

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TESIS

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO
HUMANIZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TITO VILLAR
CABEZAS, BAMBAMARCA 2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CUIDADOS CRÍTICOS,
EMERGENCIA Y DESASTRES**

Autora:

Lic. Enf. Rosa Anita Vasquez Rojas

Asesora:

M. Cs. Segunda Aydeé García Flores

CAJAMARCA- PERÚ


2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Rosa Anita Vasquez Rojas
DNI: 46308755
Escuela Profesional/Unidad UNC:
Escuela Profesional de Enfermería
2. Asesor:
M. Cs. Segunda Aydee' Garcia Flores
Facultad/Unidad UNC:
Facultad Ciencias de la Salud
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☒ Segunda Especialidad
☐ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Percepción del Paciente Sobre el Cuidado Humanizado del
Profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del
Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025
6. Fecha de evaluación: 12 / 02 / 2026
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 21 %
9. Código Documento: trn:oid::3117:556316010
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 12 / 02 / 2026

Firma y/o Sello
Emisor Constancia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Nombres y Apellidos (Asesor)
DNI: 26613805

FICHA CATALOGRÁFICA

Lic. Enf. Rosa Anita Vasquez Rojas

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS, BAMBAMARCA 2025**

Escuela Profesional de Enfermería Segunda Especialidad Profesional en Enfermería
en Cuidados Críticos, Emergencia y Desastres – UNC 2026.

Asesora: M. Cs. Segunda Aydeé García Flores

Docente Principal de la Facultad Ciencias de la Salud

52 páginas.

HOJA DE JURADO EVALUADOR

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS, BAMBAMARCA 2025

AUTOR : Lic. Enf. Rosa Anita Vasquez Rojas
ASESORA : M. Cs. Segunda Aydeé García Flores

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR

.....
Dra. María Elena Bardales Urteaga
Presidente

.....
M. Cs. Petronila Ángela Bringas Durán
Secretaria

.....
Mg. Ruth Natividad Villanueva Cotrina
Vocal



Universidad Nacional de Cajamarca
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón II – 101 Teléfono N° 076-599438



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES

En Cajamarca, siendo las 11.00am. del 6 de febrero del 2026, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Coordinadora General de la Segunda Especialidad Profesional, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de Tesis titulada Percepción Del Paciente Sobre el
Creedado Humanizado Del Profesional De Enfermería
Por El Servicio De Emergencia Del Hospital Tito
Villar Baños, Barrancomayo 2025
del (la) profesional: Lic. Grif.
Rosa Anita Vasquez Rojas

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Diecinueve (19)

Por lo tanto el jurado acuerda la Aprobación de Tesis del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Cuidados Críticos, Emergencia y Desastres.

MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA
Presidente	<u>Dra. María Elena Bandaluz Urteaga</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario (a)	<u>M.Cs. Patricia Angela Brungas Decon</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal	<u>Mg. Ruth Natividad Villanueva Gotama</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a)	<u>M. Cs. Jazminda Aydeli García Flores</u>	<u>[Firma]</u>

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido culminar de manera exitosa esta meta y acompañarme hasta donde ahora estoy.

A Mis Padres, Por su ejemplo e inquebrantable apoyo.

A mis Hijos, por ser mi motivación más grande para continuar superándome y no rendirme.

A mi Persona, por demostrarme que no hay límite para cumplir lo que uno se propone.

Rosa

AGRADECIMIENTO

A mi ALMA MATER, Universidad Nacional de Cajamarca, por abrirme las puertas al conocimiento profesional para poder ser instrumento útil para mi país y la sociedad.

A la Segunda Especialidad Profesional En Enfermería por brindarnos la orientación constante y la oportunidad de continuar nuestros estudios.

A mis DOCENTES, por su loable labor, quienes fungían como inspiración y motivación para seguir adelante.

A mi Asesora de Tesis, por ser la persona que con gran paciencia, empatía y profesionalismo ha sabido direccionar este trabajo de tesis.

A los usuarios atendidos en el servicio de emergencia, del Hospital Tito Villar Cabezas, por su disponibilidad en todo momento del estudio.

Rosa

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	¡Error! Marcador no definido.
HOJA DE JURADO EVALUADOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
Lista de tablas	vii
Lista de Figuras	vii
Glosario	viii
Resumen	ix
Abstract	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación	3
1.2. Pregunta de investigación	4
1.3. Justificación del estudio	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
CAPÍTULO II:	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases teóricas	9
2.2.2. Bases conceptuales	11
2.2.2.1. Percepciones del cuidado humanizado	11
	v

2.2.2.2.	Dimensiones de la percepción	12
2.3.	Variable del estudio	13
2.4.	Operacionalización de variables	21
CAPÍTULO III		22
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		22
3.1.	Diseño y tipo de estudio	22
3.2.	Población de estudio	22
3.3.	Criterios de inclusión y exclusión	22
3.4.	Unidad de análisis	23
3.5.	Muestra	23
3.6.	Selección de la muestra procedimiento de muestreo	24
3.7.	Técnica e instrumentos de recolección de datos	24
3.8.	Procesamiento y análisis de datos	28
3.9.	Consideraciones éticas	28
3.10.	Dificultades y limitaciones para el estudio	29
CAPÍTULO IV		30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		30
4.1.	Resultados según objetivos	30
4.2.	Discusión de resultados	35
CONCLUSIONES		40
RECOMENDACIONES		41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		42
ANEXOS		44

Lista de tablas

Tabla 1	Operacionalización de las variables	21
----------------	-------------------------------------	----

Lista de Figuras

Figura 1	Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.	30
Figura 2	Nivel de percepción en la dimensión cualidades del hacer de enfermería	31
Figura 3	Nivel de percepción en la dimensión comunicación enfermero-paciente	32
Figura 4	Nivel de percepción en la dimensión disposición para la atención de enfermería	33
Figura 5	Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025	34

Glosario

Atención integral: Enfoque del cuidado que considera al paciente en todas sus dimensiones físicas, emocionales y sociales, buscando una intervención completa y humanizada.

Capacitación continua: Proceso de formación permanente dirigido al personal de enfermería para actualizar y fortalecer sus competencias en la atención humanizada.

Comunicación enfermero–paciente: Intercambio de información, verbal y no verbal, entre el profesional de enfermería y el paciente, que influye en la confianza y satisfacción percibida.

Confianza: Percepción positiva del paciente hacia el profesional de enfermería, basada en el respeto, la empatía y la seguridad transmitida durante la atención.

Cuidado humanizado: Conjunto de prácticas de enfermería que integran el respeto, la empatía, la amabilidad y la atención digna al paciente, reconociéndolo como ser humano integral.

Dimensiones del cuidado: Componentes en los que se estructura el cuestionario aplicado: cualidades del hacer de enfermería, comunicación enfermero–paciente y disposición para la atención.

Emergencia: Servicio hospitalario que atiende situaciones críticas de salud, donde la rapidez y la calidad del cuidado humanizado son esenciales.

Metodología cuantitativa: Enfoque de investigación basado en la recolección y análisis de datos numéricos para describir y comprender fenómenos.

Percepción del paciente: Opinión, valoración y experiencia subjetiva de la persona atendida respecto al trato y cuidado recibido por el profesional de enfermería.

Proactividad: Actitud del profesional de enfermería caracterizada por la iniciativa, anticipación a las necesidades del paciente y disposición para mejorar la atención.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo general determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025. Metodología de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra fue 80 pacientes atendidos en el servicio de emergencia, a quienes se aplicó un cuestionario denominado: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería, validado por Millian Huamán (2023), estructurado en tres dimensiones: Cualidades del hacer de enfermería, comunicación enfermero–paciente y disposición para la atención de enfermería. Resultados: 64% de pacientes perciben el cuidado humanizado en un nivel medianamente aceptable. En la dimensión cualidades del hacer de enfermería 71% alcanzó el nivel medianamente aceptable. En comunicación enfermero–paciente 71% obtuvo un nivel inaceptable. En la dimensión disposición para la atención 75% su nivel es medianamente aceptable. En conclusión, la percepción global del cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería fue medianamente aceptable, lo que indica que, aunque existe una base sólida de trato humanizado, es necesario fortalecer aspectos claves de comunicación, proactividad y atención integral. La integración de estrategias de capacitación continua y la mejora organizativa podrían elevar la calidad percibida por los pacientes y con ello, optimizar la satisfacción y confianza en el servicio de enfermería.

Palabras clave: Cuidado humanizado, percepción del paciente, enfermería, emergencia.

Abstract

The general objective of the study was to determine the patient's perception of the humanized care provided by the nursing professional in the Emergency Service of the Tito Villar Cabezas Hospital, Bambamarca 2025. Methodology of quantitative approach, non-experimental design, descriptive and cross-sectional type. The sample consisted of 80 patients treated in the emergency department, to whom a questionnaire was applied called: Perception of Humanized Nursing Care Behaviors, validated by Millian Huamán (2023), structured in three dimensions: Qualities of nursing practice, nurse-patient communication, and disposition for nursing care. Results: 64% of patients perceive humanized care at a moderately acceptable level. In the dimension qualities of nursing practice, 71% reached the moderately acceptable level. In nurse-patient communication 71% obtained an unacceptable level. In the dimension willingness to care, 75% of them are moderately acceptable. In conclusion, the overall perception of humanized care provided by nursing staff was moderately acceptable, which indicates that, although there is a solid basis of humanized treatment, it is necessary to strengthen key aspects of communication, proactivity, and comprehensive care. The integration of continuous training strategies and organizational improvement could raise the quality perceived by patients and thus optimize satisfaction and trust in the nursing service.

