

**CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERCIBIDO
POR EL PACIENTE QUE ASISTE A QUIMIOTERÁPIA, CARTAGENA.**

LUIS ALFONSO SIERRA LEGUIA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO A LAS PERSONAS,
CUIDADO A LOS COLECTIVOS
2018**

**CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERCIBIDO
POR EL PACIENTE QUE ASISTE A QUIMIOTERÁPIA, CARTAGENA.**

LUIS ALFONSO SIERRA LEGUIA

Proyecto de Investigación presentado como requisito para optar al título de:
**Magister en enfermería con énfasis en Cuidado a las Personas, Cuidado a los
Colectivos**

Directora de Proyecto de Investigación:
AMPARO MONTALVO PRIETO
Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado al Paciente Crónico

Línea de Investigación:
Gestión del cuidado

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO A LAS PERSONAS,
CUIDADO A LOS COLECTIVOS
2018**

Nota de Aceptación

Presidente de Jurado

Jurado

Jurado

Dedicatoria

A Sandra Milet Salas Aguas, Jefferson y Jesús Stiven.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
2. OBJETIVOS.	18
2.1 Objetivo General.	18
2.2 Objetivos Específicos.	18
3. MARCO CONCEPTUAL.	19
3.1 El Cuidado de Enfermería.	19
3.2 Calidad en el Cuidado de Enfermería.	21
3.3 Humanización en el Cuidado de Enfermería.	26
4. ESTADO DEL ARTE.	31
5. DISEÑO METODOLÓGICO.	35
5.1 Tipo de Estudio.	35
5.2 Población.	35
5.3 Criterios de Inclusión.	36
5.4 Criterios de Exclusión.	36
5.5 Instrumentos.	36
5.6 Técnicas y Procedimientos de Recolección de Información.	39
5.7 Análisis Estadístico.	39
6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.	40
7. RESULTADOS.	41
7.1 Características Sociodemográficas.	41
7.2 Satisfacción del usuario acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido (CARE-Q) versión español.	42
7.3 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería.	43
8. DISCUSIÓN.	44
CONCLUSIONES.	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	50

Lista de Anexos

<i>Anexo 1: Tabla 5 Características sociodemográficas de pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel en Cartagena.</i>	<i>63</i>
<i>Anexo 2: Tabla 6 Satisfacción acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido por pacientes con Cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena.....</i>	<i>64</i>
<i>Anexo 3: Tabla 7 Satisfacción acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido por pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena por dimensiones del Instrumento Care-Q.</i>	<i>64</i>
<i>Anexo 4: Tabla 8 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería por parte de pacientes con Cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena.</i>	<i>64</i>
<i>Anexo 5: Tabla 9 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería por parte de los pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena por categorías del PCHE – Clinicountry 3ra versión.</i>	<i>65</i>
<i>Anexo 6 Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación</i>	<i>66</i>
<i>Anexo 7 Autorización para uso del Instrumento CARE -Q en idioma Castellano</i>	<i>67</i>
<i>Anexo 8 Cuestionario De Evaluación Care – Q (Caring Assessment Instrument).....</i>	<i>68</i>
<i>Anexo 9 Acuerdo de Recepción y Uso del Instrumento: "Percepción de Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3º Versión"</i>	<i>71</i>
<i>Anexo 10 Autorización para aplicación de Instrumento PCHE Tercera Versión</i>	<i>74</i>
<i>Anexo 11 Instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª Versión”</i>	<i>75</i>
<i>Anexo 12 Encuesta de Información Sociodemográfica</i>	<i>77</i>

Lista de Tablas

Tabla 1 Número de pacientes atendidos mensualmente en quimioterapia 2017.	35
Tabla 2 Evaluación de la Satisfacción acerca de la calidad del cuidado de Enfermería.....	37
Tabla 3 Clasificación de resultados del Care Q.	37
Tabla 4 Clasificación de resultados del PCHE 3° versión.	38
Tabla 5 Características sociodemográficas de pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel en Cartagena.	63
Tabla 6 Satisfacción acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido por pacientes con Cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena	64
Tabla 7 Satisfacción acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido por pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena por dimensiones del Instrumento Care-Q.	64
Tabla 8 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería por parte de pacientes con Cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena.	64
Tabla 9 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería por parte de los pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena por categorías del PCHE – Clinicountry 3ra versión.	65

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de calidad del cuidado de enfermería y cuidado humanizado de Enfermería que tiene los pacientes que asisten a quimioterapia. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, con una población constituida por los pacientes que asistieron a quimioterapia (3 o 4 sesión) entre los meses de mayo, junio y julio de 2017. La información se recolectó mediante encuesta de características sociodemográficas, Cuestionario CARE-Q, de Patricia Larson (Versión español) y Cuestionario PCHE Clinicountry 3° Versión, de Triana y Rivera. **Resultados:** Participaron 336 personas con promedio de edad de 39.9 años, predominio del género femenino en un 77.1%. El 44.9% de los tipos de cáncer correspondieron al de Cérvix. La satisfacción acerca de la calidad es alta y siempre se perciben prácticas de cuidado humanizado en las Enfermeras. **Discusión:** Los resultados en cuanto a la satisfacción acerca de la calidad y percepción cuidado humanizado de enfermería son similares a otros estudios realizados en los que se buscó determinar la calidad y la percepción de cuidado humanizado. **Conclusión:** Los participantes del estudio están satisfecho acerca de la calidad del cuidado de enfermería recibido y siempre perciben el cuidado como humanizado. **Recomendaciones:** Es necesario profundizar en los resultados mediante el desarrollo de investigaciones de tipo cualitativa que permita desde la óptica de los pacientes y sus expresiones y creencias ampliar los conceptos de percepción de cuidado humanizado y de calidad.

Palabras Claves: Humanización de la atención, Calidad de la atención de salud, Indicadores de calidad de la atención de salud, Cuidados de enfermería, Enfermería oncológica. Fuente: DeCS

ABSTRACT

Objective: To determine the perception of quality of nursing care and humanized care nursing who have patients that attend chemotherap. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study with quantitative approach, with a population consisting of patients who attended chemotherapy (3 or 4 session) between May, June and July 2017. The information was collected through survey of sociodemographic characteristics, questionnaire CARE-Q, of Patricia Larson (Spanish version) and questionnaire PCHE Clinicountry 3 ° version, of Triana and Rivera. **Results:** 336 people were involved with average age of 39.9 years, prevalence of female gender in a 77.1%. The 44.9% of the types of cancer corresponded to that of the cervix. The satisfaction about the quality is high and are always perceived practices of humanized care in nurses. **Discussion:** The results in terms of satisfaction with the quality and perception of humanized nursing care are similar to other studies conducted in which the aim was to determine the quality and perception of humanized care. **Conclusion:** The study participants are satisfied about the quality of nursing care received and always perceive the care as humanized. **Recommendations:** It is necessary to continue conducting research in the region with the instruments used including other types of patients, validation studies inclusive. To deepen the results, it is necessary to carry out qualitative studies from the optics of the patients and the nurses.

Key words: Humanization of Assistance, Quality of Health Care, Quality Indicators, Health Care, Nursing Care, Oncology Nursing. Source: DeCS

INTRODUCCIÓN.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, de enfoque cuantitativo que contó con la participación de 336 pacientes con cáncer que asisten a una IPS de tercer nivel en Cartagena a su tercera y/o cuarta sesión de quimioterapia. Se buscó determinar la percepción de calidad del cuidado de enfermería y cuidado humanizado de enfermería que tienen estos pacientes.

Determinar la percepción que el usuario tiene acerca de la calidad de un servicio es una tarea altamente compleja si se tiene en cuenta que ésta depende de variables entre las que se pueden resaltar la resolución de los problemas, el cumplimiento de sus expectativas, el trato recibido entre otras. El estudio permitió determinar que la percepción de los pacientes con cáncer que asisten a una IPS de tercer nivel en Cartagena acerca del nivel de calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería es alto.

Por otra parte, el cuidado de enfermería que se brinda dentro del proceso salud-enfermedad involucra al ser humano y el respeto por la vida. El reconocimiento del otro como ser viviente hace del cuidado de enfermería un proceso de interrelación en el que se busca el crecimiento mutuo. En este sentido se genera una percepción que es importante identificar y evaluar con el fin de brindar un cuidado integral. El estudio permitió determinar que los participantes siempre perciben prácticas de cuidado humanizado por parte de las enfermeras que los cuidan. Resultado que es similar al de otros estudios realizados en este sentido.

El presente informe consta de los siguientes capítulos:

1. Planteamiento del Problema, donde se hace el abordaje de la problemática a investigar, desde los avances conceptuales de lo relacionado con la calidad y la humanización del cuidado de enfermería hasta el análisis del impacto del cáncer en el mundo, así como en los servicios de salud. Finaliza este capítulo reseñando aspectos de la experiencia del investigador en relación al área del estudio.

2. Objetivos, en el cual se describen los objetivos planteados para el estudio, tanto el general como los específicos.
 3. Marco Conceptual, que comprende el abordaje de los conceptos: El Cuidado de Enfermería, Calidad en el Cuidado de Enfermería y Humanización en el cuidado de Enfermería.
 4. Estado del Arte, en el cual se presentan resultados de investigaciones relacionadas con la temática abordada en el estudio, demostrando así que el tema de la calidad del cuidado de enfermería como el interés por la humanización del cuidado es un aspecto creciente en los estudios de investigación de la profesión que busca no solo fortalecer el área científica sino el ejercicio profesional.
 5. Diseño Metodológico, donde se esbozan los procedimientos llevados a cabo para el desarrollo de la investigación.
 6. Aspectos éticos y legales, que comprende los fundamentos bajo los que se enmarcó la protección de la integridad y honra de los participantes del estudio.
 7. Resultados, donde se hace la descripción textual de los resultados obtenidos en el estudio.
 8. Discusión, en el cual se contrastan los resultados obtenidos con otros estudios y a la luz de los conceptos que sustentan esta investigación.
- Finaliza este informe con las conclusiones y recomendaciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud es considerada como un derecho fundamental del hombre y su atención debe ser proporcionada mediante un cuidado integral y humano que brinde bienestar y satisfacción. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable”, para lo cual direcciona la atención en salud dentro del contexto de la atención de calidad y humanizada; aspectos que son evaluados mediante la percepción y la satisfacción de los pacientes¹.

En este sentido, la búsqueda de atención de calidad no es un tema reciente, si tenemos en cuenta el informe Flexner² de 1910, famoso por las recomendaciones para elevar el nivel de calidad de los establecimientos educativos en salud y mejorar la calidad de la práctica médica. El mencionado informe sirvió de simiente para los procesos internacionales que propendieron por una atención de calidad; no obstante, fue Donavedian A³ en la década del 80 quien introduce el concepto de calidad en salud, basado en tres pilares fundamentales (estructura, procesos y resultados). Según este autor, la calidad en la asistencia en salud es "aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"⁴; de igual forma resalta que se puede abordar la calidad desde dos enfoques: el estructural y el de garantía de la calidad de los procesos⁵; Así mismo Grönroos C⁶ afirma que los servicios “son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva; se producen interacciones que incluyen una serie de momentos de verdad entre el cliente y el proveedor de servicios; ésta interacción tiene un efecto fundamental en el servicio percibido”.

