DIRECCIÓN DE POSGRADO Y SEGUNDAS ESPECIALIDADES MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tesis

Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de pacientes hospitalizados Bambamarca, 2026

Para optar el Grado Académico de

Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería

Presentado por:

Autora: Cerna Ventura, Bertha Mariela

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0008-4394-4630

Autora: Rimarachín Tarrillo, Olga

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0008-4394-4630

Asesora: Dra. Loayza Enriquez, Blanca Katiuzca

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2541-3149

Lima – Perú

2026

Universidad Norbert Wiener	**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	**VERSIÓN: 01** REVISIÓN: 01	**FECHA: 08/11/2022**

Yo, Olga Rimarachín Tarrillo y Bertha Mariela Cerna Ventura Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis "Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de pacientes hospitalizados Bambamarca, 2026" Asesorado por el docente: Dra. Blanca Katiuzca Loayza Enriquez Con DNI 17635317 Con ORCID https://orcid.org/0000-0002-2541-3149 tiene un índice de similitud de 15 por ciento (Quince)% con código oid:**14912:623059140** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el Turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____





…….
Firma de autor 1
Olga Rimarachín Tarrillo
DNI: 27424679

…….
Firma de autor 2
Bertha Mariela Cerna Ventura
DNI: 41806749



…….
Firma
Asesor: Blanca Katiuzca Loayza Enriquez
DNI: 17635317

Lima, 07 de setiembre de 2026.

Dedicatoria

Con gratitud y amor propio, me dedico este trabajo. Reconozco mi resiliencia en momentos de tensión, la disciplina paciente que mantuve y esa voz interna que me recordó mi capacidad para conquistar cada meta trazada. Este es, simplememnte, el comienzo de mi trayectoria.

Olga.

A mis tres hijos, razón de mi esfuerzo diario y motor de cada uno de mis sueños. Por su amor incondicional, su paciencia en los momentos de ausencia y por ser la luz que me impulsa a seguir creciendo, con la esperanza de que algún día comprendan que cada sacrificio estuvo guiado por el deseo de construir un mejor futuro para ustedes.

Mariela.

Agradecimiento

A la universidad Norberth Wiener por brindarnos las herramientas y el respaldo académico necesario para mi formación.

De manera especial a nuestra asesora Dra. Blanca Katiuska Loayza Enriquez, por su guía experta, su paciencia y por orientar este trabajo con tanta dedicación.

Finalmente, expresamos nuestra gratitud al Hospital “Tito Villar Cabezas” por abrirnos sus puertas y brindarnos todas las facilidades para el desarrollo de nuestra investigación; gracias a su personal por la disposición y el poyo brindado en cada etapa de este proceso.

A los participantes por su disponibilidad en contribuir con la investigación científica en su contexto.

Índice

Declaración jurada de autoría y originalidad del trabajo ii
Dedicatoria iii
Agradecimiento iv
Índice v
Índice de tablas vii
Resumen viii
Abstract ix
Introducción x
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA 1
1.1. Planteamiento del problema 1
1.2. Formulación del problema 3
1.2.1. Problema General **3**
1.3. Objetivos de la Investigación 4
1.3.1. Objetivo general **4**
1.3.2. Objetivos específicos **4**
1.4. Justificación de la investigación 4
1.4.1. Teórica **4**
1.4.2. Metodológica **5**
1.4.3. Práctica **6**
1.5. Limitaciones de la Investigación: 7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 8
2.1. Antecedentes 8
Antecedentes internacionales **8**
Antecedentes nacionales **12**
2.2. Bases teóricas 16
2.2.1. Cuidado humanizado de enfermería **16**
2.2.2. Satisfacción del Paciente **22**
2.3. Formulación de hipótesis 26
2.3.1. Hipótesis General **26**

2.3.2. Hipótesis específicas **26**
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 27
3.1. Método de la investigación 27
3.2. Tipo de investigación 27
3.3. Enfoque de investigación 27
3. 4. Diseño de investigación 27
3.5. Nivel de investigación 28
3.6. Población, muestra y muestreo 28
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 33
3.8.1. Técnica **33**
3.8.2. Descripción de instrumentos **33**
3.8.3. Validación y confiabilidad **37**
3.9. Procesamiento y análisis de datos 39
3.10. Aspectos éticos 39
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 41
4.1. Resultados 41
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados **41**
4.1.2 Prueba de hipótesis **46**
4.1.3 Discusión de resultados **55**
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 61
5.1 Conclusiones 61
5.2 Recomendaciones 63
REFERENCIAS 65

Índice de tablas

Tabla 1. Ficha Técnica del instrumento PCHE - III versión 35

Tabla 2. Ficha Técnica del instrumento SERVQUAL 37

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes del servicio de medicina. 41

Tabla 4. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. 42

Tabla 5. Dimensiones del cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitaliados. 43

Tabla 6. Satisfacción de los pacientes hospitalizados. 44

Tabla 7. Dimensiones de la satisfacción de los pacientes hospitalizados 45

Tabla 8. Prueba de normalidad.....46

Tabla 9. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados. 47

Tabla 10. Priorizar el sujeto de cuidado y satisfacción de los pacientes hospitalizados. 49

Tabla 11. Apertura a la comunuicación para proporcionar educación para la salud a la persona y satisfacción de los pacientes hospitalizados. 51

Tabla 12. Cualidades del hacer de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados. 53

Resumen

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de evaluar el vínculo entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina de un Hospital II-1 en Bambamarca, 2026. La relevancia del estudio se sustenta en la necesidad de contrastar los postulados éticos profesionales con las dinámicas asistenciales reales en entornos públicos con limitaciones de recursos, aportando evidencia empírica para la gestión sanitaria. Metodológicamente, el trabajo adoptó un diseño cuantitativo, correlacional y transversal, sobre una muestra probabilística de 323 usuarios a quienes se aplicaron instrumentos validados. Mediante el coeficiente Rho de Spearman, los hallazgos demostraron una relación positiva y estadísticamente significativa, aunque de intensidad mínima (Rho = 0.132; p = 0.017), validando la hipótesis general. Por el contrario, al examinar individualmente las dimensiones asociadas a la priorización del sujeto, la apertura a la comunicación educativa y las cualidades del hacer, no se hallaron asociaciones estadísticas significativas (p > 0.05). A partir de estos datos, se concluye que, si bien el componente humanístico representa el núcleo ético de la disciplina, su repercusión directa en la conformidad global del paciente en Bambamarca es sutil. Esto devela que la percepción del usuario se encuentra estrechamente supeditada a factores de índole técnica, logística y estructural intrínsecos al entorno hospitalario, los cuales atenúan el impacto del trato relacional. Cabe destacar que cada etapa de este proceso investigativo se ejecutó bajo el estricto cumplimiento de los principios bioéticos vigentes.

Palabras clave: Cuidado humanizado, Satisfacción del paciente, Enfermería, Importancia del cuidado.

Abstract

The present research was conducted with the objective of evaluating the link between humanized nursing care and the satisfaction of patients hospitalized in the medicine service of a Level II-1 Hospital in Bambamarca, 2026. The relevance of the study is sustained by the need to contrast professional ethical principles with real clinical dynamics in public environments facing resource limitations, thereby providing empirical evidence for healthcare management. Methodologically, the study adopted a quantitative, correlational, and cross-sectional design, involving a probability sample of 323 users to whom validated instruments were administered. Through Spearman's Rho coefficient, the findings demonstrated a positive and statistically significant relationship, although of minimum intensity (Rho = 0.132; p = 0.017), validating the general hypothesis. Conversely, when individually examining the dimensions associated with prioritizing the subject, openness to educational communication, and qualities of doing, no statistically significant associations were found (p > 0.05). Based on these data, it is concluded that, although the humanistic component represents the ethical core of the discipline, its direct impact on overall patient satisfaction in Bambamarca is subtle. This reveals that user perception is closely subordinate to technical, logistical, and structural factors intrinsic to the hospital environment, which attenuate the impact of relational treatment. It is worth noting that each stage of this investigative process was executed under strict compliance with current bioethical principles.

Keywords: Humanized care, Patient satisfaction, Nursing, Importance of care.

Introducción

La enfermería moderna enfrenta el dilema de rescatar el cuidado humanizado y la dignidad del paciente frente a la mecanización biomédica, bajo los enfoques de Watson y Henderson. Pese a que la OMS vincula la satisfacción del usuario con la calidad en salud, la sobrecarga laboral en América Latina limita la empatía en la práctica diaria. El contexto peruano refleja esta crisis: Lima evidencia una fuerte brecha en el trato al paciente, mientras que en Cajamarca la insatisfacción alcanza niveles críticos. Ante esta problemática, la presente investigación se desarrolla en el Hospital II-1 de Bambamarca para responder a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en Bambamarca, 2026? Para su resolución, el estudio se estructuró en cinco apartados fundamentales:

Inicialmente, se introduce la delimitación del problema objeto de estudio, incorporando la interrogante científica, las metas trazadas, el sustento de su ejecución y las restricciones metodológicas encontradas. Posteriormente, el marco conceptual y teórico ampara la revisión de la literatura preexistente, las teorías de soporte para cada constructo y la propuesta de las hipótesis orientadoras. El abordaje metodológico se expone en la tercera sección, donde se pormenorizan el paradigma, el diseño correlacional, la delimitación muestral, la lógica de las variables, los instrumentos de medición, el procesamiento de los datos y el cumplimiento de la bioética. Las secciones de cierre abarcan, por un lado, el análisis descriptivo e inferencial junto al debate crítico de los hallazgos y, por el otro, las conclusiones finales, recomendaciones y sugerencias de mejora y las referencias bibliográficas y los anexos que respaldan la validez de la investigación.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En el escenario presente, la ciencia del cuidado ha transitado desde un modelo puramente biológico hacia un paradigma humanista y ético, donde el respeto y el vínculo intersubjetivo son los ejes rectores. Este enfoque, sustentado en el metaparadigma de Jean Watson y las propuestas de Boykin y Schoenhofer, busca establecer una conexión genuina y empática entre el profesional de enfermería y el usuario. Bajo esta perspectiva, la enfermería trasciende el tratamiento de la patología para centrarse en el "ser-con" el paciente, reconociendo su subjetividad y contexto vital. Este modelo integral no solo fortalece la alianza terapéutica, sino que incrementa la conformidad del individuo, quien al sentirse valorado y escuchado, desarrolla una actitud más optimista y resiliente frente a su proceso de salud-enfermedad (1).

Bajo esta perspectiva, la satisfacción percibida por el usuario hospitalizado se consolida como un indicador de resultado complejo que depende de la experiencia personal dentro del sistema sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alcanzar niveles óptimos de satisfacción requiere de un personal capacitado integralmente, con habilidades comunicativas y un trato humanizado que responda a las demandas de salud de manera oportuna (2). Así, la satisfacción se convierte en una métrica de percepción crucial de la calidad del servicio, impactando directamente en la imagen institucional, la adherencia al tratamiento y la lealtad del usuario hacia el sistema de salud (3). Sin embargo, a nivel global persiste una brecha entre el ideal humanístico y la práctica asistencial. Investigaciones en contextos como Madrid en el año 2020 revelan una tendencia preocupante hacia la tecnificación del cuidado, donde la prioridad de los procedimientos biomédicos desplaza al

bienestar holístico, reduciendo al paciente a su condición biológica (4). Para mitigar este fenómeno, se han integrado modelos como la Teoría de la Administración de Fayol, que busca garantizar la calidad mediante el control y la organización, y el modelo de Virginia Henderson, cuyas 14 necesidades básicas, específicamente la 4, 5 y 8, orientan el cuidado hacia la satisfacción de los requerimientos vitales y relacionales del individuo (4,5).

En el escenario latinoamericano, la atención de pacientes con enfermedades crónicas evidencia que la calidad humana del cuidado es tan crítica como la intervención técnica, aunque su aplicación resulta frecuentemente desigual debido a deficiencias sistémicas. Así, investigaciones cualitativas bajo la teoría de Jean Watson en hospitales públicos de México en el año 2025, revelan experiencias ambivalentes donde la dignidad y la confianza del paciente se ven vulneradas por actitudes de indiferencia, comunicación deficiente y una desatención marcada hacia la dimensión espiritual. Estos hallazgos demuestran que la deshumanización no es un hecho aislado, sino el resultado de barreras estructurales como la sobrecarga de personal, recursos insuficientes y condiciones insalubres, factores que impiden la consolidación de un cuidado digno y centrado en la persona en entornos de alta demanda (6). Por su parte, investigaciones comparativas en Cuba y Ecuador en el 2025, identifican áreas críticas como la cortesía, el profesionalismo y la rapidez, las cuales se sitúan por debajo del promedio esperado, afectando el derecho inherente del usuario a una atención de excelencia (7).

El contexto peruano refleja desafíos similares. En hospitales de Lima, en el 2024, si bien la satisfacción general ronda el 60.3%, existen niveles críticos de descontento en factores tangibles y capacidad de respuesta (8). Esta tendencia se agudiza en la seguridad social del sur del país; en el Hospital II-1 Ilo de EsSalud, un estudio correlacional reciente determinó que el 64.3% de los pacientes hospitalizados manifestó insatisfacción con la atención

recibida, mientras que solo un mínimo 7.1% logró una percepción favorable, este escenario evidencia cómo los altos índices de insatisfacción del usuario persisten como un nudo crítico transversal en el sistema sanitario (9).

Esta situación se agudiza en la región de Cajamarca. Específicamente, en la provincia de Santa Cruz en el 2021, investigaciones locales han revelado cifras alarmantes: solo el 3% de los usuarios califica la atención humanizada como beneficiosa, mientras que la satisfacción general es predominantemente baja o moderada con un 64%. Existe una correlación positiva y directa entre la atención humanizada y el índice de satisfacción; sin embargo, los resultados actuales en esta zona muestran una crisis de calidad que supera los promedios observados a nivel nacional y latinoamericano (10).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de pacientes hospitalizados – Bambamarca 2026?

1.2.2. Problemas específicos

¿Qué relación existe entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados?

¿Qué relación existe entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados?

¿Qué relación existe entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de pacientes hospitalizados - Bambamarca, 2026.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados.
- Identificar la relación entre la dimensión priorizar el sujeto del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.
- Determinar la relación entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.
- Establecer la relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La importancia teórica de esta investigación radica en que, a pesar de que la atención humanizada es un concepto global, su aplicación en el Perú y otros países es muy desigual y no sigue un estándar claro. Por ello, es fundamental generar conocimiento específico sobre lo que sucede en el contexto local del Hospital "Tito Villar Cabezas" de Bambamarca.