Keywords: Humanized care, patient perception, nursing, emergency.

INTRODUCCIÓN

El cuidado humanizado constituye uno de los pilares fundamentales de la práctica enfermera, al integrar conocimientos científicos, habilidades técnicas y valores éticos orientados a brindar atención integral y digna al paciente. En el contexto hospitalario, y particularmente en los servicios de emergencia, este enfoque adquiere una relevancia especial debido a la complejidad clínica, la inmediatez de las intervenciones y la carga emocional que implica la atención de casos críticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que el trato empático, la comunicación efectiva y el respeto por la individualidad del paciente son componentes esenciales para garantizar la calidad asistencial y la satisfacción del usuario, especialmente en escenarios de alta presión asistencial (1).

En los servicios de emergencia, donde el tiempo de respuesta es rápido y las demandas asistenciales son constantes, la percepción del paciente sobre el cuidado recibido se convierte en un indicador clave de la calidad de la atención. Según la teoría del cuidado humano de Watson, se ha evidenciado que el cuidado humanizado no solo impacta positivamente en la experiencia del paciente, sino que también influye en su recuperación física y emocional (2). Sin embargo, investigaciones realizadas en Latinoamérica revelan que factores como la sobrecarga laboral, la escasez de personal y las limitaciones de recursos pueden afectar la capacidad del profesional de enfermería para mantener prácticas humanizadas de manera constante (3).

En el contexto peruano, la humanización del cuidado se ha incorporado progresivamente en políticas y programas de salud, pero persisten desafíos para su implementación efectiva en todos los niveles de atención. En zonas como Bambamarca, donde el Hospital Tito Villar Cabezas constituye un centro de referencia para una amplia población, las condiciones de trabajo y la demanda asistencial en el servicio de emergencia pueden influir significativamente en la percepción del paciente sobre el cuidado recibido.

En tal sentido, evaluar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia, permitió identificar debilidades, fortalezas y áreas de mejora en la atención, aportando evidencia para la formulación de estrategias que fortalezcan la calidad y calidez del servicio. Por ello, esta investigación tiene como objetivo determinar la percepción del cuidado humanizado en el Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca, durante el año 2025, contribuyendo a generar información para el

diseño de intervenciones que promuevan una atención centrada en la persona, aun en entornos de alta exigencia asistencial. El estudio está organizado en capítulos:

Capítulo I: Describe el problema de investigación que abarca la definición y delimitación del problema de investigación, pregunta de investigación, justificación del estudio y objetivos.

Capítulo II: Marco teórico, con los antecedentes del estudio, bases teóricas, bases conceptuales y variable de estudio. Capítulo III: Contiene la metodología de la investigación que aborda el diseño y tipo de estudio, población, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, muestra o tamaño muestral, selección de la muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos y rigor científico, procesamiento y análisis de datos, consideraciones éticas, dificultades y limitaciones. Capítulo IV: Contiene los resultados con su discusión y análisis, conclusiones, recomendaciones, Referencias Bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

En los últimos años, el cuidado humanizado en los servicios de salud ha cobrado gran relevancia como eje esencial para garantizar una atención centrada en el paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el enfoque humanizado implica respetar la dignidad, la autonomía y la integridad emocional del paciente durante toda su experiencia asistencial. Sin embargo, diversos estudios revelan que persisten barreras significativas en la percepción del paciente respecto a este tipo de cuidado, especialmente en áreas críticas como los servicios de emergencia, donde el ritmo acelerado y la presión asistencial pueden afectar la calidad del cuidado. La falta de comunicación efectiva, el trato impersonal y la atención mecanizada generan percepciones negativas, afectando la satisfacción y la recuperación del paciente (1).

En América Latina, la humanización del cuidado aún enfrenta desafíos estructurales y culturales. Investigaciones desarrolladas en países como Brasil y Colombia muestran que los pacientes en los servicios de emergencia perciben una atención despersonalizada, con escasa empatía por parte del personal de salud. Estos factores derivan de la sobrecarga laboral, la limitada formación en habilidades humanas y la carencia de políticas institucionales sólidas que promuevan el cuidado humanizado como práctica sistemática. Esto repercute directamente en la percepción del paciente, limitando su experiencia de atención en componentes emocionales y afectivos (4).

En el Perú, investigaciones han revelado percepciones medianamente favorables respecto al cuidado humanizado en los servicios de emergencia. Un estudio en el Hospital San Juan de Lurigancho reportó que el 59,6% de los pacientes percibieron el cuidado humanizado de enfermería como medianamente favorable, mientras que un 23,6% lo consideró desfavorable (5).

La Región Cajamarca, caracterizada por limitaciones en infraestructura hospitalaria y recursos humanos, enfrenta una problemática aguda en los servicios de emergencia, donde la saturación de pacientes y la escasez de personal impactan negativamente en la calidad de atención. Informes de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca (DIRESA, 2023) indican que los

usuarios reportan percepciones desfavorables sobre el trato recibido, especialmente en cuanto a la falta de escucha, empatía y acompañamiento emocional por parte del personal de salud, en especial el de enfermería.

En el Hospital Tito Villar Cabezas de Bambamarca, no existen estudios sobre la percepción del cuidado humanizado en el servicio de emergencia, pese a que dicho hospital atiende a una población diversa y con altas necesidades de atención inmediata. Testimonios recogidos indican que los pacientes perciben una atención mecanizada, falta de calidez y escasa interacción emocional con el profesional de enfermería. En un contexto de infraestructura limitada y rotación constante de personal que impide realizar intervenciones efectivas en los profesionales de enfermería que fortalezcan sus cualidades en el ejercicio profesional para mejorar la experiencia del paciente durante la atención recibida. Ante esta realidad se plantea la necesidad de investigar cómo es percibido el cuidado humanizado por parte de los pacientes, con la finalidad de identificar fortalezas y debilidades en la atención, para proponer estrategias que promuevan una atención más digna, empática y centrada en la persona.

1.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción del paciente en situación de alta sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025?

1.3. Justificación del estudio

Este estudio se realiza porque existe la necesidad de conocer cómo los pacientes perciben el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas de Bambamarca, un entorno donde las exigencias asistenciales, el estrés laboral y la carga de trabajo pueden limitar la expresión del cuidado empático y personalizado. Analizar esta percepción permitirá identificar brechas entre la atención ideal y la atención realmente percibida por los pacientes, aportando información relevante para mejorar la calidad humana del servicio.

La investigación se plantea para fortalecer las competencias del profesional de enfermería en aspectos como la comunicación efectiva, la empatía, la sensibilidad y la disposición para el cuidado, elementos que impactan directamente en la percepción del paciente y en su confianza hacia el sistema de salud. Además, busca orientar a la gestión hospitalaria en la formulación de estrategias y programas de capacitación que consoliden una cultura institucional basada en la humanización del cuidado.

El impacto esperado de este estudio es múltiple. En el plano asistencial, permitirá elevar la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería, percibida por los pacientes en el servicio de emergencia, reduciendo las quejas, mejorando la percepción del paciente y fortaleciendo el vínculo terapéutico enfermero y paciente. En el ámbito profesional, contribuirá al desarrollo de una práctica de enfermería más reflexiva, empática y humanista, en coherencia con los principios de la ética del cuidado. Institucionalmente, los resultados servirán como insumo para la toma de decisiones en políticas de atención centradas en la persona. Finalmente, a nivel académico, esta investigación aportará evidencia científica local que podrá ser utilizada como referencia para futuras investigaciones y para el diseño de intervenciones orientadas a la humanización de los servicios hospitalarios en el Perú.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.
2. Determinar el nivel de percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en la dimensión cualidades del hacer de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.

3. Determinar el nivel de percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en la dimensión comunicación enfermero – paciente en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.
4. Determinar el nivel de percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en la dimensión disposición para la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Cataño, A. *et al.*, en Colombia año 2021 en su estudio “Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado en un hospital del área metropolitana de Barranquilla - Colombia”, cuyo objetivo fue determinar la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado brindado por las enfermeras. La investigación fue descriptiva, transversal, de enfoque cuantitativa, con una muestra de 176 pacientes. Los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes tiene una percepción favorable, pues el 78% calificó el cuidado recibido como bueno, un 15% como regular y solo un 7% como deficiente, destacándose en hospitalización y urgencias que más del 80% resaltó la empatía, el respeto y la atención personalizada del personal de enfermería. Concluyendo que existe importancia de fortalecer prácticas de cuidado centradas en la persona dentro de los servicios hospitalarios (6).

Ruíz, J. y *et al.*, en México el año 2020, que lleva por título “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública” - México. Cuyo objetivo fue identificar la percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal. Los resultados muestran que el 68% de las personas indicaron estar satisfechos acerca del cuidado de enfermería seguido por 19% que manifestaron estar insatisfechos. La conclusión fue que más de la mitad de las personas que participaron de manera general percibieron buena calidad del cuidado de enfermería (7).

A nivel nacional

Guevara, M. & Saravia N. En el año 2023 en la investigación titulada “Cuidado humanizado y satisfacción de la atención de los pacientes en el Hospital San José de Chíncha – Ica 2022”. El objetivo fue establecer la relación que existe entre el cuidado humanizado y la satisfacción de la atención de los pacientes. La investigación fue de tipo aplicada, de diseño no

experimental, de nivel correlacional. Los resultados indicaron que la variable cuidado humanizado está relacionada de manera directa y positiva con la variable de satisfacción del paciente. Respecto a la variable de cuidado humanizado 28% lo percibe con un nivel bajo, 48% nivel medio y 25% nivel alto, respecto a la satisfacción se observó 60% lo percibe como bajo, 32% nivel medio y 8% nivel alto. La conclusión fue que existe relación directa entre el cuidado humanizado y satisfacción del paciente (8).

