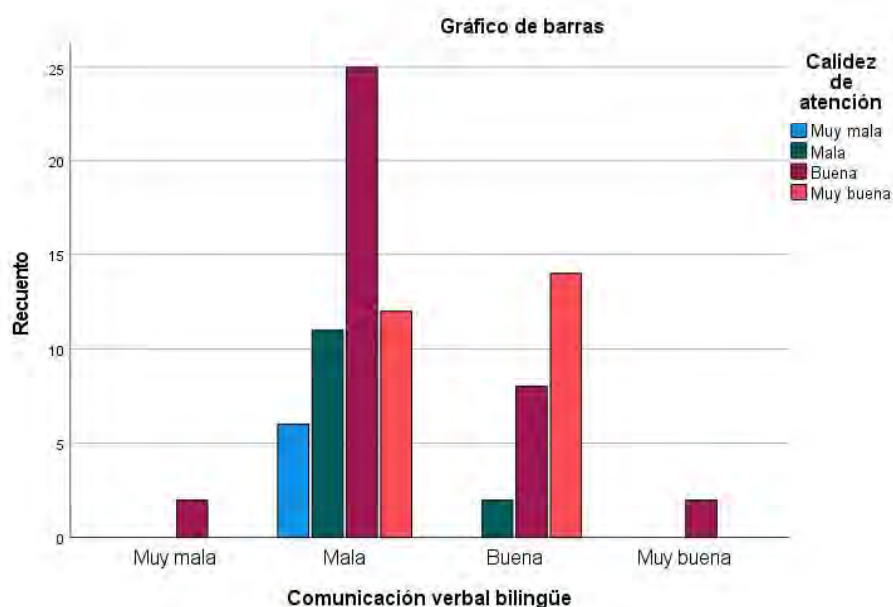
		Calidez de atención								Total	
		Muy mala		Mala		Buena		Muy buena			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comunicación verbal bilingüe	Muy mala	0	0,0%	0	0,0%	2	5,4%	0	0,0%	2	2,4%
	Mala	6	100,0%	11	84,6%	25	67,6%	12	46,2%	54	65,9%
	Buena	0	0,0%	2	15,4%	8	21,6%	14	53,8%	24	29,3%
	Muy buena	0	0,0%	0	0,0%	2	5,4%	0	0,0%	2	2,4%
Total		6	100,0%	13	100,0%	37	100,0%	26	100,0%	82	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,888 ^a	9	,050
Razón de verosimilitud	19,300	9	,023
Asociación lineal por lineal	6,815	1	,009
N de casos válidos	82		

a. 11 casillas (68,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

*Ilustración 23 Comunicación verbal bilingüe * Calidez de atención*



Interpretación

La tabla 23 presenta la relación entre la comunicación verbal bilingüe y la calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los resultados muestran que la mayor proporción de usuarias percibe la comunicación verbal bilingüe en un nivel malo, con 54 casos que representan el 65,9% del total de la muestra. Asimismo, 24 usuarias, equivalentes al 29,3%, perciben este aspecto en un nivel bueno, mientras que un número reducido de participantes lo percibe como muy malo o muy bueno, cada uno con 2 casos que representan el 2,4% del total.

Al analizar la relación con la calidez de atención, se observa que entre las usuarias que perciben una comunicación verbal bilingüe mala se concentran porcentajes importantes en los distintos niveles de calidez en la atención. En este grupo, el 100,0% de quienes perciben una calidez muy mala y el 84,6% de quienes la perciben como mala consideran también que la comunicación verbal

bilingüe es mala. Asimismo, el 67,6% de quienes perciben una calidez buena y el 46,2% de quienes perciben una calidez muy buena también ubican la comunicación verbal bilingüe en este nivel, lo que muestra que esta forma de comunicación tiene presencia en la mayoría de las percepciones registradas.

Por otro lado, entre las usuarias que perciben una comunicación verbal bilingüe buena se observa una mayor presencia en los niveles positivos de calidez de atención. En este grupo, el 21,6% de las usuarias que perciben una calidez buena y el 53,8% de quienes consideran que la calidez es muy buena señalan que la comunicación verbal bilingüe también es buena. Estos resultados sugieren que una mejor comunicación verbal en los idiomas utilizados durante la atención puede contribuir a generar percepciones más favorables sobre el trato recibido en el servicio de ginecología.

En relación con la prueba de hipótesis específica, el estadístico de chi-cuadrado de Pearson presenta un valor de 16,888 con 9 grados de libertad y una significación asintótica de 0,050. Este valor se encuentra en el límite del nivel de significancia establecido de 0,05, lo que permite aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se concluye que la comunicación verbal bilingüe influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024.

5.4.2.2 Prueba de la hipótesis específica 2

*Tabla 24 Comunicación no verbal intercultural * Calidez de atención*

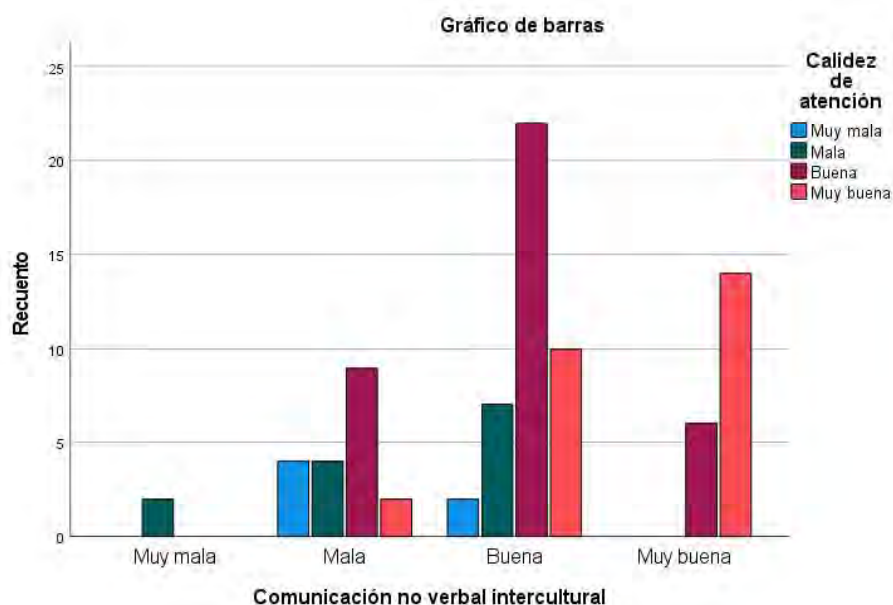
		Calidez de atención								Total	
		Muy mala		Mala		Buena		Muy buena		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Comunicación no verbal intercultural	Muy mala	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%
	Mala	4	66,7%	4	30,8%	9	24,3%	2	7,7%	19	23,2%
	Buena	2	33,3%	7	53,8%	22	59,5%	10	38,5%	41	50,0%
	Muy buena	0	0,0%	0	0,0%	6	16,2%	14	53,8%	20	24,4%
Total		6	100,0%	13	100,0%	37	100,0%	26	100,0%	82	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,171 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	33,623	9	,000
Asociación lineal por lineal	21,557	1	,000
N de casos válidos	82		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

*Ilustración 24 Comunicación no verbal intercultural * Calidez de atención*



Interpretación

La tabla 24 presenta la relación entre la comunicación no verbal intercultural y la calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los resultados muestran que la mayor proporción de usuarias percibe la comunicación no verbal intercultural en un nivel bueno, con 41 casos que representan el 50,0% del total de la muestra. Asimismo, 20 usuarias, equivalentes al 24,4%, perciben este aspecto como muy bueno, mientras que 19 usuarias, que representan el 23,2%, lo califican como malo. Solo un número reducido de participantes percibe la comunicación no verbal intercultural como muy mala, con 2 casos que representan el 2,4% del total.

Al analizar la relación con la calidez de atención, se observa que entre las usuarias que perciben una comunicación no verbal intercultural mala se concentran porcentajes importantes en los niveles bajos de calidez en la

atención. En este grupo, el 66,7% de quienes perciben una calidez muy mala y el 30,8% de quienes la perciben como mala consideran también que la comunicación no verbal intercultural es mala. Estos resultados sugieren que cuando la comunicación no verbal no es adecuada, la percepción del trato recibido tiende a ser menos favorable.

Por otro lado, entre las usuarias que perciben una comunicación no verbal intercultural buena o muy buena se observa una mayor concentración en los niveles positivos de calidez en la atención. En el caso de la comunicación no verbal intercultural buena, el 59,5% de las usuarias que perciben una calidez buena y el 38,5% de quienes la califican como muy buena se ubican en este nivel. Asimismo, cuando la comunicación no verbal intercultural es percibida como muy buena, el 53,8% de las usuarias considera que la calidez en la atención también es muy buena, lo que evidencia una relación favorable entre ambas variables.

En relación con la prueba de hipótesis específica, el estadístico de chi-cuadrado de Pearson presenta un valor de 35,171 con 9 grados de libertad y una significación asintótica de 0,000, valor que es menor al nivel de significancia establecido de 0,05. Este resultado permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación. En consecuencia, se concluye que la comunicación no verbal intercultural influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024.

5.4.2.3 Prueba de la hipótesis específica 3

*Tabla 25 Pertinencia cultural en la atención * Calidez de atención*

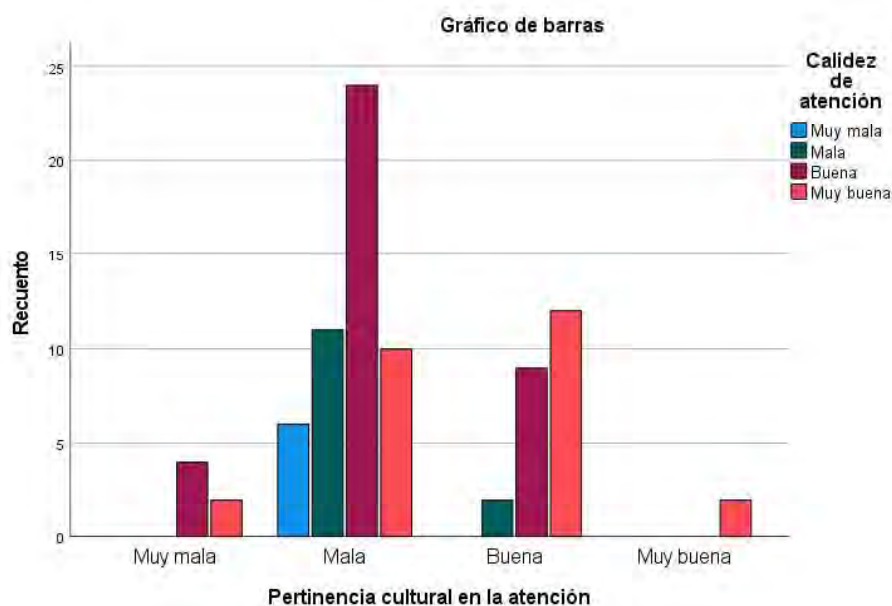
		Calidez de atención								Total	
		Muy mala		Mala		Buena		Muy buena			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pertinencia cultural en la atención	Muy mala	0	0,0%	0	0,0%	4	10,8%	2	7,7%	6	7,3%
	Mala	6	100,0%	11	84,6%	24	64,9%	10	38,5%	51	62,2%
	Buena	0	0,0%	2	15,4%	9	24,3%	12	46,2%	23	28,0%
	Muy buena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	7,7%	2	2,4%
Total		6	100,0%	13	100,0%	37	100,0%	26	100,0%	82	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,794 ^a	9	,052
Razón de verosimilitud	19,780	9	,019
Asociación lineal por lineal	5,609	1	,018
N de casos válidos	82		

a. 11 casillas (68,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

*Ilustración 25 Pertinencia cultural en la atención * Calidez de atención*



Interpretación

La tabla 25 presenta la relación entre la pertinencia cultural en la atención y la calidez de atención en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Los resultados muestran que la mayor proporción de usuarias percibe la pertinencia cultural en la atención en un nivel malo, con 51 casos que representan el 62,2% del total de la muestra. Asimismo, 23 usuarias, equivalentes al 28,0%, consideran que este aspecto es bueno, mientras que un porcentaje menor lo percibe como muy malo o muy bueno, con 6 casos (7,3%) y 2 casos (2,4%) respectivamente. Estos datos evidencian que la percepción predominante sobre la pertinencia cultural en la atención se concentra principalmente en niveles intermedios y bajos.

Al analizar la relación con la calidez de atención, se observa que entre las usuarias que perciben una pertinencia cultural en la atención mala se concentran

porcentajes importantes en los diferentes niveles de calidez. En este grupo, el 100,0% de quienes perciben una calidez muy mala y el 84,6% de quienes la perciben como mala consideran también que la pertinencia cultural en la atención es mala. Asimismo, el 64,9% de las usuarias que perciben una calidez buena y el 38,5% de quienes consideran que la calidez es muy buena ubican la pertinencia cultural en este mismo nivel.

Por otro lado, entre las usuarias que perciben una pertinencia cultural en la atención buena se observa una mayor presencia en los niveles positivos de calidez de atención. En este grupo, el 24,3% de las usuarias que perciben una calidez buena y el 46,2% de quienes consideran que la calidez es muy buena señalan que la pertinencia cultural en la atención también es buena. Asimismo, las usuarias que perciben una pertinencia cultural muy buena se ubican únicamente en el nivel muy bueno de calidez en la atención, lo que sugiere que una mayor adecuación cultural en la atención tiende a asociarse con una mejor percepción del trato recibido.

En relación con la prueba de hipótesis específica, el estadístico de chi-cuadrado de Pearson presenta un valor de 16,794 con 9 grados de libertad y una significación asintótica de 0,052. Este valor se encuentra muy cercano al nivel de significancia establecido de 0,05, por lo que, considerando además los resultados de la razón de verosimilitud (0,019) y la asociación lineal por lineal (0,018), se evidencia la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que la pertinencia cultural en la atención

influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar durante el año 2024.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La discusión de resultados permite analizar los hallazgos obtenidos en la presente investigación y contrastarlos con los aportes teóricos y empíricos existentes sobre la comunicación intercultural en los servicios de salud. En el presente estudio se evidenció que la comunicación intercultural bilingüe influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, resultado que se confirmó mediante la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,037. Este resultado demuestra que la forma en que los profesionales de salud se comunican con las usuarias, considerando aspectos culturales y lingüísticos, tiene una relación directa con la percepción del trato recibido durante la atención. Este hallazgo coincide con lo señalado por Salaverry (2010), quien sostiene que la interculturalidad en salud busca reconocer la diversidad cultural presente en la sociedad y promover una atención respetuosa de las diferencias culturales y lingüísticas de los pacientes (Salaverry O. , 2010).

En el contexto de los servicios de salud en regiones andinas del Perú, donde una parte importante de la población tiene como lengua materna el quechua y mantiene prácticas culturales propias, la comunicación intercultural adquiere una relevancia particular. En este sentido, los resultados obtenidos en esta investigación muestran que cuando la comunicación intercultural bilingüe es percibida en niveles más favorables, las usuarias también perciben una mayor calidez en la atención. Esto sugiere que el reconocimiento de la cultura y del idioma del paciente contribuye a generar un ambiente de confianza, respeto y

cercanía entre el profesional de salud y la usuaria. En concordancia con estos hallazgos, Guzmán-Rosas (2016) señala que la interculturalidad en salud favorece una relación más cercana entre el personal sanitario y los pacientes, ya que permite comprender los valores, creencias y prácticas culturales que influyen en la manera en que las personas interpretan la enfermedad y el proceso de atención (Guzmán-Rosas, 2016).

Respecto a la primera hipótesis específica, los resultados evidenciaron que la comunicación verbal bilingüe influye significativamente en la calidez de atención percibida por las usuarias. Este resultado refleja la importancia del idioma en el proceso de interacción entre el personal de salud y las pacientes. Cuando los profesionales de salud utilizan el idioma que comprende el paciente o muestran disposición para comunicarse en su lengua materna, se facilita la comprensión de la información médica y se fortalece la relación entre ambas partes. De acuerdo con Cahn (2012), las barreras lingüísticas representan uno de los principales factores que dificultan la comunicación entre el personal médico y las poblaciones indígenas, lo cual puede afectar la calidad de la atención y la confianza del paciente en el sistema de salud. En este sentido, la utilización del idioma del paciente constituye un elemento clave para mejorar la interacción durante la consulta médica (Cahn, 2012).

Los resultados obtenidos también evidenciaron que la comunicación no verbal intercultural influye significativamente en la calidez de atención, lo que fue confirmado mediante la prueba estadística correspondiente. La comunicación no verbal incluye aspectos como el contacto visual, los gestos, la postura corporal, la forma de saludar o la actitud del profesional durante la atención. Estos

elementos, aunque no siempre son expresados mediante palabras, transmiten mensajes importantes que influyen en la percepción del trato recibido por el paciente. En contextos interculturales, estos aspectos adquieren mayor relevancia, ya que pueden reflejar respeto, empatía y consideración hacia la cultura del paciente. En relación con ello, Chávez (2024) señala que la comunicación terapéutica desde un enfoque intercultural implica reconocer los códigos culturales presentes en la interacción y utilizar estrategias comunicativas que favorezcan una relación empática entre el profesional de salud y el usuario. Por otro lado, los resultados relacionados con la tercera hipótesis específica evidenciaron que la pertinencia cultural en la atención también influye en la calidez de atención percibida por las usuarias (Chávez Peláez y otros, 2024). La pertinencia cultural se refiere a la capacidad de los servicios de salud para reconocer y respetar las prácticas, creencias y valores culturales de la población atendida. En el caso de las usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, la presencia de elementos culturalmente pertinentes, como el reconocimiento de las costumbres locales o la valoración de prácticas tradicionales de salud, puede contribuir a generar una atención más cercana y respetuosa. En este sentido, Colan (2009) señala que la incorporación de la pertinencia cultural en los servicios de salud permite reducir las barreras de acceso y mejorar la satisfacción de los usuarios, especialmente en poblaciones indígenas o rurales (Colan Gómez , 2009).

En conjunto, los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian que la comunicación intercultural bilingüe constituye un elemento fundamental para mejorar la percepción de la calidez en la atención brindada por los servicios

de salud. La interacción entre el personal sanitario y las usuarias no depende únicamente de la transmisión de información médica, sino también de la capacidad del profesional para establecer una relación basada en el respeto cultural, la empatía y la comprensión del contexto sociocultural de las pacientes. En este sentido, fortalecer las competencias interculturales del personal de salud puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención y a generar experiencias más positivas para las usuarias.

Los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto la importancia de promover estrategias orientadas a fortalecer la comunicación intercultural en los servicios de salud, especialmente en contextos donde conviven diversas lenguas y culturas. La capacitación del personal de salud en competencias interculturales, el uso de idiomas locales en la atención y la incorporación de prácticas culturalmente pertinentes pueden contribuir a mejorar la relación entre los profesionales de salud y los pacientes. De esta manera, se podrá avanzar hacia una atención más humanizada, inclusiva y respetuosa de la diversidad cultural, lo cual constituye un aspecto fundamental para garantizar servicios de salud de mayor calidad para la población.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La investigación permitió determinar que la comunicación intercultural bilingüe influye significativamente en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar. Este resultado evidencia que la forma en que el personal de salud establece la interacción con las pacientes, considerando su idioma y su contexto cultural, constituye un elemento importante en la percepción del trato recibido durante la atención. La presencia de prácticas comunicativas que respetan la diversidad cultural favorece una relación más cercana entre el profesional de salud y la usuaria.

En este sentido, la comunicación intercultural bilingüe contribuye a mejorar la interacción entre el personal sanitario y las pacientes, ya que facilita la comprensión de la información médica y promueve un ambiente de confianza durante la consulta. Cuando las usuarias perciben que su cultura y su idioma son considerados durante la atención, se fortalece la percepción de respeto, empatía y trato humano dentro del servicio de salud.

SEGUNDA

En relación con el primer objetivo específico, se concluyó que la comunicación verbal bilingüe influye en la calidez de atención percibida por las usuarias del servicio de ginecología. El uso del idioma comprensible para las pacientes permite que estas puedan expresar con mayor claridad sus inquietudes, síntomas y necesidades durante la consulta médica. De esta manera, la comunicación verbal adecuada contribuye a generar un ambiente de mayor confianza entre el profesional de salud y la usuaria.

Asimismo, la posibilidad de comunicarse en el idioma de la paciente favorece una mejor comprensión de las indicaciones médicas, lo que fortalece el proceso de atención y mejora la relación terapéutica. En contextos donde existen poblaciones con diferentes lenguas maternas, la comunicación verbal bilingüe se convierte en una herramienta fundamental para garantizar una atención más inclusiva y accesible.

TERCERA

Respecto al segundo objetivo específico, se concluyó que la comunicación no verbal intercultural influye en la calidez de atención percibida por las usuarias. Elementos como el saludo, el contacto visual, la actitud del profesional y la disposición para escuchar constituyen aspectos importantes dentro de la interacción entre el personal de salud y las pacientes. Estas formas de comunicación transmiten mensajes de respeto, empatía y consideración hacia la usuaria.

La comunicación no verbal también refleja la actitud del profesional durante la atención, lo cual influye directamente en la percepción del trato recibido por parte de las pacientes. Cuando el personal de salud demuestra interés, respeto y disposición durante la interacción, las usuarias tienden a percibir la atención como más cercana y humanizada.

CUARTA

En relación con el tercer objetivo específico, se concluyó que la pertinencia cultural en la atención influye en la calidez de atención percibida por las usuarias. La consideración de las costumbres, creencias y prácticas culturales de la

población atendida contribuye a generar una atención más respetuosa y acorde con las características socioculturales de las pacientes.

De igual manera, la incorporación de elementos culturalmente pertinentes dentro del proceso de atención permite fortalecer la confianza de las usuarias en el personal de salud y en los servicios sanitarios. Cuando las pacientes perciben que su cultura es comprendida y valorada, se genera una relación más positiva con el profesional de salud y se favorece una experiencia de atención más satisfactoria.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

A las autoridades del Hospital de Espinar, promover programas de capacitación dirigidos al personal de salud sobre comunicación intercultural y atención con enfoque cultural, con el fin de fortalecer las habilidades necesarias para brindar una atención respetuosa de la diversidad lingüística y cultural de las usuarias.

SEGUNDA

Fomentar el uso del idioma quechua durante la atención a las usuarias que tienen esta lengua como idioma materno, lo cual permitirá mejorar la comprensión de la información médica y facilitar la interacción entre el profesional de salud y las pacientes.

TERCERA

Fortalecer las habilidades de comunicación interpersonal del personal de salud, especialmente aquellas relacionadas con la empatía, la escucha activa y el respeto durante la interacción con las usuarias, con el propósito de mejorar la percepción de la calidez de atención.

CUARTA

Incorporar prácticas culturalmente pertinentes dentro del servicio de ginecología, considerando las costumbres y creencias de la población local, lo que contribuirá a fortalecer la confianza de las usuarias en los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Cahn, J. (2012). Comunicación entre personal médico y pacientes indígenas: estudio de medicina intercultural en Cusco, Perú. https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2456&context=isp_collection
- Chávez Peláez, L., Cieza Guerrero, L., & Catpo Gosgot, K. (2024). La interculturalidad como pilar de la comunicación terapéutica en enfermería. *Rev enferm Herediana*, 27. <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/renh.v17i.2024.5959>
- Colan Gómez, M. (2009). *Acceso a los servicios de salud y pertinencia cultural en poblaciones indígenas*. UNMSM. https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/accesodesalud_shipibosenLima.pdf
- Corbetta, S., Bonetti, C., Bustamante, F., & Vergara Parra, A. (26 de 11 de 2018). *Educación intercultural bilingüe y enfoque de interculturalidad en los sistemas educativos latinoamericanos*. CEPAL: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/23ffb0bf-cfff-4546-83cc-a132182f507f/content>
- Cvetkovic Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama Valdivia, J., & Correa López, L. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 21(1), 179-185. <https://doi.org/https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>

- Espinoza, M. (2003). La comunicación interpersonal en los servicios de salud. *Punto cero*, 8(7), 20-30. https://doi.org/http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762003000200005
- Farías, G. (16 de 1 de 2024). *Concepto*. <https://concepto.de/comunicacion-interpersonal/>
- Ferrão Candau, V. (2010). Educación intercultural en América Latina: distintas concepciones y tensiones actuales. *Estudios Pedagógicos XXXVI*, 2, 333-342. <https://doi.org/chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v36n2/art19.pdf>
- Figuerola Mujica, R. (2022). *Representaciones sociales de pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Cusco, Perú*. UPCH. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=338354>
- García García, M. (1 de 8 de 2008). *Comunicación y relaciones interpersonales*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2790951.pdf>
- Guzmán Rosas, S. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), , 15(31), 10-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.isec>
- Guzmán-Rosas, S. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de. *Revista Gerencia y Políticas de*

- Salud*, 15(31), 10-29. <https://doi.org/doi:10.11144/Javeriana.rgyps15-31.isec>
- Henao-Castaño, Á., Vergara-Escobar, O., & Gómez-Ramírez, O. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 84-95. <https://doi.org/https://doi.org/10.22463/17949831.2791>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. (6.^a ed.). .
- Huapaya Arroyo, J. (2018). *Motivación y relaciones interpersonales del usuario interno del centro materno infantil “Daniel Alcides Carrión” en Villa María del Triunfo*, 2018. Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/112308>
- Knapp , M., Hall , J., & Horgan, T. (2024). *Comunicación no verbal en la interacción humana*. Cengage Learning. https://books.google.com.pe/books/about/Nonverbal_Communication_in_Human_Interac.html?id=-g7hkSR_mLoC&redir_esc=y
- Kweksilber, C., & Todeschini, F. (2023). Comunicación interpersonal en la práctica clínica. Experiencia de aprendizaje en un grupo de estudiantes de odontología. *Páginas de Educación*, 16(1), 104-114. https://doi.org/http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682023000100104
- Lagos Sánchez, Z., Matos Pimenta, C., & Urrutia, M. (2016). La calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas.

Investigación en enfermería, 18(1), 95-113.

<https://doi.org/https://www.redalyc.org/pdf/1452/145243501007.pdf>

Martínez Carrasco, E. (2022). *La comunicación interpersonal del equipo de salud en relación con la satisfacción del usuario en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
https://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC_d77ac900cd89e5d94a773586b4f84457

Medina Aguerrebere, P. (2010). El impacto de la comunicación interpersonal en la motivación del personal hospitalario. *Universidad y Salud*, 12(1), 110-119.

[https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-](https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100013#:~:text=La%20comunicaci%C3%B3n%20interpersonal%20ayuda%20a,o%20las%20universidades%2C%20con%20quienes)

[71072010000100013#:~:text=La%20comunicaci%C3%B3n%20interpersonal%20ayuda%20a,o%20las%20universidades%2C%20con%20quienes](https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100013#:~:text=La%20comunicaci%C3%B3n%20interpersonal%20ayuda%20a,o%20las%20universidades%2C%20con%20quienes)

Navarro Rojas, A. (2019). *Impactos de la comunicación interpersonal en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud "Siete Cuartones" (Cusco) entre enero y febrero del 2018*. PUCP.
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/14425>

Perusset, M. (2023). Comunicación intercultural en contextos atravesados por la diversidad cultural. *Lengua y Sociedad. Revista de Lingüística Teórica y Aplicad*, 22(1), 101-116.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15381/lengsoc.v22i1.23297>

- Raffino. (5 de 8 de 2021). *Interculturalidad. Enciclopedia Concepto*.
<https://concepto.de/interculturalidad/>.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93.
<https://doi.org/https://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 7-8.
https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100002
- Serrano, O. (22 de 7 de 2022). *Comma*. Comunicación no verbal:
<https://agenciacomma.com/formacion-en-comunicacion/comunicacion-no-verbal/>
- Tamayo y Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Limusa (4.^a ed.).
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso_de_la_investigacion_cientifica_Mario_Tamayo.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Tubino, F. (2004). *Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva*. Minedu.
https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Entre_el_multiculturalismo_y_la_interculturalidad.pdf
- Tubino, F., & Zariquiey, R. (2005). *Las prácticas discursivas sobre la interculturalidad en el Perú de hoy. Propuesta de lineamientos para su tratamiento en el sistema educativo peruano*.

https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/9470?utm_source=chatgpt.com

Vallejo Cueva, A. (2024). *Salud intercultural como derecho: La implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de la región Cusco*. PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/28232>

Vargas León, N. (2017). *Evaluación del uso de la comunicación interpersonal en la relación médico - paciente en el servicio médico universitario de la PUCE*. Pontificia Universidad Católica de Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/39e2ae27-5d24-469c-b69e-3907f2283034/content>

Veliz Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A., & Silva Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1). https://doi.org/https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n1/e00120818/es?utm_source=chatgpt.com

Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en educación*. Minedu. <https://doi.org/https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/3310>

Zayas Agüero, P. (24 de 11 de 2010). *La comunicación interpersonal*. https://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55772.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencias

Título: Influencia de la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de atención a usuarias del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Sub dimensiones	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Comunicación intercultural bilingüe	Comunicación intercultural como emisor	Comunicación lingüística: Elementos lingüísticos Elementos paralingüísticos Escucha activa	Tipo: básica Enfoque: Mixto Diseño: experimental-transversal Alcance: descriptivo-correlacional Población: Personal médico del Hospital de Espinar Usuarios de los servicios médicos del Hospital de Espinar. Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario
¿Cómo influye la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de la atención a las usuarias en las consultas médicas del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024?	Determinar la comunicación intercultural bilingüe en la calidez de la atención a las usuarias en las consultas médicas del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024	La comunicación intercultural bilingüe en las consultas médicas del servicio de ginecología del Hospital de Espinar en 2024 mejora la calidez de la atención a las usuarias al facilitar una mayor comprensión mutua y reducir las barreras culturales, lo que resulta en una percepción más positiva de la empatía y el trato personalizado.				
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Calidez de atención de	Competencia discursiva	Muy alta Alta Media Baja Muy baja	
¿Cómo es la comunicación intercultural bilingüe en las consultas médicas del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024?	Describir la comunicación intercultural bilingüe en las consultas médicas del servicio de ginecología del Hospital de Espinar, 2024	La comunicación intercultural bilingüe en las consultas médicas del servicio de ginecología del Hospital de Espinar en 2024 es eficaz y adaptativa, caracterizándose por el uso		Habilidades para socializarse		

Hospital de Espinar, 2024? ¿Cómo es la calidez de la atención a las usuarias en el servicio de ginecología en el Hospital de Espinar, 2024? ¿Cómo influye la comunicación verbal en la calidez de la atención a las usuarias del servicio de ginecología en el Hospital de Espinar, 2024? ¿Cómo influye la comunicación no verbal, en la calidez de la atención a las usuarias del servicio de ginecología en el Hospital de Espinar, 2024?	Describir la calidez de la atención a las usuarias en el servicio de ginecología en el Hospital de Espinar, 2024 Analizar la influencia de la comunicación verbal en la calidez de la atención a las usuarias del servicio de ginecología en el Hospital de Espinar, 2024 Analizar la influencia de la comunicación no verbal, en la calidez de la atención a las usuarias del servicio de ginecología en el Hospital de Espinar, 2024	adecuado de ambos idiomas para facilitar la comprensión y mejorar la interacción entre el personal médico y las usuarias de diferentes antecedentes culturales. La calidez de la atención a las usuarias en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar en 2024 es percibida como moderada a alta, relacionada principalmente por la actitud empática y la calidad de la comunicación del personal médico. La comunicación verbal clara, empática y respetuosa del personal médico en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar en 2024 influye positivamente en la percepción de calidez de la atención de las usuarias, resultando en una mayor satisfacción con el servicio recibido. La comunicación no verbal del personal médico en el servicio de ginecología del Hospital de Espinar en 2024 tiene un impacto significativo en la calidez de la atención a las usuarias, ya que expresiones faciales,	Habilidades para expresarse		
--	--	--	-----------------------------	--	--

ANEXO 2: Encuesta

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco Escuela Profesional de Ciencias de la Comunicación

Apreciada señora/señorita, estamos haciendo una investigación respecto a la comunicación en los consultorios de ginecología, por lo que la solicitamos contestar a las preguntas formuladas con toda sinceridad. La encuesta es anónima. Ninguna respuesta es falsa ni verdadera, solo son sus apreciaciones, sus opiniones. Muchas gracias.

Encuesta número:

Datos generales

1. Edad:

2. Lengua materna

3. Fue atendida por a) Obstetra () b) Ginecólogo(a) ()

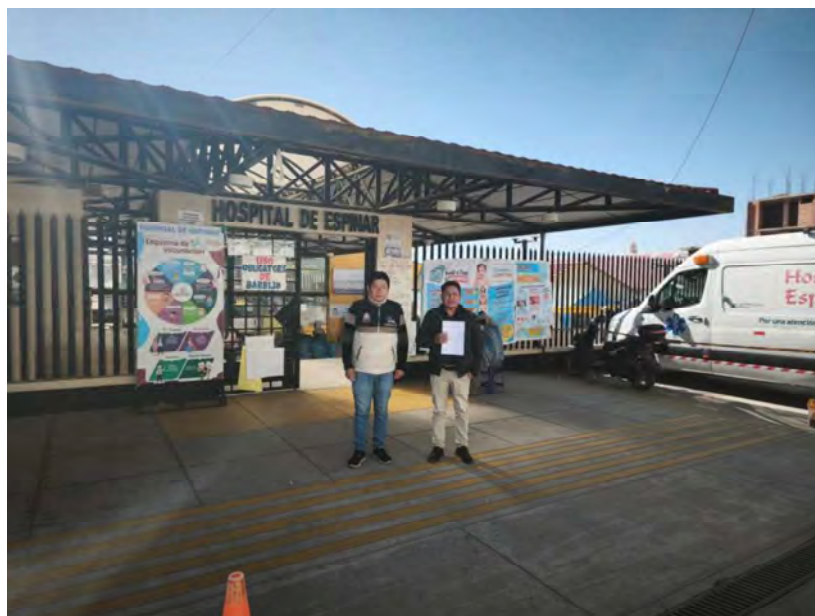
Primera parte

Nro.	Pregunta	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1	El especialista contesta su saludo	4	3	2	1
2	Si usted le saluda en quechua, le contesta en quechua	4	3	2	1
3	Si usted le saluda en quechua, le contesta en castellano	1	2	3	4
4	Cuando entra al consultorio, el profesional le mira a los ojos	4	3	2	1
5	Usted quisiera que el profesional le mire a los ojos	4	3	2	1
6	Cuando el profesional le saluda, le da la mano	4	3	2	1
7	Usted quisiera que el profesional le dé la mano	4	3	2	1
8	Cuando entra al consultorio, el profesional está mirando sus documentos	1	2	3	4
9	El profesional le explica en quechua	4	3	2	1
10	El profesional la escucha atentamente cuando le menciona sus dolencias	4	3	2	1
11	Usted prefiere que le hablen en quechua	4	3	2	1
12	Cuando está en el consultorio, el profesional habla por teléfono con otras personas	1	2	3	4
13	El profesional le explica respecto a su problema de salud con rotafolios u otros materiales	4	3	2	1
14	Los materiales tienen imágenes de la zona, están en quechua	4	3	2	1
15	Cuando se despide del consultorio, el profesional le mira a los ojos	4	3	2	1
16	Cuando se despide del consultorio, el profesional le da la mano	4	3	2	1
17	El profesional comprende su cultura	4	3	2	1
18	El profesional se identifica con su cultura	4	3	2	1
19	El profesional solo le receta medicinas de las farmacias	1	2	3	4
20	El profesional también le receta medicinas y hierbas naturales de la zona	4	3	2	1
21	El profesional le recomienda que consuma productos de la zona	4	3	2	1
22	Le han permitido estar acompañada por un pariente	4	3	2	1

Segunda parte

Nro.	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	La han atendido con afecto	4	3	2	1
2	Ha sentido que el profesional comprende su cultura	4	3	2	1
3	Se ha sentido cómoda hablando con el profesional	4	3	2	1
4	Quisiera que siempre la atendiera el mismo profesional que la vio en el consultorio	4	3	2	1
5	Está contenta con la atención recibida	4	3	2	1
6	Usted ha percibido mucho afecto del personal	4	3	2	1
7	Usted ha percibido que el profesional se ha preocupado por su salud	4	3	2	1
8	El profesional la ha transmitido mucha confianza	4	3	2	1
9	Ha percibido calidez en el servicio	4	3	2	1
10	El trato que ha recibido es muy bueno	4	3	2	1

ANEXO 3: Registro de imágenes



Acceso principal al Hospital de Espinar



Acompañando en la aplicación del instrumento



Con una usuaria del servicio



Completando la encuesta