Este estudio permite recoger la opinión directa de los pacientes para entender cómo están percibiendo el cuidado de enfermería. Estos datos servirán como una base teórica nueva que ayudará a las enfermeras a reflexionar sobre sus propias capacidades y sobre cómo están aplicando el lado humano de su profesión en el día a día.

Además, la investigación aclara la relación que existe entre dos puntos clave: el cuidado humanizado que se ofrece y la satisfacción final que siente el paciente. Al analizar estas dimensiones, el estudio llena un vacío de información en la región de Cajamarca, ofreciendo una bibliografía actualizada y confiable. Finalmente, este trabajo servirá como una guía o antecedente para otros investigadores que deseen estudiar cómo mejorar la calidad de la salud en hospitales de similares características.

1.4.2. Metodológica

En cuanto a lo que se refiere al procedimiento metodológico empleado en la realización de este estudio, sin duda alguna sirve de insumo para futuros estudios, teniendo en cuenta que se sigue los pasos rigurosos del método científico, lo que aseguró que las obtenciones de los hallazgos sean sólidos y fiables. Empleando los procedimientos de la investigación cuantitativa, con diseño, transversal y correlacional, se procedió a la obtención de datos anónimos de pacientes, previa obtención de su consentimiento informado. Para ello, utilizamos dos instrumentos validados: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE-III) y SERVQUAL de satisfacción del paciente. La data obtenida se revisó cuidadosamente, se organizó y fue sometida a análisis estadísticos. Con este enfoque científico, respondimos a la pregunta de investigación que nos guía, contribuyendo de manera significativa al saber en los campos de la salud y abriendo caminos para investigaciones futuras que promuevan el cuidado humano de

ciencias de la salud y, en consecuencia, la internalización óptima del confort por parte de los usuarios.

1.4.3. Práctica

La importancia de brindar una atención de salud de calidad no radica únicamente en la recuperación biológica del paciente, sino en garantizar que su experiencia dentro del sistema sanitario sea positiva y digna. En este sentido, la presente investigación ofrece beneficios directos para diversos actores del sector salud:

En primer lugar, los hallazgos representan una contribución estratégica para la gestión del Hospital "Tito Villar Cabezas" de Bambamarca. Al proporcionar un análisis detallado sobre el estado actual del servicio de enfermería, las autoridades de la institución contarán con información objetiva para la toma de decisiones. Esto permite identificar áreas críticas y diseñar medidas efectivas que optimicen el servicio, asegurando que los recursos se utilicen para mejorar aquellos aspectos que el paciente valora más. Asimismo, este estudio funciona como una herramienta formativa para los estudiantes y futuros profesionales de enfermería de la región. Al evidenciar cómo el cuidado humanizado influye directamente en la conformidad del paciente, los futuros enfermeros podrán comprender que la excelencia profesional no depende solo de la habilidad técnica, sino de la integración de la empatía y la compasión. Esto ayuda a fortalecer una formación académica centrada en la persona, preparando a una nueva generación de profesionales comprometidos con el bienestar integral de su comunidad.

Finalmente, la investigación aporta datos de alto valor para el Colegio de Enfermeros de Cajamarca. Los resultados sirven como un punto de referencia para que el gremio evalúe la calidad de la práctica profesional de sus miembros y promueva programas de

capacitación continua. De esta manera, se fortalecen los estándares éticos y la credibilidad de la profesión, reafirmando el papel esencial del enfermero como garante de una atención humana, efectiva y de excelencia en el sistema de salud regional.

1.5. Limitaciones de la Investigación:

La ejecución de la presente tesis enfrentó limitaciones logísticas relacionadas con el tiempo de espera en la gestión de permisos y documentación oficial. Esta demora administrativa impactó la fase inicial de ejecución; sin embargo, se compensó mediante una optimización de la fase de recolección de data y una ampliación estratégica del tiempo de estudio, logrando obtener una muestra representativa y válida para la investigación.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Correa-Yantany (11), por el 2024, trabajó en determinar los niveles de conformidad de atendidos adultos (en un hospital de la zona sur de Chile) con la atención humanizada de enfermeras registradas. Realizando una investigación analítica con un diseño transversal, el estudio se completó con una encuesta sociodemográfica y la tercera iteración del instrumento titulado el índice de PCHE-III en 61 usuarios. Todos los datos recopilados estiman que el 70.49% de los participantes creía que la atención humanizada estaba casi siempre presente, mientras que el 14.75% dijo que estaba siempre presente. La dimensión de calidad en la enfermería obtuvo la puntuación más alta en el análisis con una media de 3.84. La dimensión de disposición para proporcionar atención ocupó el 2º lugar con una media de 3.75. La dimensión de apertura a la comunicación enfermera-paciente con una media de 3.65 fue la más baja. Esto indica que se deben formular estrategias para mejorar esta dimensión de la relación terapéutica.

Garza et al. (12), en 2024, desarrollaron estudios en la capital de México, enfocándose en analizar tanto la independiente calidad de atención y la dependiente satisfacción del paciente mediante el uso de SERVQUAL en un nosocomio. El autor reclutó una muestra de 191 pacientes de un hospital estructurado de 4 salas y confirmó la fiabilidad del instrumento. En cuanto a la satisfacción, para medir dicha variable se utilizó el método estadístico de regresión lineal múltiple, y se evaluaron los factores de SERVQUAL que moldearon la percepción de satisfacción del paciente. Se concluyó que la tangibilidad, la fiabilidad, la seguridad y la empatía, tanto de manera independiente como colectiva,

tuvieron una influencia significativa ($F = 111.17$; $p < 0.001$). Basado en los hallazgos, la prominencia de proporcionar el servicio de calidad estaba centrada en la tangibilidad, la fiabilidad y la empatía. A diferencia de la capacidad de respuesta, que no tuvo una relación fuerte, la asociación negativa de la variable seguridad significó brechas en la comunicación del personal con los pacientes. Por lo tanto, el maltrato percibido del personal hacia los pacientes en clínicas conduce a descontento y confusión.

Juárez-León (13), en 2022, realizó una evaluación de la conformidad de los atendidos en los servicios de atención en el campo de ciencias sanitarias, de usuarios que padecían con afección renal crónica durante las etapas de tratamiento y recuperación en el Hospital General Atlántida en Honduras. El objetivo de esta investigación estuvo esbozado en esa línea. El estudio examinó las percepciones de treinta pacientes y encontró que las dimensiones subyacentes se evaluaron en niveles de justo a bueno con promedios de 20.77 (estructura), 8.80 (proceso) y 7.73 (resultados). El promedio total de la puntuación fue de 47.30, lo que colocó las percepciones de los pacientes en la misma categoría. También es significativo que, aunque más de la mitad de los pacientes 53.3% dijo estar satisfecho con la atención, menos de la mitad, 46.7% dijo que recomendaría los servicios recibidos. Se propone evaluar la necesidad, junto con el diseño y puesta en prácticas de esquemas de enseñanza y concientización para los trabajadores del rubro de enfermería podría mejorar el acceso, la eficiencia y la efectividad de la atención médica ofrecida en el país. Estos programas de capacitación mejorarían las habilidades técnicas y humanísticas de los profesionales, mejorando la atención general que proporcionan. Esto mejoraría la equidad, la capacidad de respuesta y el enfoque poblacional del sistema sanitario.

Guaylla (14), en 2021, mientras era estudiante de una licenciatura en enfermería, investigó una tesis durante una etapa en un hospital en Latacunga, Ecuador, para determinar la correlación que une la atención de enfermería humanizada con la apreciación de la atención de los atendidos en el área de cirugía, fue el objetivo abstracto de la tesis. Se utilizó un enfoque positivista con una metodología correlacional descriptiva transversal de naturaleza no experimental y cuantitativa con una muestra cuya data era de por 60 pacientes. Los datos recabados se midieron con dos cuestionarios distribuidos entre los pacientes que concluyeron una vinculación directa, y estadisticamente significativa entre la atención humanizada y la percepción de dicha atención recibida (Rho = .477; Sig. = .000). La tesis determinó que la cantidad de atención humanizada dada por un personal de salud era la variable que correlacionaba positivamente la percepción de la atención que tenían los pacientes quirúrgicos, y que los futuros estudios deberían centrarse en esta relación con un enfoque cualitativo para comprender más profundamente las internalizaciones y expectativas de los usuarios sobre la atención humanitaria que se les da por parte de los profesionales que trabajan en ese rubro.

Valdiviezo (15), en 2021, como parte de la obtención de un título académico, se centró en determinar qué vinculación existe entre la satisfacción del atendido y la humanización del cuidado de enfermería en hemodiálisis. Es esta consideración la que lo llevó a realizar una investigación en el Hospital Teófilo Dávila ubicado en Machala, Ecuador, en 2021. Durante ese periodo, el personal de enfermería atendió a 150 pacientes que se sometían al procedimiento de hemodiálisis. Es este grupo el que forma la población de muestra para esta investigación básica cuya metodología es transversal, no experimental y descriptivo correlacional. En esta investigación se utilizó muestreo conveniente no probabilístico y se

aplicaron instrumentos altamente confiables y revisables con criterios de evaluación establecidos. Se aplicaron instrumentos de análisis estadístico avanzado a los datos recopilados para validar las preguntas del estudio. El análisis también llega a determinar que la satisfacción del atendido por la vinculación existente proviene del cuidado humanizado recibido en relación con principios asumidos como el trato con dignidad y respeto, la atención a los aspectos psicosociales, y estar listo para asistir en torno a las necesidades biológicas primarias del paciente, además de que la enfermería esté disponible y lista para ayudar.

Merchan (16), en 2021, exploró la vinculación de un servicio óptimo prestado por el personal del rubro sanitario y el nivel de conformidad de 59 pacientes con discapacidades que asistían a una instalación de salud tipo B, como parte de su investigación en Huambalo, Ecuador. Trabajó en un estudio correlacional cuantitativo transversal y utilizó el modelo SERVQUAL en su estudio. Los resultados ilustraron que a pesar de que el 58% de los encuestados calificó la atención de calidad como aceptable, mientras que el 61% estaba satisfecho y la proporción de satisfechos era positiva. El estudio observó una relación cuantitativa positiva, aunque en grados variables, de la calidad del servicio con cuatro de las dimensiones que la teoría de la calidad ha desarrollado; sin embargo, hubo un menor grado de relación cuantitativa positiva con la dimensión de empatía. Estadísticamente, el estudio registró una vinculación cuantitativa positiva aceptable ($Rho = 0.510$; $p < 0.05$) entre las variables principales destacando que dimensiones como la fiabilidad y capacidad de respuesta mostraron asociaciones moderadas, a diferencia de la empatía, cuya relación fue positiva, pero de baja intensidad.

Antecedentes nacionales

Urure et al. (17), en el año 2025, mientras cursaba una Licenciatura en Enfermería, desarrolló el estudio Satisfacción del Usuario, Cuidado de Enfermería Humanizado en el Área Quirúrgica de un Hospital Público y Posibles Correlatos, se centró en la correlación entre el confort del atendido con el trato recibido y tratamiento de enfermería humanizado. Se realizó una encuesta con un cuestionario adaptado a la comunidad local con un alto grado (alfa de Cronbach altamente confiable 0.89). Este estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional se llevó a cabo entre 241 pacientes hospitalizados, de los cuales el 76.5 % estaba muy satisfecho con el cuidado recibido y el 79.3 % mostró acuerdo con las afirmaciones positivas relacionadas con el cuidado humanizado. El análisis correlacional mostró que la conexión entre las variables es directa y moderada ($r = 0{,}668$, $p = 0{,}000$), sugiriendo que el aumento de la satisfacción y un mejor cuidado del usuario se relacionan con un considerable cuidado por parte de las enfermeras, recibida por el usuario. Esto enfatiza la relación entre los pacientes y el cuidado que les ofrecen las enfermeras.

Morales (18), en 2023 como parte de su investigación de grado analizó los nuevos protocolos de higiene implementados en esta última ola de COVID-19 en el Hospital Nuevo Chimbote ubicado en la región de Áncash y el grado de atención de enfermería humanizada proporcionada a 30 pacientes hospitalizados con COVID-19. Esta investigación se abordó utilizando un diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. Este trabajo de investigación centró sus estudios en la integración de la atención al paciente y los protocolos de aislamiento. El informe de satisfacción de la atención que reportó de 26.7 a 73.3 destinatarios insatisfechos fue alarmante. La mayoría de los encuestados informó recibir una atención humanizada baja con un 63.3%. Morales validó cada análisis y cada uno de

los 30 postulados tenía al menos 7 páginas transversales. Morales pudo demostrar un P positivo con un valor por debajo de 0.001. Al observar los datos emitidos y el nivel con P, la discrepancia en la atención llevó a resultados altamente significativos. La atención insuficiente de naturaleza humanizada resultó en una insatisfacción sustancial. El estudio demuestra la necesidad crucial de atención humanizada del personal de enfermería aplicable en entornos clínicos, especialmente para pacientes hospitalizados con COVID-19.

Mendoza (19), en 2022, desarrolló un trabajo académico que tuvo como objetivo establecer la vinculación del cuidado humanizado de la fuerza laboral de ciencias de la salud del Hospital Regional de Abancay con el grado de confort de los pacientes en el área de emergencia, para obtener información sobre la atención del personal sanitario, en las salas de emergencia del Hospital Regional de Abancay en Perú. Utilizando un enfoque cuantitativo transversal, la investigación pudo obtener información de 164 pacientes que utilizaban los servicios del departamento de Emergencias bajo la metodología descriptiva, no experimental. Este estudio cuantitativo demostró que los pacientes tendían a mostrar un alto nivel de cuidado humanizado con una satisfacción general que se describió predominantemente como por debajo del promedio. El 70.1% de los atendidos estudiados atribuía el cuidado humanizado a una satisfacción media. En la dimensión toma de decisiones, el 40.1% de los encuestados estaban dispuestos a correlacionar su nivel de reconocimiento del cuidado humanizado con una retroalimentación negativa dominante en satisfacción. Este nivel permite al estudio racionalizar totalmente el problema de la insatisfacción del usuario. En general, hubo un alto nivel de correlación estadística (Rho= 0,698) y confirmación clínica de la validez de la hipótesis con valores p fuertes de 0.00, lo que corrobora la relación fuerte entre las variables antes analizadas.