Alcocer, B. *et al.*, del año 2023 la investigación titulada “Percepción y grado de satisfacción de los pacientes post operados sobre el cuidado humanizado de los profesionales de enfermería en una clínica El Golf” en Lima. El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y el grado de satisfacción de los pacientes post operados. La investigación fue de tipo aplicada, de diseño no experimental, de nivel correlacional. Los resultados para el cuidado humanizado 20% lo percibe con nivel bajo, 46% nivel regular y 34% nivel bueno; para la satisfacción del paciente 22% como satisfacción baja, 46% satisfacción media y 32% satisfacción alta. La conclusión fue que el cuidado humanizado la mayoría de los pacientes lo consideran como regular y el grado de satisfacción de los pacientes es considerada regular (9).

Alfaro, F. & Cárdenas M. del año 2022 en la investigación “Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza - Chupaca”. El objetivo fue determinar la relación entre el cuidado humanizado y la satisfacción de los pacientes en el centro de salud. La investigación fue de tipo aplicada, de diseño no experimental, de enfoque cuantitativo y transversal. Los resultados indicaron que 42% tienen la percepción que es algo rutinario, 31% están satisfechos con el nivel de atención. La conclusión fue que existe relación significativa entre la atención humanizada y la satisfacción del paciente (10).

A nivel local

Santa Cruz, S. del año 2021 en la investigación titulada “Cuidado Humanizado de enfermería y satisfacción del usuario del servicio de emergencia del Centro de Salud Santa Cruz - Cajamarca”. El objetivo fue determinar la relación entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción del usuario del servicio de emergencia del centro de salud Santa Cruz. Fue de tipo aplicada, de diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de nivel correlacional y transversal. Los resultados indicaron que 86% contestaron que el cuidado humanizado fue

medio favorable, 11% desfavorable, 3% favorable, la satisfacción del usuario 64% estuvieron insatisfechos, 33% medio satisfechos y 3% satisfechos. La conclusión fue que existe relación entre el cuidado humanizado y la satisfacción del usuario de emergencia del centro de salud (11).

Saavedra, L. del año 2024 en la investigación titulada “Percepción de los pacientes posoperados sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería, servicio de cirugía – Hospital Regional Docente de Cajamarca”. El objetivo fue determinar la percepción de los pacientes posoperados acerca del cuidado humanizado del personal de enfermería del servicio de cirugía del hospital. Fue de tipo aplicada, de diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de nivel descriptiva y transversal. Los resultados fueron que el 83% mencionó que el cuidado es bueno, 15% regular, 2% es malo. La conclusión fue la mayoría de los pacientes posoperados tienen percepción buena respecto al cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería (12).

2.2. Bases teóricas

El cuidado humanizado en enfermería constituye un eje fundamental en la atención de los servicios de emergencia, donde el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad física, emocional y psicológica. Para sustentar teóricamente la investigación, se consideran cinco teorías de enfermería que explican y fundamentan la percepción del paciente respecto al cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería.

2.2.1. Teoría del Confort

La Teoría del Confort, desarrollada por Katharine Kolcaba en la década de los noventa, describe al confort como una necesidad humana básica y una meta central del cuidado de enfermería. El confort es entendido como un estado dinámico y holístico que se alcanza cuando se satisfacen las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia, dentro de cuatro dimensiones: físico, psicospiritual, sociocultural y ambiental, esta teoría se relaciona directamente con la percepción del paciente, ya que el profesional de enfermería contribuye al confort mediante el manejo oportuno del dolor, reducción de la ansiedad, respeto por las creencias espirituales, la creación de un ambiente seguro y adecuado. En los servicios de emergencia, donde el estrés y el dolor suelen ser elevados, las intervenciones orientadas al confort influyen positivamente en la satisfacción, confianza y el bienestar del paciente, fortaleciendo su percepción de un cuidado humanizado (13).

2.2.1.1. Teoría de las Relaciones Interpersonales – Hildegard Peplau

Peplau desarrolló la Teoría de las Relaciones Interpersonales (1952), resaltando que la relación enfermera-paciente es un proceso terapéutico fundamental para el cuidado. La teoría describe cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución, así como diversos roles, entre ellos: docente, consejera y líder, que debe ejecutar el profesional de enfermería. Desde esta perspectiva, el cuidado humanizado se manifiesta cuando el profesional de enfermería establece una comunicación empática, escucha activamente al paciente y genera un vínculo de confianza. En los servicios de emergencia, el paciente percibe un cuidado más humano cuando recibe información clara, se siente acompañado y comprendido durante su atención. La aplicación de esta teoría mejora la experiencia del paciente y fortalece su percepción positiva del cuidado recibido (14).

2.2.1.2. Teoría del déficit de Autocuidado

La Teoría del Déficit de Autocuidado, propuesta por Dorothea Orem (1971), sostiene que las personas poseen la capacidad de cuidarse a sí mismas, pero cuando esta se ve limitada por la enfermedad, la enfermera interviene para suplir o apoyar dicho cuidado. Orem plantea tres sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo-educación. Esta teoría se relaciona con el cuidado humanizado al promover la autonomía y el empoderamiento del paciente. El profesional de enfermería no solo realiza procedimientos, sino que educa, orienta y motiva al paciente para que participe activamente en su recuperación. En el área de emergencia, cuando el paciente percibe que se le enseña, se le respeta y se fomenta su independencia, su percepción del cuidado humanizado se ve fortalecida, incrementando su satisfacción y bienestar emocional (15).

2.2.1.3. Teoría del cuidado humano de Jean Watson

La Teoría del Cuidado Humano, desarrollada por Watson, destaca que la esencia de la enfermería es el cuidado humanizado, fundamentados en valores humanísticos, éticos y espirituales. Watson propone los factores caritas, los cuales orientan la práctica del profesional de enfermería hacia la compasión, empatía, confianza y el respeto por la dignidad humana. Esta teoría resalta la importancia de la relación transpersonal enfermero-paciente, donde el cuidado va más allá de lo técnico y se centra en la conexión humana. En el servicio de emergencia, la aplicación de los factores caritas permite brindar un cuidado

integral que considera las emociones, creencias y necesidades del paciente. La percepción del cuidado humanizado mejora cuando el paciente se siente tratado con respeto, sensibilidad y comprensión, elementos esenciales en situaciones críticas (16).

2.2.1.4. Teoría de la necesidad de Virginia Henderson

Virginia Henderson desarrolló la Teoría de las Necesidades, la cual plantea que la función principal de la enfermería es ayudar al individuo a satisfacer sus necesidades básicas, promoviendo su independencia lo antes posible. Estas necesidades abarcan dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociológicas y espirituales. Desde esta teoría, el cuidado humanizado se evidencia cuando el profesional de enfermería identifica las necesidades alteradas del paciente y actúa como sustituto, ayudante o compañero, según la situación. En los servicios de emergencia, donde muchas necesidades básicas se encuentran comprometidas, la atención oportuna, respetuosa y centrada en la persona influye significativamente en la percepción del paciente sobre el cuidado recibido (15).

En síntesis: Las teorías de Kolcaba, Peplau, Orem, Watson y Henderson aportan un sustento teórico sólido para el estudio de la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería. En conjunto, estas teorías destacan la importancia del confort, relación terapéutica, autonomía, cuidado holístico y la satisfacción de las necesidades básicas, elementos esenciales para una atención humanizada en los servicios de emergencias. Su aplicación favorece una percepción positiva del paciente, fortaleciendo la calidad del cuidado y la práctica profesional de enfermería (13).

2.2.2. Bases conceptuales

2.2.2.1. Percepciones del cuidado humanizado

Definición:

En el ámbito de la salud, la percepción adquiere un papel fundamental, ya que determina la manera en que los pacientes interpretan y valoran la atención que reciben. La percepción del paciente implica cómo este evalúa la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería, considerando no solo los procedimientos técnicos, sino también elementos humanos, emocionales y relacionales. Entre los aspectos más relevantes se encuentran el trato recibido, la claridad, oportunidad y calidez de la comunicación, el nivel de empatía del

profesional de salud, la capacidad de generar confianza y seguridad, el respeto por la dignidad del paciente y la eficiencia en la resolución de necesidades (13).

Cuidado Humanizado

El cuidado humanizado en salud se concibe como un enfoque de atención integral que reconoce al paciente como un ser único, con valores, emociones, creencias, necesidades y expectativas propias. Este tipo de cuidado se fundamenta en el respeto por la dignidad humana, el reconocimiento de la autonomía, la valoración de la experiencia subjetiva del sufrimiento y la atención a los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de la persona. En este sentido, el cuidado humanizado no se limita únicamente al alivio de los síntomas o a la aplicación técnica de procedimientos, sino que busca establecer una relación terapéutica basada en la empatía, la comunicación efectiva, la confianza y la sensibilidad ante el dolor y la vulnerabilidad del paciente (14).

En el caso específico del cuidado humanizado en el servicio de emergencia, la percepción del paciente se construye a partir de la interacción con el personal de enfermería, la atención recibida, la empatía mostrada y la satisfacción de sus necesidades (15).

La percepción del cuidado humanizado esta influenciada por factores relacionados con el paciente, como su estado de salud, experiencias previas, creencias y nivel educativo, así como también factores vinculados al profesional de enfermería, en cuanto a su actitud, comunicación, tiempo dedicado al cuidado y el nivel de capacitación en humanización de la atención (17).