Lo anterior constituye la calidad asistencial; ligado con ello a un proceso que ha permitido la evaluación y mejoramiento continuo de las instituciones mediante la gestión de la calidad a través de la opinión del usuario, por ello, la calidad ya no se define como una ejecución satisfactoria de la tarea asignada, sino que ahora es el resultado de los momentos de verdad que el consumidor y/o cliente ha experimentado⁷. A propósito de lo anterior, la Enfermería

como profesión dedicada al cuidado tiene un rol importante en el equipo de salud debido a que permanece mayor tiempo con el paciente hospitalizado (es decir, mayores momentos de verdad), por esto, Puebla D⁸ afirma que la calidad de la atención que ofrece el profesional de enfermería debe reflejarse en la satisfacción del paciente, como sujeto central del cuidado.

Dicho en otros términos, es necesario detenerse y escuchar la percepción del cuidado brindado; aunque no se desconoce que en la práctica diaria de los profesionales de enfermería se involucra una serie de responsabilidades, que complejizan su participación en el equipo de salud, tales como la recepción del paciente, administración de tratamientos, las acciones administrativas de servicios, entre otras; no cabe duda que en los momentos de verdad entre el paciente y el profesional de enfermería, la satisfacción de éste es determinante al evaluar la calidad del cuidado pues de ello depende que un paciente procure la atención, acuda a recibirla, siga las instrucciones relacionadas con su cuidado, regrese a solicitar nuevamente el servicio y recomiende su uso a otras personas⁹.

Conviene subrayar que la calidad posee un importante dominio de los factores subjetivos o psicosociales (las creencias, la idiosincrasia, los valores, entre otros), por lo que la satisfacción de los usuarios y los proveedores de salud constituyen, una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención¹⁰.

Según Watson J¹¹ la enfermería es un “proceso humano intersubjetivo”, en el que se establece una relación de cuidado entre el enfermero y la persona que recibe el cuidado, ya sea el paciente o la familia; ahora bien, el cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que establece el enfermero con la persona sujeto de sus cuidados y se evidencia en el momento de 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 humanizado¹².

Así mismo, Watson J¹³ sostiene que “...tanto la formación de enfermería como el sistema de suministro de cuidado de salud deben basarse en los valores humanos y deben preocuparse

por el bienestar de los demás”, por lo que enfermería está llamada a brindar un cuidado humanizado.

De manera que, en las últimas décadas se ha venido presentando un interés creciente por parte de los enfermeros en torno al tema de la “calidad y la humanización del cuidado”. García M¹⁴, verbigracia, plantea un necesario cambio hacia la cultura de calidad, desde un enfoque global de gestión del cuidado mediante la evaluación de la calidad de la atención de enfermería, no obstante Santana J¹⁵ a su vez determinó que existe una correlación débil entre la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción de pacientes.

Por otro lado, y contrario a lo expuesto por Santana J¹⁵, en Colombia, Ariza C¹⁶ resalta en su estudio el alto grado de satisfacción de los pacientes con relación al desempeño de los profesionales de enfermería; Bautista L¹⁷ por su parte determinó que los pacientes tienen en cuenta como calidad del cuidado de enfermería lo relacionado con el manejo de equipos y la destreza técnica. Molina E¹⁸ y Torres C¹⁹ en sus trabajos, realizaron la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería, encontrando una buena percepción de la misma, de igual forma Torres C²⁰ y Borré²¹ encontraron en los pacientes una percepción positiva de la calidad de la atención de enfermería, mientras que por su lado Rivera L²² halló que en un alto porcentaje los pacientes percibieron un cuidado humanizado por parte de los profesionales de enfermería.

En contraste con lo anterior, Espinoza L¹² determinó que existe una percepción baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, ya que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención. González J²³ a su vez, concluye que a pesar de que en su estudio la percepción de cuidado humanizado es favorable, es necesario fortalecer los aspectos relacionados con la relación que la enfermera establece con el paciente al momento de brindar cuidados, puesto que una relación de confianza y el entendimiento son la base para un cuidado humanizado.

A pesar de que en el mundo se invierten cuantiosos recursos para preservar la salud de la población, en ocasiones los usuarios no están complacidos; por lo que Román Y¹⁰ sostiene

que esto se debe a que no se está brindando una atención de enfermería con la calidad y el humanismo que se requiere.

Así pues, Watson J²⁴ afirma que por “...el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, 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”, convirtiendo a la persona en motor y centro del sistema de salud; así, las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan la prestación y organización de los servicios hospitalarios¹⁰.

En consecuencia, Pereira A²⁵ afirma que el profesional de enfermería se prepara para rechazar el fracaso, cumplir con estándares y realizar procedimientos, sin embargo, no cuenta aún con protocolos de enfermería, que indiquen cómo se debe actuar en la dimensión de un cuidado sensible para aquellos pacientes que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad.

El cáncer constituye una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes; y aproximadamente se diagnostican 12,7 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo cada año, aunado a ello, se prevé que para el año 2030 esta cifra anual mundial se elevará a 21,3 millones de casos nuevos y 13,1 millones de muertes producto del padecimiento de cáncer. El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas²⁶.

En América Latina y la región del Caribe, se estima que para el 2030 se diagnosticarán 1,7 millones de casos de cáncer, y que más de 1 millón de muertes por cáncer tendrán lugar cada año²⁷. En Colombia, de acuerdo a los datos publicados por el DANE, las defunciones no fatales causadas por el grupo de neoplasias y tumores malignos durante el 2015 correspondió al 19.4%, encontrándose en el segundo lugar luego de las enfermedades cardiovasculares²⁸.

Según el Instituto Nacional de Cancerología (INC), en Colombia en el 2010 fueron diagnosticados 6.313 nuevos casos de cáncer (aproximadamente 1000 casos más que en el 2009), de estos 2.991 fueron en Bogotá. Sin embargo, cabe resaltar que la dificultad de acceso a los servicios de salud y la falta de registros departamentales e institucionales sobre el perfil epidemiológico de la población, ha llevado a la sobreestimación, lo que impide conocer la real magnitud de la enfermedad en nuestro país²⁹.

El diagnóstico de cáncer supone para los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana, el proceso abrupto relacionado con el diagnóstico de la enfermedad y su evolución se puede representar con aspectos comunes en todos los pacientes como la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera³⁰⁻³¹; en este sentido manifiesta Lupiáñez Y³⁰, que humanizar la salud no es algo opcional para enfermería, sino más bien se trata de un requisito intrínseco del profesional quien debe estar en capacidad de realizar acciones a favor de la dignificación de los seres humanos.

La enfermera que trabaja en servicios de atención a pacientes con alteraciones oncológicas y que desea ayudar a sus pacientes debe ofrecer los recursos a la persona para que pueda superar o afrontar sanamente la situación difícil de una enfermedad como el cáncer; estos recursos pueden ser materiales, técnicos o de relación³¹.

De igual forma en la actualidad y como parte del diagnóstico de la situación del cáncer que adelanta el Ministerio de Salud con el INC, se reconoce la necesidad de implementar acciones que garanticen tanto el acceso como la calidad de la atención. Existen en Colombia 743 IPS con 826 sedes para la atención del cáncer concentradas en su mayoría en ciudades principales y de ellos solo hay solo 311 centros oncológicos habilitados²⁹.

En este sentido, la calidad de la relación del paciente con el profesional que le atiende es vital para el afrontamiento de la enfermedad, tratamiento y evolución³¹; pero no podemos ser ajenos a las realidades que envuelven el proceso de cuidado en los ámbitos hospitalarios donde a veces no se dan las condiciones ideales para lograr una buena comunicación por falta

de tiempo, espacio, estrés y demás condicionantes que llevan a la enfermera a dedicarse casi exclusivamente a actividades cuantificables (aspectos objetivos de la calidad), dejando de lado esos aspectos subjetivos de la misma. Los aspectos subjetivos de la calidad parten de la percepción del paciente y su satisfacción con el cuidado recibido, siendo ésta última la variable más importante en el proceso de evaluación de la calidad, situación que Gaviria D³² sustenta al afirmar que en la actualidad el cuidado de enfermería se brinda en un contexto de incertidumbre y complejidad, enmarcado por los aspectos políticos, económicos y sociales que afectan la organización de los servicios de salud. Todo lo anterior motivó el presente estudio, con la formulación de la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción que tiene los pacientes que asisten a quimioterapia, de la calidad y la humanización del cuidado de enfermería en Cartagena?

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo General.

Determinar la percepción de calidad del cuidado de enfermería y cuidado humanizado de Enfermería que tiene los pacientes que asisten a quimioterapia en Cartagena.

2.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las características socio demográficas de los pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en Cartagena.
- Identificar el nivel de satisfacción acerca de la calidad del cuidado de Enfermería de los pacientes que asisten a quimioterapia en Cartagena.
- Identificar la percepción de cuidado humanizado de enfermería que se le brinda a los pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en Cartagena.

3. MARCO CONCEPTUAL.

3.1 El Cuidado de Enfermería.

El cuidado, como concepto, es la característica que le da esencia a la práctica de Enfermería; "El cuidado es tema central en la atención, la ciencia y el ejercicio profesional de la enfermera"³³, en este sentido se resalta que el ser humano pierde el sentido de la vida y muere si no recibe cuidados; sin cuidados, el hombre pierde su propia naturaleza humana, entonces, el cuidado es la base para la comprensión de la naturaleza humana³⁴; Florence Nightingale, reconocida como la pionera de la Enfermería profesional moderna, relacionó el cuidado con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio, pero en el proceso histórico de fortalecimiento de la profesión también se ha utilizado para manifestar interés, preocupación y compasión por el ser humano³⁵.

Hay que tener en cuenta que, a partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera cambios en la persona, quien se expone a un nuevo rol y las respuestas originadas surgen de la necesidad de adaptación a un medio que habitualmente genera temor, entonces el cuidado busca ayudar a que recobre su independencia y su autonomía. Se puede decir, entonces, que el cuidado es la preocupación y el esmero para lograr un estado de máximo bienestar físico, psicológico, social y espiritual³⁶. Guilligan C³⁷ afirma que el cuidado consiste en la acción de promover el crecimiento y la salud facilitando el bienestar la dignidad, el respeto, la preservación y extensión de las potencialidades humanas dentro de las limitaciones y circunstancias de enfermedad.

No se puede obviar que los roles que la enfermera ha ostentado en la sociedad son el producto de la influencia ocasionada por los contextos históricos en los que se ha desarrollado³⁸⁻³⁹; Al efectuar un recorrido a través de la historia, se logra visualizar que los cuidados transitaron

desde una etapa doméstica a una profesional, donde el cuidado basado en la experiencia y el conocimiento natural, se transforma en uno caracterizado por concepciones cristianas y religiosas, para pasar luego por una tecnificación de los cuidados. Finalmente, los cuidados de enfermería se convierten en una actividad profesional, momento en que se teorizó sobre este concepto⁴⁰.

El cuidado de enfermería ha sido definido por muchas teoristas y filósofos, la historia cuenta como la primera gran teórica, ejemplo y mito de la enfermería a Florence Nightingale, quien con su pensamiento y liderazgo delineó los primeros conceptos de la profesión y encaminó a la enfermería por la senda de la investigación científica enfatizando la observación sistemática como instrumento para la implementación del cuidado⁴¹.

Hoy el profesional de enfermería es responsable del cuidado del ser humano en la promoción y conservación de la salud y en la recuperación de su equilibrio físico, social, mental y espiritual. El objetivo fundamental de la enfermera es el de identificar las condiciones físicas, psicológicas y espirituales de la persona enferma, adoptando actitudes de respeto y ayuda al enfermo, objeto de su cuidado³³.