Velarde (20), en el Perú durante el año 2022, en su estudio se planteó como objetivo general analizar la vinculación entre el reconocimiento del cuidado humanizado y la satisfacción de los pacientes del Hospital Nacional de Policía en la ciudad de Arequipa. Este fue un estudio observacional que utilizó un enfoque analítico transversal sobre una muestra poblacional de ciento doce atendidos. El trabajo mostró que el 65.2% de los atendidos informó un nivel considerable de trato humanizado, y el 67.9% estaba muy satisfecho con el tratamiento enfermero que les brindaron. El análisis estadístico posterior ($p < 0.001$) demostró la hipótesis de que la aprehensión del cuidado humanizado y la satisfacción del atendido están interrelacionadas. Esto apunta a la necesidad de enfatizar esta relación en el contexto de la atención hospitalaria.

De la Cruz (21), en el 2022, describe los hallazgos de su estudio sobre la interconexión entre el sentido del confort de los atendidos y el cuidado de enfermería humanizado realizado en un hospital en Lima, Perú. En términos de metodología, el estudio es cuantitativo y emplea un diseño no experimental, así como muestreo de conveniencia no probabilístico de acuerdo con los objetivos de la autora. Los datos sobre 118 pacientes, que la investigadora muestreó completamente, se obtuvieron a través de un método de encuesta, siendo el principal instrumento un cuestionario estructurado. De los resultados obtenidos, se obtuvo respecto del cuidado, los valores p por debajo de 0.05, pues más de 86 de los encuestados evidenciaron de manera clara una relación predominante en todas las dimensiones revisadas, validando así que el cuidado de enfermería humanizado aumenta el confort en los hospitales analizados.

Huamán (22), en Tarma, 2021, desarrolló un estudio que se centró en analizar los niveles de atención de enfermería humanizada en vinculación con el confort del usuario del

servicio en el Piso de Medicina del Hospital de Tarma en la región de Piura, donde aplicó una metodología cuantitativa de diseño descriptivo y transversal y trabajó con 132 usuarios como su muestra de estudio, obtenida a través de un muestreo no probabilístico basado en los intereses del investigador. Después de trabajar con la información, mediante el modelo no paramétrico de Spearman se constató un valor p de ($0.000 < 0.01$), lo que indica, además, que la hipótesis nula puede ser de hecho rechazada. La relación es evidentemente alta y significativa, que se presenta en las variables de cuidado de salud y conforte, estudiadas realmente necesita ser recomendada a compañeros practicantes. En consecuencia, el personal debe salvar vidas y convertirse en colaboradores dedicados a salvar vidas.

Zapata-Ramos (23), en la ciudad de Moquegua, 2021, delineó una tesis cualitativa que se centró en el grado de conexión del confort percibido de los usuarios del área de Medicina del establecimiento Moquegua EsSalud II y el tratamiento humanizado ofertado por el departamento de enfermería de la institución. El estudio se desarrolló dentro del marco cuantitativo, y tuvo un carácter descriptivo y correlacional. La población inicial del estudio fue de 212 pacientes. De esta, se identificaron y seleccionaron 136 pacientes mediante un método de muestreo aleatorio no probabilístico, formando así la muestra. Se utilizaron dos instrumentos validados en la recolección de datos. Estos instrumentos fueron, la Percepción del Comportamiento de la Atención Humanizada en Enfermería, 3ª Versión de Andamayo, Orosco y Torres que consiste en treinta y dos apartados con una escala de Likert de 4 alternativas y una encuesta de satisfacción, diseñada por Arteaga, y luego adaptada que tiene 25 ítems. El estudio de la data arrojó que el 57% de los encuestados reportó satisfacción con el servicio, mientras que el 73.3% estaba satisfecho con el enfoque

humanístico. No hubo vinculación fuerte entre las dos variables de estudio, lo que llevó a los investigadores a rechazar la hipótesis.

Collantes et al. (24), en 2020, efectuaron un estudio relacional, no experimental y transversal con 80 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina y cirugía, del hospiotal de Chota, con el objetivo de determinar la relación entre la satisfacción del usuario y el cuidado de enfermería. Se utilizaron escalas de estimación para ambas variables. Los resultados sociodemográficos mostraron un predominio del sexo femenino 58.7%, estado civil conviviente 36.3% e instrucción primaria 33.8%. En la satisfacción, prevaleció un nivel mediano en las dimensiones humana 93.7%, oportuna 91.3% y segura 63.7%; asimismo, el 58.7% de los participantes calificó el cuidado enfermero como regular. Se concluyó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción y el cuidado de enfermería ($p > 0.05$), rechazándose la hipótesis de investigación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cuidado humanizado de enfermería

A lo largo de la historia nace como una forma de supervivencia, según Vera Regina Waldow, sin embargo, en enfermería, ha pasado a ocupar un rol protagónico, entendiéndose como una forma de ser y de estar en el mundo hasta posicionarse como el objeto del hacer profesional de enfermería (25). La teoría de Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer sostiene que el cuidado no es solo una tarea, sino el corazón de la enfermería. Según esta perspectiva, la esencia de la profesión radica en la intención genuina de cuidar al otro, posicionando este acto como el eje central que guía tanto la práctica clínica como el estudio académico de la disciplina. Esta perspectiva se aleja del

enfoque tradicional que consideraba los cuidados como meros medios y coloca a la enfermería en el papel fundamental de conocer, apoyar y reconocer a las personas durante el cuidado (26).

Partiendo de estas bases teóricas, tenemos a la Teoría del Cuidado en Enfermería de Watson, quien planteó que el cuidado humanizado constituye el centro de la práctica enfermera, destacando la relación enfermera-paciente como eje fundamental para abordar las necesidades holísticas del individuo. Watson concibe al servicio y profesión de enfermería, como un arte, pero al mismo tiempo como una ciencia de carácter humana, la misma que se encuentra basada en la sensibilidad moral, el reconocimiento del valor inherente del ser humano y la entrega desinteresada, promoviendo una práctica auténtica y ética que reconoce la importancia del autocuidado para cuidar efectivamente a otros. Sus premisas teóricas integran dimensiones interpersonales, transpersonales y espirituales, y valoran la expresión sincera de sentimientos como medio para alcanzar una unión profunda entre profesional y paciente, considerando la experiencia humana como un campo fenomenológico en el que se busca dar sentido a los problemas desde una perspectiva integral que combina enfoques humanísticos y científicos (27).

Ampliando estas ideas, Watson conceptualiza a la enfermería a través de un metaparadigma distintivo que redefine sus cuatro componentes fundamentales. La entidad humana se percibe como una entidad compleja e indisoluble de mente, cuerpo y espíritu, y no es suficiente analizarlo desde el ámbito de sus funciones biológicas. La salud, en lugar de ser simplemente la ausencia de enfermedad, se entiende como la armonía y congruencia interna entre estas dimensiones, un estado de integridad y bienestar. El entorno se expande de un espacio físico a un campo fenomenológico único

para cada individuo, abarcando sus percepciones, creencias y experiencias. Finalmente, el cuidado transpersonal se reconoce como el núcleo de la enfermería, orientado a respetar la dignidad de la persona y a impulsar el equilibrio interno del paciente mediante un vínculo empático y auténtico de persona a persona.

Para llevar este metaparadigma a la práctica, Watson lo concreta en los procesos Caritas, diez prácticas esenciales que orientan la enfermería hacia una atención profundamente humanista, espiritual y ética. Estos procesos, cuyo nombre proviene del término latino caritas que evoca el amor y el cuidado compasivo, promueven valores como la sensibilidad interpersonal, la esperanza, la expresión emocional, y la creación de vínculos auténticos entre enfermera y paciente. En conjunto, los procesos Caritas constituyen una guía para la práctica enfermera que trasciende lo biomédico, posicionando el cuidado como una experiencia relacional y sanadora (28). Estos procesos, fundamentales para la práctica enfermera, son los siguientes:

1. Abrazo (amabilidad amorosa), integra valores constructivos y benevolentes demostrados a través de la amabilidad, la compasión y la ecuanimidad hacia uno mismo y hacia los demás.
2. Inspirar (Fe-Esperanza), estar genuinamente presente y empoderar el sistema de fe/esperanza/creencia mientras se está "detrás del velo", respetando el propio/mundo vital del otro.
3. Confianza (Transpersonal), implica reconocer y atender la propia sensibilidad y la de los otros a partir de la vivencia de prácticas espirituales, orientadas a superar las limitaciones del ego y abrirse a una presencia transpersonal.

4. Nutrir (Relación), desarrollar y mantener relaciones amorosas, de confianza y cariño.
5. Perdonar (Todo), permitir a los pacientes que se puedan sentir con confianza para poder manifestar o expresar no sólo sus pensamientos y sentimientos positivos, sino también negativos en un ambiente y espacios de comunicación asertiva, en la que se esté dispuesto a escuchar auténticamente la historia de otra persona.
6. Profundizar (yo creativo), enfoques innovadores para resolver desafíos/problemas, soluciones durante la etapa de cuidado. Compromiso completo y aplicación del arte de sanar a través del espectro completo de las diversas formas de conocer/ser/hacer/convertirse.
7. Equilibrio (Aprendizaje), se refiere a acompañar el proceso educativo desde una dimensión transpersonal, en un vínculo basado en el afecto, manteniéndose dentro del marco de referencia del paciente o usuario, promoviendo un cambio hacia un estilo de enseñanza que potencie el bienestar integral.
8. Co-crear (Campo Cáritas) crear un ambiente de sanación en todos los niveles; ambiente sutil para una presencia enérgica auténtica y cariñosa.
9. Ministro (Humanidad), apoyar respetuosamente las necesidades holísticas de uno como actividades sagradas, preservando la dignidad humana.
10. Apertura a lo espiritual, al misterio de lo infinito, a lo desconocido, permitir los milagros (28).

Bajo esta premisa, el instrumento PCHE-III se fundamenta en la filosofía del cuidado humano de Watson, que conceptualiza la enfermería no como una simple técnica, sino como una práctica ética y moral. Esta visión se inspira en la ética de la teoría propuesta

y desarrollada por Emmanuel Lévinas, donde el encuentro con el Otro (el paciente) exige una responsabilidad profunda, reconociendo su vulnerabilidad y dignidad. Para Watson, el cuidado es una relación intencional y consciente impulsada por el amor como una fuerza sanadora, lo que se materializa en sus 10 Caritas Process. Estos procesos son el pilar de cada dimensión y reactivo del PCHE-III. De esta forma, el instrumento evalúa la percepción del cuidado centrado en la persona, reflejando una visión holística en lugar de un enfoque meramente físico o procedimental. Las dimensiones del PCHE-III, que se derivan directamente de la teoría de Watson, son:

Dimensión 1: Priorizar el sujeto de cuidado, dimensión que enfoca el rescate de la valoración que debe tener el paciente como ente de cuidado, considerándolo un ser común pero al mismo tiempo único, y con el cual se forma al mismo tiempo una alianza de cooperación mutua, siendo el paciente copartícipe de su propio cuidado, generando espacios en los que se brinde el servicio de cuidado de enfermería en un ambiente de respeto no sólo por las condiciones físicas sino por lo que el paciente tiene como mundo subjetivo, sus emociones, vivencias, costumbres, tradiciones, creencias, sus principios y valores, su toma de decisiones, etc. Entendiendo que la prestación de cuidados por el personal de enfermería debería distinguirse por la construcción de relaciones terapéuticas, las mismas que deben fundamentarse en el respeto y confianza auténtica y mutua. Lo dicho anteriormente se traduce en la presencia de la enfermera o personal de enfermería con la única intención de no sólo conocer sino conectar con la experiencia de la salud de su paciente; es decir, “estar ahí "demostrando en todo momento una inefable preocupación por el bienestar del otro quien es un ser humano de su misma condición.

Dimensión 2: Apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona, hace alusión respecto de la aptitud del profesional de enfermería que buscó crear instancias de interacción que faciliten la cultura sanitaria idónea, fortaleciendo el proceso de restablecimiento, y de recuperación, y promoviendo una relación dialógica con los usuarios, este es un aspecto fundamental en el crecimiento mutuo; es decir en el desempeño eficiente del prestador del servicio como en la recuperación bienestar de quien recibe el servicio de salud. Este nivel de apertura se evidencia en acciones básicas como la escucha activa, la apertura a la comunicación y al diálogo, la mirada atenta, teniendo acciones de proactividad y demostrando siempre las buenas intenciones y disposición de cuidado. Estas acciones se traducen en otras como proporcionar oportunamente una información de manera clara y objetiva, procurando que el atendido entienda lo que se le noticia e informa, dar respuestas a interrogantes procurando que las explicaciones sean claras, considerando las condiciones de los usuarios, proporcionando en todo momento orientaciones que promuevan el cuidado de la salud.

Dimensión 3: Cualidades del hacer de enfermería, esta dimensión se evidencia en el rango en el que el profesional de la salud muestra patrones de sapiencia y práctica de la axiología óptica, así como de aspectos como el estético, personal y empírico, aspectos que son característicos en el cuidado del personal de enfermería, el mismo que debe caracterizarse por ser experto, crítico y reflexivo. Esta dimensión involucra a diversas acciones de cuidado, las mismas que, en primer lugar, se encuentran orientadas a brindar el soporte físico, así como a conservar la dignidad de los otros; estas acciones se evidencian en una respuesta oportuna a una necesidad o llamado, poder reconocer sus

necesidades no sólo físicas de los pacientes sino aquellas de índole psico socioemocionales así como espirituales, esto sin duda implica también el ayudar a manejar y sobrellevar el dolor, hacer que se sientan cómodos y la administración oportuna del medicamento o tratamiento. En lo que se refiere a las acciones orientadas al soporte emocional, es importante considerar la comprensión, comunicación y escucha activa, la proactividad y la empatía, con un especial cuidado en todo momento de su individualidad e intimidad como parte de la responsabilidad que se tienen con el paciente (29).