2.2.2.2. Dimensiones de la percepción

Cualidades del hacer de enfermería:

Esta dimensión rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, participe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones. El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas (y terapéuticas) entre enfermera y sujeto de cuidado soportadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica. Esta presencia de la enfermera, cuya intencionalidad es conocer y conectar con la experiencia de salud del otro, e involucra un

«estar ahí», y una preocupación inefable por el otro como persona, que genera en esta sentirse cuidado en su integridad como persona (4).

Apertura a la comunicación enfermero – paciente:

Esta dimensión se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado para construir una relación dialógica entre enfermera y sujeto de cuidado, fundamental para el crecimiento mutuo, la adopción o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado. Esta apertura se orienta por cualidades como: La mirada atenta, la escucha activa, el diálogo y la adopción de actitudes como la proactividad y la de estar en disposición para el cuidado del otro. Reflejado en acciones como: Proporcionar información oportuna, clara y suficiente acerca de su situación de salud para que puedan tomar decisiones que promuevan el cuidado delante de esta, responder preguntas en un lenguaje comprensible, explicar los procedimientos, y proporcionar orientaciones promotoras de salud (4).

Disposición para la atención de enfermería:

Esta dimensión refleja patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico que caracterizan un Cuidado de Enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende acciones de cuidado, en primer lugar, encaminadas a proporcionar soporte físico y a preservar la dignidad del otro como son: La respuesta oportuna al llamado, la identificación de las necesidades de tipo físico, psicoemocional y espiritual de la persona, el manejo del dolor, la comodidad física de la persona, la administración del tratamiento a tiempo. En segundo lugar, acciones dirigidas hacia el apoyo emocional, tales como: La comprensión, la empatía, la presencia y escucha activa durante la expresión de sentimientos, la preocupación por el estado emocional del Otro, el cuidado por su intimidad y la responsabilidad hacia el Otro (4).

2.3. Variable del estudio

V1: Percepción del cuidado humanizado.

2.4. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS, BAMBAMARCA 2025”								
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems de evaluación de la dimensión	Puntuación/Respuestas	Valor final	Tipo de variable	Escala de medición
Percepción del cuidado humanizado	Es la expectativa creada por un individuo respecto a la obtención de un bien o servicio para cubrir alguna necesidad de este. (16).	Es el nivel de percepción que tiene el paciente sobre el cuidado humanizado evaluado a través del cuestionario, “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”	Cualidades del hacer de enfermería Apertura a la comunicación enfermero – paciente Disposición para la atención de enfermería	1, 2, 6, 7, 8, 15, 17. 4, 5 ,9, 10, 11, 12, 14, 19, 24. 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32.	Con respuestas de: Siempre =4puntos Algunas veces =3puntos Casi nunca =2puntos Nunca = 1punto Siempre =4puntos Algunas veces =3puntos Casi nunca =2puntos Nunca = 1punto Siempre =4puntos Algunas veces =3puntos Casi nunca =2puntos Nunca = 1punto	Categorizando en: Nivel Aceptable: 96-128 puntos Nivel Medianamente aceptable: 64-95 puntos Nivel Inaceptable: 32-63puntos	Cuantitativa	Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño y tipo de estudio

La investigación fue de diseño no experimental, puesto que la variable de estudio no existió manipulación deliberada, de corte transversal, porque la información se recogió en un solo período de tiempo. Además, fue descriptiva porque de acuerdo con el recojo de datos con el instrumento que se utilizó se describió la variable con sus respectivas dimensiones (18).

3.2. Población de estudio

La población estuvo conformada por 475 pacientes mayores de 18 años del primer trimestre del año 2025 que han sido dados de alta en el Hospital Tito Villar Cabezas de la ciudad de Bambamarca, el listado de los pacientes fue recogido del registro de altas con el que se cuenta en el hospital en un período de tiempo hasta cumplir con la población y muestra estipulada para la investigación.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión:

Pacientes con prioridad de atención I y II.

Pacientes que se encuentran en situación de alta del hospital Tito Villar Cabezas.

Pacientes de ambos sexos que se encuentran en situación de alta del hospital Tito Villar Cabezas.

Los criterios de exclusión:

Pacientes con prioridad de atención I y II inconscientes.

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes que no firmen consentimiento informado.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada paciente en situación de alta que contestó el instrumento, las respuestas fueron tabuladas, procesadas y reportadas en la investigación.

3.5. Muestra

La fórmula que se utilizó para calcular el tamaño de la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 * N * p * q}{i^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{1.96^2 * 475 * 0.5 * 0.5}{0.10^2(475 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 80.$$

Donde:

n: muestra.

N: Población = 475 en el trimestre.

z: Nivel de confianza = 1.96.

p: Probabilidad de ocurrencia (0.05).

q= Probabilidad de no ocurrencia (0.05).

n = 80.

La muestra calculada fue de 80 pacientes del registro de pacientes en situación de alta del hospital.

3.6. Selección de la muestra procedimiento de muestreo

En la investigación se desarrolló un procedimiento de muestreo aleatorio simple, porque se trabajó con la fórmula para la obtención de la muestra a partir de la población y por lo tanto la muestra fue 80 pacientes del registro de pacientes en situación de alta del Hospital.

3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica empleada en la investigación corresponde a la encuesta del cuidado PCHE-III (Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería, tercera versión). Esta herramienta consiste en un instrumento estandarizado que evalúa la percepción que tienen los pacientes sobre los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el profesional de enfermería. Su principal propósito es medir la calidad del cuidado desde una perspectiva humanista, considerando dimensiones relacionadas con la empatía, la comunicación, el respeto, la atención oportuna y la disposición del personal de enfermería para responder a las necesidades del paciente.

El instrumento PCHE fue desarrollado por la enfermera e investigadora mexicana Luz María Guadalupe Cortés Pineda y colaboradores, especialistas en enfermería humanista y comportamiento del cuidado. Su tercera versión (PCHE-III) representa una actualización del instrumento original, fortaleciendo su validez y confiabilidad psicométrica, lo que ha favorecido su uso en investigaciones en hospitales de América Latina.

Cortés Pineda diseñó este instrumento basándose en los principios de la teoría del cuidado humanizado y la filosofía de la enfermería centrada en la persona, con el fin de proporcionar una herramienta objetiva para medir la calidad del cuidado desde la perspectiva del paciente.

La percepción del cuidado humanizado de Enfermería fue medida mediante el manejo del cuestionario psicométrico universal denominado “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería - PCHE Clinicountry 3° versión”, cuenta con 32 ítems, divididos en tres dimensiones los cuales describiremos a continuación:

La dimensión “Cualidades de hacer de enfermería” está conformada por 7 ítems (1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17), los cuales se valoran mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: Siempre, Algunas veces, Casi nunca y Nunca. Para el análisis cuantitativo, estas categorías se transforman en valores numéricos, por ejemplo:

Siempre = 4 puntos.

Algunas veces = 3 puntos.

Casi nunca = 2 puntos.

Nunca = 1 punto.

Al sumar las respuestas de los 7 ítems, se obtiene un puntaje total para la dimensión, cuyo rango posible va de 7 a 28 puntos (7 si en todos los ítems se marca “Nunca” y 28 si en todos se marca “Siempre”) categorizando en tres niveles:

Nivel Aceptable (21-28) puntos.

Nivel Medianamente aceptable (14-20) puntos.

Nivel Inaceptable (7-13) puntos.

La dimensión “Apertura a la comunicación enfermera(o)–paciente” está conformada por 9 ítems (4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 19 y 24), valorados mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: Siempre, Algunas veces, Casi nunca y Nunca. Para el análisis, estas categorías se convierten en valores numéricos, por ejemplo:

Siempre = 4 puntos.

Algunas veces = 3 puntos.

Casi nunca = 2 puntos.

Nunca = 1 punto.

Al sumar los puntajes de los 9 ítems, se obtiene un puntaje total para la dimensión, cuyo rango teórico va de 9 a 36 puntos (9 si en todos los ítems se responde “Nunca” y 36 si en todos se responde “Siempre”) categorizado en tres niveles:

Nivel Aceptable (27-36) puntos.

Nivel Medianamente aceptable (18-26) puntos.

Nivel Inaceptable (9-17) puntos.

La dimensión “Disposición para la atención” está conformada por 16 ítems (3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32), valorados mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: Siempre, Algunas veces, Casi nunca y Nunca. Para el análisis cuantitativo, estas categorías se transforman en valores numéricos, por ejemplo:

Siempre = 4 puntos.

Algunas veces = 3 puntos.

Casi nunca = 2 puntos.

Nunca = 1 punto.

Al sumar los puntajes de los 16 ítems se obtiene un puntaje total para la dimensión, cuyo rango teórico va de 16 a 64 puntos (16 si en todos los ítems se marca “Nunca” y 64 si en todos se marca “Siempre”) categorizado en tres niveles:

Nivel Aceptable (48-64) puntos.

Nivel Medianamente aceptable (32-47) puntos.

Nivel Inaceptable (16-31) puntos.

Una vez evaluadas las tres dimensiones, se obtiene una puntuación global de la variable “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”, medida con el cuestionario:

El instrumento está conformado por 32 ítems, valorados en una escala tipo Likert de cuatro categorías: Siempre (4 puntos), Algunas veces (3 puntos), Casi nunca (2 puntos) y Nunca (1 punto). Por tanto, el puntaje total oscila entre 32 puntos (si los ítems se responden “Nunca”) y 128 puntos (si en todos se responde “Siempre”)

Se calcula el rango total:

$$128 - 32 = 96$$

El rango se divide en tres niveles iguales:

$$96 \div 3 = 32$$

Obteniendo los intervalos con su respectivo puntaje que categorizan según niveles de aceptación de acuerdo al instrumento:

Nivel Aceptable (96-128) puntos.

