

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL  
PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO EN UNA  
IPS DE IV NIVEL

MARÍA CLAUDIA MALPICA TINOCO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
VII COHORTE  
CHÍA- 2017

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL II  
PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO EN UNA  
IPS DE IV NIVEL

MARÍA CLAUDIA MALPICA TINOCO

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Enfermería**

ASESORA:

MYRIAM ABAUNZA DE GONZÁLEZ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
VII COHORTE  
CHÍA- 2017

## **DEDICATORIA**

III

Dedico de manera especial esta tesis a Dios por ser mi estímulo espiritual que me acompaña siempre, a mi familia, esposo y mis hijos Camilo, Sofía, Isabella por su comprensión, apoyo incondicional, porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su estímulo para seguir adelante y no darme por vencida, a ti, a Caro y a todos los que estuvieron en este proceso por brindarme su confianza, amor y el tiempo necesario para culminar este logro profesional, ellos son lo mejor y lo más valioso que Dios me ha dado, este logro ha sido gracias a ustedes.

Claudia Malpica Tinoco.

## AGRADECIMIENTOS

IV

La presente tesis constituyó un gran reto y esfuerzo a nivel personal y académico, fue un gran proceso de formación en mi experiencia como enfermera en el que personas importantes en mi vida han contribuido en su enriquecimiento, demostrándome su interés, apoyo incondicional y cariño. Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a:

A Dios por darme las fuerzas para seguir adelante, darme el entendimiento, perseverancia, dedicación para lograr esta meta como enfermera y brindarme la oportunidad de obtener otro triunfo personal.

A la universidad de la sabana por brindarme la oportunidad de egresar nuevamente de ella, por facilitarme las herramientas necesarias y habilidades para desarrollarme con enfermera investigativa, de sentirme orgullosa de ser una profesional unisabana.

A la fundación Cardioinfantil y el comité de ética e investigación por autorizarme desarrollar mi proyecto en este lugar brindándome la confianza y autonomía para desarrollarme a nivel profesional, de igual manera a los pacientes que autorizaron la realización del instrumento, por sus grandes corazones y enseñanzas, por el tiempo y compartir sus experiencias conmigo.

A los autores del instrumento por darme la autorización de utilizarlo en este proyecto y su confianza.

A quien dirigió la tesis la profesora Myriam Abaunza, quien se ha tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos especialmente del campo de investigación, supo cómo

dirigirme y orientarme con su rigurosidad por el camino correcto, por su interés y apoyo<sup>V</sup> ayudándome en la comprensión de los temas, solventarme las dudas que se generaron durante la construcción del proyecto para lograr mis metas y objetivos propuestos y me motivaba a lograrlos.

Mi familia y esposo por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, aunque fueron momentos difíciles siempre estuvieron ahí brindándome todo su cariño, comprensión y amor, por brindarme el tiempo necesario para la obtención de otro título profesional.

A mis hijos por ser fuente de inspiración y motivación para seguir adelante y poder superarme cada día más y seguir luchando para tener un futuro mejor.

A mis padres y suegra quien con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante, ser perseverante y cumplir mis metas.

A mis compañeros y amigos quienes con quienes compartimos conocimientos, alegrías y tristezas, y a todas aquellas personas que durante estos cuatro años estuvieron a mi lado apoyándome y logrando que este sueño se haga realidad.

A mi amiga de alma Carolina Hernández, tu eres esa hermana que ha llegado a mi vida como una mano derecha, te agradezco por todas tus excelentes ayudas y acompañamiento, aportes a mi proyecto de tesis, al igual que todos los momentos compartidos. Te agradezco por tu desinteresada ayuda, por siempre estar ahí cuando te necesito, por motivarme siempre a soñar y lograr las cosas que nos proponemos en la vida, eres mi gran compañera de lucha.

**Objetivo:**

Describir la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel.

**Metodología:**

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, la población de estudio fue de 80 pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica en la fundación cardio infantil-instituto de cardiología en un periodo de marzo a mayo , y a quienes se les aplico el instrumento PCHE tercera versión, previo cumplimiento de criterios de inclusión, teniendo en cuenta el orden de llegada a hospitalización de los pacientes diagnosticados con enfermedad oncológica a la institución, se asignó numeración continua y sucesiva en una base de datos de Excel, hasta completar el periodo de recolección. Los datos se tabularon y graficaron en Excel, fueron analizados en forma precisa aplicando medición estadística para la interpretación de resultados, guardando el rigor metodológico y las características éticas correspondientes.

**Resultados:**

En la categoría Priorizar el sujeto de cuidado (la persona) 63 pacientes encuestados (87.5%) SIEMPRE percibieron los estímulos, sentimientos y pensamientos por parte la enfermera que

les permitieron identificar la presencia de un cuidado humano, continuo y de calidad, el 9.16 % Casi siempre lo percibió y el 1,25 % Algunas veces lo percibió; en la categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona 31 pacientes encuestados (39,7%) SIEMPRE percibieron un cuidado efectivo, satisfactorio, mediante una relación armónica y de ayuda que facilita el intercambio de información suficiente y respetuosa para la toma de decisiones respecto al estado de salud, descriptores de esta categoría, el 54.56% Casi siempre y el 5.8 % Algunas veces percibió esta apertura a la comunicación; en la categoría Cualidades del hacer de enfermería 38 pacientes encuestados (28.57%) SIEMPRE percibieron un cuidado compresivo hacia los sentimientos de la persona, brindando una atención de calidad individualizada, dedicada, alerta y dispuesta que mejora las condiciones de salud de los pacientes, el 72,85 % casi siempre lo percibió y el 0.7% algunas veces.

## **CONCLUSIONES:**

Tras la aplicación del instrumento percepción del cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3 versión, en una IPS de IV nivel se puede concluir que el cuidado de enfermería brindado en la institución es un cuidado Humanizado, que tiene en cuenta las necesidad del paciente como individuo, es un cuidado integral, respetuoso, honesto, basado en conocimiento científico y practico, que apunta siempre a dar un cuidado de calidad, el cual es percibido satisfactoriamente por los pacientes en sus diferentes etapas de manejo y cuidado de su enfermedad, cumpliendo así con el fin primordial de la disciplina. El cuidado humanizado de enfermería y las categorías Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona y Cualidades del hacer de enfermería según la definición de los

autores del instrumento PCHE 3 versión concretan un cuidado holístico en la aplicación del VIII cuidado de enfermería diario y el complemento con las definiciones hace que el instrumento sea sólido para describir el cuidado humanizado de enfermería.

Palabras clave: percepción, cuidado, humanizado, oncológico.



## Tabla de Contenido

IX

p.

### Lista

**Tablas.....XII**

**Lista Figuras.....XIII**

**Introducción..... 1 - 4**

**Capítulo 1. Marco Referencial..... 5 - 45**

1.1 Planteamiento del problema..... .5 - 23

1.2 Justificación..... 23 - 38

1.3 Objetivos..... 39

1.3.1 Objetivo General..... 39

1.3.2 Objetivos Específicos..... 39

1.4 Definición de Conceptos..... 40

1.4.1 Percepción.....42

1.4.2 Cuidado humanizado.....43

1.4.3 Paciente adulto hospitalizado con enfermedad oncológica..... 44 - 45

**Capítulo 2. Marco Teórico..... 44 - 93**

2.1 Teoría Del Cuidado Humanizado..... .44 - 56

2.1.1. Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.....56

2.1.1.1. Interacción enfermera- paciente.....57

2.1.1.2. Campo fenomenológico.....	58
2.1.1.3. Relación de cuidado transpersonal.....	58 - 60
2.1.1.4. Momento de cuidado.....	60 - 65
2.2 Percepción.....	65
2.2.1. Características de la percepción.....	67
2.2.2. Componentes de la percepción.....	67 - 73
2.3 Paciente adulto hospitalizado con Enfermedad Oncológica.....	73 - 79
2.4 Instrumentos empleados para medir el Cuidado Humanizado.....	79 -87
2.5 Instrumento PCHE 3ra versión.....	87 - 94
<b>Capítulo 3. Diseño Metodológico.....</b>	<b>94- 106</b>
3.1. Tipo de estudio.....	94
3.2. Población de estudio.....	94
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	94
3.2.1.1 Criterios de inclusión.....	95
3.2.1.2 Criterios de exclusión.....	96
3.3. Unidad de información.....	96
3.4. Caracterización del instrumento.....	97
3.5. Procedimiento para la recolección de datos.....	99
3.6 Procesamiento y análisis de datos.....	100

3.7 Definición de Variables.....	101 – 103
3.7.1 variables cualitativa nominal.....	101
3.7.2 variables cuantitativa continua.....	102
<b>Capítulo 4 Consideraciones Éticas.....</b>	<b>107 - 111</b>
<b>Capítulo 5 Resultados.....</b>	<b>112 - 141</b>
<b>Capítulo 6 Discusión.....</b>	<b>141- 150</b>
<b>Capítulo 7 Conclusiones.....</b>	<b>151 - 155</b>
<b>Capítulo 8 Recomendaciones.....</b>	<b>156 - 158</b>
<b>Anexo A Formato Consentimiento Informado.....</b>	<b>159 - 164</b>
<b>Anexo B Cuestionario Sociodemográfico.....</b>	<b>165 - 166</b>
<b>Anexo C Instrumento PCHE – Clínica Country 3<sup>a</sup> VERSIÓN.....</b>	<b>167 - 168</b>
<b>Anexo D Acuerdo de uso del instrumento.....</b>	<b>169 - 171</b>
<b>Capítulo 9 BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>171- 199</b>

## Lista de tablas

XII

Tabla 1 Revisión bibliográfica y bases de datos.....	22
Tabla 2 Instrumentos para medir el cuidado de enfermería humanizado.....	81
Tabla 3 Definición y categorización del instrumento PCHE para su 3ra versión.....	91
Tabla 4 Variable cualitativas nominales.....	101
Tabla 5 Variable cuantitativas continuas.....	102
Tabla 6 Variables conceptos-categorías.....	103 -106
Tabla 7 Medidas de tendencia central de la variable “Estado Civil” con respecto a las categorías determinadas .....	118
Tabla 8 Medidas de tendencia central de la variable “Diagnóstico Hematológico” con respecto a las categorías determinadas.....	123
Tabla 9 Medidas de tendencia central de la variable “Diagnostico Oncológico” con respecto a las categorías determinadas.....	125
Tabla 10 Relación variable Relación edad vs días hospitalización.....	128
Tabla 11 Resumen Procesamiento datos .....	129
Tabla 12 Categoría Priorizar al sujeto de cuidado.....	130
Tabla 13 Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.....	133
Tabla 14 Categoría Cualidades del hacer.....	135
Tabla 15 Descripción estadística respuesta de categorías.....	136
Tabla 16 Correlaciones no paramétricas Categorías Priorizar - Apertura.....	139
Tabla 17 Correlaciones no paramétricas Categoría Cualidades.....	141

**Lista de figuras**

Ilustración 1: Conceptos Metaparadigma De La Teoría De Jean Watson.....	50
Ilustración 1 Categorías Cuidado Humano.....	56
Ilustración 2 Conceptos Teoría Cuidado Humano.....	57
Mapa Conceptual 1: Mapa Conceptual Teoría Cuidado Humano.....	64
Gráfico 1 Aspecto sociodemográfico Género.....	113
Gráfico 2 Aspecto sociodemográfico Edad.....	114
Gráfico 3 Aspecto sociodemográfico Seguridad Social.....	115
Gráfico 4 Aspecto sociodemográfico Procedencia.....	116
Gráfico 5 Aspecto sociodemográfico Estado Civil.....	117
Gráfico 6 Aspecto sociodemográfico Nivel Educativo.....	120
Gráfico 7 Aspecto sociodemográfico Grupo Étnico.....	120
Gráfico 8 Aspecto sociodemográfico Religión.....	121
Gráfico 9 Aspecto sociodemográfico Diagnóstico Hematológico.....	122
Gráfico 10 Aspecto sociodemográfico Diagnóstico Oncológico.....	124
Gráfico 11 Aspecto sociodemográfico Tratamiento.....	126
Gráfico 12 Aspecto sociodemográfico Días Hospitalización.....	127
Gráfico 13 Agrupación de datos.....	137

## INTRODUCCIÓN

La enfermera en su quehacer diario asiste al ser humano enfermo o saludable mediante la ejecución de acciones que favorecen la salud y su restablecimiento. La enfermera tiene la capacidad de observar, escuchar, apreciar, diagnosticar, monitorizar, tratar; pero sobre todo de brindar cuidado que es la esencia de la práctica de enfermería; mediante un plan de cuidado que favorezca la satisfacción de las necesidades del paciente basado en los recursos científicos, humanos y físicos disponibles, así como en todo aquello que el paciente piensa, siente, sabe, puede hacer y ha hecho.

El cuidado del paciente debe ir a la par con la vocación y sentido de compromiso, responsabilidad, entrega, humanización en la ejecución del cuidado siempre que el paciente lo requiera, siendo de suma importancia enfatizar sobre el cuidado humanizado y la relación con el quehacer diario en el cuidado de enfermería, articulándolo con el sentido humanístico al desarrollo científico y técnico con compromiso ético como cuidadora (Prieto, 2007).<sup>1</sup>

Los profesionales de enfermería han asumido la responsabilidad de brindar al paciente los cuidados físicos necesarios para el restablecimiento y/o mejoramiento de su condición de salud; representándolo en múltiples situaciones, proporcionarle información útil para

---

<sup>1</sup>Prieto Parra, Gloria Inés. (2007). Humanización del cuidado de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(2), 19 - 25. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30291/38452>

fomentar hábitos saludables en la vida cotidiana y para la prevención de enfermedades. En este sentido para que el paciente deposite su confianza en la enfermera, este debe saber cuál es el alcance de la responsabilidad de la misma.<sup>2</sup>

Tal como lo manifiesta Watson este llamado desde el otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería; este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud.<sup>3</sup>

En el proceso de atención del paciente hospitalizado con enfermedad oncológica la enfermera realiza una valoración integral aplica los conocimientos propios de la disciplina y evalúa sus necesidades, basado en las fases del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, implementación de cuidado, evaluación), la enfermera está en la capacidad de proporcionar educación permanente al paciente con el fin de satisfacer las necesidades y así favorecer el cuidado humanizado. Para que se pueda cumplir esto es necesario como manifiesta Watson que el individuo sea acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero

---

<sup>2</sup> De Los Ríos Castillo JL & Sánchez Sosa JJ. (2002). Well-being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction. *Salud Mental*, 25(2), 21 - 31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222504>

<sup>3</sup> Watson J. (2005). *Caring science as sacred Science*. Philadelphia, EE.UU.: Davis.

responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. (Urta, 2011).<sup>4</sup>

El presente trabajo de investigación pretende describir cuál es la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado.

Es preciso resaltar que el cáncer conlleva a una serie de alteraciones a nivel biológico, psíquico, social y espiritual (Rodríguez F. M.<sup>a</sup> Isabel, 2006)<sup>5</sup>, situación que nos a remite a brindar un cuidado de manera holístico y humanizado, teniendo en cuenta todas las necesidades que se arraigan en este tipo de población; por lo que se considera pertinente emplear para el desarrollo de esta investigación la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson en conjunto con la aplicabilidad del instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE - Clinicountry 3<sup>a</sup> Versión” (González, 2013),<sup>6</sup> el cual tiene validez facial y de contenido, en el cual se evalúan las tres categorías denominadas: Priorizar el sujeto de cuidado (la persona),

---

<sup>4</sup> Urta M. Eugenia, Jana A. Alejandra & García V. Marcela. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc. Enferm.*, 17(3), 11 - 22. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es).

<sup>5</sup> Rodríguez F. M.<sup>a</sup> Isabel. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Recuperado de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491\\_rodriguez\\_fernandez\\_maria\\_isabel.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1)

<sup>6</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3<sup>a</sup> VERSIÓN”*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>



Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona y Cualidades del hacer de enfermería. Con este trabajo de investigación se pretende aportar conocimientos que permitan enriquecer la práctica de enfermería y mediante los resultados obtenidos apoyar la toma de decisiones relacionadas con el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería hacia los pacientes adultos con enfermedad oncológica hospitalizados y en un futuro pueda ser aplicado a otras áreas y/o tipo de enfermedad para el mejoramiento continuo de la atención que brinda el personal de enfermería.

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la formación humanística del profesional de enfermería, busca medidas con las cuales se disminuya la brecha entre la formación profesional, el sistema de salud, la tecnología y el trato humanizado. Reto que ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma”; este organismo enfatiza que la Humanización: “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”. (Arias, 2015).<sup>7</sup>

Tal como lo manifiesta Moreno Ferguson (2013):<sup>8</sup> la humanización hace referencia al ser humano, que es todo aquello relativo o perteneciente al hombre y propio de él. Los seres humanos se caracterizan porque son únicos y trascendentes, existen en relación con otros, están inmersos en un contexto familiar y social, con creencias y valores enraizados en la cultura. Tienen capacidad de introspección y por ello una visión de la vida

---

<sup>7</sup> Arias de Ospina Maria Rubella. (2015). *Tribunal Nacional Ético de Enfermería: La Ética y Humanización del Cuidado de Enfermería*. Bogotá, Colombia. Recuperado de [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65)

<sup>8</sup> Moreno Ferguson, M. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan*, 13 (2). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515>.

particular y única; su ser es más que un cuerpo físico, posee unas características personales y atributos que lo diferencian de los demás; su existencia adquiere sentido en la medida en que tiene una continuidad entre el pasado y el presente, y una proyección hacia el futuro”. Por ello, desde esta perspectiva humanizada, es fundamental reivindicar la importancia de la visión subjetiva de las personas en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento de los problemas de salud. Recalcando que una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente (Moreno, 2013).<sup>9</sup>

Como disciplina profesional, enfermería teje su dominio de conocimiento alrededor de cuatro conceptos metaparadigmáticos persona, ambiente, salud y enfermería, constituyéndose, el cuidado como el objeto de estudio y razón de ser la disciplina (León, 2006).<sup>10</sup> Desde esta concepción Watson define la enfermería como una ciencia humana de experiencias de salud-enfermedad-curación que deben ser abordadas desde dos vertientes, la instrumental y la expresiva. Las actividades instrumentales comprenden la solución a las necesidades físicas como pueden ser la administración de medicamentos y

---

Moreno Ferguson, M. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan*, 13 (2). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515>.

<sup>10</sup> León Román Carlos Agustín. (2006). Enfermería Ciencia y Arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*. 22 (4). Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_4\\_06/enf07406.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm)

la realización de procedimientos, las expresivas se refieren a la satisfacción a las necesidades psicosociales orientadas al comportamiento (Watson, 1999).<sup>11</sup> Por lo tanto, el cuidado de enfermería es la esencia de la profesión; posee dos esferas distintas: una objetiva, que se refiere al desarrollo de técnicas y procedimientos, y otra subjetiva, que se basa en la sensibilidad, la creatividad y la intuición. Las cinco perspectivas de la naturaleza del cuidado son: el cuidado como característica humana, el cuidado como imperativo moral, el cuidado como afecto, el cuidado como interacción personal y el cuidado como intervención terapéutica; en el proceso de cuidar hay interrelación entre estas categorías (Kuerten, et al, 2009).<sup>12</sup>

El profesional de enfermería debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. Furegato (2000) señala que: "los pacientes requieren a la enfermera siempre presente para atender su llamado, escuchar su angustia"<sup>13</sup>. Lo que hace la diferencia entre dar atención de enfermería y el cuidado humanizado. Por lo cual el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o sólo satisfacción usuaria, sino donde "el otro" necesita ser cuidado; de esta forma el equipo de

---

<sup>11</sup> Watson J. (1999). *Filosofía y teoría de los cuidados humanos*. California, Estados Unidos: Davis.

<sup>12</sup>Kuerten Rocha Patricia, Do Prado Marta Lenise, De Gasperi Patricia, Sebold Luciara Fabiane, Waterkemper Roberta & C Bub. María Bettina. (2009). El cuidado y la enfermería. *Av enfer*, 27(1), 102 – 109. Recuperado de: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12959/13554>

<sup>13</sup> Furegato A, Prestupa S. (2000) O que a população sabe e espera do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2000; 20(1):80-90.

enfermería crece junto al usuario y su familia, se identifican con ellos, otorgándoles cuidados holísticos centrados en la persona. (Ceballos Vásquez, 2010).<sup>14</sup>

Como lo expresan González Juárez, et al (2009):<sup>15</sup> humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable. Humanización comprende la acción y efecto de humanizar o humanizarse, entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, de acuerdo con el contexto de cada persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento. Los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está haciendo todo lo posible para preservar su vida, deben proporcionar confianza y al mismo tiempo compañía, el proveer cuidados despersonalizados repercutirá finalmente en un restablecimiento prolongado o fallido (González Juárez, et al, 2009).<sup>16</sup>

Por lo anterior, el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de

---

<sup>14</sup> Ceballos Vásquez Paula Andrea. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado *humanizado* *Cienc. Enferm*, 16(1), 31 - 35. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es).

<sup>15</sup> González Juárez Liliana, Velandia Mora Ana Luisa & Flores Fernández Verónica. (2009). Humanización del cuidado de enfermería de la formación a la práctica clínica. *Revista CONAMED*, 14(1), 40 - 42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=co>

<sup>16</sup> Ídem.

conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (Poblete & Valenzuela, 2007).<sup>17</sup>

Como afirma Espinoza Medalla, et al, (2010) el cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.<sup>18</sup>

Por lo cual la enfermera al brindar un cuidado humanizado debe tener cohesión entre la razón de ser, el saber y el hacer de la enfermera, lo cual genera cambios significativos en el ejercicio disciplinar mediante el regreso a los aspectos humanos, espirituales, culturales y transpersonales en el desarrollo del acto de cuidado entendiendo su significado e impacto directo en las personas. Durante el ejercicio de su quehacer profesional, la enfermera apunta a brindar un cuidado de alta calidad, mediante la gestión de los recursos tanto físicos como humanos que proveen las organizaciones y que son

---

<sup>17</sup> Poblete Troncoso Margarita, Valenzuela Suazo Sandra. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20 (4), 499 - 503. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

<sup>18</sup> Espinoza Medalla Leonor, Huerta Barrenechea Karim, Pantoja Quiche Junior, Velásquez Carmona Walter, Cubas Denisse & Ramos Valencia Alí. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Revista Ciencia y Desarrollo*, 13 (1), 53 – 61. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/441>

utilizados en las actividades de la práctica que se relacionan directamente con los resultados esperados del ejercicio profesión. Por lo anterior, la búsqueda de brindar un cuidado de enfermería de calidad debe motivar al profesional de enfermería a cuestionarse continuamente sobre la esencia de su quehacer, centrando sus actividades en diferentes entornos sociales, alteraciones en la salud y las necesidades de cuidado orientadas siempre a la humanización de la atención que ofrece.

Según Cabarcas (2011), la calidad del cuidado de enfermería es definida como la provisión de cuidados básicos, técnicos y de comunicación con oportunidad, pertinencia y continuidad satisfaciendo las necesidades del paciente a fin de mantener o mejorar la calidad de vida del mismo.<sup>19</sup> Al respecto, la American Nurses Association indica que la calidad del cuidado en enfermería debe motivar a los diferentes profesionales a repensar de manera permanente la esencia de éste, en la medida en que le permita focalizar sus acciones en torno a diferentes grupos poblacionales, diferentes problemas de salud y necesidades específicas centradas en la humanización del servicio que se brinda.<sup>20</sup>

A la luz de la legislación vigente la Ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia define la Calidad como principio que orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y

---

<sup>19</sup>Cabarcas Ortega Nirva del Socorro. (2011). Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. *Revista Ciencias Biomédicas*, 2, (1), 144 – 148. Recuperado de [http://revista.spotmediav.com/pdf/2-1/20\\_GESTION\\_CALIDAD\\_ENFERMERIA.pdf](http://revista.spotmediav.com/pdf/2-1/20_GESTION_CALIDAD_ENFERMERIA.pdf)

<sup>20</sup> American Nurses Association. Gerogia. USA. Recuperado de <http://www.nursingworld.org>

comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio. <sup>21</sup> Por su parte, el Decreto 1011 de 2006 define la *calidad de la atención de salud* como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.<sup>22</sup>

La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población. En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En este sentido, la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente en los postulados y desarrollos de la

---

<sup>21</sup>Ley 266 de 1996. (febrero 5). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf)

<sup>22</sup>Decreto 1011 de 2006. (abril 3). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>



reforma desde su concepción. La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana (Kerguelen, 2008).<sup>23</sup>

Con esta evolución el sistema de salud se ha visto en la obligación de trabajar en la calidad de atención del paciente, el personal de salud calificado especialmente el de enfermería ha centrado su atención en prestar servicios que cuenten con alta calidad que conllevan a disminuir costos y riesgos en la atención del paciente y así mismo a tomar una postura crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano, sus derechos, los bienes comunes y toma de decisiones (González & Quintero, 2009).<sup>24</sup>

La legislación de calidad de la atención en salud en general en el país está acorde con las exigencias de la calidad de la atención para los profesionales de enfermería que brindan cuidado al individuo, familia, comunidad en los diferentes niveles de atención,

---

<sup>23</sup> Kerguelén Botero Carlos Alfonso. (2008). Calidad en salud en Colombia, Los principios. Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. –PARS–. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

<sup>24</sup> Gonzales Burgos, Julie Tatiana & Quintero Martínez Diana Carolina. (2009). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención.* (Trabajo de Grado para Enfermería). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>

determinándose dicha calidad a través del cumplimiento de las normas preestablecidas; haciéndose necesario el diseño e implementación de estándares de calidad que determinen específicamente la calidad del cuidado de enfermería brindado. De tal manera que brindar atención en salud de calidad implica el cumplimiento satisfactorio e interrelacionado de los atributos de la calidad que se pueden medir a través indicadores de estructura, proceso y productos o resultados (Cabarcas, 2011).<sup>25</sup>

Uno de los indicadores o atributos que permite evaluar la calidad del cuidado de enfermería es la percepción del paciente frente a ese cuidado, entendiendo percepción como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que lo rodea. Por otro lado, percepción del cuidado de enfermería hace referencia al cuidado que subyace de la interacción en el momento de cuidar al otro y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora (Ramírez & Perdomo, 2013)<sup>26</sup>

La percepción del cuidado humanizado de enfermería implica el trabajo interdisciplinario, el cual debe ser sometido a una evaluación continua que busque la prestación de un servicio competente y completo, para resolver de uno u otra forma la

---

<sup>25</sup> Cabarcas Ortega Nirva del Socorro. (2011). Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. *Revista Ciencias Biomédicas*, 2, (1), 144 – 148. Recuperado de [http://revista.spotmediav.com/pdf/2-1/20\\_GESTION\\_CALIDAD\\_ENFERMERIA.pdf](http://revista.spotmediav.com/pdf/2-1/20_GESTION_CALIDAD_ENFERMERIA.pdf)

<sup>26</sup> Ramírez Perdomo Claudia Andrea & Perdomo Romero. (2013). Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *av. enferm*, 31 (1), 42 - 51. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/html>

situación del paciente; es por ello que la percepción del cuidado cuenta con varias dimensiones, entre las que están la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo adicional; la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento, idoneidad profesional y tecnológica, el nivel de procedimientos y equipos disponibles a favor del paciente, (Ardon, Ariza y Daza, 2003).<sup>27</sup>

La valoración de la percepción busca el mejoramiento continuo de los servicios ofrecidos a los pacientes, de manera que sean accesibles, oportunos, continuos y sobre todo humanizados; lo cual es de alta relevancia para pacientes con enfermedades crónicas como lo es el cáncer cuya prevalencia incrementa cada día. Tal como lo muestran diferentes estudios que “el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007”<sup>28</sup>. Aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030. Según cálculos, en 2012 murieron en el mundo 56 millones de personas, las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las

---

<sup>27</sup> Ardon Centeno Nelson, Ariza Olarte Claudia & Daza de Caballero Rosa. (2003). *Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II, y III nivel de atención Bogotá, 2003 – 2004*. (Trabajo de Grado para Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/278409654\\_Sistema\\_para\\_el\\_Monitoreo\\_de\\_la\\_Calidad\\_de\\_la\\_Atencion\\_en\\_Salud\\_por\\_Indicadores\\_en\\_los\\_Hospitales\\_de\\_I\\_II\\_y\\_III\\_Nivel\\_de\\_Atencion](https://www.researchgate.net/publication/278409654_Sistema_para_el_Monitoreo_de_la_Calidad_de_la_Atencion_en_Salud_por_Indicadores_en_los_Hospitales_de_I_II_y_III_Nivel_de_Atencion)

<sup>28</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

muerdes en el mundo. El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.<sup>29</sup>

En Colombia, el cáncer es considerado un problema importante de salud pública. El número de enfermos y personas muertas por esta causa ha ido aumentando en los últimos años; para el 2012 se reportaron cerca de 71.000 casos nuevos y 38.000 muertes por esta causa, lo que significa que 195 personas son diagnosticadas y 104 más mueren diariamente por esta enfermedad. Según cifras del año 2012 en Colombia, el cáncer de mama fue la primera causa de enfermedad y muerte entre las mujeres, con 8.686 casos nuevos por año y 2.649 muertes, seguido por el de cuello uterino con 4.661 casos diagnosticados y 1.981 muertes por año. En los hombres, los más frecuentes son el cáncer de próstata, que aporta alrededor de 9.500 casos por año, y el de estómago con 3.688 casos (Ospina et al, 2015).<sup>30</sup>

Es evidente el aumento de los casos de cáncer plasmados en las cifras estadísticas; sin embargo, éstas por sí solas no reflejan de manera clara la realidad que experimenta estos pacientes. Por ejemplo, es inevitable al referirse a la palabra cáncer que los pacientes no hagan una relación de su condición de salud con la posibilidad inminente de morir. De

---

<sup>29</sup> Ídem.

<sup>30</sup> Ospina ML, Huertas JA, Montañó JI, & Rivillas JC. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 33(2). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf>

ahí que la persona al ser diagnosticada con esta patología muestre cierta actitud negativa que se manifiesta en depresión, angustia y duelo anticipado, por lo que es importante en esta situación contar con el apoyo emocional tanto de la familia como del personal de salud.

El cuidado de los pacientes con enfermedades oncológicas, el comportamiento y consuelo de estos y sus familiares después de una enfermedad prolongada es una de las situaciones más difíciles en la práctica de enfermería, ya que estos pacientes tienen muchas necesidades emocionales, espirituales y físicas, según Cicely y Sanders (como se citó en García, 2010): “no son sus necesidades, sino su valor, no es su dependencia, sino su dignidad”.<sup>31</sup> Desde el punto de vista psicológico cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación.