2.2.2. Satisfacción del Paciente

El confort en lo que concierne al aspecto de la salud, se entiende como una valoración personal y subjetiva que realiza el paciente sobre los servicios de salud que ha recibido. Esta percepción se construye a partir de la comparación entre lo que buscaba obtener y lo que materialmente experimentó en la atención, lo que permite identificar si sus expectativas fueron cumplidas o no (30). En este sentido, dicha satisfacción se convierte en un valioso e importante indicador en el nivel de calidad asistencial, ya que refleja cómo el usuario interpreta la atención recibida en función de sus propias expectativas. Además, la conformidad autopercibida por el usuario, no se limita únicamente a la efectividad de la terapéutica médica, sino que abarca una gama más amplia de factores que influyen en su experiencia. Entre estos se incluyen la calidad de la interacción dialéctica con el equipo sanitario, el nivel de empatía mostrado por el personal, el confort de los ambientes y la accesibilidad de sus servicios. Todos estos elementos contribuyen a que el paciente evalúe si la atención superó, cumplió o no alcanzó sus expectativas, consolidando así su aprehensión sobre la calidad del servicio obtenido (31).

Bajo esta premisa, la Organización Mundial de la Salud sostiene que la calidad técnica es insuficiente si no se orienta a las expectativas del paciente, quien debe ser el eje central del sistema; por ello, la gestión eficiente de recursos debe garantizar una atención que responda a la dignidad y preferencias del usuario (32). Complementando esta visión, la Organización Panamericana de la Salud describe la satisfacción como un proceso cognitivo que surge de la comparación entre los anhelos del individuo y el resultado obtenido. Esta experiencia es dinámica y única, pues está influenciada por vivencias previas, el nivel de instrucción y la información del entorno, lo que convierte a la satisfacción en un constructo variable según cada contexto personal (33).

Con el propósito de cuantificar esta experiencia, el grado de satisfacción, de un usuario internado se considera uno de los pilares en la evaluación de la calidad del sistema sanitario. Para que esta evaluación posea validez técnica, es fundamental contar con un marco teórico que describa los determinantes de la percepción del paciente respecto al tratamiento recibido. En este contexto, para el análisis de la calidad del servicio, incluyendo la atención de enfermería, destaca la escala SERVQUAL, desarrollada por Parasuraman, Zeithaml y Berry; este modelo es ampliamente reconocido por unificar y evaluar la experiencia del usuario a través de cinco dimensiones críticas (34).

Aunque SERVQUAL no se basa directamente en teorías de enfermería, sus dimensiones se relacionan estrechamente con postulados de diversas teóricas. La dimensión empatía, por ejemplo, se vincula con la teoría de Watson, que postuló el cuidado humano, quien propone que el cuidado enfermero debe ser transpersonal, compasivo y centrado en la dignidad humana (35). Watson sostiene que la relación personal de sanitario - usuario es

el núcleo del cuidado, y que la empatía, la presencia auténtica y los Procesos Caritas son fundamentales para generar experiencias de satisfacción en los pacientes (36).

La dimensión fiabilidad encuentra respaldo en la teoría de la académica Henderson, quien define el rol de la enfermera como facilitadora de la independencia del paciente, lo que implica brindar un cuidado competente, constante y centrado en las necesidades individuales (37). Por su parte, Ida Jean Orlando enfatiza la importancia de responder adecuadamente a las expresiones del paciente, lo que se relaciona con la capacidad de respuesta, que es una dimensión de la calidad (38).

La dimensión seguridad puede ser interpretada desde los postulados de Florence Nightingale, quien subrayó la relevancia de un entorno físico seguro, limpio y propicio para la recuperación del paciente (39). Finalmente, la dimensión tangibilidad, que incluye aspectos visibles del cuidado como la apariencia del personal y el equipamiento, se vincula con la teoría de Madeleine Leininger, al considerar los factores culturales y ambientales que influyen en la experiencia del cuidado (40).

En síntesis, los enfoques teóricos revisados permiten afirmar que la satisfacción del usuario hospitalizado constituye una teoría que tiene diversos enfoques, en el que confluyen factores relacionales, éticos, culturales y técnicos propios del cuidado de enfermería. Para su valoración y medición, el modelo SERVQUAL se fundamenta en los siguientes componentes o dimensiones:

Dimensión 1: Los elementos tangibles, como los ambientes, equipos y el personal, influyen en la percepción del paciente y contribuyen a su recuperación. Es vital que estos sean atractivos y estén bien cuidados, y el personal de enfermería tiene un rol clave en mantener su limpieza y seguridad para transmitir una concepción idónea de la entidad.

Dimensión 2: La fiabilidad en enfermería significa realizar un trabajo de alta calidad de manera constante, brindando una atención permanente a las múltiples necesidades que presenten los pacientes y del equipo. Esto implica ser proactivo, cumplir las responsabilidades y mantener una comunicación abierta, ya que la falta de confiabilidad afecta negativamente la atención al paciente y la cohesión del equipo.

Dimensión 3: La capacidad de respuesta, más allá de las tareas rutinarias asociadas con la profesión, el concepto de capacidad de respuesta en enfermería adjunta la noción de oportunidad y el carácter adecuado de una respuesta a las necesidades y requerimientos biológicos, psicológicos y sociales del paciente. Esto implica un enfoque personalizado, holístico e integrado en la dación de servicios de salud. Las profesionales del rubro sanitarios son empáticas, se anticipan a los requerimientos del paciente y brindan apoyo emocional, convirtiéndose en guías y defensores que promueven su bienestar y autonomía en el proceso de atención.

Dimensión 4: La seguridad en enfermería es clave para fomentar confianza en los usuarios. Se demuestra mediante la preparación, cortesía y competencia del personal, lo que inspira credibilidad y hace que el paciente, en su vulnerabilidad, se sienta protegido y acompañado durante su recuperación.

Dimensión 5: La empatía es fundamental en enfermería, ya que permite a los profesionales conectar a nivel emocional con los pacientes, comprender sus experiencias y brindar una atención personalizada y sensible. Mediante la escucha activa y el apoyo emocional, las enfermeras empáticas construyen un vínculo de confianza que mejora la comunicación y la colaboración, lo cual es esencial para humanizar la atención y garantizar mejora la calidad de vida del atendido (41).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

H1: Existe una relación significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026.

H0: No existe una relación significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación significativa entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H1: Existe relación significativa entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H1: Existe relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H0: No existe relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se hizo uso del método hipotético-deductivo, el cual, partió de una premisa teórica general para derivar hipótesis que fueron sometidas a prueba mediante la recolección de datos y el análisis estadístico. Este procedimiento buscó corroborar o refutar las relaciones planteadas entre el cuidado humanizado y la satisfacción del usuario a través de la medición numérica y la objetividad de los hallazgos.

3.2. Tipo de investigación

Se consideró una investigación aplicada ya que se centra en la resolución de un problema práctico y real. Este tipo de estudio trasciende la descripción teórica para enfocarse en la generación de evidencia que sustente la toma de decisiones estratégicas y el desarrollo de políticas de mejoras en la práctica de enfermería.

3.3. Enfoque de investigación

Se empleó enfoque cuantitativo porque mediante pruebas estadísticas se analizaron los resultados buscando generalizarlos.

3. 4. Diseño de investigación

La investigación presenta un diseño no experimental, debido a que las variables de estudio se observaron en su ambiente natural sin la intervención o manipulación del investigador. Asimismo, posee un alcance transversal, puesto que la recolección de la información y la aplicación de los instrumentos se efectuó entre los meses de noviembre, diciembre del 2025,

enero y febrero del 2026, con el propósito de realizar la descripción de cada una de las variables y determinar su comportamiento de manera simultánea.

3.5. Nivel de investigación

Es de nivel correlacional, en virtud de que su propósito fue evaluar el grado de relación entre las variables, analizó el comportamiento de una variable conociendo el comportamiento de la otra, sustentando dicha asociación mediante el análisis estadístico de los datos recolectados (42).

3.6. Población, muestra y muestreo

Referente al grupo poblacional, estuvo integrado por usuarios internados en el servicio de medicina del Hospital “Tito Villar Cabezas” nivel II - 1 Bambamarca, en el año 2025 y 2026.

La estimación del tamaño muestral se realizó considerando una población indeterminada, por ello utilizamos la fórmula del tamaño muestral para población infinita: $n = (Z^2 * p * q) / e^2$. Donde Z es el valor de la puntuación Z para tu nivel de confianza deseado (por ejemplo, 1.96 para 95%), p es la proporción esperada (0.5 si no hay información previa), que es 1-p, y e, es el margen de error que se está dispuesto a aceptar.

Sustituyendo los valores en la fórmula:

$n = (Z^2 * p * q) / e^2$.

Donde:

Nivel de confianza: 95% (Z = 1.96)

Margen de error: ±5% (e = 0.05)

Proporción esperada: 30% (p = 0.3)

$n = (1.96^2 * 0.3 * 0.7) / 0.05^2$

$n = (3.8416 * 0.21) / 0.0025$

$n = 0.806736 / 0.0025$

$n = 322.69$

Redondeando el resultado al entero superior, para asegurar el tamaño de muestra necesaria fué 323 encuestados.

Muestreo:

En nuestra investigación empleamos el muestreo probabilístico o aleatorio simple, del registro de hospitalizados en el servicio de medicina, teniendo en cuenta que, nos garantizó una mayor y mejor representatividad de la población y nos proporcionó resultados con mayor objetividad científica y menor probabilidad de sesgo (43).

En nuestra investigación se tuvo en cuenta:

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años con capacidad legal para otorgar el consentimiento informado de forma autónoma, hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital II – 1 de Bambamarca, por un período no menor a 48 horas, asegurando que hayan tenido tiempo suficiente de exposición al cuidado de enfermería para formar una percepción de satisfacción fundamentada. Además, los que mostraron capacidad cognitiva y comunicativa para comprender y responder de manera fiable los instrumentos de medición.

Criterios de Exclusión:

Pacientes que presentaban inestabilidad clínica o dolor agudo intenso (EVA mayor o igual a 7) en el momento de la entrevista, ya que su estado de malestar podría sesgar negativamente su evaluación del cuidado y, éticamente, la atención crítica es prioritaria. Así mismo, pacientes bajo los efectos de sedantes o con deterioro cognitivo, afasia o graves limitaciones del habla, ya que estas condiciones comprometen la fiabilidad de las respuestas.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Cuidado Humanizado	El cuidado humanizado en enfermería va más allá de la atención física y técnica para abordar las necesidades emocionales, espirituales y humanas del paciente. Watson considera que este enfoque es esencial y aboga por una atención centrada en la relación enfermero-paciente, respetando la dignidad y el valor inherentes de cada individuo (28).	El cuidado humanizado, es toda la información o respuesta expresada por el usuario que se encuentra en el servicio de medicina acerca de cuidado, el trato e interrelación con el enfermero(a).	Priorizar el sujeto de cuidado	Sentirse como una persona Trato amable Sentirse bien atendido cuando dialogan con el usuario Sentirse tranquilo(a), cuando lo acompañan Generar confianza cuando lo atienden Explicar los cuidados realizados Demostrar respeto por creencias y valores. Mirar a los ojos, cuando hablan.	Escala ordinal	Bueno: 96 - 128 Regular: 64 - 95 Malo: 32 - 63
			Apertura a la comunicación para proporcionar Educación para la salud a la persona	Dedicar tiempo para las indicaciones Facilitar al diálogo Explicar los procedimientos antes de realizarlos Responder con seguridad y claridad a preguntas Indicar su nombre y cargo al realizar cuidados Brindar indicaciones de manera oportuna Proporcionar información suficiente y oportuna para la toma de decisiones		
			Cualidades del hacer de enfermería	Mostrar interés y brindar comodidad Dedicar tiempo suficiente para la atención Reconocerlo por su nombre Atender oportunamente las necesidades básicas Comunicar que están pendientes de su persona Permitir expresar sus sentimientos Responder al llamado de manera oportuna Identificar sus necesidades (físico, psicológico y/o espiritual). Escuchar atentamente preguntar y preocuparse por el estado de ánimo ofrecer cuidado cálido y delicado Manejar el dolor físico Responsabilidad con su atención Respetar decisiones Mencionar que puede llamar cuando lo necesite Respetar la intimidad Administrar el tratamiento farmacológico según indicación médica (29)		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles)
Satisfacción del usuario	Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece (41).	La satisfacción del paciente es un indicador fundamental para evaluar la calidad de la atención de enfermería.	Fiabilidad	Visita médica todos los días. Explicación que se le brinda sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado. Explicación que se le brinda sobre los medicamentos que recibirá durante su permanencia hospitalaria: beneficios y efectos adversos. Explicación sobre resultados de los análisis de laboratorio. Que, al alta, el paciente comprenda la explicación sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa.	Escala ordinal	Satisfecho Insatisfecho
			Capacidad de respuesta	Trámites rápidos para su hospitalización. Análisis de laboratorio solicitados se realicen rápido. Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realicen rápido. Trámites rápidos para el alta.		
			Seguridad	Interés del personal de salud para mejorar su problema de salud. Alimentos a temperatura adecuada e higiénica. Que se resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza.		
			Empatía	Privacidad durante su hospitalización. Trato del personal de enfermería sea amable, respetuoso y con paciencia. Trato de los médicos amable, respetuoso y con paciencia. Trato del personal de nutrición amable, respetuoso y con paciencia. Trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia. Personal de enfermería muestra interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización.		
			Aspectos tangibles	Los ambientes del servicio sean cómodos y limpios. Los servicios higiénicos de los pacientes se encuentren limpios. Equipos disponibles y materiales necesarios para su atención. Ropa de cama, colchón y frazadas adecuados (41).		

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Técnica

Se optó por aplicar la técnica de la encuesta, al momento del alta del paciente en el servicio de medicina, ya que facilitó la recolección directa, sistemática y organizada de la información necesaria de los sujetos. Esto garantizó la adquisición de información relevante y adecuada para probar empíricamente las hipótesis y responder a los objetivos del estudio. Además, este método es apropiado porque ayudó a recopilar la percepción, el sentimiento y la información actitudinal de los sujetos de estudio hacia las variables del estudio, lo que contribuyó a establecer la relación y reforzar la validez y confiabilidad de los resultados (43).

3.8.2. Descripción de instrumentos

A fin de valorar el comportamiento humanizado en el ejercicio de enfermería, se estructuró a partir de las métricas del cuestionario "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería Clinicountry PCHE-III". Este instrumento, fue reestructurado y validado a partir de las experiencias de pacientes hospitalizados. Actualmente en su tercera versión, el PCHE-III es una herramienta clave para evaluar la práctica del cuidado humanizado en entornos clínicos y elaborar planes de mejora con la participación del paciente.

El marco PCHE-III se deriva de los trabajos de Jean Watson, Boykin y Schoenhofer, y se centra en el cuidado humanizado desde tres dimensiones distintas, pero interrelacionadas. La primera dimensión fue re conceptualizada y renombrada: Priorizar el Sujeto de Cuidado. Este nuevo constructo se sostiene en la relación de respeto y confianza basada

en valores que el cuidador construye con el paciente. La segunda fue renombrada Apertura para Comunicar con el Propósito de Enseñar el Cuidado Personal. Esta dimensión se centra en la educación que el personal de enfermería proporciona al paciente para el autocuidado. La última dimensión se llamó las Cualidades de la Práctica de Enfermería. Esta dimensión se relaciona con el cuidado, tanto físico como emocional, que se brinda al paciente por el profesional (29).

El instrumento para medir la variable Cuidado Humanizado de enfermería consta de 32 ítems, en escala de Likert (Nunca = 1, Algunas veces = 2, Casi siempre = 3 y Siempre = 4). Distribuida en tres dimensiones que son: Priorizar el sujeto de cuidado (1-7 ítems), Apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona (8-15 ítems) y Cualidades del hacer de enfermería (16-32 ítems). La escala de valoración: Bueno: 96 - 128 puntos. Regular: 64 - 95 puntos- Malo: 32 - 63 puntos (44).

Tabla 1. Ficha Técnica del instrumento PCHE - III versión

Característica	Descripción
Nombre	Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), 3.ª Versión.
Autores de construcción	Poblete, M., Valenzuela, S. e Isolda Careño (Chile, 2013).
Autores de validación de contenido y apariencia	Rivera-Álvarez, Luz Nelly y Triana, Álvaro (Colombia, 2007-2012).
Autores de validación psicométrica final	Guerrero-Ramírez, R., Salazar-Maya, Á. M. y Gómez-Leyton, M. E. (2016).
Base teórica	Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (10 Factores Caritas).
Objetivo	Determinar la valoración que posee el usuario internado respecto a las conductas de cuidado humanizado desplegadas por el equipo de enfermería.
Número de ítems	32 reactivos redactados en sentido positivo.
Tipo de escala	Escala de Likert de 4 puntos: (4) Siempre, (3) Casi siempre, (2) A veces, (1) Nunca.
Validez de contenido, apariencia y constructo	Determinada mediante juicio de expertos $\alpha = 0.98$, $\alpha = 0.92$ $\alpha = 0.956$ respectivamente
Confiabilidad	Alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.96).
Dimensiones	1. Priorizar el sujeto de cuidado (12 ítems). 2. Apertura a la comunicación (7 ítems). 3. Cualidades del hacer de enfermería (13 ítems).

La evaluación de la satisfacción del usuario se completó mediante el uso del Cuestionario de Calidad de Servicio (SERVQUAL), desarrollada originalmente por Parasuraman y colaboradores, es un instrumento psicométrico el cual evalúa la calidad del servicio mediante la comparación entre las expectativas previas del usuario y sus percepciones tras recibir la atención. En el ámbito sanitario peruano, este modelo se aplica bajo la adaptación técnica del Ministerio de Salud (R. M N° 527- 2011/MINSA), estructurándose en 22 pares de ítems que utilizan una escala de Likert. Su objetivo central es determinar el índice de satisfacción, donde un resultado negativo indica que el servicio no cumplió con las promesas iniciales, mientras que un resultado positivo o igual a cero refleja una gestión eficiente y satisfactoria de los recursos y el trato humano. Estructuralmente, el instrumento se organiza en cinco dimensiones críticas que permiten un análisis multidimensional de la atención: fiabilidad (cumplimiento de lo prometido), capacidad de respuesta (rapidez y disposición), seguridad (confianza y competencia profesional), empatía (atención personalizada) y elementos tangibles (infraestructura y equipos). La consistencia metodológica de este instrumento radica en los altos valores de validez y confiabilidad, lo que garantiza que los hallazgos obtenidos sobre la satisfacción del paciente sean estadísticamente fiables y legalmente sustentables para proponer mejoras en la gestión del cuidado de enfermería. Asimismo, la valoración de los niveles de satisfacción se clasifica en insatisfecho y satisfecho (41).

Tabla 2. Ficha Técnica del instrumento SERVQUAL

Característica	Descripción
Nombre	Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL)
Autores de construcción	Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)
Adaptación Técnica	RM N° 527 – 2011/MINSA
Objetivo	Evaluar la calidad del servicio de salud mediante la brecha (*gap*) entre expectativas y percepciones del usuario
Número de ítems	22 pares de ítems (22 de expectativas y 22 de percepciones)
Tipo de escala	Escala de Likert de 1 a 7 puntos
Validez	Contenido mediante juicio de expertos (V de Aiken > 0.90) y validación por RM del MINSA.
Confiabilidad	Consistencia interna mediante Alfa de Cronbach (alpha > 0.90).
Dimensiones	Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Elementos Tangibles.

3.8.3. Validación y confiabilidad

La solvencia psicométrica del cuestionario PCHE-III queda demostrada mediante un rigor estadístico que reporta índices de validez facial, de contenido y de constructo de 0.92, 0.98 y 0.956, respectivamente. Asimismo, el análisis de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach alcanzó un valor de 0.96, lo que certifica una fiabilidad óptima para la medición objetiva del Cuidado Humanizado en el entorno hospitalario. Estructuralmente, la herramienta se organiza en tres dimensiones derivadas de un análisis de rotación de reactivos, cuya configuración responde a una sólida coherencia

epistemológica basada en los postulados teóricos de Jean Watson, junto a las perspectivas filosóficas de Boykin y Schoenhofer (29).

Para determinar la fiabilidad del instrumento SERVQUAL administrado al Ministerio de Salud de Perú, se tomaron varios pasos. Primero, se abordó la validez de contenido revisando y editando el cuestionario para asegurar que los ítems capturan adecuadamente el fenómeno de la calidad del servicio en relación con las instalaciones de salud peruanas. Además, para determinar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial, que demostró que los ítems del cuestionario estaban organizados correctamente en las dimensiones teóricas que sustentan la calidad del servicio: tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

La confiabilidad del instrumento SERVQUAL ha sido evaluada a mediante la consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores resultaron sumamente elevados (0.984 para consulta externa y 0.988 para emergencias), lo que evidencia un alto nivel de confiabilidad. En cuanto a su aplicabilidad, este instrumento ha sido implementado en diversos contextos del sistema de salud peruano, demostrando ser una herramienta eficaz y pertinente para identificar áreas críticas de mejora en las prestaciones asistenciales.

Como se señala, la implementación de la metodología de SERVQUAL y la construcción de sistemas para evaluar la satisfacción de los usuarios, confirma la validez y fiabilidad de la herramienta en el contexto de Perú. Además, la metodología de SERVQUAL proporciona automáticamente información sobre la brecha entre las expectativas y las percepciones del cuidado, junto con análisis de apoyo para formular estrategias de mejora necesarias en las áreas de servicio específicas (41,47).

3.9. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 26, empleando inicialmente la estadística descriptiva para la elaboración de tablas de frecuencias absolutas y porcentuales que permitieron la organización sistemática de la información. Para la fase inferencial, orientada a la contrastación de las hipótesis, se aplicó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, técnica idónea para determinar la magnitud y dirección de la asociación entre variables de naturaleza ordinal. La elección de este coeficiente se fundamenta en su capacidad para evaluar la fuerza de relación en datos recolectados mediante escalas de Likert (42), garantizando un tratamiento estadístico riguroso para las variables.

3.10. Aspectos éticos

Las consideraciones éticas relacionadas con este estudio se basan en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales del Perú, que defiende el derecho a la privacidad de las personas. Esta ley establece los principios rectores de la recolección, procesamiento y difusión de la información de los participantes, garantizando la minimización de datos, la privacidad y la confidencialidad, así como las políticas aceptables para el uso de los datos proporcionados en todo momento (45).

Con el fin de demostrar principios éticos como el respeto y la transparencia, cada participante fué notificado respecto al contacto y los procedimientos de la investigación en lo que les concierne. Además, se pidió a los participantes que firmen el formulario de consentimiento informado que permite el uso de sus datos recopilados. Nos aseguramos de que los datos se utilicen de manera anónima, confidencial y solo se utilizaron con fines de investigación.

Esta investigación contó con la evaluación y aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, registrado bajo el expediente Nº 2899-2025. Asimismo, se obtuvo la autorización oficial del Hospital para la ejecución de la tesis, respaldada mediante la carta Nº 029-2025.

La aplicación de los principios de bioética es una consideración en esta investigación. Por lo tanto, se empleó el principio de beneficencia buscando siempre el bienestar del paciente junto con decisiones que fomenten su salud y bienestar general, tanto mental como físico. Asimismo, se aplicó el principio de no maleficencia, asegurándonos de no causar daño a los participantes y los resultados obtenidos no se utilizaron en su contra de ninguna manera. Además, el principio de respeto, que el paciente puede ejercer a través de la autonomía de autogobierno mediante la decisión sobre su cuerpo y el tratamiento que se va a realizar. Esto significa ofrecerles un rango de opciones y una explicación completa, clara y constructiva, al mismo tiempo que se escucha su retroalimentación y se toma en cuenta. Se consideró la justicia, teniendo en cuenta que a todos los pacientes se los trató con respeto, de manera justa y equitativa. El principio de no discriminación, que incorporó a todos los pacientes independientemente de sus características individuales o sociológicas (46).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Tabla 3. Datos sociodemográficos delos pacientes del servicio de medicina.

Variables	Categorías	N°	%
Edad	Joven	71	22,0
	Adulto	143	44,3
	Adulto mayor	109	33,7
Sexo	Masculino	104	32,2
	Femenino	219	67,8
Grado de instrución	Analfabeto	22	6,8
	Primaria	78	24,1
	Secundaria	105	32,5
	Superior	118	36,5
Tipo de seguro	Sis	304	94,1
	Soat	0	0,0
	Ninguno	0	0,0
	Otro	19	5,9

En cuanto al perfil sociodemográfico de los participantes, se evidencia una muestra mayoritariamente femenina 67.8% y predominantemente adulta, con un 44.3% situado en el rango de 30 a 59 años, seguido por un importante sector de adultos mayores de 33.7%. Respecto a la formación académica, prevalecen los usuarios con instrucción superior 36.5% y secundaria 32.5%, lo que indica un nivel educativo con capacidad para evaluar los procesos de atención recibidos. Finalmente, destaca una cobertura casi universal del Seguro Integral de Salud con un 94.1%, reflejando que la gran mayoría de la población de estudio depende del sistema prestacional financiado por el Estado, factor clave para contextualizar el entorno socioeconómico y administrativo de la investigación.

4.1.1.1. Descripción de las variables y sus dimensiones

Tabla 4. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados.

Nivel de cuidado humanizado	N°	%
Bajo	126	39.0
Medio	120	37.8
Alto	77	23,2
Total	**323**	**100,0**

En los resultados, podemos evidenciar que el nivel bajo de cuidado humanizado de enfermería es el que más predomina significativamente, con un 39,01%, seguido de nivel de cuidado humanizado medio con un 37,77%, mientras que las cifras para el nivel alto fueron relativamente bajas con un 23,22%.

Tabla 5. Dimensiones del cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitaliados.

Nivel	D1. Priorizar el sujeto de cuidado		D2. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona		D3. Cualidades del hacer de enfermería	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	4	1,2	166	51,4	89	27,6
Medio	214	66,3	124	38,4	173	53,6
Alto	105	32,5	33	10,2	61	18,9
Total	**323**	**100**	**323**	**100**	**323**	**100**

En cuanto a priorizar el sujeto de cuidado, se destaca que un 66,3% de los encuestados reportó un nivel medio, seguido de un 32,5% con nivel alto y sólo un 1,2% nivel bajo. En la segunda dimensión, se observa que el 51,4% calificaron a la apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona en un nivel bajo, 38,4% en nivel medio y sólo un 10,2% en nivel alto. Por último, en cualidades del hacer de enfermería un 53,6% lo calificaron como medio, el 27,6% como bajo y únicamente un 18,9% la calificó como alto.

De esta forma, los resultados presentan la variedad en las percepciones sobre el cuidado humanizado de enfermería en sus tres dimensiones. La presencia de niveles bajos y medios señalan áreas específicas en las que se podrían aplicar estrategias de mejora.

Tabla 6. Satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Nivel de satisfacción	N°	%
Insatisfecho	258	79,9
Satisfecho	65	20,1
Total	**323**	**100,0**

En la tabla 7 se determina la distribución de la satisfacción del paciente. Se observa que una mayoría significativa de los usuarios 79,9% están insatisfechos, mientras que solo el 20.1% manifiestan estar satisfechos.

Tabla 7. Dimensiones de la satisfacción de los pacientes hospitalizados

Dimensiones De Satisfacción del paciente	Insatisfecho		Satisfecho		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Fiabilidad	230	71,2	93	28,8	323	100,0
Capacidad de respuesta	215	66,6	108	33,4	323	100,0
Seguridad	222	68,7	101	31,3	323	100,0
Empatía	216	66,9	107	33,1	323	100,0
Aspectos Tangibles	246	76,0	77	23,8	323	100,0

En relación a la fiabilidad, los resultados destacan que el 71,2% de encuestados se consideran insatisfechos y sólo el 28,8 % satisfechos. En Capacidad de respuesta el 66,6% insatisfechos y el 33,4% satisfechos. En la dimensión seguridad, el 68,7% insatisfechos y el 31,3% satisfechos. En la dimensión empatía el 66,9% insatisfechos y el 33,1 satisfechos y finalmente en la dimensión aspectos tangibles el 76,2% consideran estar insatisfechos y el 23,8% satisfechos.

4.1.2 Prueba de normalidad

Tabla 8. Prueba de Kolmogorov – Smirnov

Kolmogorov-Smirnov[a]

	Estadístico	gl	Sig.
Cuidado humanizado	,252	323	,000
Satisfacción	,491	323	,000

.

Con el propósito de verificar si las variables de estudio seguían una distribución normal, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, criterio metodológico adecuado al contar con una muestra superior a 50 observaciones (n mayor ó = 50). El análisis estadístico reportó un nivel de significancia de p = 0.000 tanto para la variable de cuidado humanizado de enfermería como para la de satisfacción del paciente. Al ser estos valores inferiores al umbral establecido (α = 0.05), se rechazó el supuesto de normalidad en ambos casos. En consecuencia, la contrastación de las hipótesis relacionales se abordó desde la estadística no paramétrica, seleccionando el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) para dicho fin.

4.1.3 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H1: Existe una relación significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026.

H0: No existe una relación significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\ \%$ de margen máximo de error

Prueba de hipótesis se realizará con el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

Tabla 9. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Rho de Spearman		**Satisfacción del paciente**
Cuidado humanizado	Coeficiente de correlación	0,132
	Sig. (Bilateral)	0,017
	N	323

Decisión estadística

Dado que el nivel de significancia obtenido (sig. = 0,017) resulta inferior al umbral establecido de significancia teórica ($\alpha = 0,05$), se concluye que existe una relación estadísticamente relevante entre las variables analizadas. En consecuencia, se descarta la hipótesis nula y se valida la hipótesis alternativa.

Grado de relación entre variables

Respecto al análisis asociativo, los datos reflejan un coeficiente de correlación de Spearman de (rho = 0,132) entre las variables de cuidado humanizado y satisfacción del paciente. Este valor demuestra la existencia de un vínculo positivo, aunque de una magnitud mínima

Hipótesis específicas 1:

H1: Existe relación significativa entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\ \%$ de margen máximo de error

Prueba de hipótesis se realizará con el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

Tabla 10. Priorizar el sujeto de cuidado y satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Rho de Spearman		**Satisfacción del paciente**
Priorizar el sujeto de cuidado	Coeficiente de correlación	-0,011
	Sig. (Bilateral)	0,849
	N	323

Decisión estadística

En este caso, el nivel de significancia obtenido (sig. = 0,849) supera el valor crítico de la significancia teórica ($\alpha = 0,05$), lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión de priorizar al sujeto de cuidado dentro del cuidado humanizado y la satisfacción del paciente. Por ello, se mantiene la hipótesis nula y se descarta la hipótesis alternativa.

Grado de relación entre variables

En la tabla se aprecia que, de acuerdo con el coeficiente de correlación de Spearman, la relación entre la dimensión enfocada en priorizar al sujeto de cuidado dentro del cuidado humanizado y la satisfacción del usuario presenta un valor de Rho = -0,011. Este resultado refleja que el vínculo entre ambas variables es negativo y prácticamente inexistente, dado su nivel mínimo de asociación.

Hipótesis específicas 2:

H1: Existe relación significativa entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\ \%$ de margen máximo de error

Prueba de hipótesis se realizará con el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

Tabla 81. Apertura a la comunuicación para proporcionar educación para la salud a la persona y satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Rho de Spearman		**Satisfacción del paciente**
Apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona	Coeficiente de correlación	0,104
	Sig. (Bilateral)	0,062
	N	323

Decisión estadística

El nivel de significancia obtenido (sig. = 0,062) resulta superior al valor crítico establecido ($\alpha = 0,05$), lo que evidencia que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión apertura a la comunicación, orientada a brindar educación en salud dentro del cuidado humanizado, y la satisfacción del paciente. En consecuencia, se mantiene la hipótesis nula y se descarta la hipótesis alternativa.

Grado de relación entre variables

En la tabla se muestra que, de acuerdo con el coeficiente de correlación de Spearman, la relación entre la dimensión apertura a la comunicación para ofrecer educación en salud en el marco del cuidado humanizado y la satisfacción del usuario alcanza un valor de Rho = 0,104. Este resultado señala que el vínculo entre ambas variables es positivo, aunque de intensidad muy baja.

Hipótesis específicas 3:

H1: Existe relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H0: No existe relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\ \%$ de margen máximo de error

Prueba de hipótesis se realizará con el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0 (contraste bilateral)

Tabla 12. Cualidades del hacer de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Rho de Spearman		**Satisfacción del paciente**
Cualidades del hacer de enfermería	Coeficiente de correlación	0,075
	Sig. (Bilateral)	0,178
	N	323

Decisión estadística

Como el valor de significancia observada (sig. = 0,178) es mayor al valor de la significancia teórica ($\alpha = 0,05$), se puede señalar que no existe relación significativa entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado y la satisfacción del paciente. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Grado de relación entre variables

En la tabla se observa que, según el valor del coeficiente de correlación de Spearman, el grado de relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado y la satisfacción del usuario es rho = 0,075, lo que indica que la relación entre las variables es positiva y mínima.

4.1.4 Discusión de resultados

Al contrastar las variables en estudio en el entorno de hospitalización del Hospital II-1 Bambamarca, el análisis estadístico arrojó un coeficiente de correlación de Spearman de (Rho = 0,132) con un nivel de significancia estadística de (p = 0,017). Si bien estos valores numéricos permiten validar formalmente la hipótesis de investigación al demostrar la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambos constructos, la marcada debilidad e intensidad mínima de dicha asociación revela una realidad institucional y clínica notablemente compleja. Desde la perspectiva epistemológica de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, este hallazgo sugiere de manera contundente que el denominado Cuidado Transpersonal y el Momento del Cuidado no están alcanzando una profundidad auténtica en la práctica cotidiana. La interacción terapéutica enfermero-paciente se manifiesta como una presencia física y procedimental que cumple con los estándares mínimos, pero que carece de la intencionalidad humanística necesaria para transformar cualitativamente la percepción global de bienestar del usuario. El cuidado se percibe, por ende, de forma fragmentada, despojándolo de su capacidad ontológica de generar una experiencia de satisfacción plena. Aunque los resultados obtenidos guardan una concordancia direccional teórica con lo reportado internacionalmente por Guaylla (14) en el contexto de la cirugía en Ecuador (r = 0,477) y a nivel nacional por Urure et al. (17) en pacientes quirúrgicos (r = 0,668), la evidente y profunda brecha en la fuerza de la asociación cuantitativa indica que en el escenario local de Bambamarca coexisten variables intervinientes y elementos de gestión que actúan como atenuantes del impacto real del trato humano. Para comprender este distanciamiento empírico, es imperativo recurrir a los postulados de Boykin y Schoenhofer en su teoría del Cuidado como perspectiva sostenida en la enfermería, donde se plantea que el cuidado es un proceso dinámico y vivido

entre personas que requiere necesariamente de un entorno propicio y armónico para su florecimiento. En el Hospital de Bambamarca, la satisfacción del usuario parece estar fuertemente vinculada a la resolución de carencias de índole estructural y logística antes que al esfuerzo relacional y dialógico del enfermero. Esto explica de manera lógica por qué la correlación, a pesar de ser estadísticamente válida para rechazar la hipótesis nula, resulta ser marginal en la práctica, sugiriendo que la calidez del profesional queda opacada por las limitaciones del propio entorno sanitario. Esta influencia del contexto estructural se corrobora al contrastar estos resultados con los hallados por Collantes (24) en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, un entorno de la misma región de Cajamarca. En dicho nosocomio, evaluando a 80 pacientes hospitalizados, se observó que el 58.7% percibió un cuidado regular y la satisfacción se concentró en un nivel intermedio. Sin embargo, a diferencia de la asociación débil pero existente en Bambamarca, en Chota no se halló una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p > 0.05$), rechazándose la hipótesis de dependencia. Esta discrepancia regional demuestra que la satisfacción del usuario no sigue un comportamiento lineal, sino que la transición de una correlación mínima a una total ausencia de significancia refuerza que las deficiencias logísticas y organizativas locales terminan por neutralizar o independizar el impacto real del cuidado humanizado.

En el perfil sociodemográfico del usuario se identificó un claro predominio de usuarios de sexo femenino con un 67,8% complementado con un porcentaje considerable de pacientes que poseen un nivel de instrucción superior de 36,5%. Al analizar este escenario desde la filosofía de la alteridad de Emmanuel Lévinas, el "Otro" (representado por el paciente hospitalizado) se configura en este estudio como un sujeto dotado de una elevada capacidad crítica, conciencia de sus derechos en salud y expectativas prestacionales sumamente elevadas. A diferencia de lo

observado en contextos hospitalarios donde impera un bajo nivel educativo, lo que suele condicionar una postura pasiva, sumisa o de simple conformidad ante la atención recibida, el paciente del servicio de Medicina de Bambamarca exhibe un comportamiento analítico. Debido a estancias hospitalarias prolongadas y a su condición de beneficiario del Seguro Integrado de Salud, este tipo de usuario tiende a naturalizar e invisibilizar la competencia profesional y relacional de la enfermera. Esta actitud genera lo que puede denominarse una barrera ética y perceptiva: la provisión de un cuidado humanizado ya no se valora como un acto altruista o un elemento diferenciador de la calidad de enfermería, sino como una obligación legal, contractual e institucional preexistente en el sistema público. Este fenómeno subvierte la premisa tradicional de que la amabilidad o la cortesía por sí solas garantizan la gratitud o la satisfacción del usuario, obligando al personal de enfermería a repensar el cuidado no como un conjunto de conductas aisladas, sino como un encuentro ético genuino que debe superar las demandas de un paciente cada vez más empoderado y exigente.

En lo que respecta a la dimensión específica de priorizar al sujeto de cuidado como un ser holístico, los resultados inferenciales obtenidos (Rho = -0,011; p = 0,849) contradicen abiertamente los Fundamentos de los Procesos Caritas 1 y 4 propuestos por Watson, los cuales sitúan la co-creación de una relación de confianza, la sensibilidad hacia uno mismo y el altruismo como los ejes motores del bienestar del enfermo. La ausencia de correlación en este punto coincide plenamente con los hallazgos divergentes presentados por Zapata-Ramos (23) en Moquegua, lo que sugiere un patrón institucionalizado donde el paciente que atraviesa por una situación de vulnerabilidad o enfermedad aguda tiende a priorizar de manera pragmática la eficacia clínica, la celeridad del tratamiento y el alivio sintomático por encima de cualquier intento de conexión emocional o soporte de índole afectivo.Esta especie de "invisibilización"

del vínculo netamente humano resulta preocupante al confrontarla analíticamente con el estudio de Mendoza (19) en el servicio de emergencia de Abancay (r = 0,612), donde el trato individualizado y la empatía fueron calificados como el motor principal de la calidad del servicio. La marcada discrepancia entre ambos hospitales peruanos denota que, en el servicio de hospitalización general local, la subjetividad del paciente y su dimensión espiritual han sido desplazadas por la inmediatez y urgencia de la resolución de sus necesidades físicas básicas y biológicas.

De igual forma, al evaluar la dimensión orientada a la función educadora de la enfermera, el análisis no demostró una relación estadísticamente significativa (Rho = 0,104; p = 0,062), distanciándose de manera evidente del Proceso Caritas 7 de la teoría de Watson, el cual define a la enseñanza-aprendizaje transpersonal como un potente catalizador del autocuidado y la satisfacción. Mientras que investigadores internacionales como Correa-Yantay (11) en Chile recalcan en sus conclusiones que los procesos de comunicación e información oportuna son indispensables para alcanzar la excelencia en los entornos de cuidado, en la muestra de Bambamarca esta dimensión específica no logra establecer siquiera una asociación mínima. Este distanciamiento indica que el paciente percibe las sesiones educativas, la consejería al alta o la explicación de procedimientos rutinarios como un trámite puramente formal, burocrático o secundario dentro de la dinámica hospitalaria. Esto refleja una alarmante brecha entre la concepción teórica del cuidado educativo y la percepción real de un usuario que, debido a su nivel de instrucción, demanda una comunicación que no sea meramente procedimental o técnica, sino verdaderamente dialógica, interactiva y participativa.

Finalmente, el escrutinio estadístico de la dimensión denominada el hacer de enfermería (Rho = 0,075; p = 0,178) revela un dato sumamente revelador para la gestión sanitaria: la pericia

técnica, el conocimiento científico y la destreza procedimental del personal no actúan por sí solos como determinantes autónomos o predictores directos de la satisfacción global del usuario. A pesar de que históricamente, desde los albores de la disciplina con Florence Nightingale, la competencia profesional rigurosa, la observación clínica y el control estricto del entorno físico se consideraban los pilares fundamentales para la recuperación de la salud, en la realidad del Hospital de Bambamarca la ejecución impecable de los procedimientos clínicos cotidianos parece verse severamente opacada y neutralizada por las deficiencias latentes en la infraestructura y la escasez de recursos logísticos. Al contrastar este panorama con las evidencias provistas por Valdiviezo (15) en el área especializada de hemodiálisis en Ecuador, quien halló correlaciones altamente significativas entre la praxis técnica y la satisfacción (Rho = 0,386), se deduce que en los servicios de hospitalización general la destreza técnica de la enfermera es asumida por el paciente como un estándar mínimo, obligatorio e implícito. Siguiendo las dimensiones analíticas del modelo SERVQUAL, la subvariable de tangibilidad (que engloba el estado del mobiliario, la comodidad de las camas, la limpieza de las salas y la disponibilidad oportuna de insumos médicos) actúa como el soporte material e indispensable para que el cuidado humano sea visible y valorado. Sin este soporte físico adecuado, la pericia técnica de la enfermera corre el riesgo de ser percibida por el usuario como una acción mecánica e indiferente, convirtiéndose en un factor neutralizado que no aporta valor agregado ni suma puntuación a la experiencia de satisfacción general del sujeto hospitalizado.

Al integrar de forma holística y sistémica estos hallazgos empíricos con la evidencia previa reportada por Santa Cruz en el 2021 dentro de la misma región Cajamarca, se consolida la identificación de un patrón epidemiológico y administrativo de cuidado catalogado como medio favorable, el cual resulta insuficiente para revertir los índices de insatisfacción del usuario. La

constante presión asistencial, el déficit crónico de personal y la sobrecarga laboral que caracterizan a los hospitales de nivel II-1 parecen fracturar de manera sistemática el momento del cuidado teorizado por Watson, forzando al profesional de enfermería a priorizar la tarea puramente biomédica y administrativa (el hacer) en detrimento de la intencionalidad humana, la escucha activa y la compasión (el ser). En conclusión, la construcción de la satisfacción del paciente en el Hospital de Bambamarca no es un fenómeno lineal ni monocausal; representa un proceso multivariado que demanda urgentemente una sinergia institucional. Para mejorar estos indicadores, es imperativo que la filosofía humanística de enfermería deje de ser un ideal teórico y se articule de forma operativa con una gestión estratégica y eficiente de los recursos físicos y financieros, respondiendo así con pertinencia a las legítimas demandas de un paciente que no solo busca la curación de su patología biológica, sino un cuidado que sea auténticamente digno, integral y humanizado.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- **Primero:** Se determinó la existencia de una correlación estadísticamente significativa, pero de baja intensidad, entre el cuidado humanizado y la satisfacción del paciente (Rho = 0,132). Este hallazgo demuestra que, en el contexto del Hospital II-1 Bambamarca, la satisfacción del usuario es multidimensional y depende de factores estructurales, logísticos y de capacidad resolutiva, más allá del componente estrictamente relacional, los cuales ejercen una influencia preponderante en la evaluación global del servicio.

- **Segundo:** El perfil sociodemográfico predominante, caracterizado por usuarias adultas con formación de nivel secundario y superior y adscritas al Seguro Integral de Salud, constituye un factor determinante en las expectativas de atención. El nivel educativo alcanzado condiciona una mayor exigencia crítica hacia los servicios de salud; en este escenario, la competencia técnica y la disponibilidad de recursos institucionales no se perciben como elementos complementarios, sino como estándares básicos obligatorios, supeditados a la gestión financiera y operativa del nosocomio.

- **Tercero:** Se estableció la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre la dimensión de priorización del sujeto de cuidado y la satisfacción del paciente (p = 0,849), procediéndose a la aceptación de la hipótesis nula. A pesar de los postulados teóricos, como Jean Watson, que posicionan la interacción humanística en el núcleo de la disciplina, la evidencia empírica en esta muestra sugiere que factores contextuales, tales como la estancia hospitalaria prolongada y las normativas institucionales rígidas,

desplazan la valoración del vínculo afectivo-emocional hacia una demanda práctica centrada en la efectividad y celeridad del proceso clínico-asistencial.

- **Cuarto:** El análisis estadístico demostró que la apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona no presenta una asociación significativa con la satisfacción del usuario ($p = 0,062$). Este resultado evidencia una brecha en la percepción del impacto de la labor educativa de enfermería en el entorno local, sugiriendo que, ante escenarios de vulnerabilidad física y la necesidad inmediata de alivio del dolor, los pacientes priorizan la intervención puramente biomédica y la recuperación biológica por encima de las acciones de carácter preventivo e informativo.

- **Quinto:** Finalmente, se demostró que las cualidades del hacer de enfermería carecen de un impacto estadístico directo sobre la satisfacción analizada ($p = 0,178$). Contrario a los enfoques conceptuales históricos de la profesión, las destrezas operativas y la eficiencia técnica actual han sido internalizadas por el usuario como un requisito basal mínimo del ejercicio profesional; por consiguiente, el cumplimiento de los procedimientos estandarizados no se traduce en un incremento de la satisfacción si persisten limitaciones concurrentes en la infraestructura y el entorno físico del establecimiento de salud.

5.2 Recomendaciones

Primero: A la Dirección del Hospital, con base en los hallazgos de esta investigación, se recomienda la implementación de un Programa de Entrenamiento en Empatía Clínica y Escucha Activa dirigido al personal del servicio de Medicina. La evidencia muestra que los pacientes con mayor nivel de instrucción perciben el cuidado como mecanizado; por ello, este programa busca transformar la atención rutinaria en una experiencia personalizada, consolidando el trato digno como un valor diferenciador en la prestación de servicios.

Segundo: A la Jefatura de Enfermería, se propone la restructuración del modelo de consejería de enfermería, pasando de una transmisión unidireccional de información hacia talleres participativos de autocuidado. Esta recomendación se fundamenta en el perfil educativo de los usuarios de Bambamarca, lo cual exige metodologías dialógicas y recursos audiovisuales que sitúen al paciente como protagonista de su proceso de salud. De este modo, la labor educativa dejará de ser percibida como un trámite administrativo y será reconocida como una herramienta efectiva para la recuperación.

Tercero: A la Administración Hospitalaria, se recomienda gestionar un Plan de Fortalecimiento de la Infraestructura y Equipamiento en los entornos de hospitalización. Los resultados de la tesis evidencian que, sin recursos tangibles adecuados (privacidad, insumos modernos y mobiliario cómodo), el esfuerzo humanístico del personal de enfermería se ve limitado. La mejora de las condiciones físicas constituye el soporte mínimo indispensable para que el cuidado humanizado se traduzca en una satisfacción global superior.

Cuarto: A futuros investigadores de Cajamarca, se insta a desarrollar estudios con enfoque cualitativo o de métodos mixtos sobre la subjetividad del paciente. Los hallazgos sugieren

que existen factores socioculturales que llevan a invisibilizar las dimensiones relacionales del cuidado frente a la intervención técnica. Profundizar en estas expectativas locales permitirá adaptar los modelos teóricos de enfermería a la realidad de la provincia, generando propuestas más pertinentes y contextualizadas.

REFERENCIAS

1. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero [Internet]. Barcelona: Masson; 1996 [citado 24 ago 2025]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=fEYop7piOTkC
2. Mora A, Chiriguaya C, Rocafuerte G. Gestión de la calidad de la atención en salud. MasVita [Internet]. 2024 [citado 29 ago 2025];6(1):48-54. Disponible en: https://doi.org/10.47606/acven/mv0226
3. Navarrete E, Salvatierra R, Pionce M, Pin B. El cuidado humanizado basado en valores. Recimundo [Internet]. 2023 [citado 26 mar 2026];7(4):29-37. Disponible en: https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.29-37
4. Díaz M, Alcántara L, Aguilar D, Puertas E, Cano M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. Enferm Glob [Internet]. 2020 [citado 26 mar 2026];19(58):505-519. Disponible en: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.392321
5. Barreno M. La Universidad Estatal de Milagro vista desde el enfoque de la teoría clásica de la administración. Conrado [Internet]. 2019 [citado 15 mar 2024];15(66):59-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000100059
6. Alvarez-Bolaños E, Flores-Guadarrama M, Guzmán-Catalán H, Tejada N, Anaya-Jiménez Y, Cuevas-Budhart M. Humanization of nursing care in hospitalized patients with non-communicable diseases: a phenomenological qualitative study. BMC Nurs. 2025;25(1):102.

7. Roldan J, Martínez K, Sotomayor A. Satisfacción del usuario como indicador de calidad en la atención primaria en salud. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip [Internet]. 2024 [citado 26 mar 2026];8(3):10734-51. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12235
8. Morales G. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa- EsSalud. Lima 2021 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
9. Ocampo Y. Satisfacción y calidad del cuidado de enfermería en usuarios hospitalizados del Hospital II-I Ilo, Essalud 2024 [tesis de segunda especialidad en Internet]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2024 [citado el 13 Jul 2026]. Disponible en: https://repositorio.ujcm.edu.pe/items/3e82778b-b792-4793-9cea-9b08c45bba5a
10. Santa Cruz S. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario del servicio de Emergencia del Centro de Salud Santa Cruz - Cajamarca 2021 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
11. Correa-Yantany K, Osorio-Spuler X, Bustos-Medina L, Toffoletto MC, Barrios-Casas S. Percepción de pacientes en relación a los cuidados humanizados otorgados por enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 11];16(2). Available from: https://doi.org/10.15649/cuidarte.4477
12. Garza M, Calderón A, Reyes M, García M. Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados México 2024. Horiz Sanitario [Internet]. 2024 [citado 30 ago 2025];23(1):73-81. Disponible en: https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5697
13. Juárez-León T. Satisfacción con el cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente hospitalizado con enfermedad renal crónica en un hospital de Honduras durante 2022. Méd

UIS [Internet]. 2024 [citado 26 mar 2026];37(3). Disponible en: https://doi.org/10.18273/revmed.v37n3-2024001

14. Guaylla S. Cuidado humanizado de enfermería y percepción de la atención en pacientes de cirugía, de un hospital de Latacunga, Ecuador, 2021 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
15. Valdiviezo J. Satisfacción del paciente y cuidado humanizado de enfermería en el área de hemodiálisis del Hospital Teófilo Dávila – Machala - Ecuador - 2021 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
16. Merchán J. Calidad de servicio de salud y satisfacción de los pacientes con discapacidad del centro de salud tipo B Huambaló – Ambato, Ecuador 2019 [Tesis de maestría]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2019.
17. Urure I, Pacheco L, Llerena K, Berrocal P. Perceived satisfaction and humanized nursing care in surgical patients public hospital of Peru. Enferm Clin. 2025;35(1):102128.
18. Morales A. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del paciente covid-19. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2023 [Tesis de doctorado]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2023.
19. Mendoza R. Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay - Apurímac 2022 [Tesis de especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2022.
20. Velarde P. Percepción de cuidado humanizado y el nivel de satisfacción en pacientes hospitalizados de medicina y cirugía en las naciones unidas hospital peruano. Rev Peru Med Integrativa. 2022;7(1):28-33.

21. De La Cruz E. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario en los servicios de hospitalización en un hospital de Lima, 2022 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.
22. Huamán Y. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario en el servicio de medicina del Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma 2021 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
23. Zapata-Ramos D. Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en un hospital de EsSalud. Investig Innovación Rev Cient Enferm. 2021;1(2):163–171.
24. Collantes D, Clavo V. Satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermero. facsalud [Internet]. 2020 Dec. 16 [cited 2026 Jul. 13];4(7):11-22. Available from: https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1217
25. Waldow VR. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Aquichan [Internet]. 2010 [citado 29 ago 2025];9(3). Disponible en: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1523
26. Pinargote R, Villegas M, Castillo Y, et al. Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería [Internet]. San Francisco de Campeche: Mawil; 2021 [citado 30 jun 2024]. Disponible en: https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/04/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf
27. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring [Internet]. Ed. revisada. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008 [citado 3 sep 2025]. p. 15-38.
28. Watson J. Human caring science: A theory of nursing. 2a ed. Sudbury (MA): Jones & Bartlett Learning; 2012.
29. Rivera-Álvarez L, Triana Á. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index

Enferm [Internet]. 2023 [citado 25 ago 2025];32(1):e14246. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000100014

30. UNIR (Universidad Internacional de La Rioja). La satisfacción del paciente y su importancia en el sector salud [Internet]. Logroño: UNIR Revista; 2024 [citado 5 sep 2025]. Disponible en: https://www.unir.net/revista/salud/satisfaccion-paciente/
31. Castelo-Rivas W, Cueva-Toaquiza J, Castelo-Rivas A. Satisfacción de pacientes. Pol Conoc [Internet]. 2022 [citado 6 sep 2025];7(6):176-198. Disponible en: https://doi.org/10.23857/pc.v7i6.4068
32. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad: un enfoque práctico. Ginebra: OMS; 2020.
33. Organización Panamericana de la Salud. La calidad de la atención en los servicios de salud: una mirada estratégica desde las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021.
34. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retail. 1988;64(1):12–40.
35. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health science. 2a ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.
36. Espinoza D, Guerra V, Poblete M. Proyecciones del cuidado disciplinar de enfermería desde la filosofía de Jean Watson: una revisión sistemática. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2024 [citado 14 sep 2025];13(2): e4058. Disponible en: https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.4058
37. Bellido-Vallejo JC, Lendínez-Cobo JF. Proceso de enfermería desde el modelo de Virginia Henderson. 3a ed. Jaén: Universidad de Jaén; 2020.
38. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2022.

39. Pirani SS. Application of Nightingale's Environmental Theory in the context of nursing care. Int J Nurs Scholar. 2021;1(1):15-21. Disponible en: https://doi.org/10.5281/zenodo.5515234
40. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice. 4a ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
41. Ministerio de Salud. Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. RM N° 527-2011/MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2012 [citado 30 jun 2024]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf
42. Mohamed H, Martel C, Huayta M, et al. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis [Internet]. Puno: Inudi; 2023 [citado 28 sep 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.35622/inudi.b.073
43. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018 [citado 26 sep 2024]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Metodologia_de_la_investigacion.pdf
44. Motta I. Cuidado humanizado del personal de enfermería en el servicio de emergencia en un hospital público en Lima – Perú [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2024.
45. Congreso de la República. Ley de Protección de Datos Personales. Ley N° 29733 (21 de junio de 2011).
46. Yáñez K, Rivas E, Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2021 [citado 6 nov 2024];10(1):3-17. Disponible en: https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124

47. Seclén-Palacin J, Dextre-Chacón J. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2020;37(1):58-65.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
Problema general ¿Cuál es la relación entre cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026?	**Objetivo general** Determinar la relación entre el nivel de cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026.	**Hipótesis General** H1: Existe una relación significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados Bambamarca 2026. H0: No existe una relación significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca 2026.	**Variable 1:** Cuidado Humanizado Dimensiones: D1: Priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería. D2: Apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería. D3: Cualidades del hacer de enfermería. **Variable 2:** Satisfacción del paciente Dimensiones: D1: Elementos tangibles D2: Confiabilidad D3: Capacidad de respuesta D4: Seguridad D5: Empatía	Tipo de investigación: Aplicada Enfoque: Cuantitativo. Método: Hipotético deductivo Diseño: no experimental Con Corte transversal y nivel o alcance correlacional Población y muestra: Pacientes hospitalizados en el servicio de un hospital II-1 Bambamarca, de los cuales se considerarán 323 como muestra.
Problemas específicos ¿Qué relación existe entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados? ¿Qué relación existe entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona	**Objetivos específicos** -Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados. -Identificar la relación entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados -Identificar la relación entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona	**Hipótesis específicas** H1: Existe relación significativa entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados. H0: No existe relación significativa entre la dimensión priorizar el sujeto de cuidado del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.		

del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados? ¿Qué relación existe entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados?	del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados. -Identificar la relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.	H1: Existe relación significativa entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados. H0: No existe relación significativa entre la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados. H1: Existe relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados. H0: No existe relación entre la dimensión cualidades del hacer de enfermería del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Anexo 2. Instrumentos

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE III

Apreciado(a) señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los licenciados en 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.

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	NO RESPONDE
Dimensión: Priorizar el sujeto de cuidado					
1. Le hacen sentir como persona.					
2. Le tratan con amabilidad.					
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.					
7. El personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a) cuando está con usted.					
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan.					
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.					
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores.					
Dimensión: Apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona					
4. Le miran a los ojos cuando le hablan.					
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.					
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.					
14. Le dan indicaciones sobre su atención 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.					
Dimensión: Cualidades del hacer de enfermería					
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante la hospitalización.					
13. La dedican el tiempo requerido para su atención					
16. Le llaman por su nombre.					
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).					
20. Le manifiestan que están pendientes de usted.					
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.					
22. Responden oportunamente a su llamada.					
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espirituales.					
24. Le escuchan activamente.					
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 ordenados por el médico.					

INSTRUMENTO SERVQUAL

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DEL MINSA - BAMBAMARCA, 2025 - 2026.

		N° Encuesta:
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL I-4, II y III		
Nombre del encuestador:		
Establecimiento de salud:		
Fecha:	Hora de inicio:	Hora final:
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión y sugerencias sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de hospitalización del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Por favor, sírvase contestar todas las preguntas.		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	1
	Acompañante	2
2. Edad del encuestado en años		
3. Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
4. Nivel de estudio	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitaria	5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1
	SOAT	2
	Ninguno	3
	Otro	4
6. Tipo de usuario	Nuevo	1
	Continuador	2

7. Servicio donde permaneció hospitalizado	

EXPECTATIVAS										
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.										
N°		**Preguntas**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	E	Que todos los días reciba una visita médica							
2	E	Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado							
3	E	Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos que recibirá durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos							
4	E	Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los resultados de los análisis de laboratorio							
5	E	Que, al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa							
6	E	Que los trámites para su hospitalización sean rápidos							
7	E	Que los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido							
8	E	Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realicen rápido							
9	E	Que los trámites para el alta sean rápidos							
10	E	Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud							
11	E	Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica							
12	E	Que se mejore o resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza							
13	E	Que durante su hospitalización se respete su privacidad							
14	E	Que el trato del personal de obstetricia y enfermería sea amable, respetuoso y con paciencia							
15	E	Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia							
16	E	Que el trato del personal de nutrición sea amable, respetuoso y con paciencia							
17	E	Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia							
18	E	Que el personal de enfermería muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización							
19	E	Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios							
20	E	Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios							
21	E	Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención							
22	E	Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados							

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a cómo usted HA RECIBIDO, la atención en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. **Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.**									
N°		**Preguntas**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	P	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?							
2	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?							
3	P	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos?							
4	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?							
5	P	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?							
6	P	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?							
7	P	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?							
8	P	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?							
9	P	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?							
10	P	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?							
11	P	Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica							
12	P	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?							
13	P	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?							
14	P	¿El trato del personal de obstetricia y enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?							
15	P	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?							
16	P	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con							

		paciencia?							
17	P	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?							
18	P	¿El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?							
19	P	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?							
20	P	¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontró limpios?							
21	P	¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?							

Anexos 3 y 4. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Instrumento 1

“Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE III.

Para respaldar la validez del instrumento PCHE-III, se aplicó a 320 pacientes hospitalizados con el fin de evaluar su validez de constructo y su confiabilidad. La validez de constructo, que asegura que el instrumento mida la estructura del concepto que busca evaluar, se verificó utilizando la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Esta prueba arrojó un valor de 0,956, que se encuentra dentro del rango óptimo (0.8 a 1.0), y la prueba de esfericidad de Barlett dio un resultado de 0.0. Estos indicadores permitieron confirmar que el instrumento reproducía la estructura del constructo.

A través del análisis factorial, se encontró que la rotación de los ítems en tres factores presentaba la mejor coherencia teórica y distribución, lo que permitió sintetizar el instrumento en tres dimensiones (29).

Tabla 9. Ficha Técnica del instrumento PCHE - III versión

Característica	Descripción
Nombre del instrumento	Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), 3.ª Versión.
Autores de construcción	Poblete, M., Valenzuela, S. e Isolda Careño (Chile, 2013).
Autores de validación de contenido y apariencia	Rivera-Álvarez, Luz Nelly y Triana, Álvaro (Colombia, 2007-2012).
Autores de validación psicométrica final	Guerrero-Ramírez, R., Salazar-Maya, Á. M. y Gómez-Leyton, M. E. (2016).
Base teórica	Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (10 Factores Caritas).
Objetivo	Evaluar la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería.
Número de ítems	32 reactivos redactados en sentido positivo.
Tipo de escala	Escala de Likert de 4 puntos: (4) Siempre, (3) Casi siempre, (2) A veces, (1) Nunca.
Validez de contenido, apariencia y constructo	Determinada mediante juicio de expertos $\alpha = 0.98$, $\alpha = 0.92$ $\alpha = 0.956$ respectivamente
Confiabilidad	Alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.96).
Dimensiones	1. Priorizar el sujeto de cuidado (12 ítems). 2. Apertura a la comunicación (7 ítems). 3. Cualidades del hacer de enfermería (13 ítems).

Instrumento 2

SERVQUAL

Estudios realizados en Perú han demostrado que las encuestas SERVQUAL modificadas presentan características psicométricas de alta validez y confiabilidad. Esto significa que el cuestionario es consistente y preciso en la medición de la satisfacción del usuario en los servicios de salud (41).

Tabla 10. Ficha Técnica del instrumento SERVQUAL

Característica	Descripción
Nombre del instrumento	Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL)
Autores de construcción	Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)
Adaptación Técnica	RM N° 527 – 2011/MINSA
Objetivo	Evaluar la calidad del servicio de salud mediante la brecha (*gap*) entre expectativas y percepciones del usuario
Número de ítems	22 pares de ítems (22 de expectativas y 22 de percepciones)
Tipo de escala	Escala de Likert de 1 a 7 puntos
Validez	Contenido mediante juicio de expertos (V de Aiken > 0.90) y validación por RM del MINSA.
Confiabilidad	Consistencia interna mediante Alfa de Cronbach (alpha > 0.90).
Dimensiones	Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Elementos Tangibles.

Anexo 5. Aprobación del comité de ética

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN
DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 26 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:
OLGA RIMARACHIN TARRILLO

Exp. Nº: 2899-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de pacientes hospitalizados del servicio de medicina de un hospital II-1. Bambamarca, 2025"**
Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 26/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
OLGA RIMARACHIN TARRILLO
BERTHA MARIELA CERNA VENTURA

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las Instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Cerna Ventura Bertha Mariela / Rimarachín Tarrillo Olga

Título: Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados - Bambamarca, 2026

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: "Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina". Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Cerna Ventura Bertha Mariela y Rimarachín Tarrillo Olga. El propósito de este estudio es recoger información para evaluar la atención de enfermería que se está brindando a los pacientes. Su ejecución ayudará a/permitirá tomar acciones de mejora en la atención a los pacientes.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

Información acerca del estudio a realizar

Firmar el Consentimiento informado

Desarrollar la encuesta

Las encuestas pueden demorar unos 45 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de la encuesta se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Al participar en esta investigación, usted contribuye a mejorar la calidad de la atención en salud. Sin embargo, es importante que conozca los posibles riesgos asociados. Aunque se espera que

la participación sea una experiencia positiva, algunos participantes podrían experimentar molestias leves al recordar situaciones pasadas relacionadas con su salud. Además, el proceso de responder a las preguntas podría generar cierta incomodidad o estrés emocional, especialmente si se abordan temas sensibles. Es importante destacar que sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y anónima para proteger su privacidad. No obstante, existe la posibilidad de que, al recordar experiencias pasadas, puedan surgir emociones que requieran atención adicional. Por ello, se le proporcionará información de contacto de profesionales de la salud mental en caso de necesitar apoyo emocional después de participar en el estudio.

Beneficios

Participar en esta investigación sobre cuidado humanizado y satisfacción del paciente ofrece varios beneficios importantes. En primer lugar, los encuestados estarán contribuyendo directamente a mejorar la calidad de los servicios de salud, lo que puede resultar en un cuidado más atento y personalizado para futuros pacientes. Además, los participantes recibirán retroalimentación sobre los resultados de la investigación, lo que les permitirá comprender cómo sus experiencias y opiniones están influyendo en la mejora de las prácticas de cuidado. La participación es completamente voluntaria y se garantiza la confidencialidad de todas las respuestas, asegurando que la información personal de los encuestados esté protegida. Los datos recopilados serán fundamentales para desarrollar nuevas estrategias y prácticas que promuevan un cuidado más humanizado, lo que puede tener un impacto positivo significativo en la comunidad. En resumen, su participación no solo ayuda a avanzar en el conocimiento y la práctica del cuidado humanizado, sino que también contribuye a un sistema de salud más satisfactorio y efectivo para todos.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante el desarrollo de la encuesta, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio.

Puede comunicarse con Bertha Mariela Cerna Ventura al número de teléfono 988792061 con Olga Rimarachín Tarrillo al número de teléfono 945941646 o al comité que validó el presente estudio, Mg. Angélica Karina Minaya Galarreta, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. 939513820. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participó en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante	Investigador
Nombres:	Nombres:
DNI:	DNI:

Anexo 7. Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA SALUD HUALGAYOC
HOSPITAL BAMBAMARCA "TITO VILLAR CABEZAS"

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Bambamarca, 06 de enero del 2026

CARTA Nº 001-2026-UESH-BCA/HTVC-BCA/DG

Señores:
Lic. Enf. Bertha Mariela Cerna Ventura
Lic. Enf. Olga Rimarachín Tarrillo

Ciudad.

ASUNTO : Autorización para recolección de datos de tesis

REFERENCIA: CARTA Nº 03-2026--SG-UPNW-CP de fecha 05 de enero del 2026.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, a la vez, dar respuesta a la carta presentada, mediante la cual requiere autorización para la recolección de datos con fines académicos, correspondiente al trabajo de investigación titulado "Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina de un hospital II-1 Bambamarca, 2025".

Al respecto, luego de la evaluación de la solicitud y considerando que el estudio tiene fines académicos y científicos, se autoriza la recolección de datos en el Servicio de Medicina del Hospital "Tito Villar Cabezas", debiendo realizarse en coordinación con la jefatura del servicio y la Jefa de Enfermería; asimismo, se precisa que la investigación deberá cumplir estrictamente con los principios éticos, garantizando la confidencialidad de la información, el anonimato de los pacientes y el consentimiento informado correspondiente, sin interferir en la atención regular de los usuarios ni en las actividades del personal de salud.

La presente autorización se otorga únicamente para los fines descritos en el proyecto de investigación presentado, al culminar la investigación, se solicita hacer llegar el informe final con los resultados obtenidos a esta Dirección.

Sin otro particular, me despido, no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente:

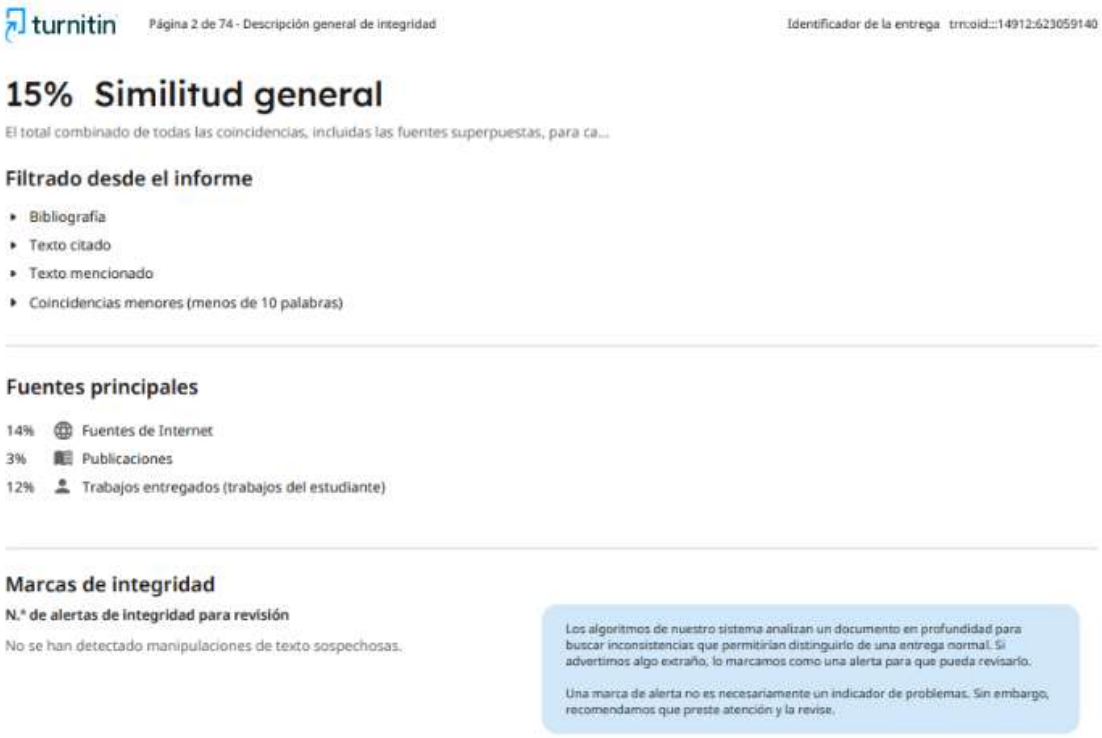
EECM/tqvs
C.c
Arch.01

Folios: 01

Barrio amazonas – Bambamarca.
CORREO ELECTRONICO: htvillarc@diresacajamarca.gob.pe

TELEFAX (076) 353483
TELEFONO 353553 (Emergencia)

Anexo 9. Informe del asesor de Turnitin



turnitin Página 2 de 74 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid:::14912:623059140

15% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

14% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.° de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

15% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

14% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

14% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1 Internet
repositorio.uwiener.edu.pe 3%

2 Internet
repositorio.ucv.edu.pe 1%

3 Internet
hdl.handle.net 1%

4 Trabajos entregados
Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-02-06 1%

5 Trabajos entregados
uwiener on 2024-04-23 <1%

6 Internet
repositorio.uncp.edu.pe <1%

7 Internet
cmconecta.com <1%

8 Trabajos entregados
Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-04-01 <1%

9 Trabajos entregados
uwiener on 2025-01-28 <1%

10 Internet
files01.core.ac.uk <1%

11 Trabajos entregados
Universidad Cesar Vallejo on 2016-04-12 <1%