Nivel Medianamente aceptable (64-95) puntos.

Nivel Inaceptable (32-63) puntos.

Proceso de recolección de datos:

El proceso de recolección de datos se inicia con la firma del consentimiento informado por parte del paciente en situación de alta atendido en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas de la ciudad de Bambamarca, hasta completar con la muestra estipulada en el estudio. Para luego realizar la codificación respectiva y hacer vaciado de respuestas en una matriz de Excel, para el respectivo procesamiento en tablas y figuras de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio.

Validez y confiabilidad del instrumento:

La validez y confiabilidad del instrumento se realizó de acuerdo con el contexto peruano en la investigación de Millian Marcela Huamán Curi, titulada “Percepción del cuidado humanizado de enfermería y su relación con la satisfacción del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, Lima 2023” (19).

La validez del instrumento fue por jueces de expertos en el área (Profesionales en Enfermería), quienes otorgaron un coeficiente V de Aiken = 0.92, lo que confirma un alto nivel respecto a la claridad, pertinencia y relevancia de los ítems. De manera complementaria, se determinó un Índice de Validez de Contenido (IVC) de 0.98, lo que evidencia que el instrumento mide de forma adecuada y representativa los componentes conceptuales del cuidado humanizado.

La confiabilidad del instrumento estuvo determinada por el Alfa de Cronbach igual a 0.929, lo que demostró una alta confiabilidad para su aplicación.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Una vez concluido el trabajo de campo, correspondiente a la aplicación de las encuestas a los pacientes en situación de alta del servicio de emergencia, los datos recolectados fueron sometidos a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico. Los resultados se procesaron utilizando el programa estadístico Excel 365 (versión 2024) y fueron presentados mediante tablas y figuras, lo que facilitó su interpretación. Asimismo, se realizó el análisis e interpretación descriptiva de la variable de estudio y de cada una de sus dimensiones, permitiendo explicar el comportamiento de los datos obtenidos de manera clara y ordenada.

3.9. Consideraciones éticas

Principio de Autonomía:

Se garantizó el derecho de los pacientes a participar de manera voluntaria en la investigación.

Se proporcionó información clara y detallada sobre el propósito del estudio, los procedimientos, riesgos y beneficios antes de obtener el consentimiento informado.

Se respetó la decisión del paciente de participar o retirarse en cualquier momento sin que ello afecte su atención médica.

Principio de Beneficencia:

Se buscó maximizar los beneficios (implementando estrategias que aseguren un impacto positivo tanto para los participantes como para la institución) y minimizar los posibles riesgos para los participantes, asegurando en todo momento su bienestar. Asimismo, se garantizó que la investigación genere un aporte significativo en la mejora de la calidad del cuidado humanizado brindado en el servicio de emergencia.

Principio de No Maleficencia:

Se evitó cualquier daño físico, psicológico o emocional a los pacientes.

Se mantuvo un enfoque de respeto y sensibilidad hacia los participantes, especialmente en un entorno de emergencia donde pueden estar en una situación vulnerable.

Principio de Justicia:

Se aseguró que todos los pacientes tengan igualdad de oportunidades para participar en la investigación sin discriminación alguna.

Se respetó sus derechos y se garantizará la equidad en la recolección y análisis de datos.

3.10. Dificultades y limitaciones para el estudio**Dificultades del estudio**

La principal dificultad estuvo relacionada con la disponibilidad de los pacientes encuestados. Debido a la dinámica propia del servicio de emergencia, muchos usuarios eran dados de alta en corto tiempo, trasladados a otros servicios o requerían atención inmediata, lo que dificultó su ubicación y redujo el tiempo disponible para invitarlos a participar y aplicar el cuestionario en el momento previsto.

Limitaciones del estudio

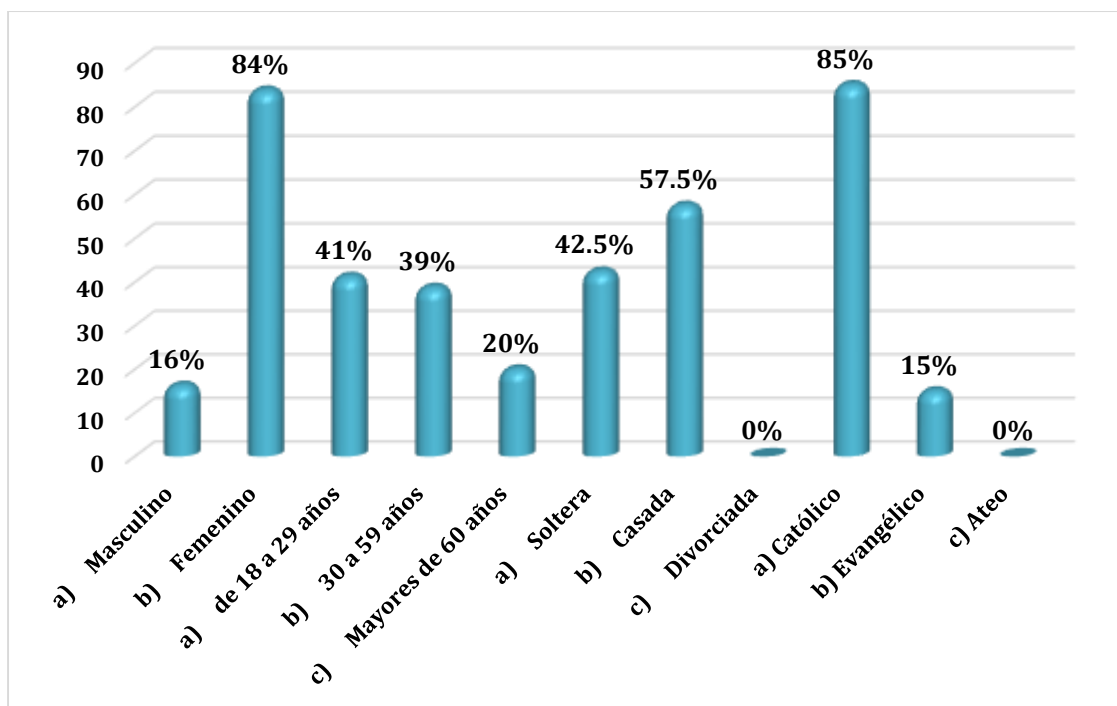
Entre las principales limitaciones se encontraron las condiciones clínicas y emocionales de los pacientes. Algunos usuarios se encontraban en situaciones de dolor, malestar físico, estrés o inestabilidad emocional, lo que restringió su disposición y capacidad para responder el cuestionario con tranquilidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados según objetivos

Figura 1. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.

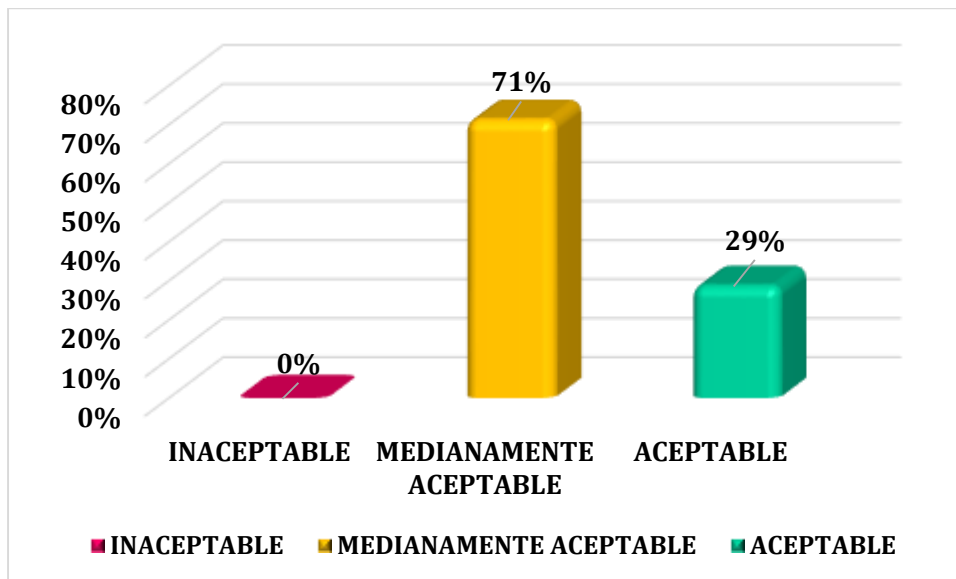


Los resultados evidencian que la población atendida en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025, estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, quienes representan el 84% (67 pacientes), ante el 16% (13 pacientes) de varones. En relación con la edad, predominó el grupo de 18 a 29 años con el 41% (33 pacientes), seguido del grupo de 30 a 59 años con 39% (31 pacientes) y, en menor proporción, los mayores de 60 años con el 20% (16 pacientes).

Respecto al estado civil, 57.5% (46 personas) fueron casadas y 42.5% (34 personas) solteras, sin registrarse pacientes divorciados. En cuanto a la religión, se observó un marcado predominio de la confesión católica con el 85% (68 pacientes), mientras que 15% (12 pacientes) se identificó como evangélico.

En conjunto, estos hallazgos describen a una población principalmente femenina, adulta joven con orientación religiosa católica y en su mayoría casados, características que podrían influir en la percepción y expectativas respecto al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería.