Los pacientes que padecen con enfermedades oncológicas en que el sufrimiento por el dolor y por la desesperanza (muerte) que se acerca es inevitable, son seres de extrema vulnerabilidad y necesitan de cuidado especial. Por ello, la enfermera debe estar preparada para ofrecer un cuidado que les proporcione confort, no solo de orden físico, sino también espiritual, utilizar técnicas de relajamiento, evidenciando y transmitiendo, tanto por gestos, miradas y palabras como en el silencio, coraje, solicitud y compasión.

---

<sup>31</sup> García M. (2010). Beneficios derivados de la evaluación de la calidad de la atención de enfermería. En: 1ª semana internacional de calidad en la salud. Hospital general de México; México. Recuperado de [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_28.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_28.pdf)

Escuchar es un cuidado de mucha valoración y cuando el paciente no puede o no quiere hablar, el silencio y el toque, además de la mirada cariñosa, pueden ser el hecho diferencial. Con los avances de la tecnología farmacéutica y los recientes descubrimientos e investigaciones que se hacen para la curación o con nuevos tratamientos para el cáncer, muchos pacientes son beneficiados con una mayor expectativa de supervivencia y muchos terminan muriendo por otras causas. No obstante, los pacientes siguen siendo monitoreados y el recelo de aparecer la dolencia o una metástasis está siempre presente. De esta manera, estos pacientes siguen necesitando cuidado.

Como puede ser constatado por lo que se enfatiza en el cuidado, por algunos denominados cuidados humanos o invisible (Waldow, 2014) <sup>32</sup>, son acciones de orden expresivo, o sea, acciones enfocadas a actitudes y comportamientos de cuidado. Sin embargo, las propias enfermeras tienen dificultad en registrar o prescribir tales acciones, siendo las mismas responsables por la invisibilidad del cuidado humanizado en esta perspectiva. No se conoce con seguridad la razón de tales dificultades, si por no sentirse confortables, por vergüenza, por temor de ser ridiculizadas, u otros motivos. Lo anterior y el no haber encontrado en la literatura hasta el momento una definición clara de cuál es la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con

---

<sup>32</sup> Waldow Vera Regina. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*, 23 (4, 234 - 238. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>

enfermedad oncológica indican un vacío investigativo y la necesidad de investigar en esta temática.

Esta investigación se desarrolló en una entidad de cuarto nivel donde diariamente la enfermera se encuentra con una gran cantidad de pacientes que demandan cuidados para satisfacer sus necesidades básicas, en la institución ingresan pacientes con diversas patologías como cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, gastrointestinales, renales, infecciosas, virales y se ha observado un importante aumento en la población con enfermedad oncológica.

El Departamento de Enfermería de la IPS de IV nivel se fundamenta en un contexto donde la asistencia, docencia e investigación son los pilares fundamentales. En este contexto, el paciente y la familia como los sujetos de cuidado son la base de cada una de las estrategias para satisfacer sus necesidades de forma integral. La IPS ha realizado varias investigaciones relacionados con aspectos médicos tales como: Manejo de la Vía Aérea en Urgencias de la institución, Inmunonutrición en niños de 1 a 5 años con diarrea e infecciones respiratorias, Prevalencia de infecciones virales en niños con crisis asmáticas, Utilidad del uso de metoclopramida en niños con gastroenteritis y síndrome emético. En el área de enfermería se han realizado estudios tales como: Abordaje del paciente con dolor torácico desde la perspectiva de enfermería, Diseño de un instrumento de valoración del niño en estado crítico para el cuidado de enfermería basado en el modelo de adaptación de Callista Roy, con el fin de promover la educación y la

investigación por parte del personal de salud, sin embargo hasta el momento no se realizado un estudio en la institución por parte de enfermería que describa la percepción del cuidado humanizado en el paciente con enfermedad oncológica mediante la aplicación de escalas basadas en teorías de enfermería.

Se han hecho avances en el conocimiento para la atención de los pacientes víctimas del cáncer; encontrándose en la literatura expresiones tales como: “El cáncer es la única enfermedad capaz de unir al médico, al paciente y a la familia en un solo concepto. En una sola dirección. La misma naturaleza pareciera confabular este acompañamiento, como el arsenal más efectivo contra la letal enfermedad”<sup>33</sup>. Ciertamente esta expresión aplicada a la realidad es vista de manera utópica, ya que desafortunadamente la persona que se desenvuelve en este contexto y padece la enfermedad se ve excluida del supuesto concepto de unión médica, paciente y familia.

Lo anterior se corrobora con el testimonio de la hija de una víctima del cáncer, atendida en la institución de IV nivel proveniente de la ciudad de Neiva, quien relata “el día en que mi mami fue a tomarse la citología en la liga contra el cáncer, la enfermera de allí tomo la muestra y al ver que secretaba liquido maloliente la regaño y dijo que ya no había nada que hacer, que eso era pura irresponsabilidad. En últimas le diagnosticó cáncer que lo corroboró con la biopsia que le realizaron, pero a mi mamá nunca se le

---

<sup>33</sup> Centro Médico Imbanaco. Atención domiciliaria al paciente con cáncer: Para superar el "no hay nada que hacer" Cali, Colombia. Recuperado de <<http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pageId=408>>



olvidaron aquellas palabras que le dijo la enfermera, desde ese momento no supo qué hacer, para mi madre todas las esperanzas de vida se habían acabado. Ese instante marcó la vida para ella, lo más importante era el futuro de mi hermano menor, situación que la llevo a pensar en acabar con la vida de mi hermano y con la de ella (tal acontecimiento no se presentó por la interferencia de un allegado)”. Al poco tiempo murió.

Casos como el anterior se evidencian con frecuencia por lo que es preciso brindar una atención integral que garantice el cuidado humanizado al paciente con enfermedad oncológica, mediante el conocimiento por parte de la enfermera de las necesidades de cuidado del paciente y como estas impactan en el momento de cuidado. Justamente el Centro Médico Imbanaco (CMI), de la ciudad de Cali, señala que: “el acompañamiento de la familia puede más contra el mal. Que, sumado al acompañamiento médico, la calidad de vida del paciente puede mejorar en forma ostensible”<sup>34</sup>.

La satisfacción percibida por el paciente es el producto de la atención hospitalaria y un elemento fundamental válido como indicador de calidad de los cuidados que se prestan, por lo tanto, la percepción del paciente es el eje central de una interacción activa y efectiva entre las enfermeras y el paciente.

---

<sup>34</sup>Centro Médico Imbanaco. Atención domiciliaria al paciente con cáncer: Para superar el "no hay nada que hacer" Cali, Colombia. Recuperado de <<http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pageId=408>>

En un estudio realizado por Jiménez, Ortega y Solís llamado satisfacción del usuario como indicador de calidad en el 2003 y otro estudio realizado por Hernández y colaboradores llamado satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis en el 2015 indican que la evaluación de la satisfacción de los pacientes permite identificar las falencias desde el punto de vista del paciente y al mismo tiempo sirve para evaluar los resultados de los cuidados, teniendo en cuenta que las necesidades del paciente son el eje en el que se articulan las prestaciones asistenciales y el paciente se convierte en un indicador de calidad en cuanto a los servicios que se prestan por parte de enfermería, unificando criterios y asegurando la calidad de la atención; lo anterior muestra como la percepción de los servicios en salud han evolucionado con el tiempo, tomando a la percepción como una variable indicando lo que piensan los pacientes sobre los procesos, organización y resultados de la atención (Jiménez, et al, 2003).<sup>35</sup>

En la literatura se ha encontrado investigaciones relacionadas con la percepción del cuidado humanizado en el paciente adulto y pediátrico de diversas patologías, no obstante, en relación con el paciente oncológico se requiere mayor investigación por parte del profesional de enfermería, y más aun con el aumento en la prevalencia de esta condición de salud tanto a nivel internacional como nacional. El investigar la percepción del cuidado humanizado por parte del paciente con enfermedad oncológica mediante el uso de un instrumento de enfermería permite fortalecer el conocimiento de las

---

<sup>35</sup>Jiménez María del Carmen, Ortega Vargas María Carolina, Solís Pérez María Teresa, et al. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería cardiológica*, 11 (2), 58 – 65, Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003en032c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003en032c.pdf).

necesidades y expectativas de cuidado en este grupo de pacientes y de igual forma que se evalué directamente por quienes reciben dichos cuidados, pudiendo elevar la calidad de cuidado que ofrece el profesional de enfermería de manera que se articule la practica – investigación y teoría.

En la búsqueda de la revisión bibliográfica se encontró la siguiente información: Percepción del cuidado 24 artículos, Humanización del cuidado 17 artículos, Percepción y humanización del cuidado al paciente oncológico 7 artículos, Paciente Oncológico 15 artículos, Calidad del cuidado 8 artículos y Teoría de Jean Watson 5 artículos. (Tabla 1).

	Total
Artículos Consultados	76
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos Cuantitativos</li> <li>• Artículos Cualitativos</li> </ul>	46 30
Bases consultadas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovid</li> <li>• Proquest</li> <li>• Embace</li> <li>• Science Direct</li> <li>• Lilacs</li> </ul>	23 10 10 14 19

**Tabla 1. Revisión bibliográfica según tipo artículos y bases de datos**

Teniendo en cuenta la demanda de atención de pacientes con enfermedad oncológica se hace relevante conocer el tipo de cuidado que se está ofreciendo y como es percibido

por este grupo poblacional, tendientes a que este conocimiento permita realizar acciones en los aspectos que sean catalogados como debilidades en el proceso, así como fortalecer los aspectos positivos; logrando el mejoramiento continuo en la atención brindada por los profesionales de enfermería. Por lo cual nos surge el siguiente interrogante: *¿Cuál es la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel?*

## **1.2 Justificación**

### **Significancia disciplinar**

La Enfermería como ciencia práctica posee un conocimiento propio que se avala a través de la aplicación de conceptos y técnicas adquiridas en la práctica profesional, en el desarrollo de investigación científica y el análisis lógico de fenómenos de interés para la disciplina, todo esto se fundamenta en teorías y modelos que le permiten el mejoramiento de la práctica. Este fundamento teórico se pone en práctica a través del Proceso de Atención de Enfermería, el cual permite al profesional emplear sus opiniones, conocimientos y habilidades para establecer un diagnóstico y un plan de cuidados que permita responder a las necesidades de la persona, la familia o la comunidad; reconociendo los diferentes contextos y características del sujeto de cuidado para lograr así un cuidado humanizado que busque no solo mantener la integridad física sino respete sus creencias y valores.

Tal como manifiesta Bueno (2011): “ La enfermería ha avanzado no sólo por la indagación científica, sino por los aportes de la filosofía en los aspectos ontológicos y epistemológicos presentes en las visiones de enfermería como: la reactiva o determinística, de reciprocidad o integrativa y la simultánea o unitaria transformativa, que han impregnado el quehacer profesional generando cambios trascendentales en conceptos como el ser humano o persona, ambiente y relaciones, el método de investigación, el cuidado y la valoración del paciente”.<sup>36</sup> Por otro lado en la visión transformativa la persona es un ser unitario e irreducible que responde a estímulo; el intercambio personal y ambiente son un proceso donde se generan transacciones con el medio externo. El cuidado de enfermería es conceptualizado como acciones integradas en un todo, en donde el profesional desarrolla a través de la empatía un cuidado individualizado acorde a las necesidades y que permite la participación activa y continua del paciente, permite cumplir con la meta de la disciplina, al mostrar cómo se relacionan entre si los conceptos del metaparadigma de la disciplina y como se pueden medir estas relaciones, cambiando el enfoque que se le da a la práctica de la enfermería desde lo físico hacia lo humanístico.

Para que se de esta valoración sobre el cuidado de enfermería se necesita de la reflexión, el análisis, la correcta aplicación del conocimiento y el juicio crítico en el desarrollo de la interacción con el paciente y su entorno. Por lo tanto, la enfermería como

---

<sup>36</sup> Bueno Robles Luz Stella. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc. Enferm*, 17 (1), 37 - 43. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es).

disciplina profesional busca desarrollar nuevos conocimientos que guíen la práctica basados en teorías que le otorguen sentido y significado a la misma; así como un sistema para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería, lo cual solo puede ser sustentado mediante la investigación para adquirir como ciencia nuevas destrezas y fundamentos científicos, técnicos y teóricos.

El cuidado como razón de ser de la profesión se constituye en su objeto de interés de investigación en la enfermería, esta permite consolidar su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos en los que se basa la educación, la gestión y la atención de enfermería. Los modelos y teorías brindan una estructura de pensamiento propia a la enfermería el cual se fortalece con la práctica, en donde ocurre el desarrollo personal, el crecimiento ético y el arte de enfermería; es allí donde se identifican los fenómenos que necesitan análisis desde la teoría y que pueden enriquecer la enfermería como ciencia y disciplina y aun no hayan sido abordados, para así obtener nuevas perspectivas para la comprobación de teorías más específicas en la práctica; permitiendo unir la teoría y la práctica evitando el hacer sin sentido y fortalecer el desarrollo de la profesión, validando sus planteamientos y demostrando la importancia que como disciplina la enfermería posee.

El acto de cuidar se vuelve deficiente cuando los diferentes profesionales de salud de un servicio hospitalario no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, por la limitación de tiempo que le pueden

dedicar a un paciente, por el volumen de pacientes, por la falta de personal capacitado, por la estructura física, etc., alejando a las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado, de esta forma el cuidado humanizado se ve interrumpido quedando limitado a acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente.

Los profesionales de enfermería, han relacionado el cuidado con el accionar cotidiano (técnicas de enfermería), (Poblete & Suazo, 2007),<sup>37</sup> también por la tecnología, sin desmeritar su importancia, es un factor que hace que la práctica del cuidado se distancie hacia lo tecnológico, apartando a la enfermera de análisis crítico, de su realidad, en donde prevalece la rutinaria ejecución de procedimiento, desviándose hacia una despersonalización de cuidado, de su eje central, de su rol como líder y cuidadora.

En un estudio realizado en Chile, se observa que las enfermeras tienen dificultad para concebir como propio la gestión del cuidado por su rol predominantemente biomédico, no conciben como propio la gestión del cuidado, observándose que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, a esto se agrega la limitación de su ejercicio de autonomía profesional en su quehacer diario.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Poblete Troncoso M, Suazo Valenzuela S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20 (4) 499 – 503.

<sup>38</sup> Colegio de Enfermeras de Chile, A.G. (2004). Autonomía en la gestión del cuidado de enfermería, eje temático 1. *Enfermería*, 39 (125), 11 - 6.

Debido a que en los últimos años se han generado cambios en el contexto de la salud y la enfermería, generando fuertes cuestionamientos relacionados con la humanización en la atención de la persona enferma, se genera un interés por profundizar en la percepción del cuidado humanizado de enfermería al paciente con enfermedad oncológica; ya que se tienen diversas perspectivas y formas de concebirlo en pacientes con otro tipo de enfermedades. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas aproximaciones, en su mayoría, han sido teóricas y se han enfocado en una definición conceptual de este tema, sin abordar otras áreas afines como el cuidado humanizado por parte de la enfermera al paciente con enfermedad oncológica. Por lo anterior se podría decir que no hay suficientes referentes encontrados en la revisión de la literatura científica relacionados con la percepción del cuidado humanizado de enfermería al paciente oncológico. Se trata de comprender el verdadero significado de la atención en salud, sin tomarlo desde la perspectiva de la prestación de un servicio, sino como la intervención en un proceso de acoplamiento a los cambios ocurridos a nivel físico o mental de una persona.

### **Significancia social**

El SOGC habla de la atención en salud con calidad, una atención centrada en el paciente, en la satisfacción del usuario y habla indirectamente de la humanización de los servicios de salud. Pero para hacer cumplimiento de la norma, se hace necesario la sensibilización del personal de salud, que labora mayormente en el área asistencial, ya



que son quienes están más directamente relacionados con el paciente. Son varios los escritos o la literatura que se encuentran sobre el tema, sin embargo, ante el entorno hospitalario, no ha adquirido la importancia que merece, a sabiendas que el eje principal, es el sentir de las personas, la percepción que dichas personas tengan sobre la atención y la percepción que la enfermera tenga sobre el paciente y su familia. Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por implementar programas que se dirijan a formar un contexto más humano en las instituciones de salud, los resultados han sido limitados en el tiempo, es decir, no se ha logrado de manera definitiva que el personal de salud se apropie verdaderamente del proceso de humanización, quizás por la carencia de líderes que dirijan sus esfuerzos en este sentido (Hoyos, et al, 2008).<sup>39</sup> Es por esto que es necesario escudriñar entre todos los elementos del sistema que llamado “salud”, esa parte sensible del personal asistencial, de la mano del profesional mismo, en aras de prestar una atención en salud humanizada (Ceballos & Gutiérrez, 2012).<sup>40</sup>

La calidad de atención al paciente se basa en el principio de ofrecer el mejor servicio a los pacientes, por medio de los elementos básicos de transparencia, responsabilidad y receptividad, buscando hacer bien lo que es correcto, contando siempre con un principio ético, de compromiso profesional, preocupación por el bienestar del otro y por la necesidad de dar una respuesta efectiva y eficiente; el objetivo de nosotras las enfermeras

---

<sup>39</sup> Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA & Correa Sánchez D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 26 (2), 218 – 215.

<sup>40</sup> Ceballos M, Claudia E & Gutiérrez G, Susana. (2012). Humanización de la atención en salud. (Trabajo de Grado para Posgrado en Salud Pública). Universidad CES, Medellín, Colombia. Recuperado de [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion\\_servicios\\_salud.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion_servicios_salud.pdf)

es lograr cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes, somos una disciplina donde contamos con una metodología propia al ofrecer cuidado en la relación personal y permanente con los pacientes, identificando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, la valoración, diagnósticos de enfermería, planificando, ejecutando y evaluando los resultados obtenidos.<sup>41</sup>

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente se convierte cada día en algo más común, por lo tanto, es posible obtener del paciente un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia al servicio prestador en salud, a los prestadores directos y a los pacientes mismos en sus necesidades y expectativas. Enfermería es fundamental en la atención que se brinda en cualquier institución de salud, conocer la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado que se ofrece es de vital importancia en la práctica de enfermería en el actual modelo de seguridad social, que ha dado información y educación a los pacientes (Semiha, 2007).<sup>42</sup>

La medición de la calidad de los cuidados de enfermería es importante para la satisfacción de las necesidades de los pacientes y la correcta determinación de intervenciones de enfermería. El conocimiento de la satisfacción del paciente con el

---

<sup>41</sup> SLIDESHARE.COM. (2015). Calidad y seguridad del paciente en los cuidados de enfermería.: <http://www.slideshare.net/cuidados20/calidad-y-seguridad-paciente-enfermera>

<sup>42</sup>Semiha A, Semra E. (2007), The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16: 646-653.

cuidado de enfermería gana aún más importancia al permitir que el enfermero comprenda los requerimientos del paciente, evalúe como está aplicando su cuidado y realice acciones que eleven su nivel profesional (Peterson, Charles & Dicenso, 2005).<sup>43</sup>

La competencia profesional para el cuidado demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e interdisciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida. El trabajo de enfermería se centra en el cuidado, en las dimensiones de cuidar, gerencia, educar e investigar, sustentado por los diversos patrones de conocimientos, competencias y habilidades específicas (Torres & Buitrago, 2011).<sup>44</sup>

Enfermería, como disciplina profesional tiene la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades sociales de las personas, por lo tanto, se debe responder a esta necesidad de brindar un cuidado humanizado como parte del cuidado integral dentro del servicio que presta y buscar a través de ello, mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

En una investigación cualitativa donde el tema a investigar fue la percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto, se utilizó el método fenomenológico

---

<sup>43</sup> Peterson, WE, Charles C & Dicenso A. (2005). The Newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 672 – 81.

<sup>44</sup>Torres-Contreras Claudia & Buitrago-Vera Marcela. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 2(1), 138 - 48.

realizada en México en el 2014 se planteó que " Enfermería es una profesión de carácter social que tiene como objetivo el cuidado integral de la persona, familia y comunidad; el cual se dirige al bienestar ofreciendo empatía, trato digno y creando lazos para compartir experiencias de vida mediante la percepción individual, la cual parte de un proceso que depende de la información que se recibe del mundo y las experiencias de quien lo recibe. De igual manera que investigar el cuidado a través de la percepción de los pacientes es un proceso complejo que depende de la información que el mundo entrega, como de las experiencias de quien percibe; enfocado a la percepción del cuidado de enfermería, se puede afirmar que, éste juzga según lo que el paciente percibe y no como lo ve directamente el profesional de salud (Segura, Et al. (2014)).<sup>45</sup>

El conocer la percepción del cuidado humanizado de enfermería permite mejorar la calidad del cuidado del paciente y así de esta manera promover el bienestar y autocuidado, lo cual genera beneficios tanto al paciente como a los servicios de salud por el costo- beneficio de prestar una mejor calidad en la atención de enfermería.

El brindar cuidado humanizado de enfermería al paciente con enfermedad oncológica tiene resultados positivos en la interacción con la sociedad , la familia, el entorno y las relaciones sociales, de igual forma la enfermera ayuda a mejorar la calidad de vida,

---

<sup>45</sup> Segura Granados Karen Ivette, Miranda García Claudia Marcela & Guillén Cadena Dulce María. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. *Revista electrónica de investigación en enfermería fesi-unam*. 3(5), 28 – 36. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/300/435>

garantizando una atención oportuna en el seguimiento y tratamiento del paciente con enfermedad oncológica, y así mismo se promueva el soporte social por parte de enfermería brindando información, guía, seguimiento y en ultimas fortaleciendo tanto a las personas con enfermedad oncológica como a sus familiares.

### **Significancia teórica**

La investigación aportara aspectos relevantes en el campo de la enfermería puesto que la enfermera pretende conocer cuál es la percepción que tiene el paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado sobre el cuidado humanizado ofrecido por el profesional de enfermería mediante la aplicación de un instrumento basado en una teoría de enfermería, que le permita planear un cuidado integral acorde a sus necesidades mejorando la calidad de la atención al paciente adulto oncológico. Al tener en cuenta la percepción de los pacientes frente al cuidado de enfermería, se podrán realizar mejoras continuas en el proceso de atención de enfermería garantizando así un cuidado humanístico.

En la revisión de la literatura, se encontró el estudio cualitativo fenomenológico titulado Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos, realizado en Palma de Mallorca; su sustento teórico fue basado en Jean Watson, el objetivo del estudio fue conocer la experiencia de los pacientes ingresados en UCI en relación con la percepción de intimidad y el impacto de esta sobre

su experiencia. Los participantes fueron los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Son Dureta, mayores de 18 años, con una estancia mínima de 48 horas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad. Dentro de los resultados se describe que la percepción de la intimidad en los pacientes ingresados en UCI se relaciona con el espacio físico que les rodea, el entorno familiar y la privacidad de autonomía, concluyen que es de suma importancia la consideración de los diferentes elementos que modulan la experiencia de estar ingresado en una UCI y el respeto a la intimidad de la persona. Dentro de las conclusiones se destaca que el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o sólo satisfacción del usuario, es donde "el otro" necesita ser cuidado; donde la enfermera crece junto al usuario y su familia y se identifica con ellos, otorgándoles cuidados centrados en la persona; esta mirada humana es útil para todas las áreas de desarrollo del profesional enfermera(o), no sólo para el área asistencial sino también en la gestión, investigación y docencia. (Amoros, et al, 2008).<sup>46</sup>

En el estudio *From the context of nursing, analyzing the humanized care*, de 2010, sustentado teóricamente por Jean Watson; pone de manifiesto la importancia de la gestión de enfermería que permite organizar los recursos disponibles para entregar un cuidado humano. Así mismo en el ámbito asistencial plantea dos puntos trascendentes: cambiar la mirada biomédica: para atender al otro respetándolo como persona y ayudarse de la tecnología para otorgar cuidados sin tecnologizarlos. Concluye que la humanización del

---

<sup>46</sup> Amoros Cerdá SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, E & Pérez Juan. (2008). Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 19 (4), 193 – 203.

cuidado requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupar y compromiso explícito de la institución; no obstante realizar cuidado humanizado no implica más dinero, sino que se deben "gestionar" los recursos de mejor manera para poder lograr la contratación de más personal, así como ambientar los servicios para entregar una atención personalizada al usuario y su familia, aspectos importantes en la búsqueda de atención humanizada (Ceballos, 2010).<sup>47</sup>

Por otra parte un estudio descriptivo exploratorio titulado Humanización de la Atención de enfermería en el quirófano; realizado en la ciudad de Belo Horizonte, en Brasil, basado en la teoría humanística de Paterson e Zderard concluye que para realizar una aproximación a lo que representaba la humanización para los profesionales de enfermería de salas de cirugía y su relación con la satisfacción del paciente, se debe ofrecer una atención humanizada, ética y digna necesitaría, antes de cualquier otro tipo de formación y se hace necesario humanizar a los profesionales sanitarios. Esta humanización podría llevarse a cabo a través del conocimiento de los conceptos básicos que la integran y el cultivo de nuevas costumbres y posturas. Así, la atención de un caso más y consecuentemente la exclusión de su familia, posiblemente, sería una postura que debería ser revisada con el compromiso de todos los profesionales que componen el equipo asistencial; al tener en cuenta que una experiencia quirúrgica cambia la vida de toda la unidad familiar. Determinar qué papel tiene la familia del paciente o aquellas

---

47 Ceballos Vásquez Paula Andrea. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado *Cienc. Enferm*, 16 (1), 31 - 35. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es).

personas que son significativas para él sería otro reto para el futuro de la asistencia humanizada. Para humanizar los profesionales sería necesario considerar los límites, potencial y necesidades de cada uno de ellos. De esta manera, tanto los clientes como la propia institución tampoco deberían ignorar las preferencias y particularidades del personal sanitario, pues es imposible desarrollar un ambiente humanizado si el personal que imparte la asistencia está insatisfecho; los profesionales sanitarios también deben ser vistos como seres humanos. Finalmente, subraya que no es fácil humanizar la asistencia pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es fundamental un nuevo replanteamiento y organización para conseguirlo. La atención humanizada sería, probablemente, el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en un servicio de salud (Heluy, et al, 2004).<sup>48</sup>

En el artículo de Moreno-Ferguson, M, Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería, basada en los modelos conceptuales y las teorías que describen los conceptos de Roy, Orem, Leininger, Watson, Newman, Parse, Peplau, King y Levine, destaca que Humanización hace referencia al ser humano, que es todo aquello relativo o perteneciente al hombre y propio de él. Los seres humanos se caracterizan porque son únicos y trascendentes, existen en relación con otros, están inmersos en un contexto familiar y social, con creencias y valores enraizados en la cultura. Tienen capacidad de introspección y por ello una visión de la vida particular y

---

<sup>48</sup> Heluy de Castro Carolina, De Faria Taís Efigênia, Cabañero Rosa Felipe & Castelló Cabo Miquel. (2004). Humanización de la Atención de enfermería en el quirófano. *Index Enferm*, 13(44),18 - 20. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es).



única; su ser es más que un cuerpo físico, posee unas características personales y atributos que lo diferencian de los demás; su existencia adquiere sentido en la medida en que tiene una continuidad entre el pasado y el presente, y una proyección hacia el futuro.

Por ello, desde esta perspectiva humanizada, es fundamental reivindicar la importancia de la visión subjetiva de las personas en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento de los problemas de salud; Una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente (Moreno, 2013).<sup>49</sup>

Estos estudios realizados frente a la percepción del cuidado de enfermería en diferentes ámbitos asistenciales nos permiten ver como la enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, respaldada en bases teóricas que le dan sentido y metodología; así como por la práctica que la hace funcional; no obstante dentro de estos estudios se destaca la ausencia de estudios que indaguen sobre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en el paciente con enfermedad oncológica y más aún que estén respaldados por instrumentos propios de enfermería desarrollados a partir de este conocimiento que como ciencia posee la enfermería.

---

<sup>49</sup>Moreno Ferguson, M. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan*, 13 (2). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515>.

Por otro lado Ernestine Wiedenbach manifiesta que el arte de la enfermería incluye la comprensión de las enfermeras sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes, las metas de su desarrollo y las acciones destinadas a la mejora de la capacidad de los mismos dirigiendo las actividades relacionadas con el plan médico para mejorar sus condiciones; define la salud como el bienestar total tomando al individuo como un ser holístico, analizando sus aspectos tanto biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La persona perdía su salud cuando surgía en él una necesidad que solamente el campo de la salud podía resolver.

Por la misma línea Jean Watson reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente. Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro y es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

De acuerdo a la revisión de sustento teórico encontrada, este estudio permitirá ampliar el campo de conocimiento de la enfermería bajo la guía de la teoría de cuidado humano de Jean Watson; ya que al indagar sobre cómo es percibido el cuidado de enfermería por el paciente con enfermedad oncológica, permitirá describir y enfocar el cuidado de enfermería hacia la humanización del mismo, direccionando la práctica diaria bajo un sustento teórico sólido, restando papel protagónico a la visión biológica de la enfermedad oncológica, y compenetrarlo con los factores de tipo espiritual, social, y psicológico los cuales influyen directamente y cambian ante un proceso de enfermedad.

Y así buscar a través de un quehacer holístico resaltar el papel que la enfermera desarrolla a diario en el ambiente clínico. De igual manera, comprender fenómenos que afectan o garantizan el cuidado siendo este la base de la profesión, a partir de la formulación y resolución de problemas tomando como herramienta principal el campo de la investigación y la evidencia empírica científica. Se considera que a través de esta investigación se podrán identificar posibles falencias en el proceso de atención de enfermería para este tipo de pacientes, como también será una posible fuente para nuevos interrogantes que orienten la investigación en enfermería

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General:**

Describir la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado en la IPS de IV nivel.

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Describir la percepción del cuidado humanizado por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado según la categoría de Priorizar el sujeto de cuidado (la persona).
- Describir la percepción del cuidado humanizado por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado según la categoría de Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.
- Describir la percepción del cuidado humanizado por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado según la categoría de Cualidades del hacer de enfermería.