Estos cambios significaron el posicionamiento de la enfermería como profesión autónoma, satisfaciendo las necesidades de cuidados y asumiendo la responsabilidad de liderar la gestión de los mismos en las personas, las familias, los grupos y la comunidad, conforme a los fundamentos históricos, filosóficos, científicos y legislativos⁴².

En este sentido, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁴³ declara que “...la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos...” y congruentemente para Watson J⁴⁴, cuidar significa “compromiso con”, el objetivo fundamental del cuidado de enfermería es el de la protección y preservación de las dimensiones humanas tales como: el respeto a la dignidad humana, la autonomía del enfermo y la comprensión de los sentimientos y las emociones del humano cuidado.

Además, el cuidado de enfermería se desarrolla en un proceso de interacción humana; en dicho proceso la percepción de la enfermera y del paciente influye en la interacción. Entendiendo la percepción como una dimensión del sistema personal, aspecto central de la interacción humana, por cuanto evidencia la organización con el entorno, interpretación de la información, da significado e influencia el comportamiento de la persona frente a la realidad observada³⁵.

3.2 Calidad en el Cuidado de Enfermería.

La esencia de la práctica de enfermería es el cuidado; enfermería como profesión centra su actuar en la aplicación de acciones de intervención prioritaria en el cuidado de la salud de las personas. Esta situación permite que el cuidado de enfermería se vea inmerso en un proceso de evaluación constante por parte de los pacientes.

La valoración de la calidad del cuidado de enfermería es una parte importante en la gerencia de los servicios de cuidado de enfermería, debido a que esta permite realizar las acciones de mejora que propendan por la salud de los pacientes. En el actual modelo de seguridad social, es de vital importancia conocer las expectativas de los usuarios, con el fin lograr la satisfacción de los mismos; a través de la aplicación de instrumentos validados que permitan identificar aspectos técnicos, científicos y humanos.

Hablar de calidad del servicio, según Zeithaml V⁴⁵ es referirse a la calidad percibida, es decir “al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” En términos de servicio significaría “un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio”⁴⁶. Esto es que, a diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de indicadores como duración o número de defectos entre otros, la calidad en los servicios, por su parte, es algo fugaz por la intangibilidad que le caracteriza siendo este el origen de que éstos sean percibidos en gran medida de una forma subjetiva⁴⁷.

De modo que, la calidad percibida es diferente a la calidad objetiva, pues la primera supone un nivel de abstracción más alto que cualquier atributo específico de un producto. Grönroos

C⁴⁷ indica que la calidad del servicio percibido es dependiente de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido, por lo que resulta de un proceso de evaluación continuado respecto de las creencias de los consumidores relativas al servicio recibido. Este pensamiento orienta hacia la definición de la calidad de un servicio como una forma de actitud relacionada con la satisfacción resultante de la comparación de expectativas con el resultado real.

Entonces el personal de enfermería debe evaluar el cuidado ofrecido, teniendo en cuenta las opiniones de los pacientes y además verificar posibles influencias de características propias del paciente que pueden intervenir en la percepción del cuidado⁴⁸. Por consiguiente, la satisfacción del paciente es un importante indicador de calidad en la atención recibida durante la estancia hospitalaria; no hay que olvidar que el concepto de calidad de los cuidados ha sido definido tradicionalmente desde la perspectiva de los profesionales, pero cada vez toma mayor importancia su conceptualización desde la forma como lo percibe el paciente.

Lo anterior radica en que la calidad de los servicios de enfermería (el cuidado) es valorada por los pacientes al comparar lo que desean o esperan con lo que realmente reciben o perciben; basados en experiencias previas, comunicación entre pacientes, propaganda, necesidades personales, opinión de expertos y/o conocimiento del servicio en otro centro⁴⁹.

Definir la calidad de los cuidados de enfermería debe partir de una visión multidimensional, incluyendo aspectos como accesibilidad, trato personal, valoración técnica, capacidad de respuesta, entre otras, teniendo en cuenta que los pacientes priorizan en su atención la empatía, capacidad de respuesta a sus demandas, calidad de la información que reciben, el respeto de sus valores y preferencias, atención oportuna y la posibilidad de expresar sus necesidades⁵⁰.

De manera que la calidad percibida del servicio, según Bitner M⁵¹ resulta como consecuencia de la experiencia de la satisfacción o insatisfacción respecto de los servicios recibidos; luego, la satisfacción del paciente es producto de la atención hospitalaria recibida y se constituye en un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados de enfermería,

siendo la percepción el eje central de la interacción activa y efectiva de la enfermera y el paciente⁵².

Las percepciones, a su vez, referidas a las creencias de los pacientes relacionados con el servicio recibido, serán los juicios de una alta o baja calidad como resultado del servicio recibido en el contexto de lo que esperaban⁴⁹. Por consiguiente, no todo está escrito con respecto a la calidad en la atención de Enfermería, ni los elementos para brindar cuidado con calidad son suficientes, la realidad que se evidencia hoy se refiere a inconsistencias tales como: inadecuada entrega y recibo de turno, discontinuidad del cuidado, escasa atención a las necesidades de salud de los pacientes, aumento en las tasas de eventos adversos atribuidos a Enfermería, falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario, escasez de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, falta de atención al llamado, y más aún, cuando el paciente no llega a conocer el servicio en el que se encuentra hospitalizado y reconocer al personal de Enfermería que lo cuida, porque ni siquiera se presentan. Todo lo anterior produce insatisfacción en el paciente, situación que posteriormente se verá reflejada al rechazar la atención y no recomendar la institución al percibirse como de baja calidad⁵³.

Lo anterior expuesto es reafirmado por La OMS, entidad que respecto de la calidad de la atención en salud menciona que “este concepto tiene que ver con la satisfacción o insatisfacción del usuario, de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, la dignidad del paciente y el respeto a su idiosincrasia”⁵⁴.

Así mismo, la literatura señala la satisfacción como un antecedente de la calidad del servicio percibida, argumentado básicamente en que, a partir de las experiencias de satisfacción con varios encuentros en el servicio, se van desarrollando y/o modificando la actitud global a largo plazo, o sea, que mediante la acumulación de evaluaciones específicas se llega a un nivel de calidad percibido, traducidas en percepciones positivas o negativas de la calidad del servicio⁴⁹.

Desde los avances logrados por Nightingale F., hasta la actualidad, enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la calidad de la atención al paciente y la mejora continua de los procesos de la atención que brinda. Así es como en la Ley 266 de 1996⁵⁵, se describe la calidad como principio específico de la práctica de enfermería, y la define como la forma en que se orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

A pesar de ello, el mecanismo actual en el que funcionan los sistemas de salud, dificultan que el profesional de enfermería centre su atención directa en el cuidado del paciente; teniendo en cuenta que el cuidado de enfermería requiere de un contacto muy estrecho con la persona que se cuida y para que éstos sean de calidad es necesario que satisfagan las necesidades de los pacientes, lo que genera preocupación al profesional de enfermería respecto de la percepción del cuidado de enfermería en los diferentes servicios o áreas de hospitalización⁵⁶.

Enfermería está llamada en las instituciones de salud a brindar un cuidado directo, continuo y permanente de las personas en situación de enfermedad. Esto implica que brindar calidad para enfermería es un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios. Empero, para obtener estos resultados se hace necesario tener en cuenta que la presencia (accesibilidad a la enfermera), la permanencia (capacidad para explicar, confortar y mantener una relación de confianza), la continuidad (monitoreo y seguimiento de la situación de salud) y la contingencia (anticiparse), son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería; constituyéndose per se en insumos centrales de la evaluación de la calidad del cuidado brindado por enfermería, y a través del cual es posible proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad de las personas bajo cuidado⁵⁷.

La calidad del cuidado, por tanto, es imprescindible para recuperar el estado de salud, evitar iatrogenias y así coadyuvar para la completa satisfacción de las expectativas de los pacientes.

Los estudios sobre la calidad de cuidado de enfermería contribuyen a mantener un control en el cumplimiento de las normas y procedimientos, permiten hacer más eficiente la administración de los recursos, ayudan a que se detecten tempranamente las fallas en el cuidado y permiten que se realicen oportunamente las recomendaciones específicas para mejorar los procedimientos de atención⁴⁸.

Determinar la calidad del cuidado de enfermería es un aspecto necesario, para reconocer lo que los pacientes piensan con el fin de brindar un cuidado de mejor calidad y generar un cambio en la prestación del cuidado; además permite que las enfermeras no permanezcan ajenas a las opiniones de los pacientes, sino que respondan satisfactoriamente a sus expectativas⁴⁴. Lewis K⁵⁶ manifiesta que en enfermería existe preocupación por la percepción del cuidado de enfermería en las diferentes áreas de atención hospitalaria.

Cabe señalar que en cuanto percepción de calidad de un servicio se refiere, se tiene en cuenta que las expectativas de los usuarios presentan dos niveles: el deseado y el adecuado, haciendo referencia el primero al nivel que el usuario cree que puede y debe recibir y el segundo un nivel considerado como aceptable; ambos niveles conforman una zona de tolerancia; niveles por debajo de esta zona expresan una baja calidad del servicio poniendo en desventaja el servicio evaluado⁴⁹.

Durán E⁵⁸ afirma que Enfermería es un recurso fundamental y eje alrededor del cual gira la totalidad de la atención en salud, debido a que permanece más tiempo y establece mayor contacto con el paciente durante la realización de procedimientos, luego, esto será el reflejo en la evaluación de resultados como parte de la atención integral^{8, 59} por consiguiente, la actividad de Enfermería responde a retos de equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad; los cuales se constituyen en los condicionantes de la satisfacción del usuario; siendo este en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad⁶⁰.

De ahí que es importante que las acciones de Enfermería sean constantemente evaluadas y mejoradas³³. En este sentido, otorgar servicios de salud de alta calidad es una preocupación

de la mayoría de los gobiernos del mundo⁴⁸, y para lograr esta meta, se debe desarrollar la gestión para la calidad del cuidado, que se basa en una filosofía de cambio, que involucra a todos y establece claramente la misión del trabajo, consistente en lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad, de manera que asegure una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo⁶¹⁻⁶².

En este sentido, la medición y evaluación de la calidad percibida por los usuarios es un objetivo clave en las instituciones de servicios y se recomienda su aplicabilidad, no solo por el proceso en sí mismo, sino por su destacada pertinencia en el mejoramiento continuo. La calidad funcional o interactiva es aquella que avanza a través de la evaluación del usuario generalmente con la satisfacción respecto de la atención recibida; en las últimas dos décadas el estudio de la calidad del cuidado de enfermería ha tenido un auge relevante, hallazgo este, que hace evidente la importancia que tiene para enfermería el hecho de que los usuarios perciban como buenas las acciones de cuidado que realiza⁶³.

3.3 Humanización en el Cuidado de Enfermería.

El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal y los factores del cuidado representan los valores que tienen que ver con la enfermera, el paciente y la familia e incluye aquellos que siente, experimenta, comunica y se promueve en la relación interpersonal del cuidado³³.

El ser humano, es definido por Watson J⁶⁴, espiritualmente, mentalmente, emocionalmente y físicamente como un ser unitario; en donde la enfermedad es subjetiva, se presenta como una crisis de armonía en la persona con su yo interior o el alma, por lo cual la salud se refiere a la armonía de cuerpo, mente y espíritu. En la ciencia como en la sociedad, la enfermería esta llamada estimar la totalidad del ser humano y de la humanidad. La relación transpersonal describe ese proceso intersubjetivo, la relación humano a humano que abarca dos individuos únicos, en un momento dado, en el que la relación trasciende las dos subjetividades, conectando con otras dimensiones más altas de bienestar y conciencia superior⁶⁵.

Con relación al cuidado humanizado de enfermería, este es definido como el conjunto de acciones fundamentadas en la relación paciente-enfermera, quien además del dominio técnico-científico debe estar presto a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve⁶⁶. Es por esto que el profesional de enfermería debe mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano, a sus derechos y hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana⁶⁷.

Quintero A⁶⁸ define el cuidado humanizado como la esencia en el profesional de enfermería; afirma que éste se brinda cuando la enfermera es capaz de conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores, molestias y de esta forma propende por el crecimiento del individuo. Entonces el Cuidado humanizado es enfocarse no sólo en la enfermedad sino en la persona que está recibiendo los cuidados y permitir que los sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención a los pacientes³⁶. Esta relación, permite que el paciente organice de forma significativa su experiencia de cuidado teniendo así una percepción, por lo que la percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que se genera de la interrelación al momento de “cuidar del otro”, como se interiorizan y clasifican los momentos de cuidado²¹. En este sentido Rivera L⁶⁷, sostiene que “La meta de enfermería en sí es brindar cuidado, pero esto no tiene sentido si no se comprende en esencia el significado de Cuidar”.

Para Watson J⁶⁹ el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana, la práctica de un cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Sostiene que el cuidado es un proceso intersubjetivo que responde a los procesos de salud – enfermedad, a la interacción persona – medio ambiente, al de los procesos de cuidado de enfermería, al autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y las limitaciones en la relación de cuidado, entonces el cuidado es intrínseco al quehacer de enfermería porque permite la interacción entre el personal de enfermería y la persona sujeto del cuidado, tanto en su aspecto físico, como emocional y social⁷⁰.

En virtud de lo anterior, se requiere que la práctica de enfermería de ahora y del futuro tome un enfoque como ciencia del cuidado humano en la medida que la profesión de enfermería avanza en el ámbito científico-teórico, así como en la práctica clínica humanista. La calidad de la atención en salud de enfermería hoy en día exige un respeto humanista por la unidad funcional del ser humano⁷¹.

Watson J⁷¹ sostiene que el cuidado humano involucra valores, en el que hay una voluntad y un compromiso para cuidar, se tiene conocimiento de las acciones de cuidado y sus consecuencias. Todo cuidado humano se relaciona con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones de salud - enfermedad - curación; por lo que la preservación y promoción del cuidado humano es un tema crítico para enfermería y su capacidad para sobrevivir parte de la transformación de la prestación de los servicios de salud en la sociedad. El cuidado humano, entonces, implica un empeño ético, ontológico y epistémico en el que se define tanto a la enfermera como a la persona en un nivel de tiempo y espacio, en el que para brindar un cuidado humano se requiere de un serio estudio, reflexión que ayuden a la enfermera a descubrir nuevos significados y la comprensión de la persona en el proceso salud-enfermedad y las experiencias de cuidado⁷².

El cuidado humanizado se desarrolla en el ámbito de las organizaciones hospitalarias y ambulatorias⁷³, éstas instituciones tienen la tarea adaptar y reintegrar a las personas al sistema social y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidados centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos⁷⁴. Al respecto, Rodríguez C⁷⁵ realiza un análisis de las relaciones humanas en los entornos de los servicios de la salud y manifiesta que las relaciones humanas en general se han trivializado, marcado por un lenguaje superficial en las formas de comunicación impuesto por el ritmo acelerado de la vida moderna; la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes es influida por este fenómeno colectivo, que en el caso de la atención en salud se hace más doloroso para quien lo padece, el enfermo, su familia y el propio trabajador de la salud, ahora bien, también afirma que la deshumanización

creciente no es únicamente resultado de las dificultades de comunicación o del ritual tecnológico actual, sino que las propias instituciones de salud contribuyen desde su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos.

Por consiguiente, Watson J⁷⁶ plantea que el ejercicio profesional de enfermería dentro de un contexto de cuidado humano debe reflejar dimensiones características de una relación interpersonal:

Humanismo y Altruismo; que tiene que ver con los valores y principios de la persona, en esta dimensión la enfermera puede compartir con la persona sujeto de cuidado y llegar a comprender el verdadero significado de la condición humana.

Fe y Esperanza; fundamentada en la búsqueda de la salud, recuperación y/o apoyo en caso de muerte.

Sensibilidad humana; corresponde a la autenticidad, coherencia consigo mismo, propendiendo por la autoaceptación.

Relación de ayuda y confianza; debe ilustrar la interrelación dinámica entre dos seres humanos, implica empatía, afecto y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; se permite compartir los sentimientos.

Utilización del método de resolución de problemas para la toma de decisiones; siendo el proceso de enfermería la dimensión científica que resulta en la resolución de problemas del cuidado enfermero.

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal; la comunicación interpersonal como estrategia para informar y derivar a la persona cuidada la responsabilidad de su salud y bienestar.

Previsión de un entorno de apoyo, protección y/o corrección física, mental, sociocultural y espiritual; donde la enfermera es capaz de reconocer la influencia de los factores internos y externos en la salud o la enfermedad de la persona.

Satisfacción de las necesidades humanas; influencia de la teoría de Maslow, la relación interpersonal de la enfermera debe individualizar cada ser humano.

Comprensión y tolerancia de las fuerzas fenomenológicas; corresponde a la comprensión de la existencia humana, la ciencia, filosofía, del yo y de los demás; se refiere a la base de la experiencia de la vida humana.

Watson J^{72, 76} denomina la enfermería como una profesión humanística, porque la condición humana es el eje central de su práctica de cuidado, en este sentido, se ha propuesto un escenario de una enfermería humanística, donde se enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos⁷⁷.

4. ESTADO DEL ARTE.

La bibliografía respecto de la calidad del cuidado de enfermería y el cuidado humanizado de enfermería es creciente; a continuación, se presentan algunos resultados de investigaciones sobre la temática:

Para abordar lo relacionado con la calidad del cuidado de enfermería; Aiquipa A⁷⁸, realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue identificar la calidad de la atención de enfermería según la opinión de los de los pacientes sometidos a quimioterapia, en su estudio utilizó una encuesta que valoraba 5 aspectos: Calidad, Humanismo, Oportunidad, Seguridad y Continuidad de la atención; la conclusión de este estudio fue que el 92.5% de los pacientes encuestados percibía un nivel de calidad “bueno”; por su parte Torres C¹⁹ realizó 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), versión en castellano, basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería y encontró que el 58.7% lo percibieron como “excelente” seguido de un 29.3% que lo definían como “bueno”; luego Torres C²⁰, realizó un estudio descriptivo para determinar la percepción de calidad del cuidado de enfermería y determinó un alto grado de satisfacción con el cuidado de enfermería en un 72.42%, considerando una percepción positiva de la calidad del cuidado de enfermería.

Molina E¹⁸ realizó un estudio de tipo descriptivo-transversal con abordaje cuantitativo cuyo objetivo evaluar la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria, mediante la aplicación del instrumento Care Q validado y aplicado en Colombia encontrando que el 83% de los participantes manifestaron un alto grado de satisfacción respecto del cuidado de enfermería que recibió. De otra parte se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un departamento de quimioterapia ambulatoria de un Hospital en

Santiago de Cuba, a fin de evaluar la calidad de la atención de enfermería, así como el nivel de satisfacción de quienes la recibieron⁷⁹, se constató que la calidad de la atención y nivel de atención fue buena, así como el nivel de satisfacción de quienes la recibieron resultó favorable, encontrándose que el 67.7% de los participantes manifestaron que la calidad de la atención fue “buena”, reafirmando estos resultados que la satisfacción del paciente respecto a los cuidados redunda en la percepción de calidad del cuidado recibido.

Barragán J⁸⁰ en su estudio sobre Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, con metodología cuantitativa descriptiva de corte transversal, usó el instrumento SERVQHOS-E encontrando una satisfacción global con relación a la calidad del cuidado de enfermería recibido del 92.2%, en este sentido afirma el autor que la medición de la calidad percibida por los usuarios, permite evaluar la calidad de la atención brindada por profesionales de enfermería en aspectos objetivos y subjetivos, los cuales son predictores de la satisfacción, por otro lado Borré Y⁵³ planteó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, utilizando el cuestionario SERVQHOS-E y encontró que el 78% de los participantes del estudio consideró la calidad del cuidado de enfermería mejor de lo que esperaba con un índice de satisfacción “muy satisfecho” del 48.7% y “satisfecho” de 48.1%.

Mientras que Gómez A⁸¹ mediante un estudio de casos en el que participaron 18 pacientes programados para angioplastia, pudo concluir que el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería varió entre poco y medianamente satisfecho, atribuyéndole en gran medida a los problemas de comunicación enfermera-paciente, producto de la gran cantidad de tareas que debe cumplir la enfermera.

Al contrario de lo expresado hasta ahora, debemos resaltar los resultados de Santana J¹⁵ quien se propuso evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos, mediante un estudio transversal de correlación donde determinó que a pesar del déficit de calidad percibida, fue encontrado alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos concluyendo entonces que existe una

correlación débil entre la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción de pacientes; estos resultados contrastan representativamente respecto de los demás estudios analizados.

A nivel de Colombia, el instrumento denominado Care Q de Larson P, ha sido utilizado en dos estudios: “Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C.”, realizado por Molina E¹⁷; y el estudio “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” realizado por Bautista L¹⁸; ambos estudios productos de un ejercicio académico de maestría.

El cuidado de enfermería brindado en los servicios de oncología posee serias consideraciones, pues es preciso reconocer que resulta valioso clarificar y construir una comprensión de lo que sucede cuando una enfermera se relaciona con un paciente como una etapa importante del cuidado brindado a ser humano. Al respecto Gallegos M³¹ resalta lo expresado por Peplau H en el sentido que enfermería como ciencia se encuentra en una posición singular para identificar y estudiar el alcance, ámbito e intensidad de los problemas humanos.

Prueba lo anterior la importancia de transitar hacia el cuidado humanizado de enfermería; así Rivera L²¹ en su estudio sobre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country, usando el método descriptivo con abordaje cuantitativo mediante la utilización del instrumento PCHE, hallando que el 86.7% de los participantes del estudio siempre percibieron un cuidado humanizado por parte de los profesionales de enfermería; mientras que Romero E⁸² en su estudio descriptivo transversal, implementando la misma escala de PCHE obtuvo que el 55.4% de los pacientes siempre percibieron un cuidado humanizado; resultado este que difiere un poco a los obtenidos por González J¹ quien mediante un estudio descriptivo transversal de abordaje cuantitativo y usando la misma escala que los anteriores, encontró que el 73% de los pacientes participantes en su estudio siempre percibieron un cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería.

Por su parte los resultados obtenidos por González O^{73, 77} son similares a los de Rivera L²¹ quien en su estudio de validez y confiabilidad del instrumento PCHE 3° versión, encontró

que el 87% de los participantes en su estudio consideraron que siempre han percibido un cuidado humanizado de enfermería; En contraste con todo lo anterior, Espinoza L¹² realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta cerrada en la que consulto sobre aspectos relacionados con la percepción de un cuidado humanizado desde indicadores como apoyo emocional, físico, proactividad, empatía, cualidades del hacer de la enfermera, entre otros que hacen parte de los indicadores o factores que tiene en cuenta el instrumento PCHE y determinó que existe una percepción baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, ya que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado.

La revisión realizada aporta al presente trabajo los elementos necesarios para la comprensión de la calidad y el cuidado humanizado de enfermería como un proceso subjetivo que va más allá de la medición de indicadores objetivos, como lo expresa Zeithaml V⁴⁵, Grönroos C⁴⁷ y Watson J⁶⁹ quienes describen procesos subjetivos medibles desde la conceptualización de sus pensamientos. Lo anterior sugirió la necesidad de evaluar en un estudio el comportamiento de ambos constructos como teniendo como línea base el comportamiento subjetivo que le imprime una mayor volatilidad en la comprensión del mismo, teniendo en cuenta que en la actualidad los conceptos de calidad y humanización se desarrollan por separado.

5. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1 Tipo de Estudio.

Descriptivo de corte transversal, de enfoque cuantitativo.

5.2 Población.

Debido a que el objetivo planteado en el presente estudio buscó determinar aspectos subjetivos de la calidad y de la humanización del cuidado de enfermería y en aras de que se permitiera al paciente realizar una valoración a partir de varios encuentros con el personal de enfermería de acuerdo a lo planteado en el soporte teórico del estudio, la población estuvo constituida por los pacientes que asistieron a su tercera o cuarta sesión de quimioterapia en los meses de mayo, junio y julio de 2017 en una IPS de prestación de servicios oncológicos de la Ciudad de Cartagena.

No se estimó tamaño de muestra puesto que fueron incluidos todos los pacientes que acudieran a su tercera o cuarta sesión de quimioterapia durante un trimestre. La tabla siguiente muestra los pacientes atendidos que cumplieron los criterios de inclusión discriminados por mes durante un trimestre para un total de 336.

Tabla 1 *Número de pacientes atendidos mensualmente en quimioterapia 2017.*

Período	N° de Pacientes
Mayo de 2017	165
Junio de 2017	86
Julio de 2017	85
Totales	336

Fuente: Estadísticas Institucionales

5.3 Criterios de Inclusión.

- Personas que acepten participar del estudio.
- Personas que asistan a su tercera o cuarta sesión de terapia oncológica.
- Personas que sepan leer y escribir.

5.4 Criterios de Exclusión.

- Personas que por su estado salud física, mental y/o psicosocial se encuentre impedido para contestar las encuestas.
- Pacientes con monoterapia de asistencia esporádica al servicio, que no permitía tener el número de encuentros mínimos planteados para el estudio.

5.5 Instrumentos.

Para la recolección de la información, se utilizaron tres instrumentos; El primero de características sociodemográficas elaborado por el autor; el segundo para determinar la satisfacción acerca de la calidad del cuidado de enfermería y el tercero para determinar percepción de prácticas de cuidado humanizado de enfermería.

El instrumento denominado Cuestionario Corto de Evaluación de la Satisfacción del usuario acerca de la calidad del cuidado de enfermería (CARE-Q) construido por la Enfermera Larson P en idioma inglés; Fue validado al idioma español por Sepúlveda G⁸³, donde obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,88. En el presente estudio obtuvo Alpha de Cronbach de 0.96.

Para evaluar cada ítem se utilizó una escala de Likert de 1 a 4, donde 1 corresponde a Nunca, 2: a veces, 3: casi siempre y 4 a siempre; los resultados se agruparon como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2 Evaluación de la Satisfacción acerca de la calidad del cuidado de Enfermería

Instrumento	N° Preguntas	Valor mínimo	Valor Máximo	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Care Q (Versión en Español)	46	46	184	46-92	93-138	139-184

Fuente: Molina E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011.

Ésta versión cuenta con 46 ítems divididos en seis subescalas de comportamiento de la enfermera que se evalúa como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3 Clasificación de resultados del Care Q.

Dimensión	N° Preguntas	Valor mínimo	Valor Máximo	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Accesibilidad	5	5	20	5-10	11-15	16-20
Explica y Facilita	5	5	20	5-10	11-15	16-20
Conforta	9	9	36	9-18	19-27	28-36
Se Anticipa	10	10	40	10-20	21-30	31-40
Mantiene Relación de Confianza	9	9	36	9-18	19-27	28-36
Monitorea y Hace Seguimiento	8	8	32	8-16	17-24	25-32

Fuente: Molina E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011.

El instrumento denominado “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clini-country 3ª versión”⁷³ de Rivera L y Triana A, versión validada por González O⁷⁷, cuenta con índice de aceptabilidad del 0,92, índice de validez de contenido de 0,98 y Alpha de Cronbach de 0,96. En el presente estudio el Alpha de Cronbach fue de 0.95.

Este instrumento permite conocer la percepción de los pacientes frente al actuar del personal de enfermería asociado al fenómeno de la humanización.

Esta tercera versión del PCHE cuenta con 32 ítems, para evaluar cada ítem se utilizó una escala de Likert de 1 a 4, donde 1 corresponde a Ninguna percepción de cuidado humanizado, 2 a algunas veces, 3, Casi Siempre y 4 a Siempre percibe un cuidado humanizado. En este sentido el instrumento cuenta con un rango de puntuación de entre 32 a 128, por lo que, de acuerdo a instrucciones del autor, se clasifican las respuestas y se dispone de cuatro rangos de percepción para los resultados generales así:

Tabla 4 Clasificación de resultados del PCHE 3º versión.

Percepción	Puntuación
Ninguna percepción del cuidado humanizado de enfermería	32 – 95
Algunas veces se percibe el cuidado humanizado de enfermería	96 - 111
Casi siempre se percibe el cuidado humanizado de enfermería	112 - 120
Siempre se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería	121 – 128

Fuente: González O. Validez y confiabilidad del instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión”. Universidad Nacional de Colombia. Repositorio Institucional. 2014.

Esta versión evalúa tres categorías así:

1. Cualidades del hacer de enfermería: con 7 ítems
2. Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente: con 8 ítems

3. Disposición para la atención: con 17 ítems

5.6 Técnicas y Procedimientos de Recolección de Información.

Para la recolección de la información se tuvo en cuenta los siguientes parámetros: Contar con la autorización de la institución para tener acceso a las bases de datos de pacientes que asisten a terapia oncológica, a los cuales se les solicitó la participación voluntaria en este estudio, así mismo se le notificó al participante que la información que suministró en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin su consentimiento, de igual forma que podía hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que podía retirarse del mismo cuando así lo decidiera, sin que esto le acarrearía perjuicio alguno, todo ello quedó por escrito en el consentimiento informado.

Para la aplicación de los instrumentos, se tuvo en cuenta que estos eran auto diligenciados con la presencia del investigador de tal forma que si existía alguna pregunta se pudiera responder inmediatamente. Según acuerdos con los pacientes, se diligenciaron encuestas en la institución y/o en la vivienda del paciente. Todas las encuestas fueron codificadas y guardadas en la nube para permitir el acceso a ellas en caso de requerir confirmar algún dato.

5.7 Análisis Estadístico.

Se elaboró una base de datos en Excel 2013, donde se diligenció la información recolectada con los instrumentos. Para el análisis estadístico se usó el programa Statical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 24.

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Esta investigación se acogió a lo contemplado en el artículo 8, título II de la resolución 008430 de 1993⁸⁴. Prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar atendiendo a los principios consignados en la Constitución Nacional de Colombia⁸⁵ en el artículo 5° título II en donde se garantiza la privacidad de la información dada por los encuestados. De igual forma se atendió a lo dispuesto en el capítulo IV de la ley 911 de 2004⁸⁶, relacionado con la responsabilidad del profesional de enfermería en su participación en investigación como lo consagran los artículos 29, 30 y 34 de la mencionada ley. Además, se tomó en cuenta las siguientes consideraciones:

- Autorización de la institución, autorización y aceptación de participación en el estudio mediante diligenciamiento de Consentimiento informado y los principios de confidencialidad, autonomía, comunicación.

7. RESULTADOS.

7.1 Características Sociodemográficas.

En el estudio participaron 336 personas, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio, el promedio de edad se registró en 39.9 años (DS: 10.31) con predominio del género femenino en un 77.1 % (259). En cuanto al estado civil se reportó un 61 % (205) de pacientes casados o en unión libre ^(Ver Anexo 1, Tabla 5).

Con relación a la escolaridad, cabe resaltar que todos los participantes tienen algún grado de escolaridad, el 12.5 % (42) informó haber cursado la primaria, 24.7 % (83) culminó el bachillerato seguidos del 62.8 % (211) de los participantes que informó haber realizado estudios de formación técnica, tecnológica o universitaria ^(Ver Anexo 1, Tabla 5).

Con respecto al estrato socioeconómico, el 28,9 % (97) de los participantes pertenecen al estrato 1 y el 56,3 % (189) al estrato 2 mientras que el 14.9 % (50) de los participantes se ubican entre los estratos 3, 4 y 5. Lo anterior contrasta con los ingresos familiares, donde se obtuvo que el 28.9 % (97) afirma tener ingresos menores o iguales a 1 salario mínimo legal vigente, seguidos del 55.4 % (186) de los participantes que informa tener ingresos familiares de entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigentes. En cuanto a la afiliación en salud la población pertenece al régimen subsidiado con un 85.1 % (286) del total. Los participantes del estudio informaron en su totalidad tener alguna filiación religiosa ^(Ver Anexo 1, Tabla 5).

Los tipos de Cáncer prevalentes en la población en estudio de acuerdo con el porcentaje de personas con la enfermedad fue de 44.9 % (151) de cuello uterino, 32.1 % de Seno (108), 16.7 % (56) de Pulmón, 4.2 % (14) Testicular o Próstata y 2.1 % (7) de Laringe ^(Ver Anexo 1, Tabla 5).

7.2 Satisfacción del usuario acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido (CARE-Q) versión en español.

Al aplicar el cuestionario CARE-Q (versión en español) a los participantes del presente estudio para evaluar la calidad del cuidado de Enfermería, se encontró un alto nivel de satisfacción. En este sentido, y de acuerdo a las instrucciones del autor del instrumento se obtuvo que el 79.2 % (266) de los participantes del estudio informaron un alto nivel de satisfacción acerca de la calidad del cuidado de enfermería, un 19.3 % (65) un nivel medio de satisfacción, mientras que el 1.5% (5) informó tener un nivel bajo de satisfacción respecto a la calidad del cuidado de enfermería (Ver Anexo 2, Tabla 6).

Al detallar los resultados por dimensiones, se encuentra que entre el 69.6% (234) y el 94.7% (318) de los participantes del estudio informaron un nivel satisfacción alto por cada dimensión evaluada así: En cuanto a la accesibilidad, 84.8% (285) manifestaron un nivel de satisfacción alto mientras que el 15.2% (51) restante informaron un nivel medio de satisfacción respecto de la dimensión accesibilidad. Referente a la dimensión explica y facilita el 69.6% (234) y el 27.7% (93) informaron un nivel de satisfacción alto y medio respectivamente, mientras que en esta dimensión un 2.7% (9) percibieron su nivel de satisfacción como bajo. Al igual que en la anterior, cuando se informa respecto de la dimensión conforta se encontró que el 71.4% (240) seguidos del 22.1% (74) reportaron un alto y medio nivel de satisfacción respectivamente, y el 6.5% (22) reportó un nivel bajo de satisfacción respecto a esta dimensión.

En las tres dimensiones a continuación se observa que: al responder por la dimensión se anticipa, se encontró que el 75.9 % (255) de los participantes se ubicaron en el nivel alto de satisfacción y por su parte el 24.1 % (81) reportaron sentirse con un nivel medio de satisfacción respecto la dimensión evaluada. Semejantes son los resultados obtenidos en la dimensión mantiene relación de confianza en donde con un porcentaje de 78.3 % (263) informaron tener un alto nivel de satisfacción seguidos del 21.7 % (73) que informaron un

nivel medio. Se resaltan ahora los resultados obtenidos en la dimensión monitorea y hace seguimiento donde el 94.7 % (318) de participantes se sienten satisfechos con la calidad del cuidado de enfermería recibido y el 5.3 % (18) informaron, per se, un nivel medio de satisfacción respecto a esta dimensión del cuidado evaluada (Ver Anexo 3, Tabla 7).

7.3 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería.

En los resultados obtenidos al aplicar el Instrumento PCHE-clinicountry 3ra Versión se reporta que el 77,4 % (260) de los participantes del estudio siempre perciben una relación de cuidado humanizado de enfermería, el 20.8 % (70) de ellos casi siempre perciben un cuidado humanizado, mientras que el 1.8% (6) solo lo perciben algunas veces (Ver Anexo 4, Tabla 8).

De acuerdo a las instrucciones del autor, la tercera versión del PCHE-clinicountry evalúa 3 categorías (Cualidades del Hacer de Enfermería, Apertura a la Comunicación Enfermero-Paciente y Disposición para la Atención). En este sentido, al detallar los resultados por categorías se obtuvo que en cuanto a las cualidades del hacer de enfermería el 76 % (256) de los participantes siempre percibe estas cualidades, seguidos por el 24 % (80) que informó casi siempre percibir prácticas de cuidado humanizado en esta categoría.

Al indagar respecto a la categoría apertura a la comunicación enfermero-paciente se encontró que el 72 % (242) identificó siempre las características de esta categoría, el 22% (75) casi siempre, mientras que por su lado el 6% (19) solo la percibió algunas veces. La tercera categoría que hace referencia a la disposición para la atención arrojó que el 80.3 % (270) de los participantes manifestaron siempre percibir comportamientos orientados hacia esta categoría, 18.7 % (63) informaron que casi siempre los percibieron y el 1% (3) reportaron que algunas veces (Ver Anexo 5, Tabla 9).

8. DISCUSIÓN.

En el presente estudio la población estuvo conformada en un 77.1% por participantes del género femenino, 85.2 % ubicados en los estratos 1 y 2 con ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigente en el 84.3% de los casos, estas características sociodemográficas se asemejan en porcentajes a los obtenidos por Torres C, Rivera L, Gonzales O, Romero E y Cañón H^{19, 67, 73, 82, 87} en sus respectivos estudios en esas variables específicamente.

En cuanto a la educación, los resultados del presente estudio difieren de lo informado por Torres C y González O^{19, 73} quienes en sus estudios hallaron que el nivel educativo se concentró en un 42 % en la secundaria, mientras que en el presente estudio la población de este nivel de formación estuvo conformada por el 24.7 %.

El cáncer de cérvix (44.9 %) y el de seno (32.1 %), conformaron el 77 % de los tipos de cáncer reportados en el estudio, concordando así con lo reportado por Pardo C⁸⁸ quien estudio la incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer en Colombia en el periodo 2007-2011 y donde encontró que las principales localizaciones de cáncer en mujer fueron en mama y cuello uterino mientras que entre los hombres el de próstata y pulmón fueron los de principal localización, siendo similares a los datos reportados en el presente estudio. En este sentido la OPS y la OMS informan que las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino son unas 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica⁸⁹.

En cuanto a los constructos centrales de la investigación, el presente estudio encontró que los pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel en Cartagena tienen un alto nivel de satisfacción acerca de la calidad del cuidado de enfermería recibido y siempre perciben prácticas de cuidado humanizado por parte de las enfermeras. En este sentido y de acuerdo a lo afirmado por Zeithaml V⁴⁵, Grönroos C⁴⁷ y Bitner M⁵¹ respecto a la calidad percibida que resulta como consecuencia de la experiencia de la satisfacción o insatisfacción con relación a los servicios recibidos en cuanto al juicio del consumidor, se podría interpretar que el nivel de calidad percibido es alto.

Similares resultados obtuvo Bautista L¹⁷ en su estudio desarrollado en la ciudad de Cúcuta con pacientes hospitalizados y en donde reportó medias altas respecto del nivel de calidad percibido por los pacientes, Molina E¹⁸ por su parte con pacientes hospitalizados en un servicio de hospitalización domiciliaria en la ciudad de Bogotá obtuvo que el 83 % de sus participantes del estudio informó nivel alto de calidad de los cuidados de enfermería y Aiquipa A⁷⁸ en Lima, Perú, quien desarrolló un estudio con pacientes sometidos a quimioterapia informó que el 92.5% de los participantes de su estudio informó un nivel alto en la calidad de la atención de enfermería.

Sin embargo, los anteriores resultados difieren de los obtenidos por Morales C⁹⁰ quien realizó un estudio similar en Mistrato, Risaralda, y en donde encontró que el 60% de los participantes manifestaron percibir un nivel medio de calidad. Un factor que podría estar relacionado con la diferencia en los resultados de Morales C⁹⁰ sería el haber desarrollado el estudio en un servicio de urgencia en donde las expectativas frente a la atención rápida o no influyen y pueden condicionar la percepción de calidad del cuidado recibido, como lo expresa Civera M⁴⁹ y de igual forma lo reafirma Grönroos C⁴⁷ quien manifiesta que, para el usuario, la calidad del servicio es dependiente de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido, en este sentido ésta se construye durante el proceso de evaluación continuada respecto de las creencias de los servicios recibidos.

La satisfacción acerca de la calidad del cuidado de Enfermería es evaluada de acuerdo con el instrumento utilizado mediante seis dimensiones, entre ellas se resaltan aspectos relacionados con la “accesibilidad” y “monitorea y hace seguimiento”, las cuales obtuvieron en el 84.8 % y 94.7% de los participantes un nivel alto satisfacción, lo que podría deberse al significado de cada dimensión, en la que accesibilidad comprende los comportamientos relacionados con acercarse, responder a los llamados y realizar cuidados específicamente de habilidad de manera oportuna, mientras que la dimensión monitorea y hace seguimiento hace referencia a los comportamientos que demuestran la capacidad científica, humana y técnica del personal por lo que ambas dimensiones están relacionadas con el poder establecer una relación de apoyo y ayuda administrada de forma oportuna por parte de la enfermera así como el

conocimiento propio de cada paciente aunado al dominio de lo científico técnico y procedimental que realiza la enfermera al brindar cuidados. Similares son los resultados obtenidos por Bautista L, Molina E y Morales C^{17-18, 90}, en sus estudios en lo concerniente a estas dos dimensiones.

Al abordar el tema de percepción de cuidado humanizado, los resultados del presente estudio son similares a los obtenidos por otros autores en diferentes estudios, así por ejemplo Rivera L y Triana A⁶⁷, quienes realizaron un estudio fundamentados en la teoría del cuidado humano de Jean Watson en la ciudad de Bogotá y con pacientes hospitalizados, encontrando que el 86.7 % de los participantes del estudio siempre percibieron prácticas de cuidado humanizado.

En el estudio de Ososrio L⁹¹, al indagar a pacientes con herida de abdomen abierto en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, encontró que el 100% de los participantes siempre percibió prácticas de cuidado humanizado. Contrastan los anteriores resultados con los obtenidos por Cañón H⁸⁷ quien al indagar a pacientes que asistieron a una clínica de heridas en la ciudad de Bogotá solo el 60 % de los participantes de su estudio siempre perciben un cuidado humanizado, pero al igual que en el presente estudio el grueso de las respuestas se concentró en siempre y casi siempre perciben prácticas de cuidado humanizado, correspondiendo al 90% en el estudio de Cañón H y al 98.2% en el presente estudio. El entorno hospitalario y la relación enfermero-paciente podrían influir en el fortalecimiento del reconocimiento del otro como ser humano, por ello las enfermeras que laboran en los entornos hospitalarios y con pacientes con enfermedades como el cáncer tendrían una tendencia a identificarse con su humanidad volviendo así un servicio más humano, que se refleja luego en la percepción de los pacientes.

En el estudio realizado por Gonzales O⁷³ se halló que el 84.7 % de los participantes siempre perciben prácticas de cuidado humanizado por parte de las enfermeras. El estudio realizado por Gonzales O⁷³, fue desarrollado en la ciudad de Bogotá y culminó con la propuesta de la tercera versión del instrumento PCHE utilizado en el presente estudio. La percepción de cuidado humanizado por parte de enfermería se evaluó de acuerdo a lo establecido en el

instrumento PCHE – Clinicountry 3ra versión, la evaluación de los ítems por categoría evidencia que en general todas las categorías se orientan a que los participantes del estudio siempre perciben comportamientos de cuidado humanizado, resultado éste que es similar a los obtenidos en otros estudios^{22, 73, 82}.

Es de resaltar que en el presente estudio la categoría que se destaca es la relacionada con la Disposición para la atención con un 80.3%, lo cual se relaciona con la capacidad de la enfermera para profundizar en las realidades, descubrir las necesidades y fortalecer el vínculo en el proceso de cuidado, esta categoría indica la necesidad manifiesta de los pacientes con cáncer de poder contar con una persona que conozca su situación, que le escuche y le brinde cuidados en el momento que lo requiere, similar es el planteamiento de Gonzales O⁷³, quien en su estudio encontró que el 93.4% de los participantes destacaron la categoría priorización al ser cuidado.

Lo anterior confluye con lo sustentado por Watson J^{69, 72, 76} quien engloba el cuidado humanizado de enfermería como un ideal moral, en el que la protección, mejora y preservación de la dignidad humana proporcione bienestar en doble sentido dado que se establece una relación entre la enfermera y el paciente y ambos ostentan una condición humana dentro de una experiencia fenomenológica.

CONCLUSIONES.

- Se determinó que el nivel de calidad del cuidado de enfermería percibido por los pacientes con cáncer es alto. Que entre las dimensiones mejor valoradas por los participantes del estudio como de alta calidad están las relacionadas con las habilidades profesionales técnico-científicas (monitorea y hace seguimiento) y las de establecimiento de relaciones (accesibilidad, mantiene relación de confianza).
- Los participantes del estudio siempre perciben prácticas de cuidado humanizado por parte de las enfermeras. Todas las categorías evaluadas en el constructo humanización obtuvieron una valoración alta.
- El estudio permitió evidenciar que los pacientes con cáncer valoran el establecimiento de una comunicación de empatía y ayuda durante su tratamiento.
- La calidad del cuidado de enfermería y la Humanización del cuidado de enfermería son constructos que podrían verse inmersos uno en el otro, desde las subjetividades, por tal motivo se requiere de investigaciones de tipo cualitativo que permitan desentrañar ambos constructos.
- El profesional de enfermería debe ser capaz de lograr una interrelación con el paciente que le permita realizar un cuidado humano, para ello se requiere de un profesional con habilidades prácticas y habilidades sociales.

RECOMENDACIONES.

- Diseñar un estudio cualitativo en el que se aborde de forma separada los constructos de calidad y humanización del cuidado de enfermería.
- Continuar con la implementación de los instrumentos usados en el presente estudio en la región, permitiendo así mirar el comportamiento de los mismos en un lugar diferente en el cual fue validado. De igual manera se recomienda la participación de diferentes tipos de pacientes.
- Difundir los resultados del presente estudio mediante artículos y/o ponencias en eventos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. González J, Quintero D. 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]. Pontificia Universidad Javeriana. [Internet] 2009 [Consultado junio 14 de 2015] Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis05-3.pdf;jsessionid=4F2E2928D9CCB0B34AB5F4A3D0156F5D?sequence=1>
2. Rodríguez C. La acreditación en salud en Colombia. Pasado, Presente y Futuro. Revista Normas & calidad N° 76. [Internet]. [Consultado septiembre 20 de 2015]. Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/55/Normas%20y%20Calidad%20No%2076.pdf#search=NORMAS%20Y%20CALIDAD>
3. Donavedian A, Zurita B. Calidad asistencial. Rev. Jano. 1989; 34(27): 35–42.
4. Net A, Suñol R. La calidad de la atención. Ponències i Jornades: [Internet]. 2013. [Consultado junio 15 de 2015] Disponible en:
http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
5. Donabedian A. The Lichfield Lecture. Garantía de Calidad en atención en Salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial. 2001; 16: 102-106.
6. Grönroos C. Service Quality Model and its Marketing Implications. European Journal of Marketing, 1984; 18:4.

7. Duque E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia. 2005.
8. Puebla D, Ramírez A, Ramos P, Moreno M. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Enferm. Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17(2):97-102.
9. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia Promoc. Salud. 2014; 19(1):128-140.
10. Román Y, de Dios J. Calidad de la atención de enfermería en los servicios quirúrgicos del Hospital Clínicoquirúrgico Docente “Dr. Joaquín Castillo Duany”. MEDISAN 2014; 18(11):1572
11. Biley A. Postmodern nursing and beyond by Jean Watson. Elsevier. 2000; 9(4):649
12. Espinoza L, Barrenechea K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el hospital EsSalud Huacho. [Internet] 2010 [Consultado marzo 13 de 2015]. Disponible en:
http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf
13. Neil M, Tomey A, Editores. Watson J. Filosofía y ciencia del cuidado. Modelos y teorías de enfermería. 7ª Ed. España: Elsevier; 2007.
14. García M. Beneficios derivados de la evaluación de la calidad de la atención de enfermería. Primera semana internacional de calidad en la salud; Hospital General de México.2010.

15. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Quiroz A, Gómez M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino Am. Enfermagem.* 2014; 22(3):454-460.
16. Ariza C. Satisfacción del cuidado de Enfermería en el paciente cardiaco. *Medwave.* [Internet] 2004 [Consultado abril 14 de 2015] 4(3). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mar2004/2712>
17. Bautista L. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan* [Internet] 2008 [Consultado abril 12 de 2015] 8: 74-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108108>
18. Molina E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. [Tesis para optar el título de magister en enfermería, área temática de gerencia en salud y enfermería]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011.
19. Torres C, Buitrago M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de investigación Escuela de enfermería UDES-CUIDARTE.* 2011; 2(2):138-1348.
20. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Revista Av. Enfermería.* 2010; 28(2):98-110.
21. Borré Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. [Tesis para optar el título de magister en enfermería, con énfasis en gerencia en salud]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar. Facultad de Enfermería. 2013.

22. Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm. [Internet] 2007 [Consultado marzo 21 de 2015] 25(1):54 – 66. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901/36916>
23. Gonzáles J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención [Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2009.
24. Watson J. Ponencia del primer congreso Internacional de enfermería y nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Citado por: Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actual Enferm 2007; 10 (4): 15-21.
25. Pereira A, Souza R, De Camargo C, Ribeiro R. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Enfermería Global. [Internet] 2012 [Consultado junio 20 de 2015] 25. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143161>
26. Organización Mundial de la Salud (Word Health Organization /WHO). Datos y cifras sobre el cáncer. [Internet] [Consultado marzo 21 de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
27. Goss P, Lee B, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, St Louis J, et al. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol 2013; 14: 391–436.

28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2017. [Internet] [Consultado septiembre 12 de 2017]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2015>
29. Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T., et al. Cancer Treatment and Survivorship Statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2012 [Internet] 62: 220–241[Consultado septiembre 07 de 2017]. DOI:10.3322/caac.21149
30. Lupiáñez Y. Humanización en el Cuidado del Paciente Oncológico. *Enfermería Docente* 2006; 85: 27-30
31. Gallegos M. Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico. Artículo de Revisión. *Rev. CONAMED*. 2008; 13: 27-30.
32. Gaviria D. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Investigación y Educación en Enfermería*. [Internet] 2009 [Consultado abril 23 de 2015] 27: 24-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198002>
33. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad*. 2001; 26 (1):16-22.
34. Hernández L, Zequeira D, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Rev. Cubana de enfermería*. [Internet] 2010 [Consultado junio 25 de 2015] 26(1): 30-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf07110.pdf>
35. Salazar A, Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería*. 2008; 26(2):107-115.

36. Hernández Y, Ibarra R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. [Internet] 2009 [Consultado junio 18 de 2015] 18 (4): 245-250. Disponible en:
http://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/12_2.pdf
37. Gilligan C. *A different voice Psychological Theory and womens development*. Cambridge, Massachusetts and London, England Harvard University Press. 1982
38. Paredes P, Rivas E. Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería*. 2014; 20(1):9-21.
39. Fajardo M, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm*. 2004; 13(46):09-12.
40. Martínez M, Chamorro E. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. 2a ed. Madrid: Elsevier; 2011.
41. Alacoque L, Josete L, Costa M, Trevizan M, Carvalho D. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. *Rev. Ciencia y Enfermería XI años*. 2001; (2): 35-46.
42. Guerrero S, Cid P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015; 15(1):129-140.
43. Consejo Internacional de Enfermeras. *Definición de Enfermería* [Internet] [Consultado agosto 12 de 2017] Disponible en:
<http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

44. Jesse E. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Alligood M, Marriner A. modelos y Teorías de enfermería 7ª ed. Barcelona: Elsevier. 2011. 91-112
45. Zeithalm, V. Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. Journal of Marketing. [Internet] 1988 [Consultado junio 18 de 2016] 52 (3): 2-22. Disponible en: <https://hec.unil.ch/docs/files/123/997/zeithaml88-1.pdf>.
46. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality. Journal of Retailing. [Internet] 1988 [Consultado junio 19 de 2016.] 64(1):12-40. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf
47. Grönroos C. Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Madrid. Ed. Diaz Santos. 1994.
48. Torres C. Valoración de aspectos cualitativos del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cuidarte. 2010; 1: 10-18.
49. Civera M. Análisis de la relación entre la calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Tesis Doctoral. Universitat Jaume. 2008.
50. Alonso R, Blanco M, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. Rev. Calidad Asistencial. [Internet] 2005 [Consultado junio 20 2015] 20 (5): 246-250. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-validacion-un-cuestionario-calidad-cuidados-13078049>

51. Bitner M. Evaluating service Encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of marketing*. [Internet] 1990 [consultado junio 24 de 2016] 54. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/pdf/1251871.pdf>

52. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*. 2000; 114 (3): 26-33

53. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*. 2014; 20 (3): 81-94.

54. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra Suiza, 2000.

55. Ministerio de Educación Nacional. Ley 266. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Internet] [Consultado marzo 21 de 2015] Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

56. Lewis K. Satisfacción del paciente con el cuidado en el departamento de urgencias. *Journal of Advanced Nursing*. 1992: 17

57. Malvárez S, Rodrigues J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, D.C: OPS; 2011.

58. Durán E, Cuervo M, Echeverri S. Desarrollo de la Enfermería en Colombia. *Acto de reconocimiento. Actual. enferm*. 2004; 7(1): 26-31.

59. Cabarcas N, Montes A, Ortega G. Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de Enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Actual. Enferm.* 2009; 12(1): 8-11.
60. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería.* 2014; 20 (3): 81-94.
61. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004; 30.
62. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N° 19. Gestión del Cuidado de Enfermería Para la Atención Cerrada, Exenta N° 1127. Santiago de Chile, 2007. [Internet] [Consultado abril 17 de 2016] Disponible en: <https://documents.mx/documents/norma-general-administrativa-n-19-gestion-del-cuidado-de-enfermeria.html>
63. Lenis C, Manrique F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan.* [Internet] 2015 [Consultado abril 18 de 2016] 15 (3): 413-425. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a09.pdf>
64. Watson J. Nature of human life as subject matter of nursing. En *Human Caring Science: A theory of nursing.* Jones & Bartlett. 2° ed. 2012: 57-64
65. Jesse E. Watson's Philosophy and science of caring in nursing practice. En: Raile M. *Nursing Theory: utilization & application.* Mosby. 4° ed. 2010: 111-136
66. Torres A. experiencias de conceptualización de enfermería, la experiencia de conceptualización en la facultad. Ceja. Bogotá. 2001.

67. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actual Enferm* 2007; 10 (4): 15-21.
68. Quintero A, Maldonado M, Guevara B, Delgado C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería. *Revista Médica Electrónica*. [Internet] [Consultado julio 21 de 2015]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/>
69. Cohen J. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.
70. Álvarez C. como describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia post parto. *Aquichan*. 2013; 13:17-26
71. Watson J. Human Caring in nursing. En *Human Caring Science: A theory of nursing*. Jones & Bartlett. 2º ed. 2012: 35-39.
72. Watson J. structural overview of Watson's theory of human caring. En *Human Caring Science: A theory of nursing*. Jones & Bartlett. 2º ed. 2012: 87-92
73. González O. Validez y confiabilidad del instrumento "percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión". Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar el título de Magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Repositorio Institucional. 2014.
74. Merhy E. *Saude: a cartografia do trabalho vivo*. Sao Paulo: Hucitec; 2002.

75. Rodríguez C. Humanización de la Atención en Salud y Acreditación. En: Revista Normas y Calidad. [Internet] 2011 [Consultado marzo 16 de 2016]
87. Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/65/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf#search=NORMAS%20Y%20CALIDAD>
76. Watson J. Nature of Human Caring and Caring Values in Nursing. En Human Caring Science: A theory of nursing. Jones & Bartlett. 2012; 2: 41-48
77. González O. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3° versión”. Aquichan. 2015; 15(3):381-392.
78. Aiquipa A. Calidad de atención de enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN, Lima 2003. [Tesis Digital de la Oficina General del sistema de Bibliotecas y Biblioteca central de la UNMSM.]
79. Font M, Legra B, Torres N, Buduen Y, Sánchez A. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. MEDISAN 2014; 18(11):1539
80. Barragán J, Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. [Internet] 2013 [Consultado enero 25 de 2016] 31 (2):187-193. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113004>
81. Gómez A. Grado de satisfacción del cuidado de enfermería en pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) con stent. Avances en Enfermería. 2006; 24: 17-25

82. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev.cienc.biomed. 2013;4(1):60-68
83. Sepúlveda G, Cárdenas L, Guevara J, Rojas A, Castro A. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. Universidad el Bosque. [Internet] 2009 [Consultado julio 24 de 2015] 4 (1). Disponible en:
http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf
84. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993.
85. República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991.
86. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Ley 911 de 2004
87. Cañón H, Patarroyo D, Torres M. Percepción del cuidado humanizado de enfermería de los pacientes que asisten a una clínica de heridas en una Institución de Cuarto nivel de Bogotá. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9845/Tesis13-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
88. Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, 2010.
89. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. El cáncer en la región de las américas. GLOBOCAN 2012. Disponible

en:

[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view
&gid=16805&Itemid=270&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=270&lang=es)

90. Morales C, Torres A. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de Urgencias, frente a la atención de enfermería en una Institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. 2009. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en:

<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>

91. Osorio L, Rodriguez K, Chaves A, Gonzales P. percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá 2010. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en:

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9772/tesis10-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo 1: Tabla 5 Características sociodemográficas de pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel en Cartagena.

Variable	Denominación	Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	259	77,1
	Masculino	77	22,9
Total		336	100,0
Estado Civil	Soltero	119	35,4
	Unión Libre	139	41,4
	Casado	66	19,6
	Viudo	12	3,6
Total		336	100,0
Estudios	Primaria	42	12,5
	Secundaria	83	24,7
	Técnico o Tecnólogo	90	26,8
	Universitario	121	36,0
Total		336	100,0
Religión	Católico	268	79,8
	Evangélico	68	20,2
Total		336	100,0
Afilación en Salud	Subsidiado	286	85,1
	Contributivo	50	14,9
Total		336	100,0
Estrato	Uno (1)	97	28,9
	Dos (2)	189	56,3
	Tres (3)	22	6,5
	Cuatro (4)	16	4,8
	Cinco (5)	12	3,6
Total		336	100,0
Ingresos Familiares	< 1 SMLV	97	28,9
	1-2 SMLV	186	55,4
	2-3 SMLV	4	1,2
	> 4 SMLV	49	14,6
Total		336	100,0
Tipo de Cáncer	Seno	108	32,1
	Cérvix	151	44,9
	Pulmón	56	16,7
	Laringe	7	2,1
	Próstata o Testicular	14	4,2
Total		336	100,0

Fuente: Resultados de Investigación

Anexo 2: Tabla 6 Satisfacción acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido por pacientes con Cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena

Nivel de satisfacción	Bajo 46-92		Medio 93-138		Alto 139-184	
	No.	%	No.	%	No.	%
Calidad del Cuidado de Enfermería	5	1,5%	65	19,3%	266	79,2%

Fuente: Resultados de investigación

Anexo 3: Tabla 7 Satisfacción acerca de la Calidad del Cuidado de Enfermería recibido por pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena por dimensiones del Instrumento Care-Q.

Dimensiones	Nivel de Satisfacción					
	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Accesibilidad	0	0	51	15,2%	285	84,8%
Explica y Facilita	9	2.7%	93	27.7%	234	69.6%
Conforta	22	6.5%	74	22.1%	240	71.4%
Se Anticipa	0	0	81	24.1%	255	75.9%
Mantiene Relación de Confianza	0	0	73	21.7%	263	78.3%
Monitorea y Hace Seguimiento	0	0	18	5.3%	318	94.7%

Fuente: Resultados de Investigación

Anexo 4: Tabla 8 Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería por parte de pacientes con Cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena.

Nivel de Percepción	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería	260	77.4%	70	20.8%	6	1.8%	0	0

Fuente: Resultados de Investigación

Anexo 5: Tabla 9 *Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería por parte de los pacientes con cáncer que asisten a quimioterapia en una IPS de tercer nivel de Cartagena por categorías del PCHE – Clinicountry 3ra versión.*

Categoría	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cualidades del Hacer de Enfermería	256	76%	80	24%	0	0%	0	0%
Apertura a la Comunicación Enfermero-Paciente	242	72%	75	22%	19	6%	0	0%
Disposición para la Atención	270	80,3%	63	18,7%	3	1%	0	0%

Fuente: Resultados de Investigación

Anexo 6 Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es liderada por el Enfermero Luis Alfonso Sierra Leguía, identificado con C.C N° 1104374903, y asesorado por la Enfermera Amparo Montalvo Prieto, Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

El objetivo de este estudio es “Establecer la asociación entre la calidad del cuidado de enfermería y el cuidado humanizado que reciben los pacientes con cáncer que asisten a terapia oncológica en la ciudad de Cartagena.”. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Yo _____, identificado con CC #_____, acepto participar voluntaria y libremente en esta investigación y declaro haber sido informado sobre el objetivo y la dinámica de la misma. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Participante

Firma del Participante

Fecha:

Tel:

Anexo 7 Autorización para uso del Instrumento CARE -Q en idioma Castellano

Bogotá D.C., 22 de septiembre de 2015

Señor
LUIS ALFONSO SIERRA LEGUÍA
Maestría en Enfermería
Universidad de Cartagena, Cartagena - Colombia.

Atendiendo a su solicitud, estoy enviando la versión validada a nivel de estudio piloto del cuestionario Caring Assessment Instrument (CARE-Q) en el idioma castellano. El cuestionario CARE-Q fue construido por la Enfermera Dra. Patricia Larson en el idioma inglés. La validación en el idioma castellano fue realizada por un grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad el Bosque - Bogotá, Colombia.

Se autoriza la utilización del cuestionario CARE-Q versión en castellano para la realización de la investigación "Calidad y Humanización del cuidado de Enfermería a pacientes con cáncer que asisten a una IPS de tercer nivel", bajo la tutoría de la profesora Amparo Astrid Montaño Prieto, docente de la Universidad de Cartagena- Colombia.

Los resultados del estudio de validación de la versión en castellano se encuentran publicados según los siguientes datos para la citación bibliográfica:

Sepúlveda Carrillo Gloria Judith, Cárdenas Liliana, Guevara Jimneth, Rojas Alejandra, Castro Adriana. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. Universidad el Bosque. Vol. 4 No. 1. 2009.

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf

Atentamente,

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.
Magister en Epidemiología, Doctora en Ciencias - Salud Colectiva, Departamento de Medicina Preventiva - Universidad Federal de São Paulo, Brasil.
Profesora Facultad de Enfermería- Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

Anexo 8 Cuestionario De Evaluación Care – Q (Caring Assessment Instrument)

Este instrumento determina el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería. Le solicitamos que lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones y las responda marcando una X frente a la fila según sea el caso.

1: nunca 2: A veces 3: Casi siempre 4: Siempre

Ítems del instrumento Dimensiones/ítems		1	2	3	4
ACCESIBILIDAD					
1	La enfermera se aproxima usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos.				
2	La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.				
3	La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.				
4	La enfermera responde rápidamente a su llamado.				
5	La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal.				
EXPLICA Y FACILITA					
6	La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.				
7	La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud.				
8	La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.				
9	La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.				
10	La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica.				
CONFORTA					
11	La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.				
12	La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento.				
13	La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.				
14	La enfermera es alegre.				

15	La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación.				
16	La enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.				
17	La enfermera lo escucha con atención.				
18	La enfermera habla con usted amablemente.				
19	La enfermera involucra a su familia en su cuidado.				
SE ANTICIPA					
20	La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche.				
21	La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.				
22	Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención.				
23	La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.				
24	La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.				
25	Cuando la enfermera está con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.				
26	La enfermera continúa interesada en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.				
27	La enfermera le ayuda a establecer metas razonables.				
28	La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.				
29	La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.				
MANTIENE RELACION DE CONFIANZA					
30	La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación				
31	La enfermera acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.				
32	La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico relacionadas con su situación de salud.				
33	La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar qué pase a su alrededor.				

34	La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.				
35	La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.				
36	La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.				
37	La enfermera lo identifica y lo trata a usted como una persona individual.				
38	La enfermera se identifica y se presenta ante usted.				
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO					
39	El uniforme y carné que porta la enfermera la caracteriza como tal.				
40	La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.				
41	La enfermera es organizada en la realización de su trabajo.				
42	La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.				
43	La enfermera es calmada.				
44	La enfermera le proporciona buen cuidado físico.				
45	La enfermera se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted				
46	La enfermera identifica cuándo es necesario llamar al médico.				
TOTAL					

Anexo 9 Acuerdo de Recepción y Uso del Instrumento: "Percepción de Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3º Versión"

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

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

Reciben autorización para su uso en la Investigación: CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CÁNCER QUE ASISTEN A UNA IPS DE TERCER NIVEL, CARTAGENA, por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

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): Luis Alfonso Sierra Leguía y Amparo Montalvo Prieto

_____, 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. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Los resultados del uso del instrumento: "**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN**", serán entregados de forma escrita y detallada, al finalizar la investigación: CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CÁNCER QUE ASISTEN A UNA IPS DE TERCER NIVEL, CARTAGENA a los autores del instrumento.

7. 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 _____

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ

Enfermera. Mg en Enfermería. PhD en Educación y Sociedad.

ÁLVARO TRIANA

Enfermero

Material elaborado por: Rivera, L.N.; Triana, A. & González H., O.J. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores. Prohibida su reproducción.

Correos electrónicos: lnrivera@unal.edu.co; altriana@unal.edu.co; osjgonzalezhe@unal.edu.co

En calidad de investigadores:

Ampero Acosta P.

Profesor(a) director(a) Trabajo de investigación

Nombre:

Documento identidad: 33 147374 de c/sem.

Cargo: Docente

Institución: Universidad de Catapuma.

Correo electrónico: amontalvo p 1 @ unicartapuma. edu. co.

Sierra

Nombre: Luis Alfonso Sierra Jorjía.

Documento identidad: 1.104.374.903

Correo electrónico: lsieral@unicartapuma.edu.co.

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:

Material elaborado por: Rivera, L.N.; Triana, A. & González H, O.J. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores. Prohibida su reproducción.

Correos electrónicos: lnriveraa@unal.edu.co; altriana@unal.edu.co; osjgonzalezhe@unal.edu.co


Anexo 10 Autorización para aplicación de Instrumento PCHE Tercera Versión



 **Álvaro Triana** <atriana@unal.edu.co> 24/5/15   


para mí 


Buenos días. Gracias por acoger el Acuerdo de uso del PCHE Tercera Versión. Adjunto hoy el instrumento y las categorías resultantes después del estudio de Oscar González. Ya puedes iniciar la aplicación del instrumento. Cualquier consulta estoy a la orden además que me facilitará el continuar aprendiendo y el desarrollo del PCHE. Cordial saludo para ti y para Amparo. Éxitos y gozo en esta travesía. Más luego les devuelvo el acuerdo firmado.

Álvaro Triana



2 archivos adjuntos  

 14 Versión definit...

 23 CATEGORIAS ...

Anexo 11 Instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª Versión”

Estimado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que, según su percepción, corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

En caso de dificultad al responder alguna(s) pregunta(s), estamos dispuestos a aclararla(s).

Ítems	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.

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 12 Encuesta de Información Sociodemográfica

Nombre:

Edad: _____

Genero

- Masculino
- Femenino

Estado Civil

- Soltero(a)
- Unión Libre(a)
- Casado(a)
- Viudo(a)

Estudios

- Primaria Incompleta
- Primaria completa
- Bachillerato Incompleto
- Bachillerato completo
- Universitario

Religión

- Católico
- Evangélico
- Adventista
- Otra
- Ninguna

Código Encuesta: _____

Régimen de Salud:

- Contributivo
- Subsidiado
- Otro

Ingresos Familiares

- Menos de dos Salario Mínimo
- Más de 2 y menos de 3 S. M.
- Más de 3 y menos de 4 S. M
- Más de 4 S. M

Tipo de Cáncer

- De mama
- Cérvix/uterino
- De piel
- De laringe o Faringe
- De pulmón
- De testículos
- Otro

¡Gracias por su atención!