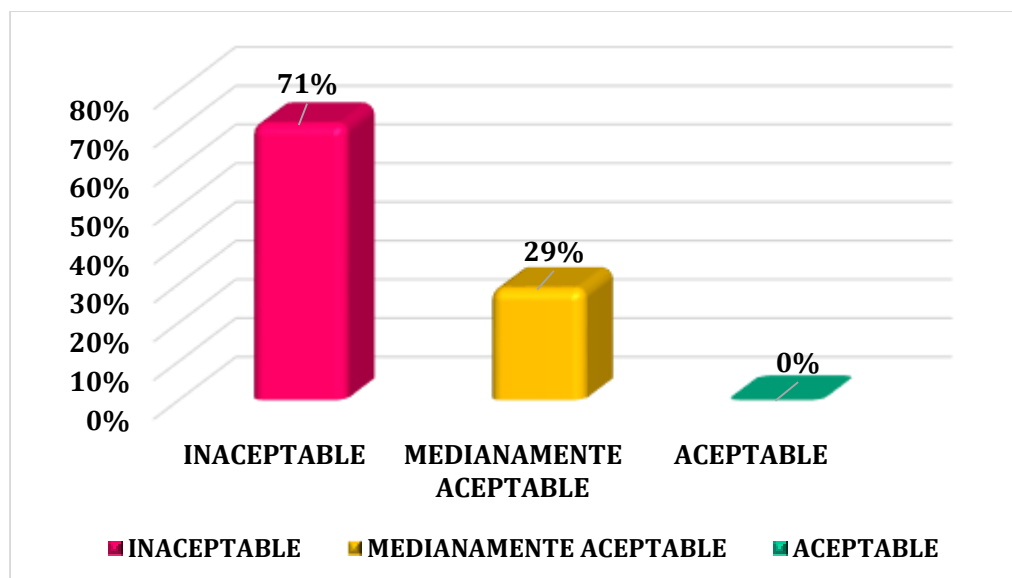
Figura 2. Nivel de percepción en la dimensión cualidades del hacer de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025



En la dimensión cualidades del hacer de enfermería, los resultados muestran que un 71% de los pacientes perciben la atención recibida como medianamente aceptable, mientras que un 29% la califica como aceptable y ninguno la considera inaceptable. Esto refleja que, si bien la percepción general no es negativa, todavía existe un porcentaje mayoritario que no ubica la atención en el nivel óptimo.

Los ítems evaluados hacer sentir a la persona como un ser humano único, brindar un trato amable, generar sensación de buena atención durante el diálogo, transmitir tranquilidad durante la interacción, generar confianza, explicar los cuidados con un tono de voz pausado y respetar las creencias y valores del paciente son componentes esenciales del cuidado humanizado. El hecho de que más de dos tercios de los pacientes se ubiquen en el nivel intermedio sugiere que estas acciones se llevan a cabo, pero no siempre con la consistencia, profundidad o calidez necesarias para que sean percibidas como totalmente satisfactorias.

Figura 3. Nivel de percepción de la dimensión comunicación enfermero-paciente en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025

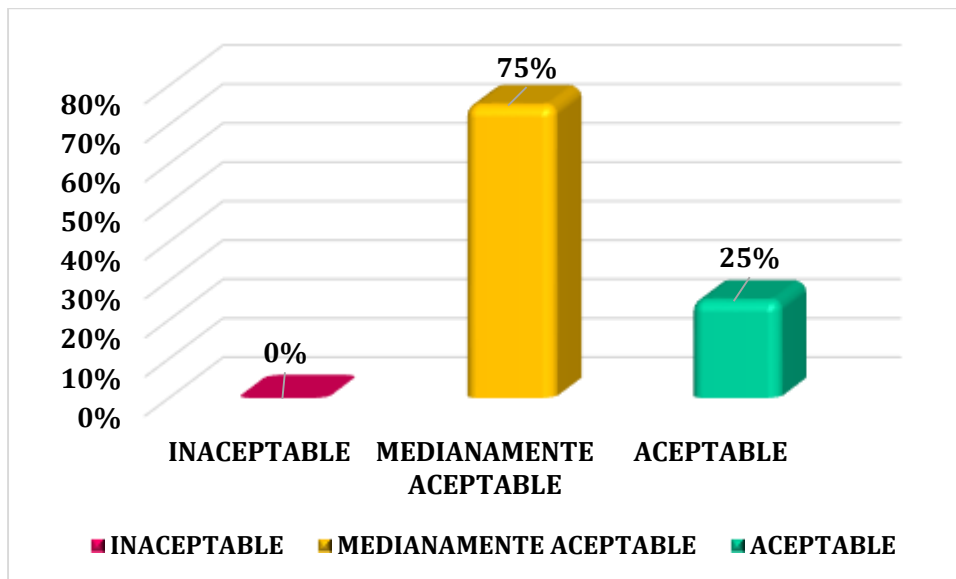


En la dimensión comunicación enfermero–paciente, los resultados evidencian que el 71% de los pacientes perciben la comunicación como inaceptable, el 29% como medianamente aceptable y ningún paciente la califica como aceptable (0%). Esto indica que la totalidad de los pacientes (100%) considera que la comunicación no alcanza un nivel óptimo, lo que refleja una debilidad crítica en esta área del cuidado humanizado.

Los ítems evaluados contacto visual, dedicación de tiempo para aclarar inquietudes, facilitación del diálogo, explicación previa de procedimientos, respuestas claras y seguras, presentación del nombre y cargo, entrega de indicaciones adecuadas, provisión de información suficiente y oportuna para la toma de decisiones y escucha activa constituyen elementos clave para generar confianza, reducir la ansiedad del paciente y garantizar la comprensión de su estado y tratamiento.

El predominio de percepciones inaceptables y medianamente aceptables puede estar vinculado a la presión por la atención rápida en contextos críticos o la falta de capacitación específica en habilidades blandas, comunicacionales y de relación terapéutica. La ausencia o deficiencia en la comunicación no solo limita la satisfacción del paciente, sino que también puede afectar la seguridad del cuidado y la adherencia a las indicaciones brindadas durante la atención, incluso cuando los procedimientos técnicos sean ejecutados correctamente.

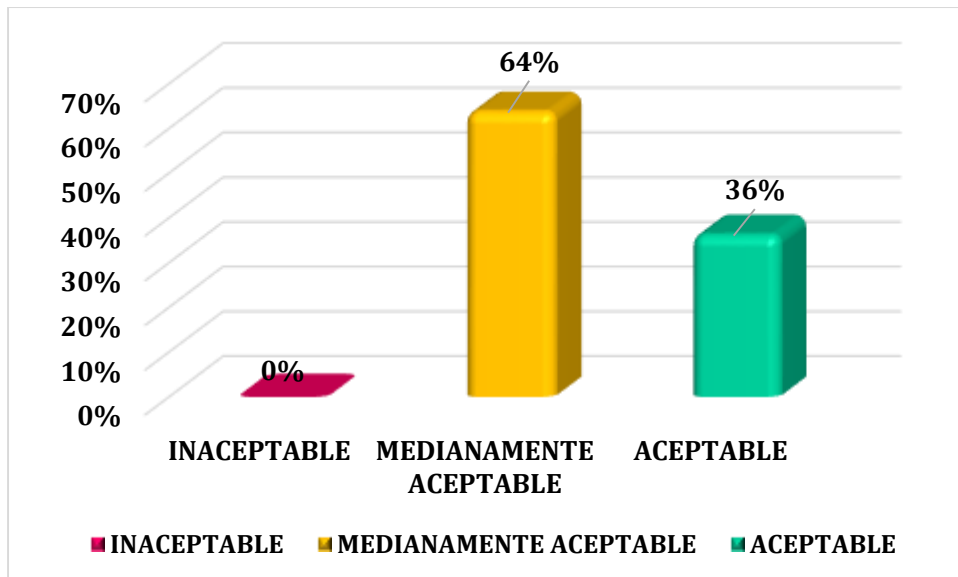
Figura 4. Nivel de percepción del paciente en la dimensión disposición para la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025



En la dimensión disposición para la atención de enfermería, los resultados muestran que el 75% de los pacientes consideran esta dimensión como medianamente aceptable, mientras que el 25% la califica como aceptable y ningún paciente la percibe como inaceptable. Esto refleja que, si bien no existen valoraciones extremadamente negativas, la mayoría de los usuarios no alcanza a percibir un nivel óptimo en la disposición del personal de enfermería para atender sus necesidades de forma integral y oportuna.

Los ítems evaluados interés por la comodidad, tiempo dedicado a la atención, trato personalizado al llamarlos por su nombre, atención oportuna a necesidades básicas, expresión de seguimiento y preocupación, apertura para manifestar sentimientos, respuesta rápida a llamados, identificación de necesidades físicas, psicológicas y espirituales, preocupación por el estado de ánimo, cuidado cálido, ayuda para el manejo del dolor, responsabilidad en la atención, respeto a las decisiones, disposición para ser llamados, respeto a la intimidad y trato amable son elementos clave que conforman la percepción de compromiso y humanización en el cuidado.

Figura 5. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025



Los resultados evidencian que el 64% de los pacientes encuestados percibe el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025, como medianamente aceptable, el 36% lo califica como aceptable.

4.2. Discusión de resultados

En correspondencia con el objetivo general de determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia, los hallazgos se organizan siguiendo los objetivos específicos: Descripción del perfil sociodemográfico y determinación del nivel de percepción por dimensiones (calidades del hacer, comunicación enfermero–paciente y disposición para la atención). Este orden permite comprender, primero, el contexto humano y cultural desde el cual el paciente evalúa el cuidado y posteriormente, identificar los componentes del cuidado humanizado que se expresan con mayor consistencia y aquellos que presentan brechas relevantes dentro de una unidad caracterizada por alta demanda asistencial y priorización de la respuesta inmediata.