## 1.4 Definición de Conceptos

### 1.4.1. Percepción

Percepción es la opinión del paciente hospitalizado acerca del cuidado que le proporciona el personal de enfermería a través del cuidado, calidad técnica, disponibilidad, continuidad y resultado del cuidado (Rivera & Triana, 2007).<sup>50</sup>

Las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de calidad del servicio; encontrándose que los usuarios que mantienen altos grados de satisfacción con la atención de enfermería manifiestan agradecimiento y complacencia con el trato recibido durante su estancia hospitalaria, que se refleja en forma importante en la evaluación en la calidad. La percepción del usuario y su satisfacción es un fenómeno que está determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales (Cabarcas, Montes & Ortega, 2009 ).<sup>51</sup>

Para este trabajo de investigación se determinó que percepción es la apreciación de las experiencias previas de los pacientes ante el cuidado que ha recibido durante su hospitalización o la atención que ha tenido por parte del personal de salud.

---

<sup>50</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly. Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

<sup>51</sup> Cabarcas I., Montes A., Ortega G. (2009). Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Rev. Actual Enferm*, 12(1), 8 – 11. Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Satisfacciondelpacientehospitalizado.htm>

### 1.4.2. Cuidado Humanizado

Cuidado Humanizado es el manejo del paciente de manera integral, tomando en cuenta su esfera biopsicosocial y no sólo su esfera física, es decir, considerar al ser humano de manera holística, basando la atención de éste en los principios bioéticos que rigen el actuar del profesional de Enfermería y haciendo partícipe de los cuidados a su familia y su entorno.

También se define como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad (Ladman, 2014)<sup>52</sup>, o como “el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente-enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve” (Palacios, 2013)<sup>53</sup>.

La definición que le otorga J. Watson al concepto de cuidado humanizado, señala que “los pacientes necesitan una atención integral que fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida (Figueroa, Jiménez & Godoy, 2010).”<sup>54</sup> Además, diversos estudios

---

<sup>52</sup> Ladman Navarro Cecilia, et al. (2014). Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enfermería*; 3(2), 12 – 21.

<sup>53</sup> Palacios L. (2013). *Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el servicio de emergencia*. (Trabajo de Grado para Enfermería). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.

<sup>54</sup> Figueroa W, Jiménez M, & Godoy L. (2010). Conocimientos sobre los principios éticos y las implicaciones legales en las prácticas profesionales de los estudiantes de enfermería del octavo semestre del lapso 2010-2 de la Universidad Centro Occidental Lisandro

confluyen en que el cuidado humanizado de enfermería debe basar la labor social de la salud en una atención integral, considerando a la persona como una unidad de cuerpo, mente y alma, abarcando también su contexto social, cultural, histórico y psicoemocional (Díaz & Oliveira, 2011; Ferre et al, 2008)<sup>55, 56</sup>

Para este trabajo de investigación determino que cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o sólo satisfacción del paciente, es donde el paciente necesita ser cuidado; donde la enfermera crece junto al paciente y su familia y se identifica con ellos, otorgándoles cuidados centrados en el paciente; esta visión humana es útil para todas las áreas de desarrollo del profesional de enfermería no sólo para el área asistencial sino también en la gestión, investigación y docencia.

### **1.4.3. Paciente Adulto Hospitalizado con Enfermedad Oncológica**

Es la persona en la cual su compromiso patológico de la salud como el cáncer conduce a que la persona tema por la pérdida de su vida o, por lo menos, a tener que aceptar que hay una disminución de las funciones orgánicas, una incapacidad para disponer de sus posibilidades de autocuidado, tan necesarias todas para poder aprovechar plenamente la

---

Alvarado decanato de ciencias de la salud. (Trabajo de grado para enfermería). Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela. Recuperado de <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY44DV4F532010.pdf>

<sup>55</sup> Díaz E, Santana L, & Oliveira E. (2011). La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación para cuidado transpersonal. *Rev. Latino-Am. Enfermmagen*; XIX (2)

<sup>56</sup> Ferré-Grau C, Rodero V, Cid D, & Vives C. (2008). El relato de la experiencia depresiva. Aplicando los factores cuidadosos de Jean Watson. *Index Enfermería*, 17(1), 22 – 24.

existencia. Por eso al paciente adulto hospitalizado con enfermedad oncológica no se le debe considerar sólo por el dolor físico que le pueda provocar su enfermedad, sino, en especial, por el dolor espiritual que también lo asiste, sentimiento que al decir de Aristóteles "desquicia estraga la naturaleza del que lo sufre (Waldow & Figuero, 2008)".<sup>57</sup>

La enfermera debe tratar desde un punto de vista biopsicosocial al paciente, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el paciente oncológico. Por lo que es preciso tener en cuenta el punto de vista psicológico, cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación (Ceballos & Gutiérrez, 2012).<sup>58</sup>

Personalmente considero que el paciente adulto hospitalizado con enfermedad oncológica es aquel que tiene un componente patológico cancerígeno el cual compromete su estado físico, emocional, espiritual, familiar, que se enfrenta a muchas situaciones en las que su condición de salud y expectativa de vida cambian, sus necesidades se hacen prioritarias y requiere de la intervención de un equipo interdisciplinario para lograr una mejor calidad de vida.

---

<sup>57</sup> Waldow Vera Regina & Figueroa Borges Rosalía. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16(4), 765 – 771.

<sup>58</sup> Ceballos M, Claudia E & Gutiérrez G, Susana. (2012). Humanización de la atención en salud. (Trabajo de Grado para Posgrado en Salud Pública). Universidad CES, Medellín, Colombia. Recuperado de [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion\\_servicios\\_salud.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion_servicios_salud.pdf)



## Capítulo 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Teoría del Cuidado Humanizado

Desde el siglo XIX, las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.

Una de las mayores líderes y teóricas del cuidado que se hizo notable por una manera distinta de investigar cuidado, (la etnoenfermería, una metodología inspirada en la etnografía) fue Madeleine Leininger (1991)<sup>59</sup>, ella en sus estudios con culturas diversas identificó una amplia gama de categorías de cuidado. Algunos de los comportamientos y actitudes son: respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Los pacientes, en general se sienten seguros al recibir un cuidado humanizado realizado con competencia y habilidad, pero acompañado de consideración, comprensión; con toques amables, respetuosos. Para que el cuidado se concrete, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerados como seres humanos y no como objetos (Waldow, 2014).<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Leininger MM. (1991). Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: EE. UU. NLN,

<sup>60</sup> Waldow Vera Regina. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*, 23 (4), 234 - 238. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es).

En la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderard enfatiza que los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como:

"Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intra subjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas". En esa interacción, que va más allá del estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de compartir las experiencias, llevando a una intra subjetividad, a un *estar con*. Para *estar con*, "es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional". El enfermero puede contribuir con ese proceso de "convertirse" del paciente, cuando también enfrenta el mismo proceso de "venir a ser"; "convertirse". Su autoaceptación, conciencia personal y actualización de su potencial, le permiten interactuar con el otro y ayudarlo a "ser más". De esta manera hay un verdadero "encuentro" o un compartir. Ese momento amplía la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más (Paterson & Zderard, 1998; Mondin, 1980; Leite & Freitag, 2005)<sup>61 62 63</sup>.

---

<sup>61</sup> Paterson J & Zderard L. (1998). *Enfermería Humanística*. New York, EE. UU.: Asociación Nacional de Enfermería.

<sup>62</sup> Mondin B. (1980). *El hombre: ¿quién es él? Elementos de la antropología filosófica*. São Paulo, Brasil: Paulus. (Colección Filosofía, 1).

<sup>63</sup> Leite Araujo Maria Alix & Freitag Pagliuca Lorita Marlena. (2005). Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Index Enferm*, 14 (48-49), 42 - 45. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es).

Rivera y Triana (2007), definen el cuidado humanizado como “el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador – ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.”<sup>64</sup>

La doctora Jean Watson, autora de la Teoría del Cuidado Humano, sostiene que, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. Además, define la enfermería como “ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética” (Rivera & Triana, 2007)<sup>65</sup>. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

---

<sup>64</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

<sup>65</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007) Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. *Actual Enferm*, 10 (4), 15 – 21.

Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo el individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, y señala que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma. Para Watson, el foco principal de la enfermería está en diez factores de cuidado derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos. Son ellos: 1) practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente; 2) ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado; 3) cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser; 4) desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza; 5) estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos; 6) uso creativo del ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección; 7) comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje; 8) crear un ambiente protector de todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz; 9) asistir a las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial, el cual potencializa la alianza mente, cuerpo y espíritu; 10) estar abierto y atento a la

espiritualidad y a la dimensión existencial de su propia vida (Nascimento & Erdmann, 2009) <sup>66</sup>.

Los aspectos interpersonales-transpersonales-espirituales, reflejan la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

---

<sup>66</sup> Nascimento, KC. & Erdmann, AL. (2009). Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Revista Latino-am Enfermagem*, 17 (2), 215 – 221. Recuperado de <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf)>

En su primer libro *Nursing: The philosophy and Science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

Al realizar la revisión de los principales aspectos de la teoría de Jean Watson se encuentra que ella definió en su teoría los conceptos metaparadigmáticos; los supuestos y

factores curativos de la ciencia del cuidado (Marriner & Raile, 2003)<sup>67</sup>. Se simplificar los conceptos paradigmáticos de su teoría en el siguiente esquema: (Ver Ilustración 1)

#### CONCEPTOS METAPARADIGMA DE LA TEORÍA DE JEAN WATSON



**Ilustración 1** Elaborado por María Claudia Malpica Tinoco

Al comprender los conceptos del metaparadigma de la teoría de Watson podemos comprender los factores curativos de la ciencia del cuidado planteados por la teorista en el desarrollo de la práctica de enfermería para lograr brindar un cuidado holístico y que la enfermería cumpla con su objetivo, estos factores son:

---

<sup>67</sup> Marriner-Tomey A & Raile-Alligood M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid, España: Elsevier.

- 1- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
  
- 2- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
  
- 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
  
- 4- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.



- 5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
  
- 6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
  
- 7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
  
- 8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de

relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

- 9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
- 10- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. (Urta, 2011).<sup>68</sup>

La teoría de cuidado humano de Jean Watson es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

---

<sup>68</sup> Urta M. Eugenia, Jana A. Alejandra & García V. Marcela. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc. Enferm*, 17(3), 11 - 22. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es).

Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

- **Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.
- **Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

- **Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida (Miranda, Monje & Oyarzun, 2014).<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Miranda C. Paulina, Monje V. Pablo, & Oyarzún G. Jéssica, (2014). *Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014*. [Trabajo de Grado para Enfermería]. Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

### Categorías de cuidado de Watson:



Ilustración 2 Elaborado por María Claudia Malpica Tinoco

#### 2.1.1. Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado.<sup>70</sup>

<sup>70</sup> <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/#sthash.FOTNYsBl.dpuf>



**Ilustración 3** Elaborado por María Claudia Malpica Tinoco

### **2.1.1.1. Interacción enfermera- paciente**

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. El cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella

conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente).

#### **2.1.1.2. Campo fenomenológico**

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana y responde a la condición del ser, del paciente (espíritu, alma), de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

#### **2.1.1.3. Relación de cuidado transpersonal**

Es la unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta permite al paciente y a la enfermera entrar en el campo fenomenológico del sujeto de cuidado.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término transpersonal quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.



#### 2.1.1.4. Momento de cuidado

Según Watson, “es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. Para Watson, “el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo, no una simple meta para quien es cuidado (Rivera & Triana, 2007)”<sup>71</sup>. Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Con relación a la humanización, en España se realizó el estudio denominado “Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar” concluyendo que dicha escala se plantea fiable y en principio válida con una estructura coherente de cinco factores, que recoge el sentido que la persona da al

---

<sup>71</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

sufrimiento, dejando abierta la posibilidad de la exploración según poblaciones y en función de que existan o no creencias religiosas (Bermejo, et al, 2013).<sup>72</sup>

Otro estudio realizado en España llamado “Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención”; concluyendo que: El cuestionario reúne suficientes propiedades psicométricas para ser considerado una herramienta útil y fiable capaz de medir con objetividad la satisfacción de los trabajadores con los cuidados de la enfermería del trabajo (Alonso, et al 2013).<sup>73</sup>

Al realizar una revisión de la literatura en Colombia, en el 2010, se realizó un estudio de “Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida, versión familiar en español”. El estudio se desarrolló en tres pasos (1. Afinación semántica, 2. Validez de contenido y facial, 3. Aplicación del instrumento con los ajustes realizados en los pasos anteriores y la medición de la confiabilidad).

El cálculo y análisis de la confiabilidad se determinó con 36 ítems. Se determinó la estabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación entre totales en 0,88 la cual se considera una correlación positiva fuerte, que satisface los criterios de confiabilidad test-

---

<sup>72</sup>Bermejo, J.C.; Lozano, B.; Villaceros, M. & Carabias, R. (2013). Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *Anales Sis San Navarra*, 36 (1), 35 - 45. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137- ISSN 1137-6627](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137- ISSN 1137-6627),

<sup>73</sup> Alonso Jiménez Esperanza, Cabeza Díaz Pedro, Gutiérrez Fernández, Pérez Manjón Gemma, & Tomé Bravo Ana Rosa. (2013). Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. *Med Segur Trab*, 59 (230), 26 - 49.

retest. Finalmente se recomienda continuar con el proceso de confiabilidad, enfocado en estudiar con mayor detenimiento los 12 ítems que reportaron correlaciones bajas o negativas (Arcos, 2010).<sup>74</sup>

Dentro del enfoque de la humanización se encuentra el estudio “Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson”. Cuyo objetivo fue validar Caring Efficacy Scale y Nyberg’s Caring Assessment, elementos basados en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano que se fundamenta en los aspectos humanos y éticos del cuidado. Los instrumentos fueron validados en una muestra de 360 enfermeras chilenas. Los coeficientes de alfa de Cronbach fueron de 0,76 para Caring Efficacy Scale, y de 0,82 para el Nyberg’s Caring Assessment”. Se pondera divergencia como estrategia de esta validez en ambos instrumentos y se utiliza una subescala que evalúa la falta de empatía con el sufrimiento del otro (Poblete, Valenzuela & Merino, 2012).<sup>75</sup>

A lo largo de la revisión bibliográfica se han encontrado varias teoristas y artículos que hablan sobre el cuidado de enfermería, la calidad en la atención, la seguridad del paciente, la percepción del cuidado y que fueron descritos anteriormente. A partir de

---

<sup>74</sup> Arcos Imbachi, Diana Marcela. (2010). *Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español*. [Trabajo de Grado para Maestría en Enfermería]. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/3924/1/539454.2010.pdf.pdf>

<sup>75</sup> Poblete Troncoso, Margarita. Valenzuela Suazo, Sandra & Merino, José Manuel. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*, 12 (1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8-21/pdf>

dicha revisión se ha concluido utilizar la teoría de Jean Watson en esta investigación, ya que define el cuidado humanizado de manera amplia y cuenta con el instrumento válido y confiable que permite describir la percepción del cuidado humanizado de enfermería.

A partir de la experiencia del cuidado de enfermería en el área clínica se ha tenido la oportunidad de identificar la importancia de la relación terapéutica con los pacientes para fomentar momentos de cuidado que afecten de manera positiva la calidad de vida de los mismos, Watson plantea que esta relación va más allá de la persona, tiempo y el espíritu lo que permite una armonía entre el cuerpo y el alma, por lo anterior en el desarrollo de esta investigación y por las características de los pacientes objetos de estudio se puede identificar, aplicar y evaluar cada uno de los conceptos de la teoría. Con el fin de comprender esta teoría de enfermería se ha realizado un mapa conceptual donde se reúnen los elementos fundamentales: (Ver mapa conceptual)

MAPA CONCEPTUAL TEORÍA CUIDADO HUMANO - JEAN WATSON

CUIDADO HUMANO - RELACIÓN TERAPÉUTICA RELACIONAL, TRANSPERSONAL E INTERSUBJETIVO

Define conceptos paradigmáticos de enfermería

Plantea 10 factores curativos de la ciencia del cuidado

PERSONA: unidad de mente – cuerpo y espíritu  
ENTORNO: donde sucede la curación  
ENFERMERÍA: arte al entender los sentimientos del otro  
SALUD: la armonía entre cuerpo, alma y espíritu.

Formación de un sistema de valores humanístico altruista, infundir fe esperanza, sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, desarrollo de relación de ayuda confianza, promoción y aceptación de la expresión de sentimientos, utilizar método de resolución de problemas para la toma de decisiones, promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección, asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas, tolerancia con las fuerzas fenomenológicas-

Mapa Conceptual Elaborado por María Claudia Malpica Tinoco

Genera así

Premisas teóricas

1. El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades
2. Expresión de ayuda y de sentimientos favorece relación enfermera paciente
3. La sinceridad de la enfermera se relaciona con la eficacia del cuidado
3. GENUINIDAD PERMITE GRANDEZA Y EFICACIA DEL CUIDADO

Donde

El objetivo del cuidado de logra por medio de los sentimientos del paciente, el apoyo emocional, el apoyo físico, las características de la enfermera, las cualidades del hacer de enfermería, la proactividad, al priorizar el cuidado y la empatía

Por lo cual los conceptos de la teoría son:

Interacción enfermera paciente: proceso interpersonal con dimensión transpersonal  
Campo fenomenológico: realidad subjetiva compuesta por la experiencia humana y responde a la condición del ser del paciente.  
Relación de cuidado transpersonal: unión espiritual entre dos personas que trasciende persona, tiempo, espacio e historia de vida, compromiso moral.  
Momento de cuidado: el foco en el espacio y el tiempo donde el cuidado humano es creado

Todo permite

CUIDADO HUMANIZADO

## 2.2 Percepción

Proveniente del latín, de la palabra *perceptio*, que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo, la percepción es entendida por la psicología como el primer momento de elaboración cognoscitiva, es decir, la primera instancia en la cual la información recibida se transforma en un elemento conocible y comprensible. En otras palabras, la percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de todo aquello de le rodea (Rivera & Triana, 2007).<sup>76</sup>

Según Hermann L. F. Helmholtz “es el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes”. Como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. La percepción es una dimensión determinada por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado (Sepúlveda, 2011)<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup>Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

<sup>77</sup> Sepúlveda Carrillo Gloria Judith, ET AL. (2011). Estudio piloto de la validación del cuestionario ‘care-q’ en versión al español en población colombiana. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4 (4), 13 - 22

Melum & Sinioris “Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud. Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente”. La percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios se evidencia en la importancia de los siguientes factores: tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y el usuario, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los doctores entre otros (Sepúlveda, 2011)<sup>78</sup>.

Larson (1997), Mc Daniel (1990), Newman (1990), Mark (1990), Morales (1992), Meleis (1992), refieren que la expresión y la percepción o comportamientos son únicos e irrepetibles y son determinantes en la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre la enfermera y el paciente. Es importante tener en cuenta que la percepción de la experiencia del cuidado recibe influencia de múltiples factores sociales, personales, históricos y culturales (Ramírez & Parra, 2011)<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Sepúlveda Carrillo Gloria Judith, ET AL. (2011). Estudio piloto de la validación del cuestionario ‘care-q’ en versión al español en población colombiana. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4 (4), 13 - 22

<sup>79</sup> Ramírez Claudia & Parra Myriam. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*, 29 (1), 97 - 108. Recuperado de <http://www.index-f.com/rae/291/097108.php>

### **2.2.1. Características de la percepción**

La percepción de un individuo se caracteriza por ser subjetiva, selectiva y temporal. “Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (Medina, 2015).<sup>80</sup>

### **2.2.2. Componentes de la percepción**

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas que depende de dos factores: “Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.; y los factores internos que provienen del individuo, como son las necesidades (el reconocimiento de la carencia de algo), motivaciones(vinculada a las necesidades, sin embargo, no actúa siempre conjuntamente, pues una misma motivación puede satisfacer a

---

<sup>80</sup> Medina Velandia, Juan Carlos. (2015). Percepción Recuperado de <http://www.educacion-virtual.org/files/Percepcion.pdf>



diversas necesidades) y experiencia previa (individuo aprende de las experiencias, y esto afecta al comportamiento), y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos (Alonso, et al 2013).”<sup>81</sup>

La percepción de los pacientes se basa en visualizar lo que se encuentran en su alrededor y expresar lo que perciben a lo largo de su vida, además el proceso que este representa en nuestro interior y la manera como lo expresamos. De tal manera se ve el cuidado de enfermería como un modo de ser, manera de estructurarse del propio ser y de darse a conocer. El cuidado es la base fundamental de enfermería ya que se percibe como la manera de que el ser humano pueda conocerse a sí mismo y lograr el equilibrio de su cuerpo (Rengifo, Evies & Maldonado,2008).<sup>82</sup>

La atención en salud es considerada como uno de los servicios con mayor demanda social en el mundo, los que brinda enfermería corresponden a de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención. La percepción del paciente de los servicios de enfermería se considera como una actividad guiada por las expectativas que este tiene, las

---

<sup>81</sup> Alonso Jiménez Esperanza, Cabeza Díaz Pedro, Gutiérrez Fernández, Pérez Manjón Gemma, & Tomé Bravo Ana Rosa. (2013). Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. *Med Segur Trab*, 59 (230), 26 – 49

<sup>82</sup> Rengifo, Julia. Evies, Ani & Maldonado, Marlene. (2008). Percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de Enfermería en la unidad de atención de cirugía. *Revista Portales Médicos*. Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-pacientes-cuidados-enfermeria-cirugia/>.

cuales pueden ser modificadas por la información brindada por el profesional y depende de la calidad de los servicios otorgados (Martinez, Nieto & Rayas, 2013).<sup>83</sup>

En relación con este tema se encontraron estudios como Percepción del cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de EsSalud Huacho, en el que se concluye, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad. Deducen en consecuencia que el personal de enfermería debe poner más interés y entrega en su trabajo, así como en la relación que establece con el paciente. (Espinoza et al. 2010) <sup>84</sup>

Por la misma línea el estudio Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería cuyo objetivo fue conocer la percepción que tiene el derechohabiente de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California, de la atención recibida por el personal de enfermería. Donde se realizaron 92 entrevistas a usuarios de los servicios de medicina preventiva y consulta externa tomando en cuenta a las variables trato digno, respeto y profesionalismo. Donde en términos generales la percepción que tienen los usuarios de la atención que

---

<sup>83</sup> Martínez Hernández Diana, Nieto Mejía Viridiana & Rayas Suarez Estela. (2013). *Percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio en un consultorio de enfermería*. [Trabajo de Grado para Enfermería]. Universidad autónoma de Queretaro, Queretaro, México.

<sup>84</sup> Espinoza Medalla Leonor, Huerta Barrenechea Karim, Pantoja Quiche Junior, Velásquez Carmona Walter, Cubas Denisse & Ramos Valencia Alí. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Revista Ciencia y Desarrollo*, 13 (1), 53 – 61. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/441>

brinda el personal de enfermería es mala, lo que muestra la necesidad de implementar modelos enfocados a la atención integral hacia el paciente y el respeto a sus derechos desde las escuelas de enfermería, para avanzar en la profesionalización de la enfermera (Puebla, et al, 2009).<sup>85</sup>

En el estudio “Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto”, una investigación cualitativa, las experiencias que los informantes mostraron, dieron pauta para que fueran organizadas e interpretadas llegando a encontrar un punto de coincidencia entre los participantes y los autores en sus respectivas entrevistas acerca del cuidado: 1. El cuidado brindado a los pacientes fue eficaz durante su estancia hospitalaria. 2. El trato digno, se desglosó en adecuado e inadecuado, para lograr ofrecer el trato digno es necesaria una cercanía con habilidad, amabilidad, seguridad, respeto, direcciona el sentir a una constante confianza y libertad para aclarar dudas, expresar sentimientos y exterioriza actividades de la vida diaria que desean y requieren cubrir. 3. Las actitudes profesionales en cuanto a la humanización y deshumanización fueron mencionadas indirectamente, encontrando que se da de acuerdo con el momento en el que se desarrolle alguna actividad 4. En cuanto al apoyo emocional, los participantes se sienten seguros y tranquilos, apoyados emocionalmente al momento de ser cuidados. Recalca que investigar el cuidado a través de la percepción de los pacientes es un proceso complejo que depende de la información que el mundo entrega, como de las experiencias

---

<sup>85</sup> Puebla Viera Dulce Carolina, Ramírez Gutiérrez Alejandro, Ramos Pichardo Paula & Moreno Gómez Mireya Teresa. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17 (2), 97 - 102 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092g.pdf>

de quien percibe; se puede afirmar que, éste juzga según lo que el paciente percibe y no a como lo ve directamente el profesional de salud. Día a día el personal de enfermería que no lleva a cabo ese cuidado óptimo debido a distintos factores que modifican las conductas; dichos factores son desconocidos por ambas partes tanto del personal de enfermería. Todo esto trae como consecuencia una atención carente de calidad y calidez para el paciente (Segura, Miranda & Guillén, 2014).<sup>86</sup>

En el estudio realizado en una institución de salud de Santander que tuvo como objetivo investigar la calidad del cuidado de enfermería basado en la percepción de los pacientes de una unidad de oncología; reporta que evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. El conocimiento de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería gana aún más importancia al permitir que el enfermero comprenda los requerimientos del paciente, evalúe como está aplicando su cuidado y realice acciones que eleven su nivel profesional. El interés de los profesionales de enfermería se ha centrado siempre en prestar cuidados de calidad, sería errónea esta concepción sin tener en cuenta la opinión de los pacientes; es importante que las atenciones dirigidas al

---

<sup>86</sup> Segura Granados Karen Ivette, Miranda García Claudia Marcela & Guillén Cadena Dulce María. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. *Revista electrónica de investigación en enfermería fesi-unam*. 3(5), 28 – 36. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/300/435>

paciente oncológico sean efectivas, eficientes, aceptables, accesibles, valoradas como útiles por los propios pacientes es decir en términos de calidad de vida experimentada a partir de la aplicación de una terapia oncológica. Evaluar lo que piensan los pacientes acerca del cuidado que brindamos, además de conocer sus experiencias y expectativas al respecto, permite mejorar la práctica de cuidado articulando la teoría, la investigación y la práctica (Bautista, 2008).<sup>87</sup>

La satisfacción percibida por el paciente es producto de la atención hospitalaria que reciben los pacientes y un indicador fundamental de la calidad de los cuidados que se prestan y la percepción, es el eje central de una interacción efectiva de la enfermera con el paciente. Por lo tanto, conocer cómo percibe el paciente el cuidado de enfermería es de gran importancia para el sector salud, debido a que la enfermera es quien mantiene mayor contacto directo con el paciente y es ella a través de un cuidado humanizado eficaz quien pudiera modificar la percepción que el paciente tiene con relación a la atención que recibe.

---

<sup>87</sup> Bautista L M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8 (1).

### 2.3 Paciente adulto hospitalizado con Enfermedad Oncológica

La enfermedad es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud. Según la OMS, salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento.

El paciente hospitalizado percibe la salud y la enfermedad de diferentes maneras siendo estas un fenómeno complejo y particular, éste reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones de su personalidad (emocional, racional, físico y espiritual). Así, cada paciente vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que dé a tales experiencias. Cuando la persona se enferma y se hospitaliza, lo hace de forma integral, todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono. (Ceballos & Gutiérrez, 2012) <sup>88</sup>

---

<sup>88</sup>Ceballos M, Claudia E & Gutiérrez G, Susana. (2012). Humanización de la atención en salud. (Trabajo de Grado para Posgrado en Salud Pública). Universidad CES, Medellín, Colombia. Recuperado de [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion\\_servicios\\_salud.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion_servicios_salud.pdf)

El cuerpo experimenta dolor mientras el yo sufre. El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su autopercepción y produciendo agonía permanente. La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo. Muchas personas encuentran que su religión es de gran apoyo, con frecuencia buscan ese sostén en los representantes de su fe, incluso los incrédulos se encuentran reconfortados en creer en un ser superior, por lo que es necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta este aspecto importante de la persona. Una de las preocupaciones más importantes del paciente con enfermedad oncológica es psicológica, aunque la relación con los problemas físicos es en muchos casos directa.<sup>89</sup>

La pérdida de la identidad puede manifestarse de formas diferentes:

- Pérdida del papel desempeñado en el ámbito familiar y preocupación por seguir perdiéndolo.
- Pérdida del papel profesional y económico.
- Debilitación de las capacidades intelectuales.
- Temor a perder el autocontrol mental y/o físico.
- Temor a que el dolor pueda llegar a ser incontrolable.

---

<sup>89</sup> Instituto Nacional del Cáncer. (2016). Atención en el hogar para pacientes con cáncer. Bogotá, Colombia. Recuperado de <<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/atencion-hogar>>

- Miedo a morir.
- Preocupación de haberse convertido en una carga.

Por lo anterior el personal de salud y especialmente el de enfermería debe tener en cuenta unos principios bioéticos de: No maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia, a la hora de brindar un cuidado integral al usuario. Además, es necesario que el personal de enfermería y la familia, en el momento de cuidado, cuente con las siguientes cualidades como: Escuchar, comprender, acompañar, ayudar, respetar, confortar y consolar. De esta manera se lograría brindar un cuidado humanizado a los usuarios oncológicos. Por lo cual la enfermera no debe olvidar las connotaciones sociales y económicas que afectan la salud del paciente Oncológico. Al igual que en cualquier proceso de atención de enfermería se debe tener en cuenta: una valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La primera intervención del equipo multidisciplinar será la de valorar si la familia puede emocional y físicamente atender de forma adecuada al usuario en función de las condiciones descritas. Además, ya inicialmente debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella, revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo. El trabajo de valoración de la situación familiar debe



ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de una crisis.<sup>90</sup>

También hay que tener en cuenta que los pacientes con cáncer se sienten con frecuencia más cómodos y seguros cuando se les atiende en el hogar. Muchos pacientes quieren quedarse en casa para no separarse de su familia, de sus amigos y de las cosas que les rodean y que les son familiares. Las atenciones a domicilio pueden ayudar a los pacientes a que logren este deseo. Esto implica a menudo un enfoque del equipo compuesto por médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, miembros de la familia, entre otros. El cuidado domiciliario puede ser a la vez remunerador y exigente tanto para los pacientes como para quienes les atienden; puede cambiar las relaciones y requerir que las familias aborden asuntos nuevos y hagan frente a todos los aspectos de asistencia al paciente. Para ayudarles a que se preparen para estos cambios, se recomienda a los pacientes y a quienes les atienden que hagan preguntas y que obtengan tanta información como sea posible del equipo de atención domiciliaria o de organizaciones dedicadas a los cuidados domiciliarios. El médico, la enfermera o el asistente social pueden proveer información acerca de las necesidades específicas del paciente, de la disponibilidad de servicios de atención domiciliaria y una lista de las agencias locales que proveen dichos servicios.<sup>91</sup>

---

90 Instituto Nacional del Cáncer. (2016). Atención en el hogar para pacientes con cáncer. Bogotá, Colombia. Recuperado de <<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/atencion-hogar>>

91 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 2016. Washington, USA. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf>

La labor de enfermería, se centra en el cuidado de su experiencia de vida con la enfermedad, y para poder realizar este cuidado se precisa el reconocimiento del mundo que rodea a familiares, pacientes y cuidadores, explorando en ellos sus patrones de vida y su conciencia en torno a la situación de enfermedad favoreciendo el crecimiento y cuidado humanizado a este grupo de pacientes, la enfermería debe descubrir su propia identidad y meditar alrededor de las fortalezas y debilidades que rigen su cuidado, con el fin de que se desarrollen competencias que los cualifiquen para asumir nuevos retos y nuevas opciones de cuidado personalizado en las situaciones de enfermedades oncológicas. En este sentido, para que enfermería pueda realizar un cuidado humanizado apropiado en las situaciones de enfermedad oncológica y acorde con necesidades verdaderas, debe partir por comprender y entender al paciente, su familia en su labor y su vivencia con pacientes con enfermedad oncológica.

Por otra parte, una de las herramientas con las que cuenta enfermería para empoderar a los pacientes es precisamente la promoción de la salud, no sólo en pacientes en situación de cáncer, sino en la población sana, para evitar enfermedades oncológicas o crónicas en el futuro implicando la movilización y el liderazgo de los pacientes hacia mejores formas de controlar su propia salud, a partir del reconocimiento de su cotidianidad y de la situación de salud en la que se encuentra. Lo anterior cobra valor si se tiene en cuenta la importancia de la promoción de la salud en el control de hábitos como el tabaquismo, el sedentarismo, el alcoholismo, la malnutrición, entre otras, responsables en gran parte de la carga de la enfermedad cancerígenas en el país y que serán determinantes al vislumbrar

las proyecciones de los próximos años.<sup>92</sup> Por lo tanto, la meta de enfermería es favorecer y apoyar al paciente en situación de enfermedad oncológica a conseguir sus propias metas durante el proceso adaptativo a la enfermedad, garantizando el mejoramiento y su calidad de vida.<sup>93</sup>

En el artículo percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados, se presenta la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería desde la percepción de los pacientes oncológicos hospitalizados en una IPS de último nivel. El objetivo fue determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de oncología de una institución de salud; este fue un estudio descriptivo de corte transversal, con pacientes hospitalizados en la unidad de oncología de una institución de salud, a través de la aplicación del Cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (Cucace), los resultados fueron un alfa de Cronbach de 0,96. Los pacientes del estudio están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia en la terapia. La valoración que dieron los pacientes sobre el cuidado recibido de parte de las enfermeras en general fue excelente con un porcentaje de 58.7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%. Se obtuvo una puntuación media de 80.4 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el

---

<sup>92</sup> Instituto Nacional del Cáncer. (2016). Atención en el hogar para pacientes con cáncer. Bogotá, Colombia. Recuperado de <<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/atencion-hogar>>

<sup>93</sup> Instituto Nacional De Cancerología. (2016). La calidad de vida del paciente oncológico desde la bioética. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/documentos/Enfermeria%20Oncol%C3%B3gica/IVJornada/calidaddevida.pdf>

cuidado y de 82.7 para la dimensión de la satisfacción con los cuidados. (Torres & Buitrago, 2011).<sup>94</sup>

Dentro de la búsqueda de artículos se encontró algunos como: Confiabilidad del instrumento para medir “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén, Bogotá. Distrito Capital. Mostrando que el instrumento valora la habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica, el estudio sugiere continuar el proceso psicométrico de confiabilidad, evaluar el comportamiento de los ítems identificados con alguna dificultad en la comprensión, analizar la correlación ítem- escala y dimensión, para adaptar el instrumento.

#### **2.4 Instrumentos empleados para medir el cuidado de enfermería**

Hay algunos instrumentos que miden el cuidado de enfermería, estos son los más importantes y mencionados: Care Q de Larson Creado por Patricia Larson & Ferketich (1981) denominado el Cuestionario de satisfacción del cuidado utilizado en el estudio “Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. , realizado por Edith Molina (2011) en un ejercicio académico de maestría; Caring Ability Inventory CAI (instrumento de habilidad del

---

<sup>94</sup> Torres-Contreras Claudia & Buitrago-Vera Marcela. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 2(1), 138 - 48.

cuidado) Nkongho, Ngozi 1990 usado en estudios como: “La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” por Barrera y compañeras (2004); Caring Behaviors Assessment Tool CBA (cuestionario de comportamientos en la medida del cuidado) Cronin y Harrison 1988, se ha podido mostrar el proceso de validación de una escala que refleja la filosofía del cuidado planteada por Jean Watson, de modo de proporcionar a las comunidades científica y profesional una herramienta que dé visibilidad al aporte del cuidado en la calidad de las prestaciones de salud y de la Enfermería en lo específico, Inventario de Comportamientos de Cuidado CBI Wolf, Colahan y Costello (1986- 1994) Se ha utilizado en “Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo” desarrollado por Deisy Saavedra (2013) y en un estudio llamado Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencia para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. En esta investigación sobre percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado se ajusta más para medir la percepción del cuidado humanizado el instrumento PCHE tercera versión adaptado por Oscar J. González H., 2013, donde se analizaran las tres categorías denominadas: Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, Cualidades del hacer de enfermería, las cuales miden el constructo del instrumento comportamientos de cuidado humanizado. (Ver tabla 2)

<p>“Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería PCHE – Clinicountry” RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. 2007</p>	<p>Se abordan los fundamentos de la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson y la Teoría de la Enfermería como Cuidado de Boykin y Schoenhofer, base conceptual que posibilitó la construcción un instrumento para ser utilizado en la práctica.</p>	<p>Surgió a partir de un estudio que retomaron sus autores de la experiencia de tres enfermeras quienes, en el año 2001, se encontraban en formación como especialistas en Enfermería Cardiorrespiratoria en la Universidad Nacional de Colombia, y se interesaron en abordar el fenómeno del Cuidado Humanizado en pacientes hospitalizados en la ciudad de Bogotá. Tiene Validez facial, 50 ítems escala Likert de 4 opciones</p>	<p>En el 2008, desde la experiencia de un espacio académico a nivel de maestría, se propuso desarrollar un estudio para determinar la validez de contenido y validez facial del instrumento.</p>
<p>Instrumento PCHE Versión 2 RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. ESPITIA, Sonia. 2010</p>	<p>Los investigadores creadores del instrumento junto con la participación de Sonia Espitia, enfermera de la Clínica Country, inician un proceso de deconstrucción del instrumento PCHE Versión 1, siguiendo los referentes teóricos del concepto de Cuidado Humanizado de Watson y los lineamientos de los expertos. Esto permitió la construcción de la 2ª versión de PCHE y la realización de una validación fácil y de contenido, presentando en la actualidad un instrumento de 32 ítems.</p>	<p>Los expertos en el análisis cualitativo de la validez facial y de contenido hicieron diversas observaciones, entre estas fortalecer el respaldo teórico y dentro del estudio se sugiere que se reduzcan el número de ítems, hacer ajustes semánticos de las preguntas y la autora del estudio sugiere enfrentar la investigación a la determinación del nivel de confiabilidad del instrumento.</p>	<p>Aplicado en un estudio para describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención.</p>
<p>3ª versión del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry” adaptado por Oscar J. González H., 2013</p>	<p>Es un estudio con enfoque cuantitativo y de tipo metodológico, que adelantó pruebas psicométricas para determinar la validez y confiabilidad del instrumento “</p>	<p>Para este estudio, se propuso realizar la medición de validez en varios momentos con la participación de personas del común, de expertos en enfermería y finalmente de pacientes hospitalizados. El primer grupo de 176 personas, dieron su opinión para la fase preliminar de ajuste semántico de los ítems, En cuanto la validez por expertos se contó con la participación de 8 enfermeras de se desarrollan profesionalmente en varios ámbitos del cuidado (asistencia, administración y docencia), Para las pruebas de validez de constructo y confiabilidad, se contó con la participación de 320 pacientes hospitalizados, cuenta con validez facial y de contenido, por contar con un índice de aceptabilidad del 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por expertos.</p>	<p>Validez y Confiabilidad del Instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión, proyecto desarrollado en en la IPS Centro Policlínico del Olaya entre los servicios hospitalarios quirúrgicos, gineco obstétricos y de medicina interna. El resultado obtenido es que siempre se perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.</p>

**Tabla 2. Instrumentos para medir el Cuidado de Enfermería Humanizado**

El desarrollo de estos instrumentos contribuye a la calidad de los registros, favorece el juicio clínico y la aplicación del proceso a la enfermería, refuerza el papel del enfermero, favoreciendo la sistematización de su práctica con relación a la humanización. Se encontró en la revisión de la bibliografía que en el estudio percepción del cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de EsSalud Huacho, durante octubre de 2010. Los resultados muestran que algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad. Deducen en consecuencia que el personal de enfermería debe poner más interés y entrega en su trabajo, así como en la relación que establece con el paciente, puesto que tales aspectos constituyen factores importantes para alcanzar la pronta recuperación del mismo, así como su incorporación a la vida laboral (Espinoza, et al. 2010).<sup>95</sup>

Una institución en la ciudad de Bogotá realizó un estudio llamado percepción de cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecología de una institución en el año 2009, donde utilizaron un instrumento llamado “percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de

---

<sup>95</sup> Espinoza Medalla Leonor, Huerta Barrenechea Karim, Pantoja Quiche Junior, Velásquez Carmona Walter, Cubas Denisse & Ramos Valencia Alí. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Revista Ciencia y Desarrollo, 13 (1), 53 – 61. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/441>

enfermería PCHE” donde concluyeron que el personal de enfermería en su gran mayoría mostraba interés por el estado de salud y brindaban un cuidado humanizado a cada una de los pacientes, en la categoría de sentimientos arrojó que los pacientes siempre percibieron sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera- paciente; en cuanto a la categoría de las características de la enfermera se concluyó que el 74 % siempre la percibieron y solo un 2% nunca percibió la empatía, eficacia y el desempeño de sus tareas; en la categoría de apoyo emocional un 74% fue el resultado en que se veía la confianza, apoyo, tranquilidad, cuidado amoroso y delicado al paciente y un 7% que nunca percibió ese apoyo emocional; en la categoría de apoyo físico el 76% siempre lo percibió sintiéndose bien físicamente cuando les hablaban disminuían el dolor, y atendían sus necesidades básicas, el 4% nunca percibió el apoyo físico; en la categoría cualidades del hacer de enfermería refieren que el 78% pudo evaluar los conocimientos, habilidades profesionales y liderazgo y el 1% nunca lo percibió; en la categoría pro actividad el 72 % refiere que la enfermera da instrucciones de su cuidado, ayuda con la información para la toma de decisiones, el 9% no lo percibió; en la categoría empatía el 68% la enfermera establece una relación agradable de escucha, permiten expresar sus sentimientos y tiene facilidad para entablar acercamientos, el 33% nunca percibió empatía; en la categoría priorizar al ser cuidado el 78% se muestran respetuosas, lo llaman por su nombre, respetan sus decisiones, intimidad y lo ponen en primer lugar, el 5% no lo percibió; en la categoría disponibilidad de la atención el 69% siempre percibió el tiempo dedicado, la satisfacción de sus necesidades y responder a su llamado prontamente, el 3% no lo percibió; el personal de enfermería está capacitado y apto para brindar una buena



atención, ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos menos percibidos (González & Quintero, 2009).<sup>96</sup>

El instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)", elaborado por los enfermeros Nelly Rivera y Álvaro Triana, quienes se basaron en los resultados del estudio fenomenológico de Alvis (1) que describió la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en pacientes hospitalizados, a partir del cual construyeron el PCHE, que surgió de la motivación del Departamento de Enfermería de la Clínica del Country de cualificar la práctica de enfermería. Este instrumento consta de 50 ítems que miden la percepción de cuidado teniendo en cuenta nueve categorías que describen la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado, y se fundamenta en las bases teóricas de la doctora Jean Watson, en la revisión bibliográfica de Boykin, Schoenhofer y en el Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y se utilizó para evaluar la percepción de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country de Bogotá. Una vez diseñado, el instrumento "Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)" fue sometido a panel de expertos y a validación facial. De esta manera, se llegó a la definición y construcción del instrumento PCHE versión 1, con 50 ítems con el uso de una escala Likert de 4 opciones (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), donde

---

<sup>96</sup>Gonzales Burgos, Julie Tatiana & Quintero Martínez Diana Carolina. (2009). Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. (Trabajo de Grado para Enfermería). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>

retoman las nueve categorías planteadas por el estudio de Alvis, Moreno y Muñoz. (Reina & Vargas, 2008).<sup>97</sup> Este instrumento fue utilizado en una investigación con el objetivo de identificar la percepción de los usuarios respecto a la humanización de los servicios de salud durante la atención prestada por el equipo de salud, en el servicio de urgencias del Hospital Francisco de Paula Santander. Es un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, realizado en los meses de octubre de 2014 a julio de 2015, con una muestra de 108 pacientes. Arrojando que los usuarios del servicio de urgencias se sienten satisfechos y agradecidos con la atención, porque el personal de salud establece una comunicación clara y cálida de acuerdo con sus condiciones psicológicas y culturales, da el acompañamiento físico requerido, les ayuda a disminuir el dolor, atiende sus necesidades básicas, tienen las competencias necesarias para brindar una atención integral, posee los criterios para controlar la situación del paciente y su entorno, por último, el personal de salud reconoce a cada uno de sus pacientes como un ser humano único e integral, dando respuesta a sus problemas de salud, teniendo en cuenta sus opiniones, necesidades y sentimientos (Ortiz, et al, 2015).<sup>98</sup>

En el 2008, se propuso desarrollar un estudio para determinar la validez de contenido y validez facial del instrumento. Este estudio realizado por Nadia Reina y asesorado por

---

<sup>97</sup> Reina Gamba Nadia Carolina & Vargas Rosero Elizabeth. (2008). Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". *Av. enferm.*, 26(2), 71 - 79. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000200008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200008&lng=en)

<sup>98</sup> Ortiz Diago Gloria Alexandra, Blanco Rebolledo José Yecid, Araujo John Alexander & Zambrano Sánchez Zully Tatiana. (2015). Percepción de los usuarios respecto a la humanización en la prestación de los servicios de salud de urgencias del Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E. (Trabajo de Grado para Posgrado de Administración en Salud). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1160/Gloria%20Alexandra%20Ortiz%20Diago.pdf?sequence=1>

Elizabeth Vargas, señalando que el instrumento tiene una validez facial alta con pacientes, expresado en un índice de 0.94, una validez facial con expertos a nivel medio, con un índice de acuerdo de 0.78 y un índice de contenido de 0.8364; sin embargo, los expertos hicieron diversas observaciones, entre estas fortalecer el respaldo teórico y dentro del estudio se sugiere que se reduzcan el número de ítems, hacer ajustes semánticos de las preguntas y la autora del estudio sugiere enfrentar la investigación a la determinación del nivel de confiabilidad del instrumento. Con lo anterior, los investigadores creadores del instrumento junto con la participación de Sonia Espitia, enfermera de la Clínica Country, inician un proceso de deconstrucción del instrumento PCHE Versión 1; esto permitió la construcción de la 2ª versión de PCHE y la realización de una validación fácil y de contenido, presentando un instrumento de 32 ítems (González, 2013).<sup>99</sup> Este instrumento fue aplicado en un estudio con el objetivo de describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los usuarios hospitalizados en una institución de salud. Investigación de tipo cuantitativa con abordaje descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 269 usuarios hospitalizados. El estudio revela que los usuarios valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos por el personal de enfermería, porque fueron las acciones con el mayor porcentaje obtenido; sin embargo, y a pesar de la satisfacción percibida debe mejorarse el apoyo que se les brinda en momentos críticos que muchas veces no se realiza debido a la carga laboral que demanda el personal de enfermería, y de

---

<sup>99</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN"*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

esta manera se mejora la calidad de los cuidados ofrecidos ( Bautista, et al, 2015).<sup>100</sup>

Tras la aplicación del instrumento PCHE en diferentes estudios y el aporte en la profesión de enfermería, se obtiene una tercera versión de este instrumento en el año 2013 realizado por González Oscar.

### **2.5 Instrumento PCHE 3ra Versión**

Lleva una trayectoria de catorce años de construcción, generado desde el interés de profesionales por la percepción de los pacientes frente a la atención, para este caso, "la atención humanizada". La medición fue realizada en el ámbito hospitalario de Centro Policlínico del Olaya, IPS de tercer nivel de la ciudad de Bogotá (Colombia). Para la realización de esta tercera versión el investigador realizó un estudio metodológico en el que desarrolló pruebas psicométricas al instrumento PCHE en tres fases:

En la primera fase realizó un ajuste semántico de los ítems de la 2a versión facilitada por sus autores, con el fin de lograr una mejor comprensión de los mismos por parte del lector, lo que posteriormente ajustó el sentido de la escala Likert que maneja el instrumento para la calificación de las diferentes afirmaciones. Esta primera fase fue desarrollada con 176 participantes que no eran profesionales del área de la salud y que

---

<sup>100</sup> Bautista-Rodríguez LM, Parra-Carrillo EL, Arias-Torres KM, Parada-Ortiz KJ, Ascanio-Meza KA, Villamarin-Capacho MI, & et al. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Rev. cienc. Cuidad*, 12(1), 105 - 118. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/331>

quisieron participar en el estudio para dar su opinión de que tan claros y comprensible eran los ítems del instrumento. A partir de ese momento se realizaron ajustes a 12 ítems, y se organizó la propuesta de la 3a versión, la cual posteriormente se sometió a panel de expertos en la fase II.

En la segunda fase, se realizó validez facial y de contenido, para ello se contó con un panel de (18) expertos, donde contaron con la participación de ocho enfermeras, quienes laboraban en varios ámbitos del cuidado (asistencia, administración y docencia), además de contar con formación como especialistas en distintas áreas de la salud, magísteres y doctoras en enfermería, y hacer parte de la red latinoamericana de cuidado al paciente crónico. Durante el proceso les suministraron un instrumento con la información básica de los criterios de evaluación (claridad, precisión, comprensión, relevancia y pertinencia), los conceptos abordados por los autores y las categorías definidas por estos. Posterior a esto, evaluaron los 32 ítems del instrumento y expresaron sus observaciones. Para esta medición de la validez, determinaron un índice de aceptabilidad o acuerdo por parte de las expertas de 0,92 en cuanto la validez facial y un índice de validez de contenido (IVC) de 0,98.

En la tercera y última fase, aplicaron las pruebas de validez de constructo y confiabilidad, contaron con una muestra de 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya entre los servicios hospitalarios. Se garantizó la privacidad de la aplicación del instrumento, de acuerdo con las condiciones de infraestructura que

contempla la institución donde se desarrolló el estudio. Para la validez de constructo se aplicó el análisis factorial exploratorio debido a que en las mediciones anteriores el constructo solo tenía un soporte teórico y faltaba el estadístico, usó el programa SPSS para calcular las mediciones correspondientes. Y para la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach. Dentro de la aplicación de esta técnica, se obtuvieron los siguientes resultados: una prueba de KMO de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,0. El KMO indica el grado de intercorrelación de las variables, si es mayor de 0,7 se considera factible; la prueba de Bartlett se considera adecuada con un nivel de significado menor de 0,05. Dado que las pruebas fueron favorables, el análisis factorial sugirió una mejor agrupación de los ítems por sus cargas factorial y por rotación varimax forzada a tres factores, esto indica la posibilidad de determinar de manera factible el análisis factorial. Al respecto de las diferentes rotaciones y agrupaciones por las cargas factoriales, se consideró optar por la rotación de tres factores, los cuales explicaron el 55,5% de la varianza.

Al revisar la trayectoria del instrumento, este nunca había sido sometido a esta medición, pero el autor (González, 2015), <sup>101</sup> hizo una definición teórica del constructo, y, al comparar las categorías, no hay una relación entre la versión anterior y esta. La agrupación final se definió en tres categorías denominadas: priorizar el sujeto de cuidado (la persona), apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la

---

<sup>101</sup> González H Oscar Javier. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3a versión". *Aquichan*, 15 (3): 381 - 392.

persona, cualidades del hacer de enfermería, que se sustentan en los soportes teóricos de Jean Watson, las cuales miden el constructo del instrumento Comportamientos de cuidado humanizado. A esta definición de las categorías se llegó luego de determinar los factores y su agrupación de ítems en la validez del constructo, a través de una revisión de la literatura, la definición de los autores y la categorización realizada en el estudio de Alvis *et al.* A partir de esta revisión, se concertaron las definiciones más asociadas a las agrupaciones de los ítems. Además, estos tres factores presentaban una mejor distribución de los ítems; a pesar de que no se articulaban a la propuesta original de los autores, sí se adecuaban mejor a las características del instrumento.

En cuanto a la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach para medición de la consistencia interna, que arrojó una calificación de 0,96 (27), lo cual significa que la correlación de los ítems dentro del instrumento mide las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación. Según George y Mallery (Carvajal, Watson & Sanz, 2011)<sup>102</sup>, un nivel de fiabilidad con un valor superior a 0,9 se clasifica como excelente. Luego se realizó una revisión de cada uno de los ítems por factores analizando su relación donde mantuvieran un mismo sentido y enfoque, y luego de su relación teórica, se construyeron sus definiciones. En la Tabla 3 se presenta la nueva categorización del instrumento PCHE para su tercera versión.

---

<sup>102</sup> Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, & Sanz Rubiales A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Saint Navar*, 34(1), 63 - 72. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>

**Tabla 3. Definición de categorías y distribución de ítems del instrumento PCHE 3**

**Versión**

<b>DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS DEL INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) 3 VERSIÓN</b>		
<b>Fecha: Agosto 2015</b>		
<b>CATEGORÍAS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ITEMS RELACIONADOS</b>
<b><i>Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)</i></b>	<p>Esta categoría rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, coparticipe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones. El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas (y terapéuticas) entre enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente) soportadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica. Esta presencia de la/el enfermera/o, cuya intencionalidad es conocer y conectar con la experiencia de salud del otro (Boykin &amp; Schoenhofer, 1993; Newman, Sime &amp; Corcoran, 1991), e involucra un «estar ahí», y una preocupación inefable por el otro como persona, que genera en ésta sentirse cuidado en su integridad como persona</p>	<p><i>1. Le hacen sentirse como una persona</i></p> <p><i>2. Le tratan con amabilidad</i></p> <hr/> <p><i>6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted</i></p> <p><i>7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted</i></p> <p><i>8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan</i></p> <p><i>15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado</i></p> <p><i>17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores</i></p>
<b><i>Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona</i></b>	<p>Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera/o) para construir una relación dialéctica (dialógica) entre enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente), fundamental para el crecimiento mutuo, la adopción y/o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado. Esta apertura se orienta por cualidades como: la mirada atenta, la escucha activa, el dialogo y la adopción de actitudes como la proactividad y la de estar en disposición para el Cuidado del Otro. Reflejado en acciones como: proporcionar información oportuna, clara y suficiente acerca de su situación de salud para puedan tomar decisiones que promuevan el cuidado delante de ésta,</p>	<p><i>4. Le miran a los ojos, cuando le hablan</i></p> <p><i>5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes</i></p> <p><i>9. Le facilitan el diálogo</i></p> <hr/> <p><i>10. Le explican previamente los procedimientos</i></p> <p><i>11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas</i></p> <p><i>12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos</i></p> <p><i>14. Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna</i></p>



<p>responder preguntas en un lenguaje comprensible, explicar los procedimientos, y proporcionar orientaciones promotoras de salud.</p>	<p>19. <i>Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud</i></p>
<p>Esta categoría refleja los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico (Carper, 1978) que caracterizan un Cuidado de Enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende acciones de cuidado, en primer lugar, encaminadas a proporcionar soporte físico y a preservar la dignidad del otro (Watson, xxxx), como son: la respuesta oportuna al llamado, la identificación de las necesidades de tipo físico, psicoemocional y espiritual de la persona, el manejo del dolor, la comodidad física de la persona, la administración del tratamiento a tiempo.</p> <p>En segundo lugar, acciones dirigidas hacia el apoyo emocional, tales como: la comprensión, la empatía, la presencia y escucha activa durante la expresión de sentimientos, la preocupación por el estado emocional del Otro, el cuidado por su intimidad y la responsabilidad hacia el Otro.</p>	<p>3. <i>Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización</i></p> <p>13. <i>Le dedican el tiempo requerido para su atención</i></p> <p>16. <i>Le llaman por su nombre</i></p> <p>18. <i>Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)</i></p> <p>20. <i>Le manifiestan que están pendientes de usted</i></p> <p>21. <i>Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento</i></p> <p>22. <i>Responden oportunamente a su llamado</i></p> <p>23. <i>Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual</i></p> <p>24. <i>Le escuchan atentamente</i></p>
<p><b><i>Cualidades del hacer de enfermería</i></b></p>	<p>25. <i>Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo</i></p> <p>26. <i>Le brindan un cuidado cálido y delicado</i></p> <p>27. <i>Le ayudan a manejar el dolor físico</i></p> <p>28. <i>Le demuestran que son responsables con su atención</i></p> <p>29. <i>Le respetan sus decisiones</i></p> <p>30. <i>Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar</i></p> <p>31. <i>Le respetan su intimidad</i></p> <p>32. <i>Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico</i></p>

Finalmente, uno de los productos de este estudio es la aplicación del instrumento en su tercera versión donde se identificó que el 84,7% de los pacientes hospitalizados participantes en el estudio consideran que en la IPS Centro Policlínico del Olaya siempre se perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

A lo largo de la revisión bibliográfica se han encontrado varios instrumentos que facilitan la medición del cuidado de enfermería y que fueron descritos anteriormente. En esta investigación se ha determinado emplear la tercera versión del instrumento PCHE debido a que es la versión más reciente del instrumento original, con plena validez y confiabilidad, contiene los ítems necesarios para evaluar de manera precisa la percepción del cuidado humanizado de enfermería, se sustenta teóricamente en la teoría de Jean Watson y no se ha encontrado hasta el momento en la literatura estudios que demuestren su aplicación en pacientes con enfermedad oncológica o en alguna otra área de ejercicio de la enfermería.

Los autores originales del instrumento PCHE 3ra versión, hicieron una modificación en las tres categorías en cuanto al nombre de cada categoría y en la definición de cada una sin cambiar los ítems de cada una ni la particularidad de las mismas.

## **Capítulo 3. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de Estudio**

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo, transversal y enfoque cuantitativo. De tipo descriptivo porque está orientado a describir la percepción de los pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica frente al cuidado humanizado de enfermería. Transversal porque se lleva a cabo en un determinado periodo de tiempo. Con enfoque cuantitativo debido a que los datos fueron recolectados con un instrumento válido y confiable y fueron analizados en forma precisa aplicando medición estadística.

### **3.2 Población de Estudio**

La población de estudio estimada corresponde a todos los pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica en la IPS de IV nivel en el periodo de tiempo de marzo a mayo de 2017.

### **Tipo de Muestreo**

La información obtenida en la institución respecto al número total de pacientes hospitalizados diagnosticados con enfermedad oncológica fue de 86 en el año de 2016 en los meses de marzo (26 pacientes), en abril (31 pacientes) y en mayo (29 pacientes), por

lo que se estimó que el tamaño de la población de estudio en el periodo de marzo a mayo de 2017 sería de 80.

Teniendo en cuenta el orden de llegada a hospitalización de los pacientes adultos diagnosticados con enfermedad oncológica a la IPS de IV nivel, se asignó numeración continua y sucesiva en una base de datos de Excel, hasta completar el periodo de recolección de la población de estudio de marzo a mayo del año 2017. Este proceso se realizó en las horas de la tarde desde las 16 horas hasta las 20 horas de lunes a viernes.

### **3.2.1 Criterios de Inclusión y de Exclusión**

#### **3.2.1.1. Criterios de inclusión:**

Para seleccionar los sujetos a estudio se tuvo en cuenta las siguientes características de los pacientes:

- Mayor de 18 años
- Ubicado en las tres esferas mentales, que no presenten alteraciones mentales y que no tengan incapacidad para contestar el instrumento
- Pacientes con enfermedad oncológica hospitalizados el periodo de marzo a mayo de 2017 en la IPS de IV nivel.
- Usuario que acepte de manera voluntaria participar en el estudio.
- Paciente con tiempo de hospitalización igual o mayor a 48 horas.

### **3.2.1.2. Criterios de Exclusión**

Para el presente estudio se determinaron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que voluntariamente se nieguen a participar en el estudio o a contestar las preguntas desarrolladas en el instrumento.
- Pacientes con deterioro cognitivo o encefalopático por su enfermedad oncológica que impidan tener claridad en el juicio para dar respuestas fiables al instrumento.
- Pacientes de consulta externa no hospitalizados.
- Paciente con enfermedad oncológica que tenga una segunda hospitalización en el periodo de marzo a mayo de 2017.

### **3.3 Unidad de Información**

La unidad de información esta manifiesta en el instrumento PCHE 3ra versión “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry”, adaptado por Oscar J. González H., 2013, diligenciado, ya que es el que permite recolectar la información de los pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica en la IPS de IV nivel y que cumplen los criterios de inclusión, en el periodo de marzo a mayo de 2017.

### 3. 4 Caracterización del Instrumento

El instrumento PCHE 3ra versión “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry”, adaptado por Oscar J. González H., 2013, se aplicó en campo a 320 pacientes hospitalizados de la IPS Centro Policlínico del Olaya S.A. entre los servicios hospitalarios quirúrgicos, gineco obstétricos y de medicina interna. cuenta con validez facial y de contenido, tiene un índice de aceptabilidad del 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por expertos, y de constructo a través de la medición de análisis factorial exploratorio, en el análisis factorial con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para medición de adecuación de la muestra (KMO, por sus siglas en inglés), se obtuvo un valor de 0,956 y en la prueba de esfericidad de Bartlett uno de 0.0, que generó tres(3) categorías denominadas priorizar el sujeto de cuidado (la persona), que contiene 7 ítems, Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona que contiene 8 ítems y Cualidades del hacer de enfermería en donde contiene 17 ítems para un total de 32 ítems. El instrumento PCHE, en su 3ª versión, es confiable, ya que obtuvo un alfa de Cronbach de 0,96. La escala de valoración en la respuesta es de tipo Likert con las opciones de respuesta: Siempre, casi siempre, algunas veces y nunca. (González, 2013)<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

Se diseñó un cuestionario para obtener los datos sociodemográficos de los pacientes con enfermedad oncológica seleccionados y caracterizar a los pacientes según las siguientes variables: género, edad, seguridad social, procedencia, estado civil, nivel educativo, grupo étnico, religión, tipo diagnóstico, tipo tratamiento y número de días de hospitalización. (Ver Anexo B)

**Ventajas** que proporciona la aplicación del instrumento PCHE 3 versión son:

- Costo bajo.
- Capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo de tiempo.
- Permite abarcar un gran porcentaje de la población en un tiempo relativamente corto.
- Facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos.
- Menores requerimientos en cuanto a personal.
- Mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados y eliminación de los sesgos que introduce el investigador.

Posibles **limitaciones** de estudio:

- La cantidad de pacientes con enfermedad oncológica hospitalizados puede variar en un tiempo determinado.
- Que se cumplan a cabalidad los criterios de inclusión.
- Se va a evaluar solo un tipo de pacientes hospitalizados en la institución considerando que no es la población fuerte de la institución.

### **3.5 Procedimiento para la Recolección de Datos**

Una vez se obtuvo el aval por parte del comité de investigación de la facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana y de la IPS de IV nivel, se procedió a la aplicación del cuestionario sociodemográfico y del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry 3ra versión” en la población de estudio. Teniendo en cuenta previa selección de la población de acuerdo los criterios de inclusión y exclusión se procedió a la recolección de datos de la siguiente manera:

-Se realizó la recolección de los datos en la población de estudio mediante la aplicación del cuestionario sociodemográfico y del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry 3ra versión”.

- El instrumento y el cuestionario sociodemográfico se aplicaron a los pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad oncológica en la IPS de IV nivel en el periodo de marzo a mayo de 2017.

-Se explicó al paciente seleccionado el objetivo y la utilidad de la investigación.

-Se solicitó la firma del consentimiento informado explicándole las implicaciones éticas.

-Se explicó la organización e instrucciones para el diligenciamiento del instrumento.

-El instrumento fue diligenciado por el paciente seleccionado, un testigo y posteriormente el investigador verificara que esta respondido en su totalidad.



La recolección de los datos se realizó mediante el instrumento PCHE 3 versión y un cuestionario para obtener los datos socio demográficos pertinentes; el paciente seleccionado para el estudio fue quien respondió de manera personal los mismos, el investigador realizó una visita después de corroborar que el nombre del paciente y el paciente correspondían al seleccionado, donde mediante una entrevista corta realizó la explicación correspondiente del objetivo de la investigación y si el paciente daba su consentimiento firmado explicaba la manera para responder tanto el cuestionario como el instructivo. Se brindó la privacidad y el tiempo necesarios para que fuera contestado y se procedió a su recolección una vez fueron diligenciados. En este estudio no se realizó seguimiento posterior al paciente debido a que no compete al objetivo de este, los resultados obtenidos se socializaran con la institución una vez este sea terminado.

### **3.6 Procesamiento y Análisis de Datos**

Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables de estudio, con cálculo de media, medianas, moda y desviación estándar, con el fin de determinar la percepción del cuidado humanizado otorgado por profesionales de enfermería a los pacientes oncológicos hospitalizados en la IPS de IV nivel, se utilizó estadística inferencial para sacar conclusiones, tomando como base una muestra de población total, con un nivel de confianza de 95%. Para el procesamiento de la información y tabulación de todos los datos se utilizó el programa Excel Microsoft Office versión 2013 en una plantilla y para

el análisis de la información se utilizó el programa SPSS de Windows, versión 17.0. Para mostrar los resultados se utilizaron tablas, estadística descriptiva, e inferencial.

Se aplicó estadística descriptiva a cada una de las categorías: descripción Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), descripción apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, descripción Cualidades del hacer de enfermería. Se realizó la descripción de los datos socio demográficos de los pacientes con enfermedad oncológica hospitalizados seleccionados.

### 3.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

#### 3.7.1 Variable cualitativa nominal:

Las variables son: género, seguridad social, religión, grupo étnico, nivel educativo, tipo diagnóstico, tipo de tratamiento, las cuáles serán definidas y categorizadas en la

Tabla 4

<b>Variables nominales</b>	<b>Definición</b>	<b>Categorías</b>
Género	Condición física que define a la persona	Hombre- mujer
Seguridad social	Sistema de salud al cual pertenece la persona.	Salud total, Coomeva, Famisanar, Sanitas, Suramericana, Cruz Blanca, Otra
Religion	Sistema de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Católica, Evangélica, Otra, Ninguna.
Grupo Étnico	Cultura a la que pertenece o se siente identificado	Mestizo, Blanco.
Nivel educativo	Grado de estudio más alto aprobado	Analfabeta, Primaria, Bachiller, Técnico, Profesional.

Tipo Diagnóstico	Identificación y calificación de la enfermedad o motivo de hospitalización	Neoplasias, Diferentes tipos de cáncer, hematológicas (linfomas, leucemias)
Tipo de tratamiento	Identificación y calificación del tipo de tratamiento.	Quimioterapia ciclo I, ciclo II, ciclo III, ciclo IV, ciclo V, ciclo VI, Radioterapia, Manejo Paliativo, Manejo Patología, Efecto Secundario.

**Tabla 4. Variables Cualitativas Nominales.**

### 3.7.2. Variables cuantitativas continuas:

Las variables son; Edad, N° de días de hospitalización, Las cuáles serán definidas y categorizadas en la Tabla 5

<b>Variables continuas</b>	<b>Definición</b>	<b>Categorías</b>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	En años
N° de días de hospitalización	Tiempo que lleva hospitalizada la persona	En días

**Tabla 5. Variables cuantitativas continuas.**

TABLA N. 6 VARIABLES CONCEPTOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA	VALOR FINAL
PERCEPCIÓN	Conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa	Es la opinión del paciente hospitalizado acerca del cuidado que le proporciona el personal de enfermería a través del cuidado, calidad técnica, disponibilidad, continuidad y resultado del cuidado	<p>Le hacen sentir como una persona</p> <p>Le tratan con amabilidad</p> <p>Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted</p> <p>El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted</p> <p>Le generan confianza cuando lo(la) cuidan</p> <p>Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado</p> <p>Le demuestran respeto por sus creencias y valores</p>	Puntaje	De intervalo	<p>Siempre: - 28</p> <p>Casi Siempre: 25 - 26</p> <p>Algunas Veces: 20 - 24</p> <p>Nunca: 7 - 19</p> <p>Categoría Priorizar el sujeto de cuidado (la persona). Instrumento PCHE 3ra versión.</p>
CUIDADO	Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de	El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por	Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	Puntaje	De intervalo	<p>Siempre: 65 - 68</p> <p>Casi Siempre: 64 - 59</p> <p>Algunas Veces: 58 - 50</p> <p>Nunca: 49 - 17</p>

---

incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.	tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.	Le dedican el tiempo requerido para su atención  Le llaman por su nombre  Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) Le manifiestan que están pendientes de usted  Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento  Responden oportunamente a su llamado  Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual  Le escuchan atentamente  Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	Categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona. instrumento PCHE 3ra versión
--	---	---	---

---

---

			Le brindan un cuidado cálido y delicado			
			Le ayudan a manejar su dolor físico			
			Le demuestran que son responsables con su atención			
			Le respetan sus decisiones			
			Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar			
			Le respetan su intimidad			
			Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico			
ENFERMERÍA	La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.	Es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra	Le miran a los ojos, cuando le hablan  Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes  Le facilitan el diálogo	Puntaje	De intervalo	Siempre: 30 - 32 Casi Siempre: 27 - 29 Algunas Veces: 21 - 26 Nunca: 8 - 20  Categoría Cualidades del hacer de enfermería. instrumento PCHE 3ra versión

---

---

Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal	persona los experimenta.	Le explican previamente los procedimientos  Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas  Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos  Le dan indicaciones sobre su autocuidado - los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
--	--------------------------	---

---

## Capítulo 4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki: Diseño científico y experiencias previas en animales, Principio de la proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles, Respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad, Consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo; Reporte Belmont: Respeto por las Personas, Beneficencia, y Justicia; Pautas CIOMS: principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en los países en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas ; y a nivel nacional en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Según la ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; título III, capítulo IV se establece que el profesional de enfermería que sea participe o adelante una investigación en el campo de la salud, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos como principios éticos fundamentales según declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.



Capítulo II. Del acto de cuidado de enfermería. Artículo 3o. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.<sup>104</sup>

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia sobre investigación en el campo de la salud, “Título II de la Investigación en seres humanos, Capítulo 1 de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” se determina que prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y su bienestar. Se contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

---

<sup>104</sup> Mineducación. (2017). Bogotá, Colombia: Bmpconsulting; Recuperado de [http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf)

Es realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios que garantizan el bienestar del sujeto de investigación.

Se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. La presente investigación sobre “PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO EN LA IPS DE IV NIVEL.”, se clasifica como investigación sin riesgo debido a que no se llevó a cabo modificación intencionada de los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos o sociales de los pacientes que participan en el estudio, considerando de esta manera la aplicación de un instrumento que contó con el permiso de los autores para describir la percepción del paciente con enfermedad oncológica frente al cuidado humanizado de enfermería, en donde no se trataran aspectos sensitivos de la conducta de los participantes.

Los resultados de la investigación fueron procesados en conjunto, en ningún momento se darán a conocer datos individuales, solamente al finalizar la investigación se entregará los resultados a la Universidad de la sabana y a la IPS de IV nivel con su respectiva socialización, salvaguardando la dignidad y la confiabilidad de los sujetos de estudios.

El proyecto de investigación fue presentado ante el comité de investigación de la Facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana y de la IPS de IV nivel con el propósito de obtener la autorización para la aplicación de la misma, los cuales se obtuvieron en los momentos correspondientes.

### **Aspectos Ambientales**

Según la secretaria distrital de ambiente un aspecto ambiental es “un elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que puede interactuar con el ambiente”<sup>105</sup>, frente a estos aspectos, la Universidad de la Sabana promueve un eje de trabajo interdisciplinar y transversal que fomenta espacios de investigación, participación, formación y sensibilización a través de la gestión y la educación ambiental que promueven el respeto y buen uso de la naturaleza en la comunidad Universitaria, cuanta con cuatro aspectos fundamentales que son: campus ecológico, educación ambiental, gestión ambiental, comunicación ambiental, fomentando el ahorro, reducción, recuperación, reutilización y reciclaje, buscando prevenir, mitigar, controlar y/o reducir los impactos ambientales negativos derivados de las actividades misionales de la Universidad que puedan afectar el ambiente natural;<sup>106</sup> en cuanto al aspecto ambiental en

---

<sup>105</sup> Secretaria Distrital De Ambiente. Instructivo. Diligenciamiento de la matriz de identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales. Bogotá, junio 2013. Recuperado de [http://ambientebogota.gov.co/documents/10157/2426046/INSTRUCTIVO\\_MATRIZ\\_EIA.pdf](http://ambientebogota.gov.co/documents/10157/2426046/INSTRUCTIVO_MATRIZ_EIA.pdf)

<sup>106</sup> Universidad de la Sabana. (2016). Universidad Ambientalmente Sostenible. Chía, Cundinamarca. Recuperado de <http://www.unisabana.edu.co/unisabana/portafolio-institucional-2015-2016/secciones/universidad-ambientalmente-sostenible/>

la IPS de IV nivel, se lleva a cabo el programa de responsabilidad social ambiental donde se crea conciencia por el respeto hacia el medio ambiente y el entorno, con el objetivo de disminuir la generación de basura al interior del hospital y minimizar los impactos ambientales; <sup>107</sup> en el desarrollo de este trabajo de investigación, se hará uso de instrumentos y consentimientos en formato digital, no en formato impreso con el fin de disminuir el impacto ambiental.

---

<sup>107</sup> Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología. (2016). "Generación más limpia" por el respeto hacia el medio ambiente. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.cardioinfantil.org/index.php/generales/item/893-generacion-mas-limpia-por-el-respeto-hacia-el-medio-ambiente>

## **Capítulo 5. RESULTADOS**

Durante el periodo de marzo a mayo del 2017 se realizó la recolección de los datos en la población de estudio (80 pacientes) mediante la aplicación del cuestionario sociodemográfico y del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry 3ra versión”, los cuales se aplicó a los pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad oncológica en la IPS de IV nivel.

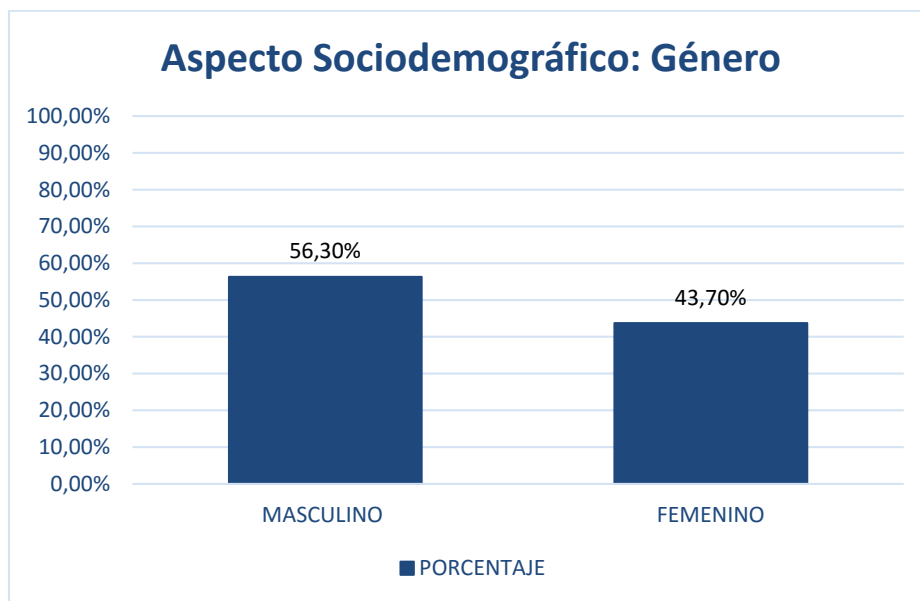
A continuación, se presenta la forma como fueron organizados los datos y su análisis de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, en primer lugar, se realizó descripción sociodemográfica de las personas hospitalizadas en la IPS de IV nivel en segundo lugar se describieron los resultados obtenidos de las tres categorías del instrumento de PCHE tercera versión, y se hizo una descripción de cada una de las categorías con cada ítem evaluadas en el estudio, en el análisis de estas categorías se tiene en cuenta las recomendaciones dada por los autores del instrumento solicitando sean colocadas con la nueva definición.

### **Descripción Demográfica**

Se obtuvo respuestas en la totalidad de la población (80 pacientes) los cuales contestaron las preguntas género, seguridad social, estado civil, nivel educativo, grupo

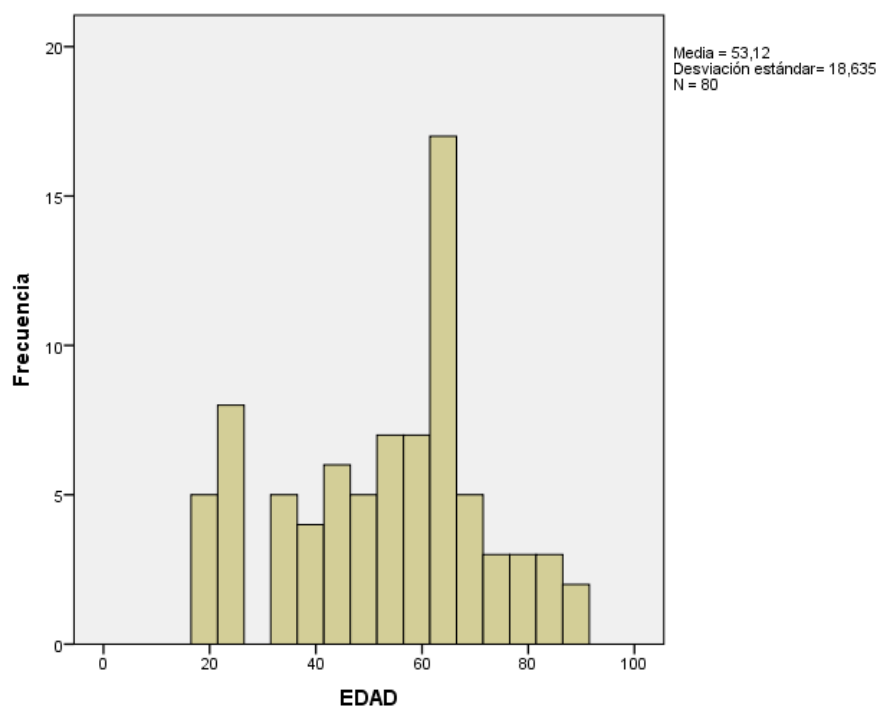
étnico, religión, tipo de diagnóstico hematológico, tipo de diagnóstico oncológico, tipo de tratamiento y días de hospitalización; dado que en los resultados expresados por el programa SPSS no muestra valores perdidos o en cero (0), no hubo pérdidas en ninguna de las preguntas. En los siguientes gráficos se muestra el comportamiento de cada una de las preguntas que se realizaron en el cuestionario de recolección de información sociodemográfica:

1. En la variable “Genero”: podemos evidenciar que el 56,3% de los encuestados (45 personas) son hombres (masculino) y el 43,8% restante son mujeres (femenino). (Ver gráfico 1)



**Gráfico 1:** Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en IPS de IV nivel

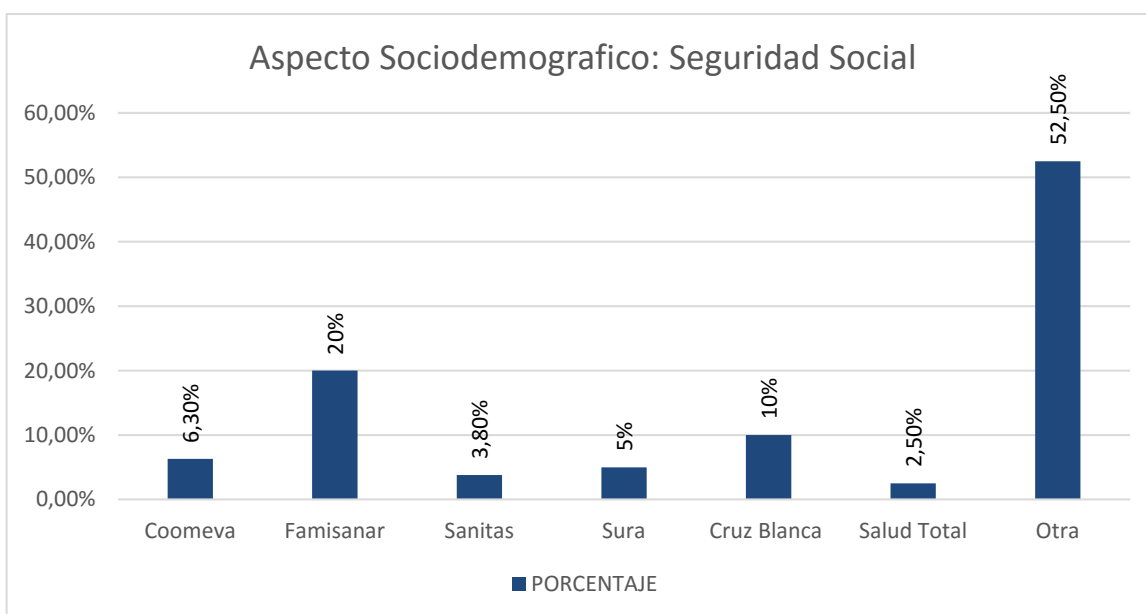
2. En la variable “Edad” se observó que el promedio de edad de los pacientes encuestados es de 53.12 años, la desviación estándar de los datos es de 18.63 años con respecto al promedio presentado, lo que nos muestra es que la dispersión de los datos es considerable en comparación al valor de la media. (Ver gráfico 2)



**Gráfico 2:** Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en IPS de IV nivel

3. En la variable “Seguridad Social”, podemos evidenciar que la mayor proporción de los pacientes que se encuestaron se encuentran en “otra” lo que corresponde a un 52,5% (42 personas), esto quiere decir que pueden pertenecer a EPS, Medicinas prepagadas y pago particular de pacientes que no se plantearon en variables en el estudio. La segunda con opción que fue más seleccionada fue Famisanar con un 20%

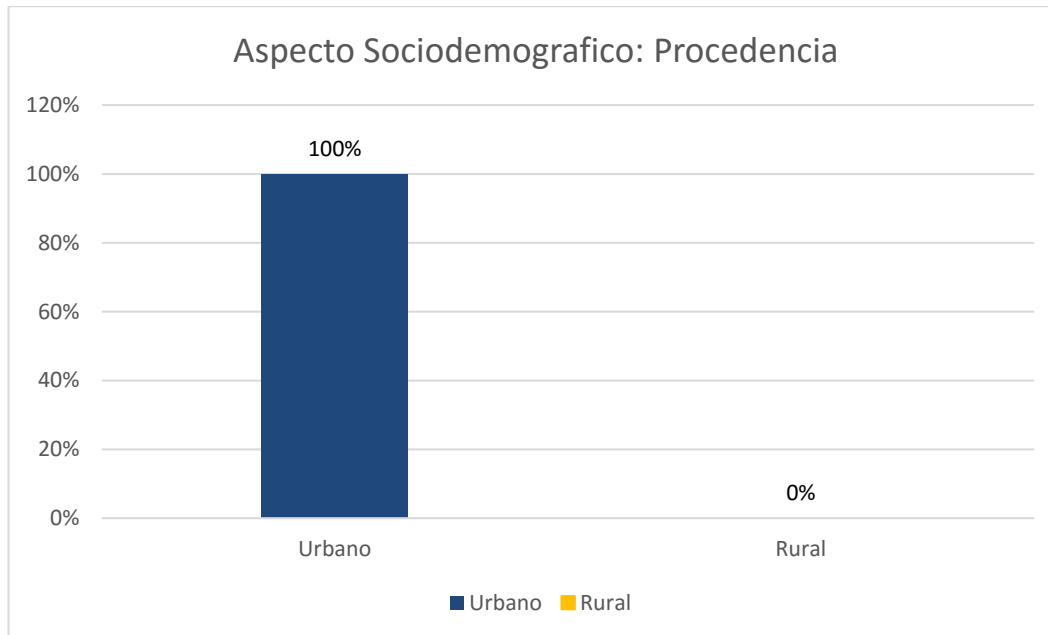
(16 personas), la siguiente cruz blanca con un 10% (8 personas), las siguientes en orden de mayor a menor Coomeva 6,3% (5 personas), Suramericana 5% (4 personas), Sanitas 3,8% (3 personas) y por ultima la EPS con menos encuestados es Salud Total un 2,5% (2 personas). (Ver gráfico 3)



**Gráfico 3: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en IPS de IV nivel**

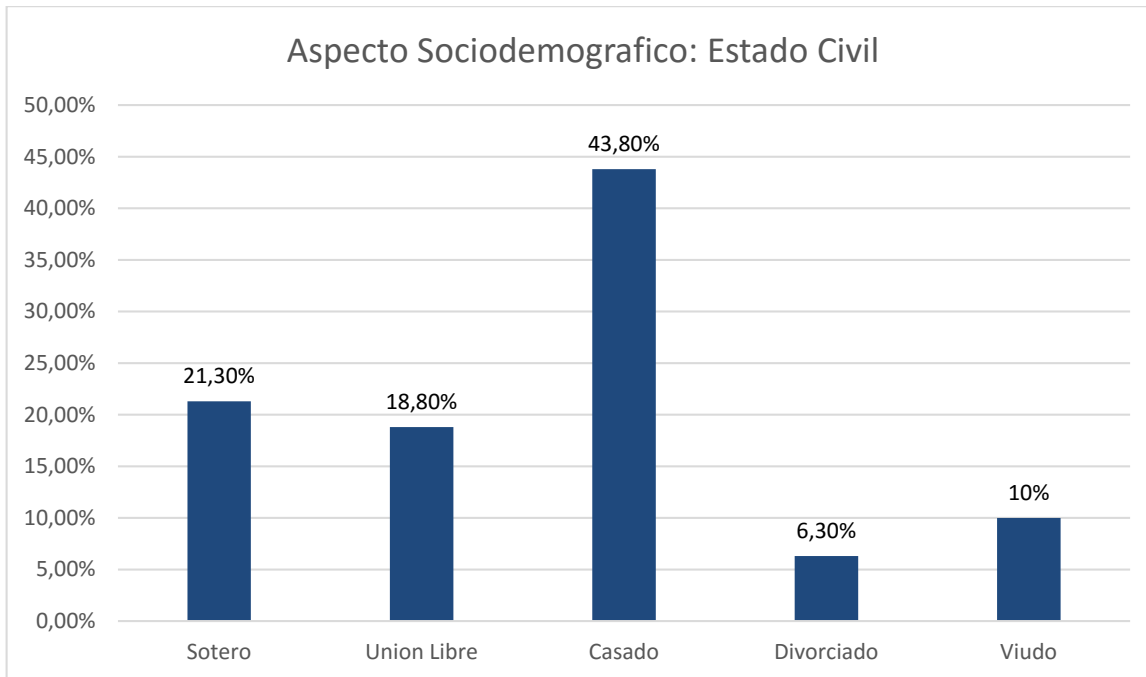
4. En la variable “Procedencia”, con esta variable se puede evidenciar que el total de la población pertenece al sector urbano, lo que no muestra que los pacientes pueden ser en su totalidad de Bogotá o de ciudades de alta afluencia. (Ver gráfico 4)





**Grafico 4: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en IPS de IV nivel**

5. En la variable “Estado civil”, 35 de los pacientes encuestado y que corresponden al 43,8% de la población son casados, seguido por el 21,3 % (17 personas) son solteras, el 18.80% de los encuestados su estado civil es en unión libre y por ultimo las opciones divorciado 6.30% y viudo 10%. (Ver gráfico 5)



**Grafico 5: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en IPS de IV nivel**

*Medidas de tendencia central de la variable “Estado Civil” con respecto a las categorías determinadas:*

Con la siguiente tabla se puede observar que la variable “Estado civil” es independiente del comportamiento de cada una de las categorías, los valores de la desviación estándar son altos y todos muestran que cada categoría está compuesta por pacientes de diferentes estados civiles. Se observa que en la categoría Priorizar el sujeto de cuidado (la persona) el porcentaje de percepción más bajo fue 91,3% para los pacientes de estado civil Soltero y el más alto 94% para los pacientes de estado civil Viudo. En la categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona se observó que el porcentaje de percepción más bajo fue 75% para los pacientes de estado civil Divorciado y el más alto con 79,6% para los pacientes de

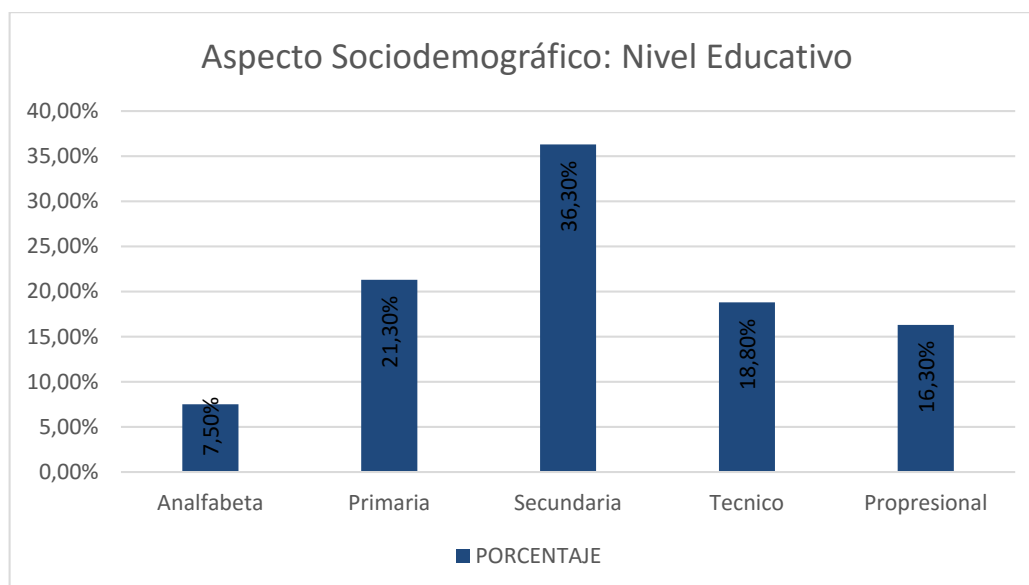
estado civil Viudo. La categoría cualidades del hacer de enfermería; mostró que el porcentaje más alto más bajo fue 82,91% para los pacientes de estado civil Casado y el más alto 84,3% para los pacientes de estado civil Viudo. Se puede decir que el estado civil Viudo tiene los porcentajes de percepción más altos con relación al estado civil (Ver Tabla 7).

ESTADO CIVIL		Priorizar	Apertura	Cualidades	Total
		%	%	%	
Soltero	Media	91,3165	77,9412	81,8916	82,9657
	N	17	17	17	17
	Desviación estándar	5,38624	5,46547	3,57066	2,72981
Unión libre	Media	96,5079	77,5000	80,6536	83,3333
	N	15	15	15	15
	Desviación estándar	3,80385	5,17549	2,44303	2,29572
Casado	Media	92,1088	78,2143	81,3445	82,9167
	N	35	35	35	35
	Desviación estándar	6,42446	6,39822	3,09558	3,39142
Divorciado	Media	93,3333	75,0000	84,3137	83,9583
	N	5	5	5	5

	Desviación estándar	4,25918	5,10310	4,15945	1,57977
Viudo	Media	94,0476	79,6875	82,5980	84,3750
	N	8	8	8	8
	Desviación estándar	6,61300	6,07391	4,11798	4,24042
Total	Media	93,0357	77,9688	81,6422	83,2161
	N	80	80	80	80
	Desviación estándar	5,86616	5,82480	3,30531	3,05609

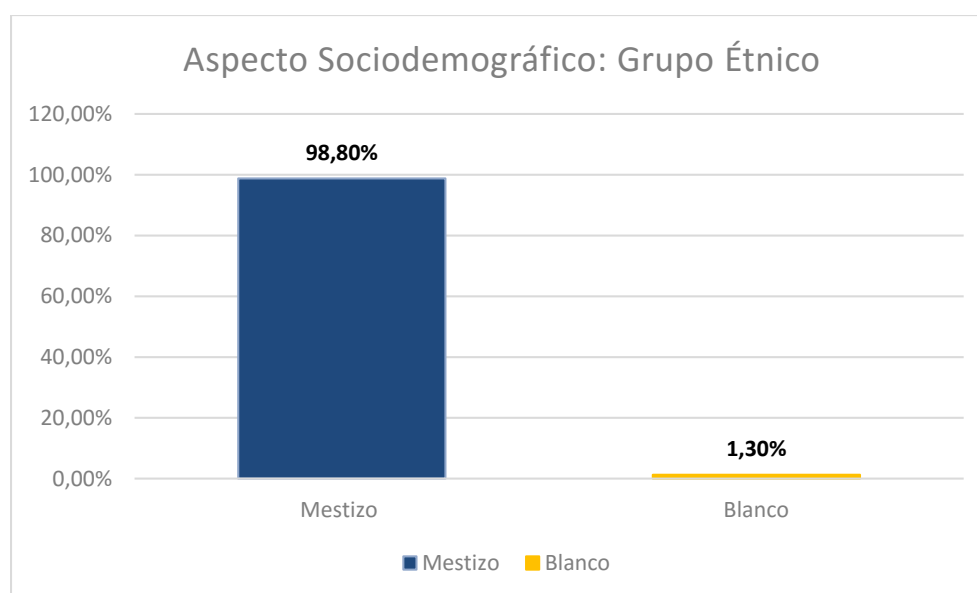
**Tabla 7. Fuente: cuestionario sociodemográfico e Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

6. En la variable “Nivel Educativo”, 29 de los pacientes encuestados y que corresponden al 36,3% de la población solo han realizado estudios de secundaria, seguido por el 21,3 % (17 personas) solo cuentan con estudios de primaria, el 18,8% de los encuestados su nivel educativo es técnico y por último la opción profesional con un 5% y analfabeta con un 7,5%; esto nos podría indicar que las personas encuestadas no se les facilito acceso a la educación. (Ver gráfico 6)



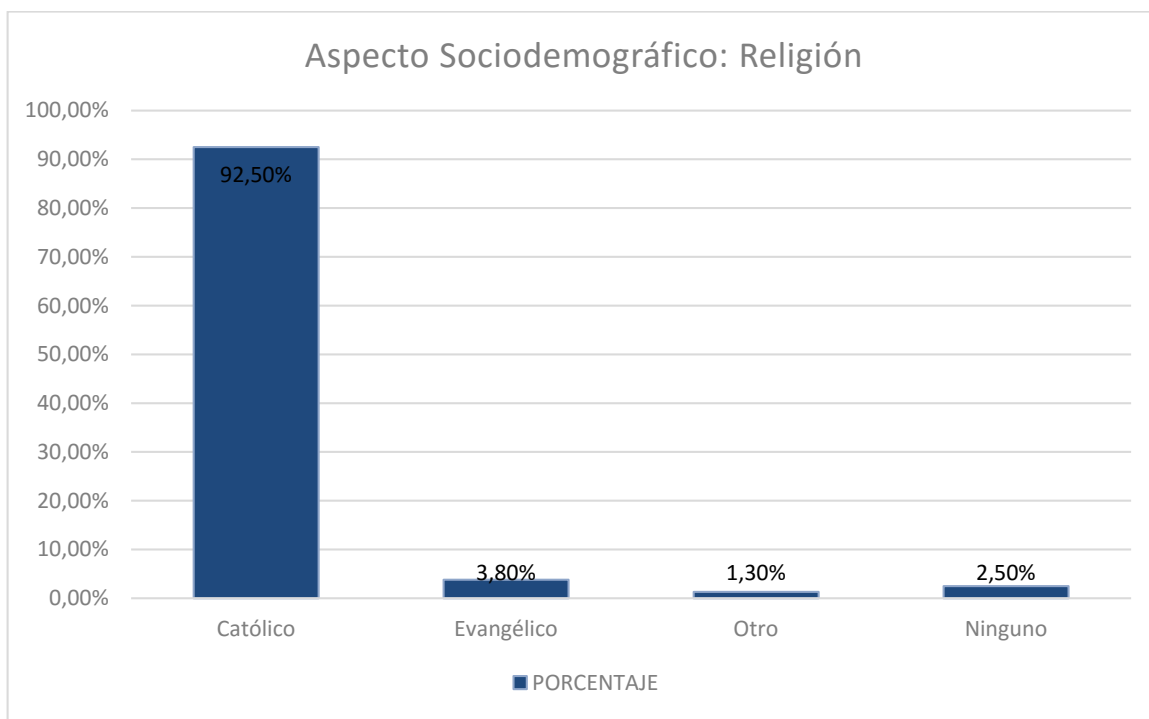
**Grafico 6: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel**

7. En la variable “Grupo Étnico”, el 98,8% de la población es mestizo solo una persona que equivale al 1,3% su grupo étnico es blanco. (Ver gráfico 7)



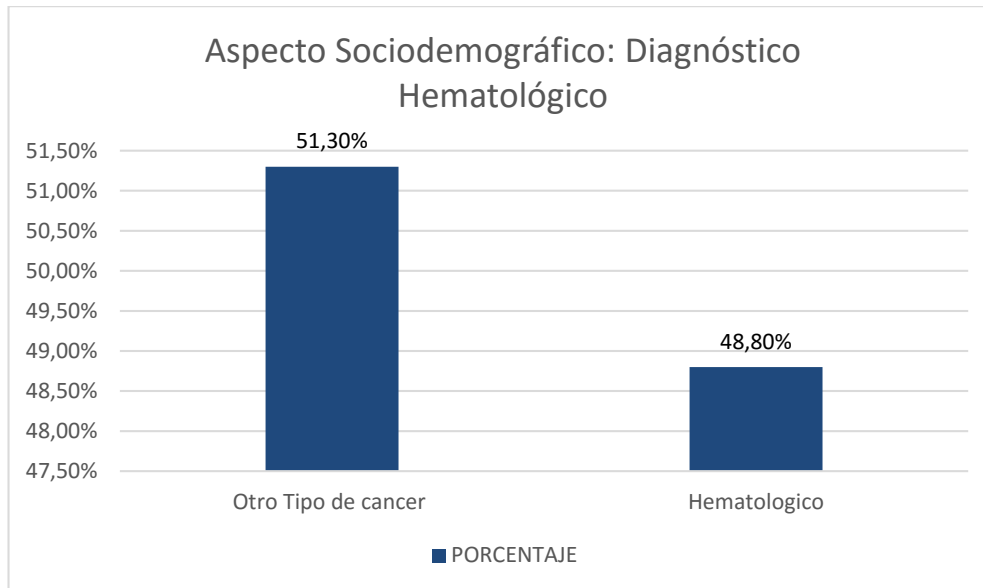
**Grafico 7: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel**

8. En la variable “Grupo Religión”, el 92,5% de la población encuestada es católica de acuerdo con los estadísticos a nivel nacional en Colombia, las siguientes opciones son evangélico (3,8%), ninguno (2,5%) y por último otro (1,3%). (Ver Gráfico 8)



**Gráfico 8: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel**

9. En la variable “Tipo Diagnóstico Hematológico”, el 51,3% de los pacientes encuestados no se encuentran diagnosticados con cáncer de origen hematológico, mientras que el 48,8% tienen este tipo de cáncer. (Ver Gráfico 9)



**Grafico 9: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel**

***Medidas de tendencia central de la variable “Diagnostico Hematológico” con respecto a las categorías determinadas:***

En la siguiente tabla se observó que la variable Tipo Diagnostico Hematológico fue totalmente variable en cada una de las categorías; los valores son dispersos con valores amplios de desviación estándar. Con esto podemos concluir que en cada una de las categorías *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* y *Cualidades del hacer de enfermería*; encontramos personas con diagnóstico de cáncer de diferente tipo como gástrico, cerebral, de vejiga, de próstata, de seno, cérvix, óseo, recto, colon, pulmonar, renal, hepático, orbita, fosa nasal y diagnosticados con cáncer de tipo hematológico como linfomas, mielomas y leucemias. Se observa que la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, el porcentaje de percepción para los pacientes de diagnóstico

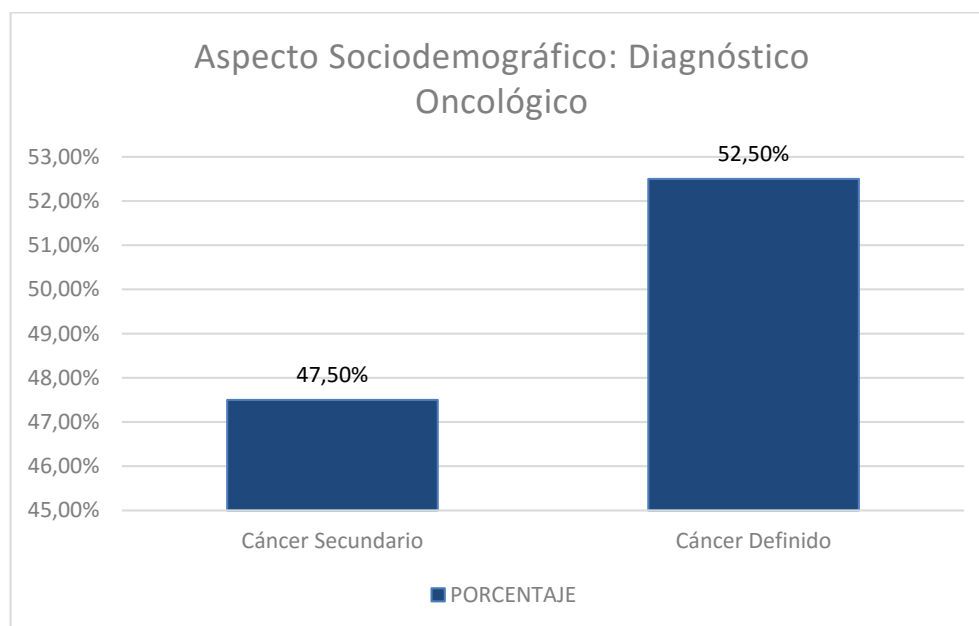
hematológico fue 93,89%; para la categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona se observó que el porcentaje de percepción fue 77,67 % y la categoría Cualidades del hacer de enfermería mostro que el porcentaje fue 83,65% (Ver tabla 8).

TIPO DIAGNOSTICO		Priorizar	Apertura	Cualidades	
HEMATOLOGICO		%	%	%	Total
Cancer de diferente tipo	Media	92,2184	78,2520	81,0617	82,7998
	N	41	41	41	41
	Desviación estándar	4,73278	4,79730	3,05687	2,44428
Tipo	Media	93,8950	77,6709	82,2524	83,6538
Diagnóstico	N	39	39	39	39
Hematologico	Desviación estándar	6,81790	6,79208	3,48292	3,56988
Total	Media	93,0357	77,9688	81,6422	83,2161
	N	80	80	80	80
	Desviación estándar	5,86616	5,82480	3,30531	3,05609

**Tabla 8: Fuente: cuestionario sociodemográfico e Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la  
IPS de IV nivel**



10. En la variable “Tipo Diagnóstico Oncológico”, el 52,5% (42 personas) se encuentran diagnosticados con cáncer de origen definido (primario), mientras que el % restante 47.5% (38 personas), cuentan con un tipo de cáncer de origen secundario (diferente) como metástasis a niveles hepáticos, óseo, pulmonares, cuello de páncreas, tiroides, recto. (Ver gráfico 10)



**Gráfico 10:** Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel

*Medidas de tendencia central de la variable “Diagnóstico Oncológico” con respecto a las categorías determinadas:*

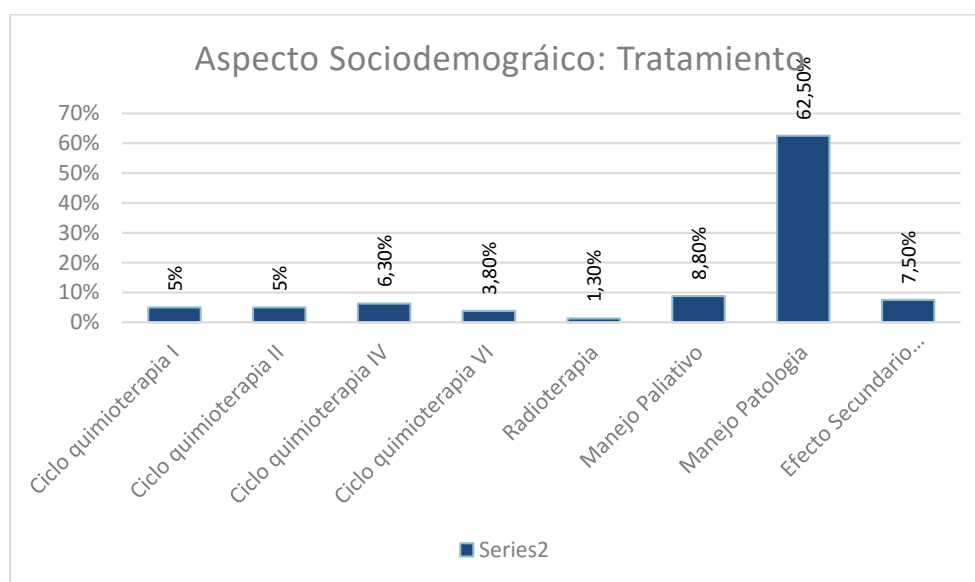
En la siguiente variable Diagnóstico Oncológico fue totalmente variable en cada una de las categorías; los valores son dispersos con valores amplios de desviación estándar. Con esto podemos concluir que en cada uno de los ítems de las categorías encontramos

personas con diagnóstico de un tipo de cáncer oncológico como cáncer gástrico, cerebral, de vejiga, de próstata, de seno, cervix, óseo, recto, colon, pulmonar, renal, hepático, tumores, orbita, fosas nasales. Se observa que la categoría Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), el porcentaje de percepción para los pacientes de diagnóstico oncológico fue 92,40%; para la categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona se observó que el porcentaje de percepción fue 78,17 % y la categoría Cualidades del hacer de enfermería mostro que el porcentaje fue 80,95% (ver tabla # 9)

TIPO DIAGNOSTICO		Priorizar	Apertura	Cualidades	Total
ONCOLOGICO		%	%	%	
Cáncer secundario	Media	93,7343	77,7412	82,4045	83,7171
	N	38	38	38	38
	Desviación estándar	6,83419	6,86886	3,39578	3,59558
Cáncer definido	Media	92,4036	78,1746	80,9524	82,7629
	N	42	42	42	42
	Desviación estándar	4,82645	4,76493	3,10135	2,42610
Total	Media	93,0357	77,9688	81,6422	83,2161
	N	80	80	80	80
	Desviación estándar	5,86616	5,82480	3,30531	3,05609

Tabla 9: Fuente: cuestionario sociodemográfico e Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de

11. En la variable “ Tipo de Tratamiento”, el 62,5% de la población se encontraba en tratamiento de patologías asociadas al cáncer (Infecciones Nosocomiales, EDA, Dolor Abdominal, HVDA, TBC, IVU, Neutropenia Febril, Lisis Tumoral, Sepsis, Resección de tumor); seguido por un 8.8% en manejo paliativo; en tercer lugar el 7,5% de la población se encontraba en manejo de efectos secundarios a la administración de quimioterapia; el 6,3% se encontraba en ciclo IV de quimioterapia; el 3,8% se encontraba en ciclo VI de quimioterapia; el 5% se encontraba en ciclo I y II de quimioterapia respectivamente y el 1,3 % se encontraba en radioterapia (ver gráfico 11); se puede decir que la mayoría de los pacientes ingresaron al servicio de hospitalización para tratar su patología de base oncológica, seguido por un tratamiento de manejo paliativo y tratamiento para efecto secundario a la quimioterapia, siendo como último el ingreso por motivo de tratamiento por radioterapia. (Ver gráfico 11).



**Gráfico 11: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel**

12. En la variable “Días Hospitalización”, el 100% de los pacientes encuestados se encontraba hospitalizado y el promedio de días de hospitalización fue 8,59 días, siendo 2 días la estancia mínima y 87 días la estancia hospitalaria máxima. (Ver gráfico 12)

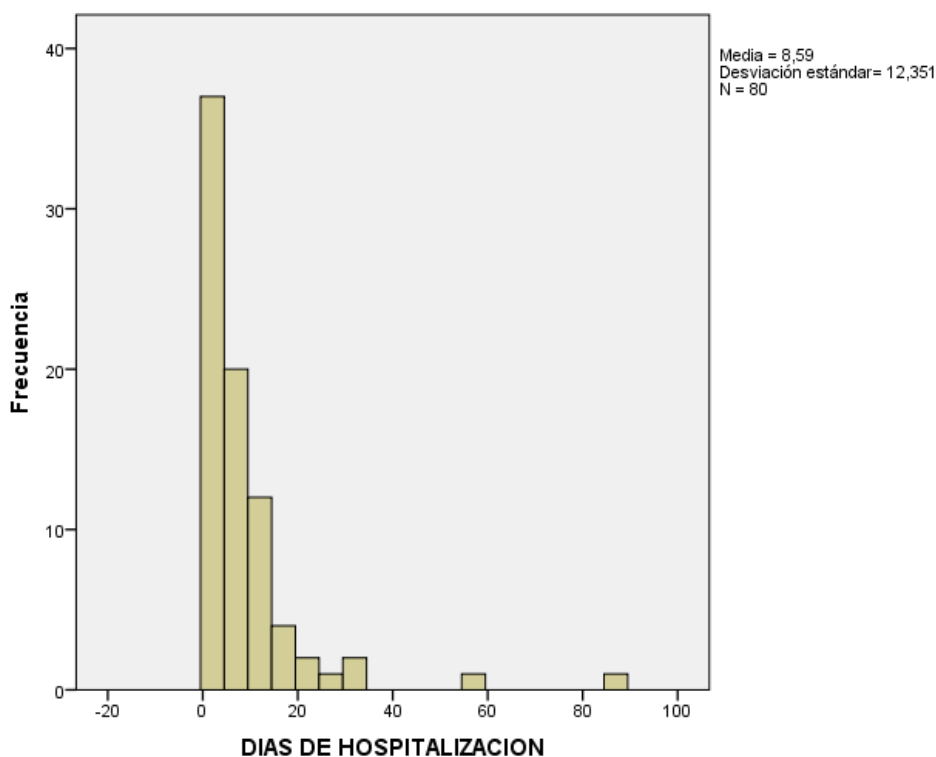


Gráfico 12: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel

### **Relación variables edad y días de hospitalización**

Para realizar el análisis de las variables “Edad” y “Días de hospitalización” se utilizó la siguiente tabla (tabla # 10) dado que las mismas se encuentran expresadas en términos de tiempo.

Con los datos obtenidos se puede observar que el 100% de la población respondieron las preguntas “Edad” y “Días de hospitalización”; el promedio de edad de los pacientes encuestados es de 53.13 con un rango de datos de 19 a 90; mientras que el promedio de los días de hospitalización es de 8.59 con un rango de datos de 2 a 87. Las desviaciones estándar para la variable edad es de 18.635 lo que quiere decir que en este estudio se tienen rangos de edad amplios y los mismos difieren del promedio; la variable “días de hospitalización” se comporta igual que la variable “edad” los datos son demasiados dispersos y se tienen rangos demasiado amplios porque es una variable que depende de otros factores. (Ver tabla 10)

		EDAD años	DIAS DE HOSPITALIZACION
N	Válido	80	80
	Perdidos	0	0
Media		53,13	8,59
Desviación estándar		18,635	12,351
Asimetría		-,261	4,273
Error estándar de asimetría		,269	,269
Mínimo		19	2
Máximo		90	87

**Tabla 10: Fuente: cuestionario sociodemográfico aplicado en la IPS de IV nivel**

### **Descripción de categorías**

Se obtuvo respuestas en la totalidad de la población (80 pacientes) a los cuales se les aplicó el Instrumento PCHE 3 Versión, el programa SPSS no muestra valores perdidos o en cero (0), no hubo pérdidas en ninguna de las preguntas. A continuación, se realiza la

descripción de cada una de las categorías del instrumento percepción del cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3 versión, *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona y Cualidades del hacer de enfermería*; a partir de la información obtenida.

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Priorizar	80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%
Apertura	80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%
Cualidades	80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%
Total	80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%

**Tabla 11: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

### **Categoría Priorizar el Sujeto de Cuidado (La Persona):**

Según los datos obtenidos tras la aplicación del PCHE 3 versión; se puede decir que el 100% de los encuestados contestó los ítems que conforman la categoría, 63 pacientes encuestados (87,5%) Siempre percibieron los estímulos, sentimientos y pensamientos por parte la enfermera que les permitieron identificar la presencia de un cuidado humano, continuo y de calidad, que los hizo sentir como personas, les ofrecieron tranquilidad, les brindaron información adecuada de manera pausada, respetando sus valores y creencias. Según los datos obtenidos mediante la aplicación del PCHE 3 versión, el promedio de respuesta de los ítems analizados es de 8,46% esto nos muestra que las diferentes

respuestas dadas por los encuestados fueron “siempre”. Con la desviación estándar (ver tabla 14) podemos ver que los datos difieren en un 1,232% de la media, lo que indica que los datos en su gran mayoría están cerca al promedio. El rango mínimo de las respuestas es de 7 y el máximo es 12, esto siendo coherente con el porcentaje de la desviación estándar. El valor de la asimetría presentado es positivo y por tal motivo se puede decir que estos datos no son dispersos. (Ver Tabla 12, 15) de acuerdo a los resultados en los ítems se tendría que mejorar en el ítem # 2 con un 56.25% en siempre y un 43.75% de casi siempre donde hace referencia a “le tratan con amabilidad”, el ítem # 7 con un 63.75% en siempre y un 36.25% en casi siempre “El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted” puesto que la forma como se dirige la enfermera al paciente y la manera como es tratado y atendido refleja la disposición de entrega y compromiso que tiene ante el cuidado y la persona, teniendo en cuenta que estos porcentajes se tomaron por encima del 50% del valor de cada categoría en la escala de “siempre” donde se tuvo presente el valor inferior en el que se tiene que mejorar en cada ítem y a pesar que en esta categoría no hubo porcentajes inferiores al 50% se pretende mejorar los dos ítems que tuvieron el porcentaje más cercano al 50%.

Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)								
ÍTEM	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Le hacen sentirse como una persona	80	100	0	0	0	0	0	0
2. Le tratan con amabilidad	45	<b>56.25</b>	35	43.75	0	0	0	0
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted	63	78,75	17	21.25	0	0	0	0

7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted	51	<b>63.75</b>	29	36.25	0	0	0	0
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan	80	100	0	0	0	0	0	0
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado	67	83.75	13	16.25	0	0	0	0
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores	57	71,25	22	27,5	1	1.25	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>63,28571429</b>	<b>87,5</b>	<b>16,57142857</b>	<b>9,167</b>	<b>1</b>	<b>1.25</b>		

**Tabla 12: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

### **Apertura a la Comunicación para Proporcionar Educación en Salud a la Persona:**

Según los datos obtenidos tras la aplicación del PCHE 3 versión; se puede decir que el 100% de los encuestados contestó los ítems que conforman la categoría, 31 pacientes encuestados (39,7%) Siempre percibieron un cuidado efectivo, satisfactorio, mediante una relación armónica y de ayuda que facilita el intercambio de información suficiente y respetuosa para la toma de decisiones. Según los datos obtenidos mediante la aplicación del PCHE 3 versión, el promedio de respuesta de los ítems analizados es de 13.29% esto nos muestra que las diferentes respuestas dadas por los encuestados fueron “siempre”, este mayor en comparación con la categoría “Priorizar”, dado que la cantidad de ítems es mayor. Con la desviación estándar podemos ver que los datos difieren en un 1,398% de la media, lo que nos indica que los datos en su gran mayoría están cerca al promedio. El rango mínimo de las respuestas es de 11 y el máximo es 17, esto siendo coherente con el



porcentaje de la desviación estándar. El valor de la asimetría presentado es positivo y por tal motivo se puede decir que estos datos no son dispersos. De acuerdo a esta tabla se debe tener en cuenta que en el ítem #4 “le miran a los ojos cuando le hablan” con un 37.5% en siempre y un 55% en casi siempre, en el ítem # 9 “Le facilitan el diálogo” con un 21.3% en siempre y un 61.3% en casi siempre, ítem # 5 “Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes” con un 35% en siempre y un 51.3% en casi siempre , ítem # 11 “Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas” con un 15% en siempre y un 78.8% en casi siempre y el ítem # 14 “Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna” en un 5% en siempre y un 95% en casi siempre, se debe mejorar de manera significativa dado que en la relación enfermera-paciente la comunicación y el dialogo es uno de los factores primordiales a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad y aún más en los pacientes con enfermedad oncológica, ya que es la mejor manera de acercarnos a la persona para conocer cómo se encuentra, que le inquieta y cuáles son sus necesidades . En la mayoría de ocasiones este proceso se ve interrumpido por la falta de tiempo debida a la sobrecarga de trabajo, o por la falta de entrenamiento de los profesionales en estos aspectos, afectando negativamente la calidad de los cuidados y dar como resultado una mala atención a los pacientes que se encuentran en su etapa final o crónica, por otra parte, esta interacción entre la enfermera y el paciente mejora el autocuidado y favorece la pronta recuperación. (Ver Tabla 13, 15)

Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona								
ITEM	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan	30	<b>37,5</b>	44	55	6	7,5	0	0
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes	28	<b>35</b>	41	51,3	11	13,8	0	0
9. Le facilitan el diálogo	17	<b>21,3</b>	49	61,3	14	17,5	0	0
10. Le explican previamente los procedimientos	46	57,5	34	42,5	0	0	0	0
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas	12	<b>15</b>	63	78,8	5	6,3	0	0
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos	59	73,8	21	26,3	0	0	0	0
14. Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna	4	<b>5</b>	76	95	0	0	0	0
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	58	72,5	21	26,3	1	1,3	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>31,75</b>	<b>39,7</b>	<b>43,625</b>	<b>54,5625</b>	<b>4,625</b>	<b>5,8</b>		

**Tabla 13: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

### **Cualidades del Hacer de Enfermería:**

Según los datos obtenidos tras la aplicación del PCHE 3 versión; se puede decir que el 100% de los encuestados contestó los ítems que conforman la categoría, 38.3 pacientes encuestados (28.57%) Siempre percibieron un cuidado compresivo hacia los sentimientos de la persona, brindando una atención de calidad individualizada, dedicada, alerta y dispuesta que mejora las condiciones de salud de los pacientes. Según los datos obtenidos mediante la aplicación del PCHE 3 versión, el promedio de respuesta de los ítems analizados es de 26.34% nos muestra que las diferentes respuestas dadas por los encuestados fueron “siempre”, este es mayor en comparación con las anteriores categorías, dado que la cantidad de ítems es mayor. Con la desviación estándar podemos ver que los datos difieren en un 1,686% de la media, lo que nos indica que los datos en su gran mayoría están cerca al promedio. El rango mínimo de las respuestas es de 22 y el máximo es 31, esto siendo coherente con el porcentaje de la desviación estándar. El valor de la asimetría presentado es positivo y por tal motivo se puede decir que estos datos no son dispersos. (Ver Tabla 14, 15); en relación con esta tabla se puede observar que en el ítem # 3 con un 30% en siempre y un 66,25% en casi siempre “Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización”, el ítem # 18 con un 15% en siempre y un 85% en casi siempre “Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)”, el ítem # 21 con un 5% en siempre y un 90 % en casi siempre “ Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento”, el ítem # 22 con un 15% en siempre y un 85% en casi siempre “ Responden

oportunamente a su llamado”, el ítem # 23 con un 1.25% en siempre y un 96,2% en casi siempre “Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual”, el ítem # 25 con un 1.25% en siempre y un 85% en casi siempre “Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo”, el ítem # 26 con un 45% en siempre y un 55% en casi siempre” Le brindan un cuidado cálido y delicado”, el ítem #27 con un 38.75% en siempre y un 61.25% en casi siempre “ Le ayudan a manejar el dolor físico”, el ítem # 29 con un 10% en siempre y un 90% en casi siempre “Le respetan sus decisiones” y el ítem # 32 con un 21.25% en siempre y un 78,75% en casi siempre “Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico” esto implica que la enfermera debe darle al paciente toda la atención necesaria, proporcionar un escenario de interacción, buscando confort para hablar con el paciente, fomentar empatía, dar confianza, reconocerlo como un ser holístico, tranquilizar al paciente a través del tacto, prestar atención a la solicitud o necesidad del paciente haciéndolo sentir importante dentro del plan de cuidado de enfermería, proporcionarle información y confirmar la comprensión de esa información después dándoles el tiempo suficiente a los pacientes para procesar la información y brindándoles toda la información sobre su proceso de enfermedad.

ÍTEM	Cualidades del hacer de enfermería							
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	24	30	53	66.25	3	3,8	0	0
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención	55	68.75	25	31.25	0	0	0	0
16. Le llaman por su nombre	77	96.25	3	3.75	0	0	0	0
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas	12	15	68	85	0	0	0	0

(higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)									
20. Le manifiestan que están pendientes de usted	71	88.75	9	11.25	0	0	0	0	0
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento	4	5	72	90	4	5	0	0	0
22. Responden oportunamente a su llamado	12	15	68	85	0	0	0	0	0
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual	1	1.25	77	96.25	2	2.5	0	0	0
24. Le escuchan atentamente	73	91.25	7	8.75	0	0	0	0	0
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	1	1.25	68	85	11	13.75	0	0	0
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado	36	45	44	55	0	0	0	0	0
27. Le ayudan a manejar el dolor físico	31	38.75	49	61.25	0	0	0	0	0
28. Le demuestran que son responsables con su atención	75	93.75	5	6.25	0	0	0	0	0
29. Le respetan sus decisiones	8	10	72	90	0	0	0	0	0
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar	70	87.5	10	12.5	0	0	0	0	0
31. Le respetan su intimidad	64	80	16	20	0	0	0	0	0
32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico	17	21.25	63	78.75	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>38,375</b>	<b>28,5714286</b>	<b>41,7058824</b>	<b>72,8571429</b>	<b>1,17647059</b>	<b>0,70625</b>			

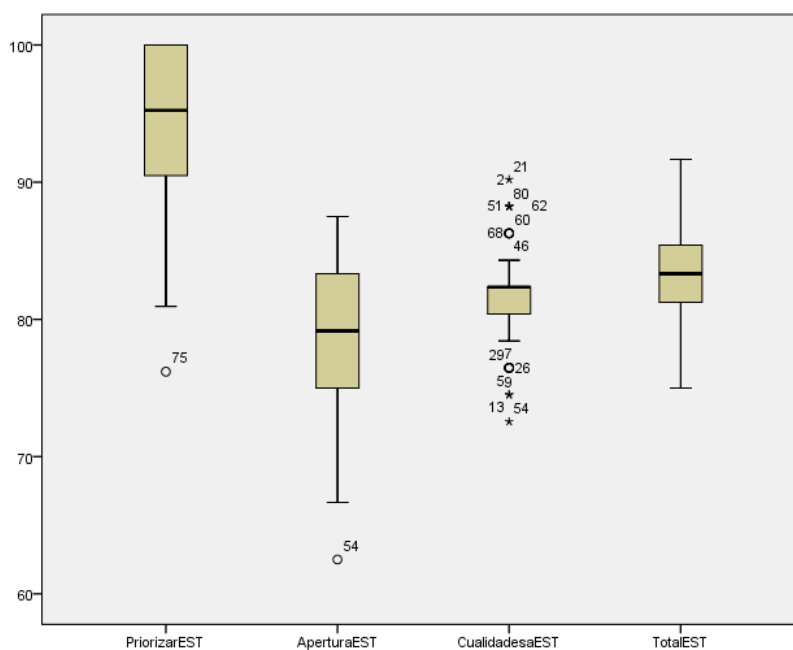
**Tabla 14: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

	Priorizar	Apertura	Cualidades	Total
N	Válido	80	80	80
	Perdidos	0	0	0
Media		8,46	13,29	26,34
Desviación estándar		1,232	1,398	1,686
Asimetría		,463	,294	,025
Error estándar de asimetría		,269	,269	,269
Mínimo		7	11	22
Máximo		12	17	31

**Tabla 15 Descripción Estadística-respuesta de las categorías: Fuente: Instrumento PCHE 3**

**Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

Con la siguiente información podemos ver que todas las preguntas fueron respondidas en su totalidad y que la categoría “Cualidades del hacer de enfermería;” cuenta con datos dispersos de acuerdo con la gráfica que se muestra a continuación; las demás categorías presentan datos homogéneos. Se puede concluir que en la categoría cualidades del hacer de enfermería es difícil generar rangos de análisis para cada uno de los ítems analizados en la misma. Los resultados son dispersos y se encuentran alejados del promedio. (Ver gráfico 13)



**Gráfico 13: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

### Correlaciones no paramétricas

Con las correlaciones no paramétricas se realizará la interpretación de coeficiente de Spearman el cual es igual al coeficiente de correlación. Este puede oscilar entre -1 y +1, cuyo resultado nos indica las asociaciones negativas o positivas respectivamente, mientras que (0) cero, significa no correlación, pero no independencia

En la siguiente tabla podemos comprobar la igualdad de varianzas que existe entre la categoría Priorizar y Apertura cuyo resultado es de 0.148 lo que nos indica que la correlación de los datos es mínima dado que se encuentra cercana a 0. Se puede concluir que no existe correlación alguna entre los ítems analizados en una categoría y la otra; dado que su resultado tiende a cero (0.148) y es positivo, indicando que los datos se encuentran agrupados hacia la derecha. El comportamiento de los ítems analizados en cada una de las categorías Priorizar no depende de los resultados de la categoría Apertura. (Ver Tabla 16).

<b>Correlaciones no paramétricas categorías priorizar y apertura</b>				
			Priorizar	Apertura
Rho de Spearman	Priorizar	Coeficiente de correlación	1,000	,148
		Sig. (bilateral)	.	,191
		N	80	80
	Apertura	Coeficiente de correlación	,148	1,000
		Sig. (bilateral)	,191	.
		N	80	80
	Cualidades	Coeficiente de correlación	,158	,195
		Sig. (bilateral)	,160	,083
		N	80	80
Total	Coeficiente de correlación	,569**	,667**	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	80	80	

**Tabla 16: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

Entre la categoría Cualidades del hacer de enfermería y Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), la igualdad de varianzas que existe es de 0.158, este resultado nos muestra que la correlación de los datos es mínima, porque dicho resultado tiende a 0. De igual manera la correlación entre las categorías cualidades del hacer de enfermería; y apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, pero esta también es mínima y tiende a cero con un resultado de 0.148. Los anteriores resultados nos afirman que no existe relación paramétrica entre alguna de las categorías analizadas, lo que quiere decir que el comportamiento de los resultados en cada uno de los ítems, de cada una de las categorías, no dependen del comportamiento de la otra. (Ver tabla 16). Esto dado que las categorías están definidas por diferentes parámetros, la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, “rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, coparticipe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones. El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas (y terapéuticas) entre enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente) soportadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica. Esta presencia de la enfermera/o, cuya intencionalidad es conocer y conectar con la experiencia de salud del otro (Boykin & Schoenhofer, 1993; Newman, Sime & Corcoran, 1991), e involucra un «estar ahí», y una preocupación inefable por el otro como persona, que genera en ésta sentirse cuidado en su integridad como persona”. Mientras que la categoría **Apertura a**



**la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona** “se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera/o) para construir una relación dialéctica (dialógica) entre enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente), fundamental para el crecimiento mutuo, la adopción y/o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado. Esta apertura se orienta por cualidades como: la mirada atenta, la escucha activa, el dialogo y la adopción de actitudes como la proactividad y la de estar en disposición para el Cuidado del Otro. Reflejado en acciones como: proporcionar información oportuna, clara y suficiente acerca de su situación de salud para puedan tomar decisiones que promuevan el cuidado delante de ésta, responder preguntas en un lenguaje comprensible, explicar los procedimientos, y proporcionar orientaciones promotoras de salud”. Por su parte la categoría **Cualidades del hacer de enfermería;** refleja los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico (Carper, 1978) que caracterizan un Cuidado de Enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende acciones de cuidado, en primer lugar, encaminadas a proporcionar soporte físico y a preservar la dignidad del otro (Watson) como son: la respuesta oportuna al llamado, la identificación de las necesidades de tipo físico, psicoemocional y espiritual de la persona, el manejo del dolor, la comodidad física de la persona, la administración del tratamiento a tiempo. En segundo lugar, acciones dirigidas hacia el apoyo emocional, tales como: la comprensión, la empatía, la presencia y escucha activa durante la expresión de sentimientos, la preocupación por el estado emocional del Otro, el cuidado por su intimidad y la responsabilidad hacia el Otro.

<b>Correlaciones no paramétricas categoría cualidades</b>				
			Cualidades	Total
Rho de Spearman	Priorizar	Coeficiente de correlación	,158	,569**
		Sig. (bilateral)	,160	,000
		N	80	80
	Apertura	Coeficiente de correlación	,195	,667**
		Sig. (bilateral)	,083	,000
		N	80	80
	Cualidades	Coeficiente de correlación	1,000	,719**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
Total		Coeficiente de correlación	,719**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

**Tabla 17: Fuente: Instrumento PCHE 3 Versión aplicado en la IPS de IV nivel**

## Capítulo 6. Discusión

Teniendo en cuenta los datos arrojados tras la aplicación del instrumento PCHE 3 versión a los pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica en la IPS de IV nivel; en la **Categoría Priorizar el sujeto de cuidado (La persona)**, se encontró que el 87.5 % de los pacientes encuestados Siempre percibieron que el cuidado de enfermería se priorizaba de acuerdo con sus necesidades, el 9.16 % Casi siempre lo percibió y el 1,25 % Algunas veces lo percibió. Destacándose que el 100% de las personas encuestadas respondieron “siempre”, a las preguntas “Le hacen sentirse como una persona”, y “Le generan confianza cuando lo (la) cuidan”. Por su parte, en la investigación de Rivera y Triana, Bogotá (2007)<sup>108</sup> se observó que en la categoría de “priorizar al ser cuidado”

<sup>108</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

fueron 89.05% Siempre, 10.21% Casi siempre, 0.72% Algunas veces y Nunca el 0%. Se observan datos similares en el estudio realizado en Cartagena por ACOSTA, et al (2013)<sup>109</sup>, donde se encontró que el 80,2% de los pacientes encuestados Siempre percibieron estos comportamientos, el 10,4% Casi siempre, el 7,8% Algunas veces y el 1,7% Nunca percibió comportamientos de prioridad para con él. De igual manera en la investigación de Miranda C. Paulina, et al. Chile (2013)<sup>110</sup>, donde el 85,4% equivalente a 146 personas de las encuestadas refiere que el profesional de Enfermería siempre prioriza el ser cuidado durante su atención, mientras que un 12,9% refiere que casi siempre se da esta situación y un 1,8% refiere que casi nunca se prioriza al ser cuidado, no hubo personas que marcaran la opción nunca. A diferencia del estudio realizado en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de EsSalud Huacho, durante octubre de 2010, donde un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado.

En la investigación realizada por González (2013),<sup>111</sup> en la aplicación del instrumento que determinó unos resultados descriptivos donde se identificó que para el 84,7% de los participantes, consideran que en la IPS Centro Policlínico del Olaya perciben siempre una

---

<sup>109</sup> Acosta Revollo Ana Cristina, Mendoza Acosta Candelaria Alexandra, Morales Murillo Katherine & Quiñones Torres Adriana Marina. (2013). *Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel*. (Trabajo de Grado para programa de Enfermería). Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Bolívar. Recuperado de <http://siacurn.app.cunvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>

<sup>110</sup> Miranda C. Paulina, Monje V. Pablo, & Oyarzún G. Jéssica, (2014). *Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014*. [Trabajo de Grado para Enfermería]. Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

<sup>111</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN"*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

relación de cuidado humanizado de enfermería en el personal de enfermería de la institución, lo que se traduce que en la IPS se brinda una atención humanizada. Por otra parte, con relación a las categorías realizaron una evaluación de los ítems por categorías donde evidenciaron que en general todas las categorías se orientan a que los pacientes hospitalizados perciben siempre comportamientos de cuidado humanizado, destacando dentro de ellos la categoría “la priorización al ser cuidado” con un 93,4%, donde aspectos como que le hacen sentirse como una persona, el llamado por el nombre, el respeto por las creencias y valores, a las decisiones y a la intimidad se destacan principalmente en la atención. Y al momento de los acercamientos a los pacientes, manifestaban en general que la atención por parte del personal de enfermería es muy buena en los servicios de hospitalización, las categorías proactividad y empatía fueron las que obtuvieron los promedios más bajos. En ese sentido concluye que un 36,6% de los pacientes califican como negativa la relación que la enfermera establece con el paciente, puesto que al brindar la atención no se identifica adecuadamente, por lo que se recomienda crear conciencia de la necesidad de presentarse antes de realizar un procedimiento, pues esto ayuda a establecer una relación de confianza. El 40% refiere que no existe empatía entre enfermera y paciente, por lo que se recomienda a la enfermera mostrar verdadero interés por el estado emocional y físico del paciente, a fin de que se sienta comprendido por el personal de enfermería.

Para Watson la provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que

tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.<sup>112</sup>

En la categoría **Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona**, se encontró tras la aplicación del instrumento PCHE 3 versión que el 39.7% Siempre percibió actitudes de comunicación, el 54.56% Casi siempre y el 5.8 % Algunas veces percibió esta apertura a la comunicación. Se destaca que 59 de los pacientes encuestados (73.8%) siempre percibieron “Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos” y 58 de los pacientes encuestados (72.5%) Siempre percibieron que “Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud”, así como que 76 pacientes encuestados(95%) Casi siempre percibieron que “Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir”. Cabe notar que hasta el año 2015 no se encontraban actualizadas las categorías, por lo tanto, esta categoría de Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona no tiene referencia previa sin embargo los ítems del instrumento que la conforman en la actualidad se encontraban distribuidas en las categorías de sentimientos del paciente, apoyo físico,

---

<sup>112</sup> Watson J. (2005). *Caring science as sacred Science*. Philadelphia, EE.UU.: Davis.

calidades y proactividad. En el estudio realizado por Rivera y Triana, Bogotá (2007)<sup>113</sup> se observó que en la categoría de “proactividad “ el 80.65% siempre percibieron este comportamiento, el 16.5 % casi siempre, el 3.28% algunas veces, en la categoría de “empatía” el 77.73% siempre fue percibida, el 18.24 % casi siempre, el 3.64% algunas veces y nunca el 0.36%; en cuanto a la categoría de sentimientos del paciente el 89.57% percibieron el cuidado humanizado siempre, el 11.6% casi siempre, el 0.72% algunas veces y ninguno dejó de percibirlas. En el estudio realizado en Cartagena por ACOSTA, et al (2013)<sup>114</sup>, se observó que el contacto visual que tiene el enfermero(a) cuando establece comunicación verbal con el paciente identificado por los mismos es de un 80% siempre, 12,2% casi siempre, 6,7% algunas veces y 1,1% nunca. Se observó que un 72,2% de los pacientes encuestados manifestó que siempre se siente informado cuando la enfermera le explica algo, un 14,4% casi siempre, un 11,1% algunas veces y un 2,2% nunca. Por otra parte, en la investigación descriptiva del Hospital Gustavo Lanatta Luján de EsSalud Huacho en Perú , (Espinoza, et al. 2010)<sup>115</sup>, se realizó una encuesta a 65 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, con un tiempo mayor de 24 horas de

---

<sup>113</sup> Rivera Álvarez Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

<sup>114</sup> Acosta Revollo Ana Cristina, Mendoza Acosta Candelaria Alexandra, Morales Murillo Katherine & Quiñones Torres Adriana Marina. (2013). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. (Trabajo de Grado para programa de Enfermería). Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Bolívar. Disponible en: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>

<sup>115</sup> Espinoza Medalla Leonor, Huerta Barrenechea Karim, Pantoja Quiche Junior, Velásquez Carmona Walter, Cubas Denisse & Ramos Valencia Alí. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Revista Ciencia y Desarrollo*, 13 (1), 53 – 61. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/441>

hospitalización en los servicios de medicina, obstetricia y cirugía. Los resultados muestran que algunas veces se percibe un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, y un 52,3% de empatía.

En la investigación realizada por Merkouris, Anastasios, et al (2004)<sup>116</sup>, realizo un análisis de la satisfacción del cuidado de enfermería donde el 46.1% con referencia a la satisfacción de la información dada por el personal de enfermería, concluyendo que el personal de enfermería es muy conocedor sin embargo perciben que la información sobre su estado de salud, dieta y pronóstico lo direccionan al médico mientras que dan información los medicamentos administrados. En otro estudio de Signor Mirna, 2004<sup>117</sup> empleo el CBI de Wolf donde en la dimensión de “percepción y habilidad en las personas” el 94.5% de las personas dice que es favorable el cuidado de enfermería, el 4.41% de las personas refieren que es medianamente favorable y el 0.74% como desfavorable, en la dimensión “deferencia respetuosa” el 22.06% es medianamente favorable, el 77.94% como favorable, concluyendo que el personal de enfermería que hay deficiencia en la comunicación, dar instrucciones y enseñar al paciente, llamarlo por el nombre y confiar el paciente, aspectos que son importantes para el paciente tenga confianza para expresar sus sentimientos.

---

<sup>116</sup> Merkouris Anastasios, Papathanassoglou Elizabeth & D.e. t Lemonidou, Chryssoula. (2004). “Evaluación de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería: ¿enfoque cualitativo o cuantitativo? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 355 – 367.

<sup>117</sup> Signor, Díaz Mirna Leticia. (2004). “*Percepción de los comportamientos de cuidado que tienen los pacientes y el personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía de adultos del Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala, Centro América*” (Trabajo de grado para acceder al título de Magister en enfermería con énfasis en Gerencia en servicios de Salud). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Por otra parte, en la investigación realizada por González (2013),<sup>118</sup> para el factor 2 “Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente”, los ítems que allí se agrupan expresan una apertura por parte del personal de enfermería a generar una interacción activa con el paciente, y se desarrollan unas habilidades de escucha activa, de diálogo, de proporcionar información, pero sin perder el vínculo entre ambos. Con todo lo anterior varias teóricas en la profesión, han planteado que las enfermeras deben desarrollar capacidades o habilidades para lograr esa relación con el otro a través de la comunicación, Wiedenbach,<sup>119</sup> destaca estas habilidades de comunicación y las define como: “Las habilidades reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas. Para transmitir un mensaje u obtener una respuesta determinada, puede utilizar la comunicación verbal y no verbal, unidas o por separado”. Para Cherry (King, 1984) la comunicación “es un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”.

---

<sup>118</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

<sup>119</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>



Para Watson la Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Es concepto relevante para la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente (Watson, 2005).<sup>120</sup>

En lo referente a la categoría **Cualidades del hacer de enfermería**, la aplicación del instrumento PCHE 3 versión arrojó que el 28.57% Siempre percibió las Cualidades del hacer de enfermería, el 72.85 % casi siempre lo percibió y el 0.70% algunas veces; destacándose que 77 pacientes (96.25%) Siempre percibieron que la enfermera “Le llaman por su nombre” y de igual forma 75 pacientes (93.75%) siempre percibieron que la enfermera “ le demuestran que son responsables con su atención”, cabe destacar que 77 pacientes (96.25%) Casi Siempre percibieron que la enfermera “Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual”. Por su parte en el estudio de Rivera y Triana Bogotá (2007)<sup>121</sup>, la categoría “cualidades del hacer de enfermería mostro que el 89.41% siempre lo percibieron, el 10.21% casi siempre, el 0.36% algunas veces. Por otro lado, en el estudio realizado en Cartagena por Acosta, et al (2013)<sup>122</sup>, se encontró que el

---

<sup>120</sup> Watson J. (2005). *Caring science as sacred Science*. Philadelphia, EE.UU.: Davis.

<sup>121</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

<sup>122</sup> Acosta Revollo Ana Cristina, Mendoza Acosta Candelaria Alexandra, Morales Murillo Katherine & Quiñones Torres Adriana Marina. (2013). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. (Trabajo de Grado para programa de Enfermería). Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Bolívar. Disponible en:

67,8% siempre percibe las cualidades de la enfermera, un 16,9% casi siempre, un 12,2% algunas veces y un 3,1% nunca percibió las cualidades del hacer de la enfermera. En la investigación realizada por Merkouris, Anastasios, et al (2004)<sup>123</sup>, realizo un análisis de la satisfacción del cuidado de enfermería donde el 80.7% de los pacientes está satisfecho y percibe que las enfermeras se responsabilizan de las necesidades del paciente, las enfermeras son expertas y las perciben como humanas y buenas en gerencia.

En el estudio de González (2013),<sup>124</sup> en cuanto al factor 3, denominado “Cualidades del hacer de enfermería”, los ítems que se agruparon a este factor tienen una característica y es que se enfocan al ser; busca destacar esas cualidades del personal de enfermería que permiten que el paciente viva el cuidado y crezca en él. Según Rivera & Triana<sup>125</sup> en su artículo ¿Por qué hablamos de cuidado humanizado en enfermería?, el cuidado humanizado comienza cuando el profesional entra en el campo fenomenológico del paciente y es capaz de detectar, sentir e interactuar con él, es decir, es capaz de establecer

---

<http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>

<sup>123</sup> Merkouris Anastasios, Papathanassoglou Elizabeth & D.e. t Lemonidou, Chryssoula. (2004). “Evaluación de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería: ¿enfoque cualitativo o cuantitativo? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 355 – 367.

<sup>124</sup> González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

<sup>125</sup> Rivera Álvarez, Luz Nelly & Triana, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56 – 68.

una relación de empatía centrada en la atención del cliente y en un ambiente para percibir la expresión del otro y como él la vive.

Para Watson la asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior (Watson, 2005)<sup>126</sup>. Según Watson en los procesos de caritas<sup>127</sup>, el personal de enfermería debe asistir o ayudar en las necesidades básicas de manera reverencial y respetuosa, manteniendo una conciencia de cuidado intencional. Plantea que uno de los privilegios de enfermería y de su rol al interactuar con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la totalidad del ser humano. Las enfermeras tienen el honor íntimo de ayudar a otros a gratificar sus necesidades humanas más básicas, especialmente cuando se encuentran en estado de vulnerabilidad.

---

<sup>126</sup> Watson J. (2005). *Caring science as sacred Science*. Philadelphia, EE.UU.: Davis.

<sup>127</sup> Urra M, Eugenia, Jana A, Alejandra, & García V, Marcela. (2011). ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>

## Capítulo 7. Conclusiones

De la aplicación del cuestionario sociodemográfico y el Instrumento PCHE 3 versión a los pacientes adultos con enfermedad oncológica hospitalizados en la IPS de IV nivel se puede concluir lo siguiente:

La mayoría de los pacientes encuestados es de género masculino con un 56.3 %, el promedio de edad de los pacientes encuestados es de 53.12 años, el total de la población pertenece al sector urbano, el 43,8% de la población son casados, el 36.3% tiene un nivel educativo de secundaria; el 92,5% de la población encuestada es católica. El 52,5% (42 personas) se encuentran diagnosticados con cáncer de origen primario definido, mientras que el % restante 47.5% (38 personas), cuentan con un tipo de cáncer diferente. El 62,5% de la población su tratamiento se encuentra en manejo de la patología, seguido por un 8.8% su tratamiento es manejo paliativo y la que menos porcentaje cuenta es ciclo I de quimioterapia. El promedio de estancia hospitalaria fue de 8.59 días.

De acuerdo con los datos arrojados se concluye que el 87.5 % de los pacientes encuestados siempre percibió los ítems relacionados con la categoría **Priorizar el sujeto de cuidado (La persona)**, destacándose que la enfermera los hace sentir como una persona y les genera confianza cuando lo cuidan para todos los pacientes encuestados. Lo que describe que el cuidado ofrecido por las enfermeras de la institución se brinda con

respeto a la individualidad del paciente, existe un trato amable, dialogan con el paciente, brindan tranquilidad, usan un lenguaje apropiado y respetan sus creencias y sus valores.

En la categoría **Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona**, los datos arrojaron que el 39,7% de los pacientes encuestados siempre percibieron los ítems relacionados con esta categoría donde el 73.8% siempre percibieron “Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos” y el 72.5% Siempre percibieron que “Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud”, por otra parte el 54.56 % de los pacientes encuestados casi siempre percibió los ítems relacionados con esta categoría. Se destacó que la enfermera se presenta de manera completa antes de la realización de cualquier procedimiento y le brinda información suficiente y oportuna para la toma de decisiones; no obstante, la percepción de espacios de dialogo y educación para el autocuidado no fueron siempre percibidos. Lo anterior describe que el cuidado brindado por el personal de enfermería de la institución proporciona información oportuna y clara sobre la condición de salud, utilizando un lenguaje corporal y verbal adecuado.

En lo referente a la categoría **Cualidades del hacer de enfermería**, los datos arrojaron que el 28.57% siempre percibieron los ítems correspondientes a esta categoría, el 96.25% Siempre percibieron que la enfermera “Le llaman por su nombre” y de igual forma el 93.75% siempre percibieron que la enfermera “ le demuestran que son responsables con su atención”, el 72.85% de los pacientes encuestados casi siempre

percibieron los ítems correspondientes a esta categoría cabe destacar que el 96.25% Casi Siempre percibieron que la enfermera “Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual”. De relevancia se observa que las enfermeras siempre llaman al paciente por su nombre y demuestran responsabilidad al brindar cuidado. Sin embargo, no siempre son identificadas la totalidad de las necesidades del paciente, por brindarle comodidad en la hospitalización, el responder oportunamente, no siempre indagan sobre su estado de ánimo, el cuidado no siempre es cálido y el tratamiento no es administrado oportunamente. Todo esto describe que el cuidado brindado por el personal de enfermería de la institución se inclina a la responsabilidad por la atención suficiente de los pacientes y oportuna a sus necesidades básicas manifestando el interés de realizar ese cuidado, escuchando atentamente y respetando sus decisiones e intimidad.

Con los resultados de este trabajo de investigación se aporta conocimientos que enriquecen la práctica de enfermería de la institución, y así mismo apoyar la toma de decisiones relacionadas con el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería hacia los pacientes adultos hospitalizados con enfermedad oncológica, para que en un futuro pueda ser aplicado a otras áreas y/o tipo de enfermedad para el mejoramiento continuo de la atención que brinda el personal de enfermería. Este estudio permite identificar aspectos positivos existentes en la prestación de un cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, de igual forma al identificar las falencias permite un mejoramiento y crecimiento continuo hacia la calidad esperada en la prestación del cuidado de enfermería.

Por todo lo expuesto anteriormente, tras la aplicación del instrumento percepción del cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3 versión, en la IPS de IV nivel se puede concluir que el cuidado de enfermería brindado en la institución es un cuidado que apunta a dar un cuidado de calidad, que tiene en cuenta las necesidades del paciente como individuo, es un cuidado integral, respetuoso, honesto, basado en conocimiento científico y práctico, que el cual es percibido casi siempre por los pacientes en sus diferentes etapas de manejo y cuidado de su enfermedad, cumpliendo así con el fin primordial de la disciplina.

Teniendo en cuenta la conclusión general expuesta por González (2013), refiere en su estudio que es un resultado importante que debe continuar trabajando para fortalecer prácticas y actitudes en el personal que afectan una real atención humanizada por parte de enfermería.

En el estudio realizado por Rivera y Triana, refieren que el instrumento deberá llegar a todos los campos de acción de enfermería, a no cerrar su campo de acción, ni población, sino abierto a las necesidades del cuidado y de enfermería, la creación de las nueve categorías que describen la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado, fueron la base para construir los ítems del instrumento a partir de los códigos nominales de cada una de las categorías de cuidado humanizado de enfermería y de la conceptualización de ellas. Es por esto por lo que los estudios del cuidado

humanizado muestran que las enfermeras se sienten gratificadas al proporcionarlo y que la percepción del cuidado tiene características holísticas y humanas en las enfermeras, evidencia confirmada por los resultados de este estudio.

En esta investigación se puede concluir que el cuidado humanizado de enfermería y las categorías *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* y *Cualidades del hacer de enfermería* según la definición de los autores del instrumento PCHE 3 versión concretan un cuidado holístico en la aplicación del cuidado de enfermería diario.

Teniendo en cuenta las tres categorías *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* y *Cualidades del hacer de enfermería* y con el complemento con las definiciones hace que el instrumento sea sólido para describir el cuidado humanizado de enfermería.



## Capítulo 8. Recomendaciones

1. Motivar al personal de enfermería para que continúe con su labor diaria en la búsqueda de un eficiente cuidado humanizado ofrecido a los pacientes con enfermedad oncológica, necesario según los resultados arrojados en el presente estudio.
2. Sensibilizar en el personal de enfermería la importancia de establecer una relación empática y armónica con el paciente y su entorno para lograr la identificación de necesidades no solo de tipo físico sino también de origen emocional y espiritual, y así lograr un cuidado humanizado global.
3. Reforzar y fortalecer los ítems relacionados con la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)* (ítem #2 y ítem #7, aunque estos ítems están en siempre pero con un porcentaje cercano al 50%), *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* (ítems #4, #5, #9, #11, #14) y *Cualidades del hacer de enfermería* (ítems #3, #18, #21, #22, #23, #25, #26, #27, # 29, #32) a través de la sensibilización del personal de enfermería, las cuales se esperan que sean en su totalidad del 100% en la escala Liker siempre.

4. Motivar al personal de enfermería a fomentar espacios de dialogo que permitan al paciente siempre expresar su estado anímico y los sentimientos relacionados con su enfermedad y tratamiento.
5. Reforzar las estrategias de información relacionadas con la educación para el autocuidado y la toma de decisiones.
6. Realizar la aplicación del instrumento en diferentes grupos de pacientes y áreas de la institución para poder comparar la percepción general del cuidado en enfermería en toda la institución buscando estándares de calidad más altos en la prestación del cuidado de enfermería. Ya que el instrumento permite ser aplicado y evaluar de manera específica y practica este aspecto tan importante de la calidad en los servicios de salud.
7. A nivel de la docencia en enfermería se recomienda enfatizar en la formación integral del futuro profesional, especialmente en la práctica de los principios bioéticas, con el fin de brindar una formación basada en valores y destacando el aspecto humanístico, espiritual y transpersonal en la formación de los profesionales de la salud.
8. Dentro de los marcos de convenio clínico y asistencial se sugiere promover investigaciones sobre calidad de atención humanizada para proponer mejoras

en la formación académica de los profesionales de la salud en la Universidad y en la IPS de IV nivel.

9. Incluir a la familia y cuidadores, considerando su participación activa en los cuidados de pacientes con enfermedad oncológica, entregando información completa y oportuna a través de un buen trato.
10. A nivel de la IPS de IV nivel realizar reuniones periódicas con el fin de formar equipos de trabajo para desarrollar nuevas ideas, conocer la percepción de enfermería y proponer metas en conjunto en lo referente al cuidado humanizado.
11. Ser un referente para las universidades que imparten la carrera de Enfermería incluir en sus currículos de pregrado y postgrado el estudio y la práctica del cuidado humanizado. Sensibilizar al personal docente sobre una cultura de cuidado humanizado no sólo en la práctica, sino también en el aula.
12. Incentivar al profesional de enfermería en la realización de nuevos estudios cualitativos y cuantitativos que aborden el cuidado humanizado, con el fin de transmitir los resultados obtenidos y así aportar con conocimientos actualizados a la disciplina de enfermería.
13. Realizar el seguimiento a casos particulares donde el valor de la humanización sea relevante para ejemplificar en las diferentes áreas de cuidado.

## ANEXO A

### Formato Consentimiento Informado

#### **Estudio Percepción Del Cuidado Humanizado de Enfermería por parte del Paciente Adulto con Enfermedad Oncológica Hospitalizado en una Institución De IV Nivel**

#### **I. HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Usted ha sido invitado a participar en este estudio de investigación, antes de que usted decida participar en el estudio lea este consentimiento cuidadosamente, por favor, tome el tiempo necesario para decidir, y siéntase libre de discutirlo con su familia, pregúntele al investigador del estudio cualquier cosa que no entienda y asegúrese de que todas sus preguntas han sido respondidas satisfactoriamente antes de firmar este consentimiento, haga todas las preguntas que usted tenga asegurándose de que entienda los procedimientos del estudio incluyendo riesgos y beneficios.

Este proyecto de investigación pretende describir cuál es la percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente con enfermedad oncológica hospitalizado en la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología. Este estudio tiene un fundamento teórico y se realizara la recolección de la información mediante la aplicación del instrumento “Percepción de cuidado humanizado de enfermería PCHE - Clinicountry 3ª Versión”<sup>128</sup> el cual evalúa tres categorías denominadas: Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, cualidades del hacer de enfermería.

Con este trabajo de investigación se pretende aportar conocimientos que permitan enriquecer la práctica de enfermería, y mediante los resultados obtenidos apoyar la toma de decisiones relacionadas con el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería hacia los pacientes adultos con enfermedad oncológica hospitalizados, para que en un futuro pueda ser aplicado a otras áreas y/o tipo de enfermedad para el mejoramiento continuo de la atención que brinda el personal de enfermería.

Investigador principal: Enfermera María Claudia Malpica Tinoco, Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología.

#### **¿PORQUE SE REALIZA ESTA INVESTIGACIÓN?**

---

<sup>128</sup>González H. Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

El conocer la percepción del cuidado humanizado de enfermería permite mejorar la calidad del cuidado al paciente y de esta manera promoverle el bienestar y autocuidado, lo cual le genera beneficios tanto al paciente como a los servicios de salud.

### **FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

La fuente principal de financiamiento de este estudio es de recursos propios del investigador.

### **¿CUAL SERIA MI RESPONSABILIDAD SE DECIDO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Si usted participa voluntariamente en este estudio, a continuación, se le informa las intervenciones a realizar:

- A partir del momento de hospitalización usted será evaluado a las 48 horas; se tendrá en cuenta los procedimientos a los cuales usted será sometido y por lo cual fue hospitalizado (como cirugía, tratamientos y otros).
- Si es candidato o elegible para este estudio, se le explicará el proceso del estudio, la importancia, los objetivos, los riesgos, y se le dará el tiempo necesario para que considere su participación.
- Si usted decide participar, se le pedirá que firme el formato de consentimiento informado. Una persona debe firmar, como testigo de esta decisión.
- El investigador principal le preguntara acerca de sus problemas de salud y la percepción del cuidado que tiene frente al cuidado de enfermería, revisará algunos aspectos relacionados con su tratamiento actual consignado en la historia clínica.
- Sera el paciente seleccionado para el estudio quien responda de manera personal el mismo.
- El investigador realizara una visita después de ser identificado el paciente donde se le explicara el objetivo, en qué consiste el instrumento y la forma de diligenciarlo
- Se le realizara la recolección de los datos mediante el instructivo PCHE 3 versión y un cuestionario para obtener los datos socios demográficos pertinentes
- Se dará la privacidad y el tiempo necesarios para que sea contestado y se procederá a su recolección una vez sean diligenciados.
- En este estudio no se realizaría seguimiento posterior al paciente debido a que no compete al objetivo de este, además no se le realizará ninguna administración de medicamento o tratamiento farmacológico, no se extraerá ninguna prueba de laboratorio adicional durante el estudio.

El investigador principal del estudio obtendrá su información personal directamente, se hará revisión de la historia durante la hospitalización y la duración del estudio será mientras el paciente acepte la participación y termine de diligenciar el instrumento. Durante el periodo de hospitalización se requiere tener acceso a la historia clínica para la obtención

de información en cuanto a ubicación hospitalaria y verificar si cumple con los criterios de inclusión.

### **¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS E INCOMODIDADES?**

El estudio no conlleva ningún riesgo para el participante, si usted desea o no participar en el estudio, usted continuará recibiendo el mismo tratamiento clínico que ha tenido hasta el momento.

### **¿CUÁNTA GENTE PARTICIPARA EN ESTE ESTUDIO?**

Para el estudio Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería por parte del Paciente Adulto con Enfermedad Oncológica Hospitalizado en La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, está planeando incluir 80 pacientes, los cuales serán en su totalidad del servicio de hospitalización.

### **¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS POSIBLES PARA MI Y LA SOCIEDAD?**

En este proyecto no se genera ningún beneficio personal por su participación en este estudio, sin embargo, los potenciales beneficios incluyen la valoración de la percepción del cuidado de enfermería buscando la satisfacción percibida por el paciente, la percepción del paciente es el eje central de una interacción activa y efectiva entre las enfermeras y el paciente.

Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento

### **SI NO QUIERO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. ¿EXISTEN OTRAS ALTERNATIVAS?**

Es importante que usted sepa que puede elegir NO participar en el estudio sin que esto implique diferencia alguna con el tratamiento médico o quirúrgico que usted necesite y recibirá el mismo cuidado habitual que el personal brinda a los pacientes, usted recibirá los cuidados generales del paciente con enfermedad oncológica que se imparten a todos los pacientes de esta institución.

### **¿QUE INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ EN PRIVADO?**

Su información se mantendrá en estricto secreto y no será compartida con nadie, excepto que lo consienta o sea requerido por razones legales. Esta información será utilizada exclusivamente con fines de investigación de enfermería. Toda la información como su nombre, estado civil, serán extraídos de la información y reemplazada con un número o código y no será utilizada o comunicada. Una lista que conecte su nombre con el número se mantendrá en un lugar seguro aparte de su ficha. La información, con los datos de identificación removidos, será almacenada de forma segura en la oficina de la investigación, y en un servidor protegido con claves de seguridad. Los datos obtenidos para

este estudio serán retenidos por hasta 7 años después de la terminación del estudio y después serán destruidos.

Para los propósitos de asegurar la monitorización adecuada de la investigación, es posible que un miembro del Comité de Ética de la FCI - IC o un representante de la autoridad (es) regulatoria (s) nacional (es), pueda revisar sus datos y registros médicos para verificar la información del estudio, sin violar su confidencialidad hasta lo permitido por las normas vigentes. Al firmar este consentimiento, usted autoriza dicho acceso.

Si los resultados son publicados o presentados, su nombre no será utilizado, así como ninguna información comparativa que permita conocer su identidad sin su permiso específico.

### **¿PUEDE TERMINAR MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?**

Su participación en el estudio es absolutamente voluntaria. Usted puede rehusar participar en este estudio, o terminar su participación en cualquier momento, sin afectar su tratamiento y cuidados futuros. Esta autorización es efectiva a partir de la fecha de su firma hasta el término de la recolección de la información mediante la aplicación del instructivo PCHE 3 versión y el cuestionario socio demográfico diligenciado por usted, estimada en un periodo de tres meses. Por su parte el investigador puede retirarlo del estudio si ocurren circunstancias que lo obliguen a hacerlo.

### **¿EXISTE ALGÚN COSTO?**

Su participación en este proyecto de investigación no involucra ningún costo.

### **¿SI TENGO ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA A QUIEN PUEDO LLAMAR?**

Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de este estudio ahora o más tarde, por favor contacte al Investigador Principal LIC. María Claudia Malpica Tinoco al número celular 3125178195.

Si tiene cualquier pregunta con relación a sus derechos como participante en la investigación, puede contactar al Presidente del Comité de Ética en Investigación Clínica de la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología. Dr. Sinaí Arévalo. Para esta comunicación llamar al conmutador de la FCI – IC.

**II. CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO EN UNA INSTITUCIÓN DE IV NIVEL**

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ certifico lo siguiente:

He leído la hoja de información previa y entiendo que el estudio involucra investigación. Comprendo el propósito del estudio al igual que los beneficios potenciales y riesgos de participar en este.

Entiendo que en este estudio se realizara la recolección de los datos mediante el instructivo PCHE 3 versión y un cuestionario para obtener los datos socio demográficos pertinentes; seré yo quien responda de manera personal el mismo una vez el investigador explique la manera para responder ambos y se procederá a su recolección una vez sean diligenciados. En este estudio no se me realizará seguimiento posterior debido a que no compete al objetivo de este, además no se realizará ninguna administración de medicamento o tratamiento farmacológico, no se extraerá ninguna prueba de laboratorio.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Entiendo que tengo libertad de retirarme del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar alguna razón y sin que esto afecte mi tratamiento futuro. Del mismo modo, si eligiera no participar en este estudio inicialmente, esa decisión no influirá en mi tratamiento y cuidado médico.

Autorizo al investigador principal del estudio Percepción Del Cuidado Humanizado de Enfermería por parte del Paciente Adulto con Enfermedad Oncológica Hospitalizado en la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, a los auditores y autoridades competentes, lo mismo que al comité de ética en investigación de la FCI – IC el acceso a mi historia clínica durante el desarrollo del estudio para verificar la información, respetando las normas vigentes.

Autorizo mi participación en este estudio y entiendo que recibiré una copia firmada de este documento.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

N° de Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_

Testigo 1

Nombre: \_\_\_\_\_



Firma: \_\_\_\_\_ C. C: \_\_\_\_\_ Fecha de la  
Firma: \_\_\_\_\_

### **FIRMA DEL INVESTIGADOR**

A mi juicio, el paciente y/o familiar ha dado el consentimiento informado en forma voluntaria, después de haber leído el formato y posee la capacidad de autorizar su ingreso a este estudio de investigación.

Enfermera

María Claudia Malpica Tinoco Firma

\_\_\_\_\_



*Este protocolo de investigación ha sido presentado y discutido por el Comité de Ética en Investigación Clínica de la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología y ha sido aprobado para su iniciación.  
El investigador principal y responsable por el proyecto es Lic Claudia Malpica Tinoco 6672727 Ext 11109. Y será financiado con Recursos Propios.*

Cualquier duda o inquietud puede dirigirla a **J. Sinay Arévalo Leal, MD, Ma, cPhD.**, Presidente del Comité de Ética en Investigación Clínica Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, Carrera 13B No. 161 –85, Torre H – Piso 3 Bogotá D.C. Teléfono 6 67 27 27

## ANEXO B

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA POR  
PARTE DEL PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA  
HOSPITALIZADO EN LA IPS DE IV NIVEL

**Objetivo:** Describir la percepción de los pacientes oncológicos hospitalizados en la IPS de IV nivel, frente al cuidado humanizado de enfermería, en el período de Marzo a Mayo de 2017, con el propósito de brindar alternativas de solución con enfoque en el cuidado humanizado, frente a las posibles falencias relacionadas con el proceso de atención de enfermería

**Nota:** En ningún momento se dará a conocer los resultados individuales; salvaguardando así la dignidad y confidencialidad de la persona.

**‘Instrucción:** Seleccione con una x la opción que corresponda a sus características personales

1. Aspectos sociodemográficos:

a. Género: F \_\_\_ M \_\_\_

b. Edad: \_\_\_\_\_

c. Seguridad social: Salud total \_\_, Coomeva \_\_, Famisanar \_\_, Sanitas \_\_, Sura \_\_, Cruz blanca \_\_ Otra \_\_

d. Procedencia: Rural\_\_ Urbano\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ municipio \_\_\_\_\_

e. Estado civil: Soltero \_\_ Casado\_\_ Unión libre \_\_ Viudo \_\_ Divorciado \_\_ Separado \_\_

f. Nivel educativo: Primaria \_\_ Bachiller \_\_ Técnico \_\_ Universitario \_\_

g. Grupo étnico: Mestizo \_\_, Blanco \_\_, Indígena \_\_ Otras \_\_, Ninguna \_\_

h. Religión: católica \_\_, Evangélica \_\_, Testigos de Jehová \_\_, Otra \_\_, Ninguna \_\_.

I. Tipo de diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_.

j. Tipo de tratamiento: Quimioterapia \_\_\_ Nivel de ciclo \_\_\_ Radioterapia \_\_\_ Manejo Paliativo  
\_\_\_ Manejo Patología Asociada \_\_\_\_\_ Manejo Efecto Secundario

k. Número de días de hospitalización: \_\_\_\_\_ días.

## ANEXO C

## Instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión

**INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO  
HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3ª versión**

Apreciado(a) señor(a): A continuación, le presentamos 32 ítems o preguntas que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (enfermeras(os) y auxiliares de enfermería). En frente a cada ítem, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su autocuidado - los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna				

15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico				

En este espacio describa aquellos comportamientos del personal de enfermería que a su modo de ver son importantes para su cuidado y que no se muestran en el instrumento. O bien, amplíe su respuesta a los ítems de este cuestionario que usted considere Observaciones:

---

Instrumento elaborado y validado en su 1ª y 2ª versión por los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana. La validez y confiabilidad de la 3ª versión realizada por el enfermero Oscar J. González H. Bogotá, Colombia. 2013

## ANEXO D

**ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO:  
"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE  
ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**

Con el presente acuerdo las(us) receptoras(es) del INSTRUMENTO: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"

Reciben autorización para su uso en la Investigación:  
~~Reservada del Cuidado Humanizado de confirmación por parte del personal actual con conformidad~~  
~~Oncológica hospitalizado en un aula por parte de los autores del mismo de acuerdo con~~  
los parámetros abajo pactados: ~~teoría de W. Nussl.~~

1. El Instrumento: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 3ª versión-", es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE - 1ª y 2ª versión -", de autoría de la enfermera Luz Nelly Rivera y el enfermero Álvaro Triana, a partir de una investigación en la Clínica del Country, Bogotá – Colombia, en 2005. La adaptación, validez y medición de la confiabilidad del instrumento PCHE en su tercera Versión fue desarrollada en el marco de la tesis de maestría, por el enfermero Oscar Javier González Hernández, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2013.
2. Las(os) receptoras(es) del instrumento: docente(s), estudiantes y/o enfermeras(os): Higrim Abauza (docente), Claudia Malpica Triana (estudiante), se comprometen a citar el origen y recorrido del Instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN" en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.
3. Los autores del instrumento PCHE 3ª. Versión, una vez revisado el anteproyecto del presente estudio, estiman la viabilidad, coherencia y pertinencia del instrumento con los objetivos y metodología del estudio. En consecuencia, se autoriza su aplicación. Como también se garantiza el principio de confidencialidad delante del anteproyecto enviado.
4. El instrumento: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier uso comercial.
5. El instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", debe presentarse y aplicarse estrictamente acogiendo su formato (sin ningún logo o distintivo de alguna institución, mencionando los autores, el instructivo de aplicación y manteniendo el orden de los

ítems y la pregunta abierta). Y en la eventualidad de que se precise una modificación en cuanto a nombre, a la semántica de los ítems, a forma y contenido del instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", debe ser conocido y autorizado por los autores del instrumento, de manera previa a la aplicación del mismo.

6. El instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como artículos, libros, capítulos de libros, ponencias), excepto en las tesis de grado. En caso de precisar su utilización, los(as) posibles investigadores han de dirigirse a los autores del instrumento.

7. Los resultados del uso del instrumento: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", serán entregados de forma escrita y detallada en un documento en pdf, al finalizar la investigación:

Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad crónica hospitalizado en una institución de IV nivel a los autores del instrumento.

8. Se solicita que todos los(as) investigadores (entiéndase por director(a) de tesis, estudiantes y/o enfermeras/os) firmen el presente acuerdo, teniendo en cuenta que éste compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá D.C., el 29 - XI - 16

Firman en conformidad:

*En calidad de autores:*

  
**LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ**  
 Enfermera. Mg en Enfermería. PhD en Educación y Sociedad.

  
**ÁLVARO TRIANA**  
 Enfermero

**En calidad de Investigadores:**


Profesor(a) director(a) Trabajo de investigación  
 Nombre: *Myriam Abunza de G.*  
 Documento identidad: *41596930 B+6.*  
 Cargo: *Directora de tesis.*  
 Institución: *Universidad de la Sabana.*  
 Correo electrónico: *mabunza@hotmail.com*



Nombre: *Claudia Patricia Tinoco*  
 Documento identidad: *52199608 030*  
 Correo electrónico: *comitidoni523@gmail.com*

Nombre:  
 Documento identidad:  
 Correo electrónico:

Nombre:  
 Documento identidad:  
 Correo electrónico:

Nombre:  
 Documento identidad:  
 Correo electrónico:

Nombre:  
 Documento identidad:  
 Correo electrónico:

Nombre:  
 Documento identidad:  
 Correo electrónico:



## Capítulo 9. Bibliografía

- Acosta** Revollo Ana Cristina, **Mendoza** Acosta Candelaria Alexandra, **Morales** Murillo Katherine & **Quiñones** Torres Adriana Marina. (2013). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. (Trabajo de Grado para programa de Enfermería). Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Bolívar. Recuperado de <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>
- Alonso** Jiménez Esperanza, **Cabeza** Díaz Pedro, **Gutiérrez** Fernández, **Pérez** Manjón Gemma, & **Tomé** Bravo Ana Rosa. (2013). Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. *Med Segur Trab*, 59 (230), 26 – 49
- American Nurses Association**. Gerogia. USA. Recuperado de <http://www.nursingworld.org>
- Amoros** Cerdá SM, **Arévalo** Rubert MJ, **Maqueda** Palau M, E & Pérez Juan. (2008). Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva*, 19 (4), 193 – 203.
- Ardon** Centeno Nelson, **Ariza** Olarte Claudia, **Daza** de Caballero Rosa. (2003). Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los

hospitales de I, II, y III nivel de atención Bogotá, 2003 – 2004. (Trabajo de Grado para Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/278409654> Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I II y III Nivel de Atención

**Arcos** Imbachi, Diana Marcela. (2010). Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español. [Trabajo de Grado para Maestría en Enfermería]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/3924/1/539454.2010.pdf>

**Arias** de Ospina María Rubella. (2015). Tribunal Nacional Ético de Enfermería: La Ética y Humanización del Cuidado de Enfermería. Bogotá, Colombia. Recuperado de [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65)

**Balanza** N. (1997). El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado Cienc Enferm, 3 (1), 59 – 68.

**Bautista** L M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichan, 8 (1).

**Bautista** Rodríguez, LM, **Parra** Carrillo, EL, **Arias** Torres, KM, **Parada** Ortiz, KJ, **Ascanio** Meza, KA, **Villamarín** Capacho, MI; et al. (2015) Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Rev. cienc. cuidad. 12(1):105-118. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/331>

**Bermejo, J.C.; Lozano, B.; Villacieros, M. & Carabias, R.** (2013). Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *Anales Sis San Navarra*, 36 (1), 35 - 45. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-6627](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-6627), ISSN 1137-6627, <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000100004>.

**Bueno Robles Luz Stella.** (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc. enferm.* 17(1), 37 - 43. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es).

**Cabarcas I., Montes A. & Ortega G.** (2009). Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Rev. Actual Enferm.* 12(1):8-11 Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Satisfacciondelpacientehospitalizado.htm>

**Cabarcas Ortega Nirva del Socorro.** (2011). Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. *Revista Ciencias Biomédicas.* 2, (1): 144 – 148. Recuperado de [http://revista.spotmediav.com/pdf/2-1/20\\_GESTION\\_CALIDAD\\_ENFERMERIA.pdf](http://revista.spotmediav.com/pdf/2-1/20_GESTION_CALIDAD_ENFERMERIA.pdf)

**Carvajal, A, Centeno, C, Watson, R, Martínez, M & Sanz Rubiales, A.** (2011) ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Saint Navar.* 34(1):63-72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>

**Ceballos M, Claudia E & Gutiérrez G, Susana.** (2012). Humanización de la atención en salud. (Trabajo de Grado para Posgrado en Salud Pública). Universidad CES, Medellín, Colombia. Recuperado de

[http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion\\_servicios\\_salud.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion_servicios_salud.pdf)

**Ceballos Vásquez Paula Andrea.** (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado *Cienc. Enferm*, 16 (1), 31 - 35. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es).

**Centro Médico Imbanaco.** Atención domiciliaria al paciente con cáncer: Para superar el "no hay nada que hacer" Cali, Colombia. Recuperado de <http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pageId=408>

**Colegio de Enfermeras de Chile, A.G.** (2004). Autonomía en la gestión del cuidado de enfermería, eje temático 1. *Enfermería*, 39 (125), 11 - 6.

**Decreto 1011 De 2006.** (Abril 3). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

**De Los Ríos Castillo JL & Sánchez Sosa JJ.** (2002) Well-being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction. *Salud Mental*. 2002. 25(2): 21 -31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222504>

**Días E, Santana L, Oliveira E.** (2011). La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación para cuidado transpersonal. *Rev. Latino-Am. Enfermmagen*; XIX (2).

**Espinoza Medalla Leonor, Huerta Barrenechea Karim, Pantoja Quiche Junior, Velásquez Carmona Walter, Cubas Denisse & Ramos Valencia Alí.** (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho.

Revista Ciencia y Desarrollo. 13(1):53–61. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/441>

**Ferré-Grau C, Rodero V, Cid D, & Vives C.** (2008). El relato de la experiencia depresiva. Aplicando los factores cuidadosos de Jean Watson. *Index Enfermería*; 17(1), 22 – 24.

**Figuroa W, Giménez M, & Godoy L.** (2010). Conocimientos sobre los principios éticos y las implicaciones legales en las prácticas profesionales de los estudiantes de enfermería del octavo semestre del lapso 2010-2 de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado decanato de ciencias de la salud. (Trabajo de grado para enfermería). Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. Facultad de Enfermería. 2010. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY44DV4F532010.pdf>

**Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología.** "Generación más limpia" por el respeto hacia el medio ambiente. [Internet]. Bogotá, Colombia. (2016). Disponible en: <http://www.cardioinfantil.org/index.php/generales/item/893-generacion-mas-limpia-por-el-respeto-hacia-el-medio-ambiente>

**Furegato A, Prestupa S.** (2000) O que a população sabe e espera do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2000; 20(1):80-90.

**García M.** (2010). Beneficios derivados de la evaluación de la calidad de la atención de enfermería. En: 1ª semana internacional de calidad en la salud. Hospital general de México; México. Recuperado de [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_28.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_28.pdf)

**Gonzales** Burgos, Julie Tatiana & **Quintero** Martínez Diana Carolina. (2009). Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. (Trabajo de Grado para Enfermería). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>

**González** Hernández Oscar Javier. (2014). *Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN"*. (Trabajo de Grado para acceder al título Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

**González** H Oscar Javier. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3a versión". *Aquichan*, 15 (3): 381 - 392.

**González** Juárez, Liliana, **Velandia** Mora, Ana Luisa & **Flores** Fernández, Verónica. (2009). Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *Revista CONAMED*, 14(1), 40 – 42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=co>

**Gutiérrez** González MP, **NÚÑEZ** Carrasco ER & Rivera CL. (2002). Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. *Enfermería*, 37(120), 29 - 33.

**Heluy** de Castro Carolina, **De Faria** Taís Efigênia, **Cabañero** Rosa Felipe, **Castelló** Cabo Miquel. (2004). Humanización de la Atención de enfermería en el quirófano. Index Enferm. 13(44):18-20. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100004&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&Ing=es).

**Hernández** Meca María Encarnación, **Ochando** García Antonio, **Lorenzo** Martínez Susan, **López** Revuelta Katia & **Mora** Canales Javier. (2005) Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 8 (2), 90 - 96. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752005000200002&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002&Ing=es).

**Hoyos** Hernández PA, **Cardona** Ramírez MA & **Correa** Sánchez D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Revista Investigación y Educación en Enfermería, 26 (2), 218 – 215.

**Instituto Nacional del Cáncer**. (2016). Atención en el hogar para pacientes con cáncer Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/atencion-hogar>

**Instituto Nacional de Cancerología**. (2016). La calidad de vida del paciente oncológico desde la bioética Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/documentos/Enfermeria%20Oncol%C3%B3gica/IVJornada/calidaddevida.pdf>>

**Jiménez** María del Carmen, **Ortega** Vargas María Carolina, **Solis** Pérez María Teresa, et al. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Revista Mexicana

de Enfermería cardiológica. 11(2):58–65, Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003en032c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003en032c.pdf).

**Kerguelén** Botero Carlos Alfonso. (2008). Calidad en salud en Colombia, Los principios. Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. – PARS–. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

**Kuerten** Rocha Patricia, **Do Prado** Marta Lenise, **De Gasperi** Patricia, **Sebold** Luciana Fabiane, **Waterkemper** Roberta & **C Bub**. María Bettina. (2009). El cuidado y la enfermería. *Av enfer*, 27(1), 102 – 109. Recuperado de: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12959/13554>

**Ladman** Navarro Cecilia, et al. (2014). Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enfermería*, 3(2): 12 – 21.

**Leite** Araujo Maria Alix & **Freitag** Pagliuca Lorita Marlina. (2005). Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Index Enferm.* 14 (48-49), 42 - 45. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es).

**Leininger** MM. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: EE. UU. NLN.



**León Román Carlos Agustín.** (2006). Enfermería Ciencia y Arte del cuidado. *Rev cubana Enfermer.* 22 (4). Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_4\\_06/enf07406.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm)

**Ley 266 de 1996.** (Febrero 5). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf)

**Marriner-Tomey A, & Raile-Alligood M.** (2003). Modelos y teorías en enfermería. Madrid, España: Elsevier

**Martínez Hernández Diana, Nieto Mejía Viridiana & Rayas Suarez Estela.** (2013). Percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio en un consultorio de enfermería. [Trabajo de Grado para Enfermería]. Universidad autónoma de Queretaro, Queretaro, México.

**Medina Velandia, Juan Carlos.** 2015. Percepción. Recuperado de <http://www.educacion-virtual.org/files/Percepcion.pdf>

**Merkouris Anastasios, Papathanassoglou Elizabeth & D.e. t Lemonidou, Chryssoula.** (2004). “Evaluación de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería: ¿enfoque cualitativo o cuantitativo? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 355 – 367.

**Mineduccion.** (2017). Bogotá, Colombia: Bmpconsulting: Recuperado de [http://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf)

**Miranda C. Paulina, Monje V. Pablo, & Oyarzún G. Jéssica, (2014).** *Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014.* [Trabajo de Grado para Enfermería]. Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

**Mondin B. (1980).** El hombre: ¿quién es él? Elementos de la antropología filosófica. São Paulo, Brasil: Paulus.

**Moreno Ferguson, M. (2013).** Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan.* 13(2). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515>.

**Nascimento, KC. & Erdmann, AL. (2009).** Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Revista Latino-am Enfermagem* 17(2):215–221. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf)

**Organización Mundial de la Salud (OMS).** Cáncer. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

**Organización Panamericana de la Salud.** Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas,

incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. Washington; USA.  
Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf>

**Ortiz** Diago Gloria Alexandra, **Blanco** Rebolledo José Yecid, **Araujo** John Alexander & **Zambrano** Sánchez Zully Tatiana. (2015). Percepción de los usuarios respecto a la humanización en la prestación de los servicios de salud de urgencias del Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E. (Trabajo de Grado para Posgrado de Administración en Salud). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1160/Gloria%20Alexandra%20Ortiz%20Diago.pdf?sequence=1>

**Ospina** ML, Huertas JA, **Montaño** JI, & **Rivillas** JC. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 33(2). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf>

**Palacios** L. (2013). Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el servicio de emergencia. (Trabajo de Grado para Enfermería). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.

**Paterson** J, & Zderard L. (1998). Enfermería Humanística. New York, EE. UU.: Asociación Nacional de Enfermería

**Peterson**, WE, Charles C & **Dicenso** A. (2005). The Newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. Journal of Advanced Nursing, 52 (6), 672 – 81.

- Poblete** Troncoso Margarita, **Valenzuela** Suazo Sandra. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 20(4):499 - 503.
- Poblete** Troncoso, Margarita, **Valenzuela** Suazo, Sandra. **Merino**, José Manuel. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan.* 12 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8-21/pdf>
- Prieto**, P. Gloria Inés. (2007). Humanización del cuidado de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.* 4(2):9 -25. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30291/38452>
- Puebla** Viera Dulce Carolina, **Ramírez** Gutiérrez Alejandro, **Ramos** Pichardo Paula & **Moreno** Gómez Mireya Teresa. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 17(2), 97 - 102. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092g.pdf>
- Ramírez** Claudia, **Parra** Myriam. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería.* 29(1), 97 - 108. Recuperado de <http://www.index-f.com/rae/291/097108.php>
- Ramírez** Perdomo Claudia Andrea, **Perdomo** Romero. (2013). Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *av. enferm,* 31 (1), 42 - 51. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/html>

**Reina** Gamba Nadia Carolina, **Vargas** Rosero Elizabeth. (2008). Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". *av. enferm.* 26(2), 71 - 79. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000200008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200008&lng=en)

**Rengifo**, Julia. Evies, Ani. **Maldonado**, Marlene. (2008). Percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de Enfermería en la unidad de atención de cirugía. *Revista Portales Medico.* Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-pacientes-cuidados-enfermeria-cirugia/>

**Rivera** Álvarez, Luz Nelly & **Triana**, Álvaro. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25(1), 56 – 68.

**Rivera** Álvarez, Luz Nelly & **Triana**, Álvaro (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. *Actual Enferm*, 10 (4): 15 – 21.

**Rodríguez** F. M.<sup>a</sup> Isabel. (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Recuperado de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491\\_rodriguez\\_fernandez\\_maria\\_isabel.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1)

**Secretaria Distrital de Ambiente.** Instructivo. Diligenciamiento de la matriz de identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales. Bogotá, Junio 2013. Disponible en:

[http://ambientebogota.gov.co/documents/10157/2426046/INSTRUCTIVO\\_MATRIZ\\_EIA.pdf](http://ambientebogota.gov.co/documents/10157/2426046/INSTRUCTIVO_MATRIZ_EIA.pdf)

**Segura** Granados Karen Ivette. **Miranda** García Claudia Marcela. **Guillén** Cadena Dulce María. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. Revista electrónica de investigación en enfermería fesi-unam. 3(5):28-36. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/300/435>

**Semih** A, Semra E. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. Journal of Clinical Nursing, 16, 646 – 653.

**Sepúlveda** Carrillo Gloria Judith, ET AL. (2011). Estudio piloto de la validación del cuestionario ‘care-q’ en versión al español en población colombiana. Revista Colombiana de Enfermería, 4 (4), 13 - 22

**Signor**, Díaz Mirna Leticia. (2004). *“Percepción de los comportamientos de cuidado que tienen los pacientes y el personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía de adultos del Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala, Centro América”* (Trabajo de grado para acceder al título de Magister en enfermería con énfasis en Gerencia en servicios de Salud). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

**Slideshare.Com**. Calidad y seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. [2015]. Recuperado de <http://www.slideshare.net/cuidados20/calidad-y-seguridad-paciente-enfermera>

**Torres-Contreras** Claudia & **Buitrago-Vera** Marcela. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 2(1), 138 - 48.

**Universidad de la Sabana**. Universidad Ambientalmente Sostenible. [Internet]. Chía, Cundinamarca. (2016). Disponible en: <http://www.unisabana.edu.co/unisabana/portafolio-institucional-2015-2016/secciones/universidad-ambientalmente-sostenible/>

**Urta** M Eugenia, **Jana** A Alejandra, **García** V Marcela. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc. enferm.* 17(3):11-22. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es)

**Waldow** Vera Regina & **Figuro** Borges Rosalía. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev. Latino -Am. Enfermagem.* 16(4): 765-771.

**Waldow** Vera Regina. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm.* 23(4):234-238. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es)

**Watson** J. (1999). Filosofía y teoría de los cuidados humanos. California, Estados Unidos: Davis.

**Watson** J. (2005). *Caring science as sacred Science*. Philadelphia, EE.UU.: Davis.