Respecto al objetivo específico 1, el perfil hallado predominio de mujeres (84 %), adultos jóvenes (41 %) y afiliación católica (85 %) no constituye un dato meramente descriptivo, sino un marco interpretativo de la percepción del cuidado. Este tipo de población suele otorgar especial valor a la cercanía interpersonal, al trato respetuoso, la claridad en la información y al reconocimiento de creencias y prácticas espirituales como parte de su bienestar. En ese sentido, la percepción del cuidado humanizado no depende únicamente del cumplimiento técnico de procedimientos, sino también de la coherencia entre las expectativas del usuario y la forma en que el profesional se comunica, acompaña y reconoce la dimensión sociocultural del paciente en un escenario de vulnerabilidad como la emergencia.

En relación con el objetivo específico 2, los resultados en la dimensión calidades del hacer de enfermería 71 % medianamente aceptable y 29 % aceptable evidencian una valoración globalmente favorable, aunque con predominio de un nivel intermedio. Esto sugiere que, si bien se reconocen conductas asociadas a amabilidad, respeto y trato digno, estas no siempre se sostienen con la regularidad y profundidad necesarias para consolidar una percepción plenamente positiva. En términos prácticos, el paciente percibe “buenas intenciones” y cumplimiento de la atención, pero identifica variaciones en la constancia del acompañamiento, la personalización del trato y el tiempo dedicado a responder necesidades emocionales o inquietudes, elementos que suelen marcar la diferencia entre un cuidado correcto y un cuidado genuinamente humanizado.

De acuerdo al objetivo específico 3, la dimensión comunicación enfermero–paciente se configura como la más crítica, al registrar 71% de percepciones inaceptables, 29% medianamente aceptables y 0% aceptables. Revelando que la totalidad de los pacientes (100%) considera que la comunicación no alcanza un nivel óptimo, indicando una interacción terapéutica insuficiente para sostener confianza, comprensión y seguridad emocional durante la atención. Siendo el servicio de emergencia, donde el paciente suele experimentar dolor, incertidumbre y ansiedad, la comunicación resulta determinante para orientar y favorecer la adherencia; ante la ausencia de valoraciones “aceptables” refleja una brecha sustantiva en el componente relacional del cuidado humanizado. Esta debilidad puede comprometer la seguridad del cuidado y la adherencia al tratamiento.

En cuanto al objetivo específico 4, la dimensión disposición para la atención de enfermería muestra 75 % de percepciones medianamente aceptables y 25 % aceptables, lo que describe un desempeño funcional orientado al cumplimiento de tareas, pero con limitaciones en la proactividad y la anticipación de necesidades. Dicho de otro modo, el paciente suele reconocer que el personal “atiende” y “responde”, pero no siempre percibe una presencia sostenida, una vigilancia cercana o un acompañamiento oportuno que transmita seguridad emocional y disponibilidad continua. Esta percepción intermedia es consistente con servicios donde la prioridad se orienta a resolver lo urgente y donde la presión operativa reduce la posibilidad de un cuidado más cercano, deliberado y preventivo.

Integrando los resultados con el objetivo general, el predominio de una percepción global medianamente aceptable (64 %) frente a aceptable (36 %) indica que el cuidado humanizado es percibido como suficiente para garantizar atención, respeto básico y respuesta asistencial, pero insuficiente para alcanzar un estándar óptimo, especialmente por la debilidad comunicacional. En términos interpretativos, el servicio presenta un cuidado “correcto y operativo”, pero con desafíos para sostener de forma sistemática componentes relacionales y educativos, propios del cuidado humanizado. Este comportamiento resulta coherente con la dinámica de emergencia, donde el tiempo es limitado, la carga de pacientes es alta y la interacción terapéutica puede verse interrumpida por prioridades clínicas inmediatas.

Al contrastar estos resultados con antecedentes internacionales, se observa un escenario menos favorable que el descrito por Cataño, A. Et al., quienes reportaron un predominio de percepciones positivas del cuidado (bueno) y menores proporciones de valoraciones negativas, destacando empatía y atención personalizada (6). De forma semejante, los hallazgos difieren

de lo encontrado por Ruíz, J. et al., donde una mayor proporción de pacientes hospitalizados expresó satisfacción con el cuidado de enfermería (7). Una explicación consistente para esta divergencia radica en el contexto: los entornos de hospitalización suelen permitir mayor continuidad, tiempo de interacción y seguimiento, mientras que el servicio de emergencia opera bajo presión asistencial, con priorización de la estabilización clínica, rotación constante y menor disponibilidad para un intercambio comunicacional profundo y sostenido.

En comparación con antecedentes nacionales, los resultados muestran un patrón convergente con investigaciones que describen predominio de niveles intermedios del cuidado humanizado y dificultades para lograr satisfacción alta de forma sostenida. En esa línea, Guevara y Saravia reportaron predominio del nivel medio respecto al cuidado con satisfacción mayoritariamente baja, lo que sugiere un cuidado que cumple funciones esenciales pero que no alcanza un nivel óptimo (8). De manera similar, Alcocer, B. et al. hallaron percepciones predominantemente regulares del cuidado humanizado y niveles de satisfacción medios (9). Asimismo, Alfaro y Cárdenas identificaron una percepción de cuidado rutinario con satisfacción limitada, reforzando la idea de que la atención puede volverse mecánica cuando se impone la carga laboral y no se garantiza comunicación terapéutica ni acompañamiento emocional constante (10).

En el plano local, los hallazgos guardan relación con el estudio de Santa Cruz, quien evidenció una percepción global “media favorable” acompañada de alta insatisfacción, lo cual sugiere que, aun cuando el cuidado no sea percibido como abiertamente deficiente, persisten brechas que condicionan la experiencia del usuario, especialmente en información, escucha y apoyo emocional dentro de emergencia (11). A la vez, los antecedentes que provienen de servicios no críticos suelen mostrar resultados más favorables, lo que apunta a un elemento estructural: las condiciones del entorno (tiempo disponible, estabilidad clínica del paciente, continuidad del vínculo y dotación) facilitan la práctica sostenida de componentes humanizados. En consecuencia, la comparación local refuerza la necesidad de interpretar la percepción del cuidado humanizado desde la realidad operativa del servicio de emergencia.

Finalmente, al analizar las dimensiones, la comunicación aparece como el componente más vulnerable, lo cual se alinea con investigaciones donde la insatisfacción del usuario se incrementa cuando percibe información insuficiente, poca claridad o escasa interacción terapéutica (8–11). Del mismo modo, la disposición con predominio de niveles intermedios converge con estudios que describen el cuidado como “regular” o “rutinario” cuando se centra

en tareas y reduce la presencia intencional, la educación breve y el acompañamiento oportuno (9,10). En conjunto, los antecedentes respaldan la interpretación de que el servicio cumple con la atención técnica y mantiene un trato respetuoso, pero no logra consolidar consistentemente un cuidado humanizado de alto nivel, principalmente por limitaciones comunicacionales y de continuidad del vínculo.

Desde la Teoría del Confort de Kolcaba, la percepción del cuidado humanizado depende de la capacidad del profesional para promover confort en dimensiones físicas, psicoespirituales, socioculturales y ambientales. Bajo esta perspectiva, el perfil sociodemográfico y religioso hallado adquiere relevancia, pues refuerza la necesidad de un trato respetuoso y de una comunicación que brinde seguridad emocional y reconozca creencias y valores. Por ello, cuando la comunicación se percibe como inaceptable o solo medianamente aceptable, se limita la experiencia de alivio y tranquilidad, y se dificulta alcanzar niveles de trascendencia y bienestar integral, lo que explica el predominio de percepciones globales intermedias (12).

Desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Peplau, el cuidado humanizado se materializa mediante una relación terapéutica progresiva basada en identificación, comunicación activa, confianza y colaboración. En contextos de emergencia, la relación suele quedarse en etapas iniciales (orientación), porque el tiempo y la continuidad son restringidos, lo cual dificulta avanzar hacia fases más profundas del vínculo terapéutico. En esa medida, los resultados desfavorables en comunicación pueden interpretarse como una limitación estructural para consolidar confianza y comprensión mutua, repercutiendo en la percepción del paciente respecto a la calidad humana del cuidado recibido (13).

Desde la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, el profesional no solo compensa déficits mediante acciones asistenciales, sino que también desarrolla un rol educativo de apoyo para fortalecer la autonomía del paciente. En el presente estudio, el patrón de comunicación débil sugiere que el componente apoyo-educación no se despliega con la intensidad esperada, reduciendo la capacidad del paciente para comprender indicaciones, participar en decisiones simples y sentirse competente para afrontar su proceso de recuperación. Así, un cuidado predominantemente compensatorio, sin educación breve y clara, tiende a ser percibido como correcto en lo técnico, pero limitado en su aporte al empoderamiento y a la seguridad subjetiva del usuario (14).

Desde la Teoría del Cuidado Humano de Watson, el cuidado humanizado exige una presencia intencional, empática y continua, expresada en procesos basados en respeto, sensibilidad y conexión transpersonal. En este marco, la percepción “medianamente aceptable” en cualidades del hacer y disposición puede entenderse como evidencia de conductas humanizadas presentes, pero aplicadas de manera intermitente y condicionadas por la presión del servicio. La debilidad comunicacional, en particular, sugiere una dificultad para sostener la conexión terapéutica que caracteriza al cuidado holístico, lo cual limita que el paciente experimente coherencia entre el acto técnico y el acto humano del cuidar (15).

Finalmente, desde la Teoría de las Necesidades de Henderson, la enfermería contribuye a satisfacer necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales promoviendo, además, la independencia del paciente. En este enfoque, la comunicación constituye un mecanismo central para identificar necesidades, aliviar temores, favorecer expresión emocional y orientar cuidados básicos. Por tanto, cuando el paciente percibe limitaciones en la comunicación y una disposición solo intermedia, se afecta la satisfacción de necesidades psicológicas y sociales, y se restringe la posibilidad de que el cuidado sea percibido como integral. Así, los resultados reflejan que el servicio responde a necesidades esenciales, pero con desafíos para asegurar una atención uniformemente cálida, comprensible y centrada en la persona (16).

En síntesis, los resultados evidencian que el cuidado humanizado en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas es percibido mayoritariamente como medianamente aceptable, lo cual expresa un cuidado operativo con trato respetuoso y disposición funcional, pero con brechas sustantivas en la comunicación. La comparación con antecedentes sugiere que estas limitaciones se intensifican en escenarios de alta presión asistencial, donde la continuidad del vínculo y el tiempo para educar y acompañar se reducen.

A la luz de Kolcaba, Peplau, Orem, Watson y Henderson, la comunicación emerge como eje transversal para el confort, la relación terapéutica, el autocuidado y la satisfacción integral; por tanto, fortalecerla resulta clave para transitar de un cuidado “suficiente” a un cuidado plenamente humanizado, consistente y altamente valorado por el paciente.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de los usuarios atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas son: La mayoría son de sexo femenino, casi la mitad corresponde a adulto jóvenes, seguido de adultos en edad media. Más de la mitad son de estado civil casados y más de las dos terceras partes profesan religión católica
2. En la dimensión Cualidades del hacer de enfermería se obtuvo que más de las dos terceras partes alcanzó el nivel de percepción medianamente aceptable y la cuarta parte el nivel aceptable.
3. En Comunicación enfermero-paciente se obtuvo que el mayor porcentaje de usuarios alcanzó el nivel de percepción inaceptable, seguido del nivel de percepción medianamente aceptable.
4. En la dimensión de disposición para la atención de enfermería las dos terceras partes de pacientes alcanzó un nivel percepción medianamente aceptable, seguido por el nivel aceptable.
5. En general la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado obtuvo más de la mitad un nivel medianamente aceptable y la cuarta parte el nivel aceptable.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección del Hospital Tito Villar Cabezas con la jefatura del servicio de emergencia: Fortalecer las estrategias institucionales de cuidado humanizado mediante un programa de capacitación continua dirigido al personal de enfermería, enfocado en habilidades interpersonales, comunicación efectiva y empática y atención centrada en la persona, a fin de incrementar la calidad del cuidado y favorecer que la percepción del paciente evolucione de un nivel medianamente aceptable hacia un nivel aceptable u óptimo.
2. A la jefatura del departamento de enfermería: Socializar los resultados de la investigación, a fin de concientizar y reforzar el trato humanizado a través de actividades periódicas de sensibilización y entrenamiento práctico que promuevan el respeto de creencias y valores del paciente, el uso adecuado del tono de voz, la generación de confianza y una atención personalizada, especialmente en situaciones de alta vulnerabilidad clínica y emocional, de esta manera mejorar la experiencia del paciente durante su atención y así elevar su nivel de percepción sobre la atención recibida.
3. A la Dirección del hospital en coordinación con la jefatura del servicio de emergencia: Optimizar la organización de actividades y las áreas de trabajo (distribución de funciones, priorización de actividades y flujos de atención) para que el personal de enfermería disponga de tiempo suficiente y efectivo de interacción terapéutica, permitiendo una identificación más proactiva de necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente fortaleciendo el vínculo enfermero-paciente dentro de las limitaciones propias del entorno de emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Estado mundial de la enfermería. [Online]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019 [cited 2025 julio 03. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>.
2. Watson J. Teoría del cuidado humano. J Holist Nurs. [Online].; 2008 [cited 2025 Junio 13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189711001450>.
3. Avendaño D, Bustamante P, Camacho B, Ochoa E, Sánchez M. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. [Online]. Barcelona: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias>; 2012 [cited 2025. Available from: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias>.
4. Rivera L, Triana A. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index de enfermería. 2023 Setiembre; 32(1).
5. Mena D, Cantaro S. Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera del servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho. [Online]. Lima: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle>; 2020 [cited 2025 setiembre 12. Available from: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle>.
6. Cataño A, Jaramillo E, Laverde M, Negrete N. Percepción de los pacientes sobre cuidado humanizado en un hospital del área metropolitana de Barranquilla. [Online]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2021 [cited 2025. Available from: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10149/INFORMEFINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Ruíz J, Tamariz M, Méndez L, Torres L, Durán T. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. [Online].; 2020 [cited 2025 setiembre 14.
8. Guevara M, Saravia N. Cuidado humanizado y satisfacción de la atención de los pacientes en el Hospital San José de Chíncha – Ica 2022. [Online]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2023 [cited 2025. Available from: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe>.

9. Alcocer B, Paredes D, Vnetura F. Percepción y grado de satisfacción de los pacientes post operados sobre el cuidado humanizado de los profesionales de enfermería en una clínica. [Online]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2023 [cited 2025. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/>.
10. Alfaro F, Cárdenas M. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza - Chupaca. [Online]. Huancayo: Universidad Continental; 2022 [cited 2025. Available from: <https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream>.
11. Santa Cruz S. Cuidado Humanizado de enfermería y satisfacción del usuario del servicio de emergencia del Centro de Salud Santa Cruz - Cajamarca. [Online]. Santa Cruz: Universidad César Vallejo; 2021 [cited 2025. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/>.
12. Saavedra L. Percepción de los pacientes posoperados sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería, servicio de cirugía – Hospital Regional Docente de Cajamarca. [Online]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 [cited 2025. Available from: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/>.
13. Kolcaba K, DiMarco M. Comfort theory and its application to pediatric nursing. [Online].; 2005 [cited 2025 setiembre 8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16060580/>.
14. Peplau H. Interpersonal relations in nursing, a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. [Online].; 1952 [cited 2025 setiembre 8. Available from: <https://archive.org/details/interpersonalrel00pepl>.
15. Henderson V. Teoría de las necesidades humanas Estados Unidos; 1996.
16. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring Colorado: University Press of Colorado.; 2008.
17. Orem D. Concepts of Practice. [Online].; 2001 [cited 2025 setiembre 8. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4615-2265-3>.
18. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta: Mc Graw Hill; 2023.
19. Huamán M. Percepción del cuidado humanizado de enfermería y su relación con la satisfacción del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, Lima 2023 Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de recolección de datos de la Percepción del Paciente

Instrucciones: El cuestionario servirá para recopilar información respecto a la percepción global del paciente sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025.

Buenos días (tardes) Sr. (a), soy la Lic. ROSA ANITA VASQUEZ ROJAS.

Por el cual le solicito su colaboración a través de sus respuestas con veracidad y sinceridad, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco por anticipado la participación en el estudio que se está realizando.

Se agradece dar respuesta a las interrogantes con respecto a la atención y el cuidado que brinda la enfermera(o) en el servicio de Emergencia. Para lo cual tiene las siguientes alternativas:

Datos Generales

Edad:

1. 18 a 29 años.
2. 30 a 59 años.
3. Mayores de 60 años.

Sexo:

1. Femenino.
2. Masculino.

Estado civil:

1. Soltera.
2. Casada.
3. Divorciada.

Religión:

1. Católico.
2. Evangélico.
3. Ateo.

Percepción del paciente:

Dimensión	Ítem	La(s) enfermera(o)s...	Siempre 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
Cualidades del hacer de enfermería	1	Le hace sentir como una persona				
	2	Le trata con amabilidad				
	6	Le hace sentir bien atendido cuando dialogan con usted				
	7	Le hace sentir tranquilo(a), cuando está con usted				
	8	Le genera confianza				
	15	Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
	17	Le muestra respeto por sus creencias y valores				
Apertura a la comunicación enfermero - paciente	4	Le mira a los ojos, cuando le habla				
	5	Le dedica tiempo para aclararle sus inquietudes				
	9	Cuando la (lo) cuidan 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 realizar sus procedimientos				
	14	Le dan indicaciones sobre sus atenciones cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
	19	Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
	24	Le escuchan atentamente				
Disposición para la atención de enfermería	3	Le muestra interés por brindar comodidad durante su estancia				
	13	Le dedican el tiempo requerido para su atención				
	16	Lo llaman por su nombre				
	18	Lo atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
	20	Le manifiesta que están pendiente de usted				
	21	Le permite expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				

	22	Responde oportunamente su llamado				
	23	Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
	25	Le preguntan y se preocupa 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 usted requiere algo le puede llamar				
	31	Respetan su intimidad				
	32	Al acercarse le saludan y brindan trato amable				

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación titulada “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS, BAMBAMARCA 2025”, Es desarrollada por la Lic. Enf. Rosa Anita Vasquez Rojas, investigador del programa académico de especialidad de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca. El objetivo del estudio es Determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca 2025. En caso de acceder participar en este estudio, se le solicita que me permita evaluarlos de acuerdo con el objetivo establecido, lo que tomará 35 minutos aproximadamente. La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recolecta será confidencial. Además, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esto, puede hacer preguntas a los correos de contacto que se brindaran durante la observación. Desde ya se agradece que permita su evaluación.

Acepto ser participe voluntariamente en esta investigación, ya que he sido informado (a) sobre el objetivo del estudio. 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. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Fecha:

Firma del participante.....

Firma del investigador: