

**Factores psicosociales para la humanización del servicio de salud en la ESE hospital Emiro
Quintero Cañizares de Ocaña, Norte de Santander**

María Yirley Acosta Ascanio

Sara Marcela Carrascal Ropero

Directora

Lucia Catalina Martínez Ruiz

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela Ciencias Sociales, Artes y Humanidades – ECSAH

Psicología

2025

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que fueron fundamentales en la elaboración de este proyecto aplicado. Agradecemos profundamente a nuestras familias, cuyo apoyo emocional y económico fue esencial para que pudiéramos avanzar en este proceso. Sin su respaldo incondicional, no hubiéramos podido superar los desafíos que se presentaron.

Agradecemos de manera especial al Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, por su colaboración en la implementación de la cartilla destinada a promover la atención humanizada, y por brindarnos la oportunidad de trabajar junto a su personal para llevar a cabo este proyecto.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a nuestro asesor, por su apoyo firme, disposición a lo largo de todo el proceso. Su compromiso con el proyecto fue esencial para su desarrollo y éxito.

Por último, agradecemos a todas las personas que, de alguna manera, han contribuido con su tiempo, conocimiento y apoyo, y que han hecho posible que este proyecto se materialice.

Tabla de Contenido

Introducción	10
Planteamiento del Problema	12
Situación Problema	16
Formulación del Problema	19
Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Justificación	21
Delimitaciones	24
Geográfica	24
Temporal	24
Conceptual	25
Operativa	25
Marcos Referenciales	26
Marco Teórico	26
Estado del Arte	26
Estereotipos	28
Confianza Institucional	29
Percepción Humanizada	30
Expectativa del Paciente	31
Marco Conceptual	32
Marco Normativo	40

Diseño Metodológico.....	43
Tipo de Estudio	43
Diseño de Muestreo y Estudio	44
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	45
Validez.....	46
Resultados	56
Resultados Obtenidos, Encuesta a Usuarios	56
Resultados Obtenidos, Encuesta al Personal de Salud.....	60
Discusión.....	65
Discusión: Perspectiva de los Usuarios	65
Discusión: Perspectiva del Personal de Salud	66
Conclusiones	68
Recomendaciones	70
Referencias Bibliográficas	72
Apéndices.....	83

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Aplicación de CVR (Calidad Metodológica)</i>	49
Tabla 2 <i>Aplicación de CVR (Validez)</i>	50
Tabla 3 <i>Aplicación de CVR (Objetividad)</i>	51
Tabla 4 <i>Aplicación de CVR (Consideración de la Ética)</i>	52
Tabla 5 <i>Interpretación de los Criterios Evaluados</i>	53
Tabla 6 <i>Operacionalización de Variables</i>	54

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Modelo Teórico Explicativo del Constructo de Humanización</i>	15
Figura 2 <i>Descripción Realizada de los Contextos de Humanización</i>	24
Figura 3 <i>Factores Externos-Internos Percibidos</i>	32
Figura 4 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DA): Dar Información</i>	56
Figura 5 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DE): Deberes y Derechos</i>	57
Figura 6 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DI): Dignidad y Respeto al usuario</i>	58
Figura 7 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DO): Oportunidad</i>	59
Figura 8 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DU): Duelo</i>	60
Figura 9 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DA): Dar Información</i>	60
Figura 10 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DE): Deberes y Derechos</i>	61
Figura 11 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DI): Dignidad y Respeto al usuario</i>	62
Figura 12 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DO): Oportunidad</i>	63
Figura 13 <i>Gráficas de Frecuencia, Variable (DU): Duelo</i>	64

Lista de Apéndice

Apéndice A <i>Árbol de Problemas</i>	83
Apéndice B <i>Cronograma</i>	84
Apéndice C <i>Consentimiento Informado</i>	85
Apéndice D <i>Herramienta 1</i>	87
Apéndice E <i>Herramienta 2</i>	90
Apéndice F <i>Instrumento</i>	96
Apéndice G <i>Variables</i>	97
Apéndice H <i>Rúbrica de Evaluación del Instrumento de Investigación</i>	99
Apéndice I <i>Resultados de Evaluación del Instrumento por Expertos Investigadores</i>	100
Apéndice J <i>Evidencias Fotográficas</i>	101
Apéndice K <i>Consentimientos Informados</i>	106

Resumen

El proyecto aplicado se desarrolló en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares (ESE HEQC), con el objetivo de promover una atención más humanizada en el servicio de urgencias a través del diseño y aplicación de una cartilla metodológica. Este instrumento, basado en un enfoque psicosocial, tiene como finalidad fortalecer la relación entre el personal de salud, los pacientes y sus familias, abordando factores emocionales y psicosociales relevantes. La metodología incluyó la recolección de datos mediante encuestas dirigidas a pacientes y personal sanitario, seguidas de talleres prácticos orientados a fortalecer competencias clave para la humanización de la atención. Los resultados evidenciaron un aumento en el agrado de los usuarios y mejoras significativas en la impresión sobre de calidad del servicio, así como una mejor gestión del estrés laboral en el personal. Esta investigación destaca la relevancia de brindar una atención hospitalaria más humanizada, como estrategia integral para garantizar un cuidado respetuoso y efectivo.

Palabras Clave: atención humanizada, psicosocial, cartilla metodológica, estrés laboral, satisfacción del usuario, ESE HEQC.

Abstract

The applied project was developed at the ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares (ESE HEQC), with the aim of promoting more humanized care in the emergency service through the design and application of a methodological booklet. This instrument, based on a psychosocial approach, aims to strengthen the relationship between health personnel, patients and their families, addressing relevant emotional and psychosocial factors. The methodology included data collection through surveys directed at patients and health personnel, followed by practical workshops aimed at strengthening key competencies for the humanization of care. The results showed an increase in user satisfaction and significant improvements in the impression of service quality, as well as better management of work stress in staff. This research highlights the relevance of providing more humanized hospital care, as a comprehensive strategy to guarantee respectful and effective care.

Keywords: humanized care, psychosocial, methodological booklet, occupational stress, user satisfaction, ESE HEQC.

Introducción

El sistema de atención en Colombia ha estado tradicionalmente enfocado en la enfermedad del "paciente", y no ha priorizado un enfoque preventivo. Sin embargo, en la actualidad se busca implementar un modelo de atención focalizado en el paciente, donde la satisfacción del usuario es un indicador clave para medir la mejoría en la calidad de los servicios médicos es reconocida tanto por los profesionales de la salud como por los gestores del sistema (Auer et al., 2016). En este contexto, la percepción de bienestar del usuario se comprende como una valoración de los servicios de salud que experimentan los usuarios, teniendo en cuenta sus expectativas en torno a la salud, la enfermedad y su bienestar general (Goodrich & Lazenby, 2022).

La aplicación de encuestas para evaluar la satisfacción del paciente resulta fundamental, ya que facilita una mejor comprensión de sus necesidades, asiste a la optimización de la gestión hospitalaria y favorece a una mejor la eficacia del servicio (Hannon et al., 2022). Sin embargo, la satisfacción del paciente es muy amplia y compleja, con muchas dimensiones, y aún existe incertidumbre sobre los factores determinantes que inciden en ella (Asamrew et al., 2020).

En paralelo, se ha demostrado que las relaciones cercanas y el sentido de conexión social son predictores confiables de la salud. Las redes de apoyo social desempeñan cuatro funciones esenciales: emocional, informativa, evaluativa e instrumental. El apoyo emocional, también denominado apoyo afectivo o apego, se refiere a las manifestaciones de amor, cuidado, aliento y empatía que brindan una sensación de seguridad al individuo (Thoits, 2011). El apoyo informativo implica ofrecer hechos o consejos que ayudan a las personas a resolver problemas (Wang et al., 2014). El apoyo instrumental se refiere a la ayuda práctica y tangible que se ofrece a través de asistencia material o tareas concretas (Langford et al., 1997; Wang et al., 2014).

Finalmente, el apoyo evaluativo consiste en expresar opiniones que validan las acciones o declaraciones de otra persona (Langford et al., 1997).

En este contexto, es fundamental fortalecer de la gestión territorial integral de la salud pública por medio de un modelo que guía, coordina y alinea los intereses de los actores sectoriales e intersectoriales, para garantizar la ejecución de labores efectivas en el ámbito de la salud. Así, tanto el personal asistencial como administrativo tienen un papel fundamental en proporcionar orientación y apoyo efectivo a las personas afectadas por su enfermedad. Este estudio se enfoca en el apoyo social requerido para enfrentar eventos vitales adversos y problemas de salud en el servicio de urgencias, entendiendo dicho apoyo como un recurso clave para optimizar el estado funcional y la eficacia de vida de los pacientes. Además, se reconoce que el apoyo social orientado a problemas de salud influye directamente en el tratamiento y en las conductas relacionadas con la gestión de la salud, favoreciendo en la mejora sustancial de la calidad de vida de los pacientes. (Langford et al., 1997; Wang et al., 2014).

Factores Psicosociales para la Humanización del Servicio de Salud en la ESE Hospital

Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, Norte de Santander

Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que las personas tienen derecho a obtener el más alto nivel de salud posible. En este sentido, la calidad de la atención se considera un pilar fundamental dentro del macroproyecto 'Salud para Todos'. En este contexto, la retroalimentación de los usuarios es un elemento fundamental en la cooperación con los consumidores, ya que permite conocer su grado de conocimiento y grado de satisfacción. Este enfoque busca que se adapten los servicios de salud a las necesidades reales de la población, garantizando una atención centrada en el paciente. La percepción de los beneficiarios sobre la calidad del apoyo recibido se configura a partir de las oportunidades de mejora que surgen con el tiempo (OMS, 2020).

En este contexto, la evaluación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) se lleva a cabo mediante encuestas de retroalimentación auto informadas, las cuales recopilan datos de los pacientes al momento de su alta hospitalaria. Un aspecto clave dentro de esta evaluación es la pregunta: "¿Recomendaría este hospital o clínica a sus amigos y familiares?", utilizada como un indicador de satisfacción y calidad del servicio (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 2020b, p. 323). De manera similar, la firma Press Ganey emplea preguntas con el mismo enfoque para medir la percepción de los pacientes.

En el ámbito del marketing, la pregunta "¿Recomendaría?" se ha utilizado ampliamente para evaluar la lealtad a la marca y predecir el crecimiento empresarial (Reichheld, 2003). Sin embargo, su aplicación en el sector salud implica asumir que la lealtad del cliente es equivalente

a la satisfacción del paciente, lo que genera una posible discrepancia metodológica. Para abordar esta limitación, sería más adecuado implementar una medición específica sobre la eficiencia en la atención brindada por el personal asistencial y administrativo. Este enfoque permitiría evaluar la percepción del paciente respecto a los cuidados recibidos, diferenciándolos de factores externos como la imagen institucional o el entorno hospitalario, sobre los cuales el personal de salud tiene un impacto limitado.

Para fortalecer el planteamiento del problema, es fundamental contextualizar la situación en Colombia, específicamente Norte de Santander y en el ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña. A continuación, se presentan datos estadísticos y antecedentes relevantes:

Situación en Colombia: Según una encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social de (2022), el 78,7% de los usuarios a nivel nacional reportaron una experiencia global satisfactoria con los servicios de salud. Sin embargo, solo el 14% de los encuestados afirmó que es muy fácil acceder a estos servicios, lo que indica barreras significativas en el acceso a la atención sanitaria.

“En cuanto a la satisfacción con las EPS, el régimen contributivo obtuvo un 77,56% de satisfacción, mientras que el régimen subsidiado alcanzó un 81,02%”. Infobae, (2022).

Situación en Ocaña, Norte de Santander: La ESE HEQC, ubicado en Ocaña, ha enfrentado desafíos significativos en cuanto a la prestación de servicios de salud. En 2020, la Superintendencia Nacional de Salud implementó una intervención forzosa debido a deficiencias en las deficiencias de la experiencia de la atención. Durante esta etapa, se evidenciaron más de 80 fallos en distintos procesos, afectando la satisfacción y confianza de los usuarios.

Por lo tanto, en el 2023 se reportaron mejoras en la atención en salud en la zona del Catatumbo, gracias a la apuesta por la innovación del ESE HEQC. Estas acciones buscan brindar servicios de buena calidad y seguridad a la comunidad, aunque aún persisten desafíos en la humanización de la atención. Semana. (2023).

Al respecto, en cuanto a la humanización del cuidado en salud se fundamenta con la interacción entre diversos actores clave, incluyendo a los pacientes y sus familias, los profesionales y los gestores del sistema de salud (Sousa et al., 2019). No obstante, cuando se analiza la atención brindada a los pacientes, el elemento central en la humanización del cuidado es la participación activa de los profesionales de la salud que desempeñan un papel esencial en la prestación de un servicio digno y empático (Heras et al., 2017).

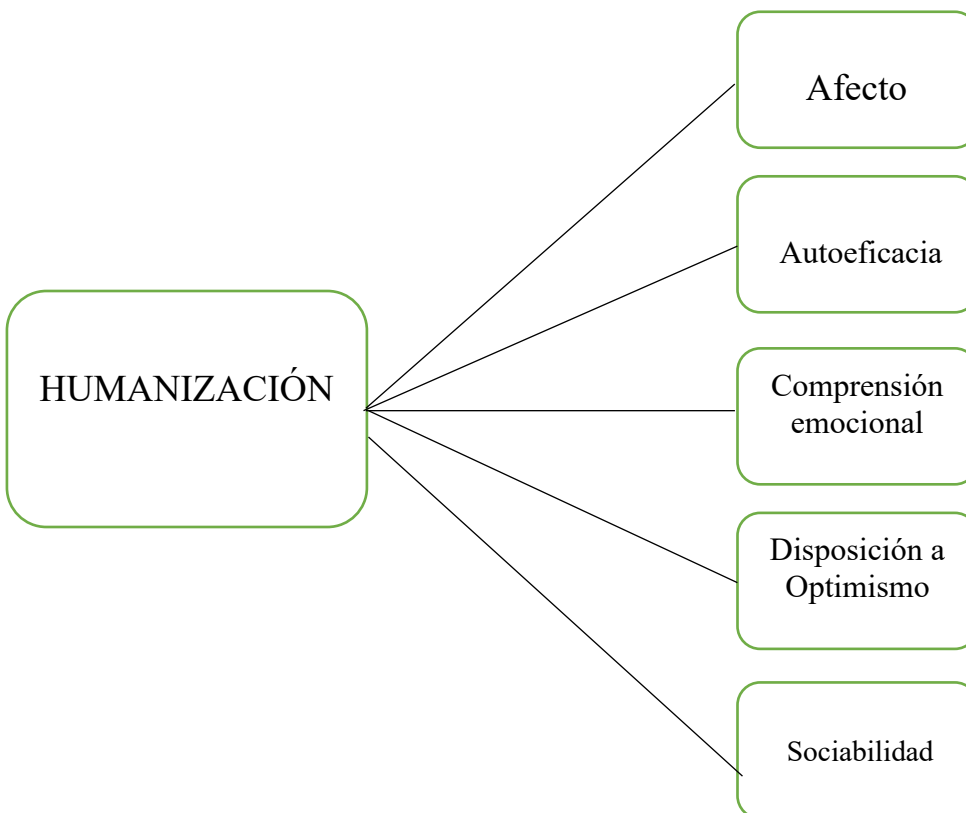
Diversos estudios en Latinoamérica han evidenciado que aspectos tales como la empatía y la capacidad de respuesta en la atención sanitaria presentan bajos niveles de satisfacción, alcanzando un 38,1 % y 24,52 %, respectivamente. Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer estos elementos para promover una atención más humanizada (BVS Salud, 2018). En este sentido, la humanización implica que el personal de la salud desarrolle y aplique recursos sociales, personales y emocionales que favorezcan su desempeño profesional y su rol activo en el proceso de salvación del paciente. Este enfoque busca una construcción integral de la salud, donde el profesional no solo respete la dignidad de los individuos, sino que también sea sensible a sus necesidades y les proporcione herramientas que mejoren su bienestar de forma holística, fundamentándose en la intersubjetividad y la reciprocidad (Trípodí et al., 2019).

El concepto de humanización en el ámbito de la salud se refiere a un conjunto de competencias personales que facilitan el ejercicio profesional con un enfoque centrado en la dignidad y respeto del ser humano. Este enfoque busca potencializar el bienestar físico, mental y

emocional, beneficiando a los pacientes y a los profesionales de la salud, quienes desarrollan un papel clave en la humanización de la atención. En este sentido, el modelo propuesto (Ilustración 1) integra diversas actitudes que los profesionales deben adoptar para integrar este principio en su habilidad diaria.

Figura 1

Modelo teórico explicativo del constructo de humanización



Nota. La figura evidencia modelo teórico explicativo del constructo de humanización en el Modelo de la Escala de Humanización de Profesionales de la Salud (HUMAS).

El propósito fundamental de la humanización en los cuidados de salud es garantizar una atención óptima y dar respuesta de manera eficaz a las necesidades de los pacientes. Para alcanzar este objetivo, resulta crucial la interacción con profesionales sanitarios que se encuentren plenamente comprometidos con su labor. Diversos factores influyen en este compromiso (ver Figura 1), destacándose la dedicación y vocación de los profesionales, lo cual ha demostrado generar impactos positivos en la eficacia de la asistencia que se le brinda a los pacientes.

En este sentido, Orgambidez et al. (2019) señalan que la autoeficacia es un factor estrechamente vinculado al compromiso laboral en el área del cuidado de la salud. La autoeficacia se define como la capacidad que tienen los profesionales sanitarios para gestionar de manera efectiva situaciones complejas y de alta presión. Asimismo, las expectativas sobre la autoeficacia se ven influenciadas por cuatro elementos principales: los logros profesionales, las experiencias observadas o imaginadas, la persuasión verbal y los estados fisiológicos y emocionales (Orgambidez et al., 2019).

Situación Problema

La ESE HEQC, como principal centro de atención en la región, enfrenta una alta demanda de servicios médicos en su área de urgencias, convirtiéndose en un pilar fundamental para el cuidado de la salud de la población. Sin embargo, esta elevada afluencia de pacientes plantea desafíos significativos en la prestación de un servicio oportunos. La situación se agrava debido a la insuficiencia de recursos humanos, materiales, infraestructura física y otros elementos necesarios para garantizar una atención eficiente y satisfactoria.

La unidad móvil de la ESE HEQC, es esencial para brindar servicios de salud a comunidades de difícil acceso; sin embargo, enfrenta problemas como el deterioro de su

infraestructura, la falta de mantenimiento y el desaprovechamiento de su potencial, lo que limita superar las expectativas de los usuarios y el lograr una atención eficaz. Además, el desgaste en los equipos biomédicos y la ausencia de registros actualizados generan costos adicionales y posibles reemplazos (Hernández Osorio, 2023).

Superar estas limitaciones requiere implementar medidas como un programa integral de mantenimiento, mejoras en la infraestructura y herramientas tecnológicas para gestionar equipos y servicios, asegurando así mayor eficiencia y calidad en la atención a la población.

Dicha carencia no solo impacta en la capacidad operativa del hospital, sino que también puede influir directamente en la experiencia de los usuarios, afectando cada percepción en la calidad del servicio recibido. En este sentido, es fundamental evaluar el grado de satisfacción de los usuarios que asisten en el área de urgencias, ya que esto no solo refleja la calidad de la atención que reciben, sino que además aporta información valiosa para implementar estrategias de mejora que optimicen los procesos y recursos disponibles.

La satisfacción del usuario representa un rol importante en la mejora del comportamiento de este desde la atención y la mejora de los resultados. Sin embargo, dado que la satisfacción del usuario es un concepto multidimensional, no está claro qué factores son los indicadores clave de la satisfacción del usuario. En ese sentido, Los usuarios no sólo son los destinatarios finales de los resultados médicos, sino también los validadores que evalúan la calidad de los servicios médicos. En segundo lugar, la calidad de la comunicación médico-paciente es un determinante de la satisfacción del paciente. La comunicación eficaz permite al usuario escuchar pacientemente las preguntas del personal médico y adoptar un comportamiento más dócil. Una comunicación ineficaz puede generar emociones adversas en los pacientes, lo que impacta

negativamente su experiencia durante la atención médica y, en consecuencia, reduce su nivel de satisfacción con el servicio recibido (Moslehpour et al., 2022).

Según Álvarez Álvarez (2022), la caracterización de los colaboradores en el área de urgencias de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares en Ocaña reveló factores clave que impactan directamente en la calidad del servicio. Entre ellos, se destaca que la motivación laboral está influenciada principalmente por la estabilidad contractual y la remuneración. Los empleados de planta cuentan con mejores condiciones laborales en comparación con los contratados por cooperativas o bajo Órdenes de Prestación de Servicios, quienes enfrentan incertidumbre respecto a su continuidad en la institución.

En consecuencia, entre los principales desafíos que enfrenta el servicio de urgencias de la ESE HEQC se encuentra la falta de un modelo psicosocial que promueva la motivación y el desarrollo integral del personal. La carencia de capacitación en habilidades de comunicación y el déficit de empoderamiento, junto con una sobrecarga laboral, agravan las debilidades estructurales del sistema, como la insuficiencia de capacidad instalada y la falta de enfoque en la medicina centrada en el paciente. Estas condiciones generan una atención poco oportuna, afectando negativamente la experiencia del usuario, quien experimenta desconfianza en el sistema de salud, mayor estrés y ansiedad al solicitar los servicios. Además, la alta rotación de personal impacta la continuidad en el diagnóstico y tratamiento, aumentando los costos en la atención médica a largo plazo.

Para abordar estas problemáticas, es fundamental implementar estrategias que fortalezcan la estabilidad laboral y el bienestar del personal, incluyendo la incorporación de incentivos y programas de capacitación enfocados en habilidades blandas, como la comunicación efectiva. Solo así se podrá garantizar un servicio de urgencias más eficiente y centrado en el paciente,

mejorando tanto la percepción de los usuarios como la eficacia de los resultados en salud. (Véase Apéndice A)

En ese sentido, la salud y la enfermedad se consideran como el resultado de una interacción compleja entre factores psicológicos y sociales, por lo cual se reconoce que los aspectos emocionales, sociales y psicológicos pueden influir en la salud y el curso del malestar; además, aboga por un enfoque integral que tenga en cuenta no solo los síntomas físicos, sino también los factores emocionales, cognitivos y sociales. De ese modo fomentar una comunicación más colaborativa entre médico y paciente, considerando las dimensiones psicológicas y sociales en el procedimiento de la enfermedad, enfatizando en la importancia de prevenir y el bienestar integral en la atención médica.

Formulación del Problema

¿Cómo perciben los usuarios la atención humanizada brindada por el personal del servicio de urgencias en la ESE HEQC del municipio de Ocaña durante el mes de marzo del 2024?

Objetivos

Objetivo General

Analizar los factores psicosociales que contribuyen a la humanización del servicio de salud en el Hospital Emiro Quintero Cañizares y su impacto en la atención a pacientes y personal sanitario.

Objetivos Específicos

Diseñar una encuesta que contemple las características de atención humanizada percibidas en los pacientes y el personal de salud del Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Determinar la suficiencia del personal asistencial y la efectividad de su proceso de comunicación durante la atención.

Diagnosticar la situación real que se presenta en cuanto al grado de satisfacción por parte de los pacientes y demás personas que asisten al área de urgencias.

Implementar una cartilla metodológica dirigida a todo el personal de la institución, diseñada para mejorar la humanización de los servicios a través de talleres y capacitaciones prácticas.

Justificación

Los avances tecnológicos en área de la salud han permitido aumentar las tasas de supervivencia. No obstante, también han contribuido a un proceso de deshumanización en la práctica médica, al priorizar los desarrollos tecnológicos sobre aspectos esenciales de la interacción humana en la atención sanitaria (Peña et al., 2017). En la evaluación de la satisfacción del paciente, tradicionalmente se ha dado mayor importancia a factores físicos como el entorno hospitalario y las competencias del personal de salud. Se asume que médicos y enfermeros, con una formación adecuada, pueden utilizar la infraestructura de manera eficiente y ser percibidos positivamente por los pacientes. Sin embargo, con la evolución del modelo psicosocial en la medicina, los aspectos físicos han dejado de ser el único elemento central en la forma en la que perciben de la calidad del servicio. Actualmente, los factores psicosociales han adquirido un papel fundamental en la evaluación de la satisfacción del paciente, ya que influyen directamente en su bienestar y experiencia de atención.

Desde la perspectiva anterior, una lógica deductiva (de lo general a lo particular), el contexto macro estaría representado por el Sistema Nacional de Salud, que está fundamentado en la Política de Atención Integral en Salud, reglamentada por el Estado colombiano a través de todos sus sistemas normativos, jurídicos y legales. Estos sistemas influyen, direccionan y supervisan a las instituciones de salud, encargadas de prestar los servicios; dicha institución es funcionan en diferentes contextos: hospitalarios o de atención directa; pre-hospitalarios o de atención intermediada y de medio de contacto entre lo hospitalario y lo extra-hospitalario que se refiere a la intervención en salud particularmente con comunidades. Como sistema integral, se supone una interacción funcional entre estos distintos contextos.

Respecto al contexto hospitalario, vale la pena evaluar elementos relacionados con el mismo, pues de alguna manera se conectan con los procesos de humanización. El contexto hospitalario en especial el servicio de urgencias, se estructura, organiza y configura con diferentes ambientes o entornos: el diseño arquitectónico y el diseño ambiental, pues desde la apariencia de la psicología ambiental, las percepciones que se tienen del ambiente construido afectan e influyen la conducta de cada sujeto que interactúan con el mismo. La tecnología, los equipos, instrumentación e insumos; su adecuación, funcionalidad, actualización, etc., tienen que ver con el trato humanizado que se da al usuario. La estructura y los procesos funcionales de la organización hospitalaria igualmente influyen en las formas de atención y esto incluye los procesos administrativos de la organización hospitalaria; procesos que igualmente pueden afectar y de hecho lo hacen, tanto a los usuarios como a los colaboradores de la institución.

La investigación propuesta tiene como alcance principal contribuir al fortalecimiento de una atención más humanizada en el servicio de salud en la ESE HEQC de Ocaña, Norte de Santander. Este estudio busca abordar los factores psicosociales que influyen en la interacción entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares. Así, se pretende diseñar una herramienta práctica (cartilla) que permita a los futuros practicantes de psicología y al personal sanitario adquirir competencias clave para ofrecer una atención centrada en el respeto, la empatía y la dignidad humana.

La implementación de este proyecto tendrá múltiples beneficios para diferentes grupos, entre los cuales se encuentran los pacientes y sus familias, mejorando la calidad de cada experiencia de los usuarios en los servicios prestados a través de un trato más humanizado y cercano, reduciendo la ansiedad y el estrés durante los procesos de atención médica, especialmente en áreas críticas como urgencias y hospitalización. Por consiguiente, la

herramienta brindó un alcance significativo donde se manejó el estrés laboral y previno el agotamiento emocional ayudando a su bienestar integral. Así, en la formación de competencias de atención humanizada en la institución de salud ESE HEQC se incrementó la satisfacción de los usuarios, lo que pudo traducirse en mejores indicadores de calidad y reputación. También, en una reducción de quejas relacionadas con el trato hacia los pacientes y optimización de los procesos de atención.

En cuanto a la utilidad de esta investigación impacta de forma positiva y transformadora en la atención sanitaria en el ámbito local, no solo tiene relevancia académica al aportar conocimiento en el área de psicología aplicada al sector salud, sino también en su carácter práctico, al ofrecer una herramienta de consulta para futuros profesionales de psicología que permita la implementación inmediata de las estrategias diseñadas, que pueda servir como modelo replicable en la institución de salud para que siga prevaleciendo la humanización de los servicios.

En última instancia, un sistema de atención humanizado debe estar enfocado en la comunidad en sus distintos niveles, abarcando el ámbito individual, familiar, grupal, colectivo y comunitario. En este sentido, la Atención Primaria en Salud (APS) se presenta como una táctica importante para garantizar servicios sanitarios de calidad y con un enfoque humanizado, permitiendo así una cobertura integral para todos los contextos. La Figura 2 ilustra gráficamente los diferentes contextos en los que se desarrolla la humanización en la atención en salud.

Figura 2

Descripción realizada de los contextos de humanización



Nota. de Tejada (2020). La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación.

Delimitaciones

Geográfica

El proyecto aplicado se realizará en el servicio de urgencias del ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, ubicado en el municipio de Ocaña, Norte de Santander, Colombia, en la Calle 7 #29-177 Barrio la Primavera, con coordenadas 8.254165, -73.358573.

Temporal

El progreso de este proyecto se llevará a cabo durante un periodo estimado de 4 meses en el año 2024, con el objetivo de cumplir la meta principal propuesta y promover una atención más humanizada en el servicio.

Conceptual

Este proyecto se centró en la humanización de los servicios de salud, entendida como la integración de principios éticos y humanos en la atención clínica, con el propósito de fomentar una interacción respetuosa y sobre todo empática entre los profesionales de la salud y los pacientes. Para ello, se abordaron puntos clave como la comunicación efectiva, el respeto por la dignidad del usuario y el manejo adecuado de situaciones sensibles, como el duelo. De esta manera, se buscó garantizar una atención integral que responda a las necesidades físicas y emocionales de los pacientes.

Operativa

Se aplicó una encuesta dirigida a los usuarios y otra encuesta dirigida al personal de salud diseñada con base en el modelo psicosocial y la teoría de la humanización (Véase Apéndice D). Este instrumento evaluó variables relacionadas con la percepción de los usuarios. La muestra incluyó pacientes atendidos en el periodo de estudio, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Marcos Referenciales

Marco Teórico

Estado del Arte

Mejora de la humanización a través de tecnologías relacionadas con el metaverso: una revisión sistemática (González, et al. 2023). En su artículo científico, si bien existe una conciencia cada vez mayor sobre la cultura de la humanización, que es muy necesaria en el entorno de la salud, se ha proporcionado poco conocimiento en relación con estrategias precisas para enseñar habilidades de humanización a los estudiantes de pregrado en salud, así como a los profesionales de la salud. Además, hasta ahora la literatura científica apenas ha abordado la utilidad de las nuevas tecnologías para mejorar las habilidades de humanización, incluidas estrategias prometedoras como las tecnologías relacionadas con el Metaverso. Presumiblemente, esta es la primera revisión sistemática centrada en la eficacia de las tecnologías relacionadas con el Metaverso para aumentar la adquisición de habilidades de humanización en el entorno sanitario.

Análisis de los supuestos del paradigma psicosociales en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) desde la perspectiva de los profesionales. El modelo de atención psicosocial surge a partir del desarrollo de una nueva organización de políticas en salud mental, con el fin de garantizar el derecho a la ciudadanía, reemplazando el enfoque asalarario por dispositivos de atención más inclusivos. Este artículo tiene como objetivo analizar desde la perspectiva del personal médico los supuestos que sustentan el modelo y su aplicación en el funcionamiento de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Se trata de un estudio cualitativo, de tipo transversal y exploratorio, llevado a cabo en Porto Alegre (Brasil) en 2019, con la participación

de once profesionales de distintas disciplinas. Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas y se empleó el análisis temático.

Los hallazgos reflejan que los profesionales identifican como principios fundamentales la autonomía, el territorio, la ciudadanía y la reinserción social. Asimismo, se evidencian diferencias en la interpretación de estos conceptos y en su implementación dentro de la atención, alineadas con el paradigma psicosocial (Severo et al., 2022).

Humanización en los servicios de urgencias y emergencias: aportes para el cuidado en enfermería. Sousa et al. (2019) realizaron una investigación centrada en el análisis de evidencia proveniente de estudios previos sobre la humanización en la atención de urgencias y emergencias, con énfasis en las implicaciones para el cuidado de enfermería. La metodología empleada fue una revisión integradora, que se basó en la búsqueda de artículos en bases de datos como LILACS, CINAHL, SciELO, Web of Science, SCOPUS y BDENF.

El proceso de búsqueda identificó 133 publicaciones, de las cuales 17 fueron seleccionadas para su análisis. A partir de este análisis, se establecieron dos unidades de evidencia: ‘Acogida con clasificación de riesgo: un dispositivo con resultados positivos’ y ‘Barreras y dificultades en la aplicación de las directrices de la Política Nacional de Humanización’. Como conclusión, se resalta que el Acogimiento con Clasificación de Riesgo es considerado como un mecanismo principal para la implementación de la Política Nacional de Humanización; sin embargo, su aplicación enfrenta desafíos vinculados a la organización de las redes de atención en salud, deficiencias estructurales y dificultades en el trabajo multiprofesional.

Humanizar el trabajo en la era digital: lecciones de los sistemas sociotécnicos y las iniciativas de calidad de vida laboral (Guest, et al. 2022) Haciendo revisión de su artículo, los

desafíos nuevos y residuales relacionados con la tecnología digital, el COVID-19, el empleo precario y la gestión científica son un recordatorio de las investigaciones publicadas en los primeros años de Relaciones Humanas que sentaron las bases para la teoría de sistemas sociotécnicos y su posterior vástago conceptual, la calidad de la vida. la vida laboral. Analizando la evolución, los desafíos, el legado y las lecciones de los sistemas sociotécnicos y la calidad de vida laboral, desarrollamos principios rectores para un progreso y la ejecución adecuada en la práctica de los sistemas sociotécnicos y la calidad de vida laboral para el siglo XXI.

Estos principios son necesarios para optimizar los beneficios de los avances tecnológicos y superar las expectativas en el empleo. Permitirían un resultado eficaz en la humanización y sostenida del trabajo a través de la participación conjunta, asociaciones interdisciplinarias con apoyo institucional, produciendo resultados positivos para los empleados y empleadores, así como para la sociedad en general.

Estereotipos

Los estereotipos, como representaciones sociales de carácter psicológicos impactan las motivaciones, actitudes y comportamientos de las personas (Wang, et al 2022). La formación de estereotipos está impulsada por la opinión de los medios. En países desarrollados como China, Reino Unido y otros, algunos medios acusaron al sistema sanitario de no tener en cuenta los mejores intereses de los pacientes (Ashton, et al, 2019).

Estas noticias negativas han llevado a los pacientes a formar estereotipos negativos sobre los médicos, como "los médicos no tienen ética profesional, no ven la muerte y ven el dinero", lo que se convierte en el juicio inicial de algunos pacientes sobre el médico antes de la visita e influye el comportamiento y actitud durante la visita (Ashton, et al, 2019).

Diversos estudios han demostrado que, una vez formados estereotipos negativos entre médicos y pacientes, estos tienden a ser estables, lo que crece la posibilidad de que broten conflictos más profundos en la relación, afectando la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido (Lianrong & Pei, 2019; Li & Lu, 2012). Por otro lado, cuando se desarrollan estereotipos sobre grupos externos, es más probable que las personas transmitan y conserven información que confirme esos estereotipos, mientras que la información que contradiga tales creencias es fácilmente ignorada y eliminada con el tiempo, lo que resulta en un sesgo de coherencia estereotípica (Wang et al., 2022). Por lo tanto, los estereotipos pueden actuar como factores psicológicos sociales que influyen en el comportamiento comunicativo y, en consecuencia, en la satisfacción de los pacientes.

Confianza Institucional

La confianza institucional responde a la política organizacional y al ambiente organizacional apropiado, donde la institución sirve como un conjunto de símbolos abstractos para la realización del control en la operación del sistema (Qi, et al 2018). En el caso de los contextos médicos, los pacientes son vulnerables a la discriminación por parte de los médicos debido a su enfermedad, lo que genera amenazas a la identidad y la autoimagen de los pacientes y reduce su satisfacción. Sin embargo, es posible reducir en gran medida la incertidumbre y el riesgo social (Daramilas & Jaspal, 2017) reconociendo y fomentando conductas que cumplan con las regulaciones del sistema y disciplinando conductas que las violen (Wang, et al. 2022).

Los estudios han demostrado que, si la capacidad de tratamiento del equipo médico es suficiente, pero la voluntad del médico para tratar es nula, bajo la supervisión de la institución médica aún pueden realizar el tratamiento a satisfacción del paciente (Song & Jiang, 2011). Además, aumentar la cercanía del paciente en el sistema de salud conlleva a una

sensación de seguridad del paciente, lo que promueve la adherencia al tratamiento de la atención médica y tiene influencia en la calidad de las interacciones y la continuidad de la atención (Daramilas & Jaspal, 2017).

Por lo tanto, la confianza institucional, como mecanismo de garantía a nivel organizacional, puede tener un impacto en la satisfacción del paciente al influir en el proceso de interacción médico-paciente.

Percepción Humanizada

En la interacción médico-paciente, el comportamiento y la actitud de los profesionales de la salud juegan un rol fundamental en la satisfacción del paciente (Windi et al., 2022). Investigaciones previas han indicado que los pacientes suelen disminuir la incertidumbre sobre su tratamiento a través de ciertas señales sociales proporcionadas por los médicos, como el tono de voz, el temperamento y el estado de ánimo (Song & Jiang, 2011). Además, cuando los médicos dedican tiempo a ver a los pacientes "como personas" en lugar de simplemente como enfermos, se fortalece la identificación del paciente con el profesional, lo que mejora la satisfacción del paciente con la experiencia hospitalaria (Peña et al., 2017). No obstante, Windi et al. (2022) señalan que, si el paciente percibe que ha sido deshumanizado, puede desarrollar la sensación de que el médico niega su humanidad, lo que afecta negativamente la identificación con él y reduce la satisfacción del paciente.

Los pacientes que perciben una actitud humana positiva por parte del proveedor de atención médica tienden a mostrar un mayor compromiso con el seguimiento de las indicaciones médicas (Gabay, 2019) y están más dispuestos a intercambiar información, lo que favorece el establecimiento de una relación curativa. De esta manera, la percepción del paciente sobre la

humanidad del médico influye en la interacción entre ambos, lo que, a su vez, impacta en la satisfacción del paciente (Gabay, 2019).

Expectativa del Paciente

La expectativa como criterio de evaluación subjetiva para el entorno del paciente, ya sea que se cumplan o no las expectativas del paciente afectará directamente el nivel de satisfacción del paciente (Berhane & Enquesslassie 2016). En el diccionario se considera que la palabra “satisfacción” de acuerdo con Batbaatar, et al. (2015) es “el cumplimiento de los deseos, expectativas o necesidades de una persona”.

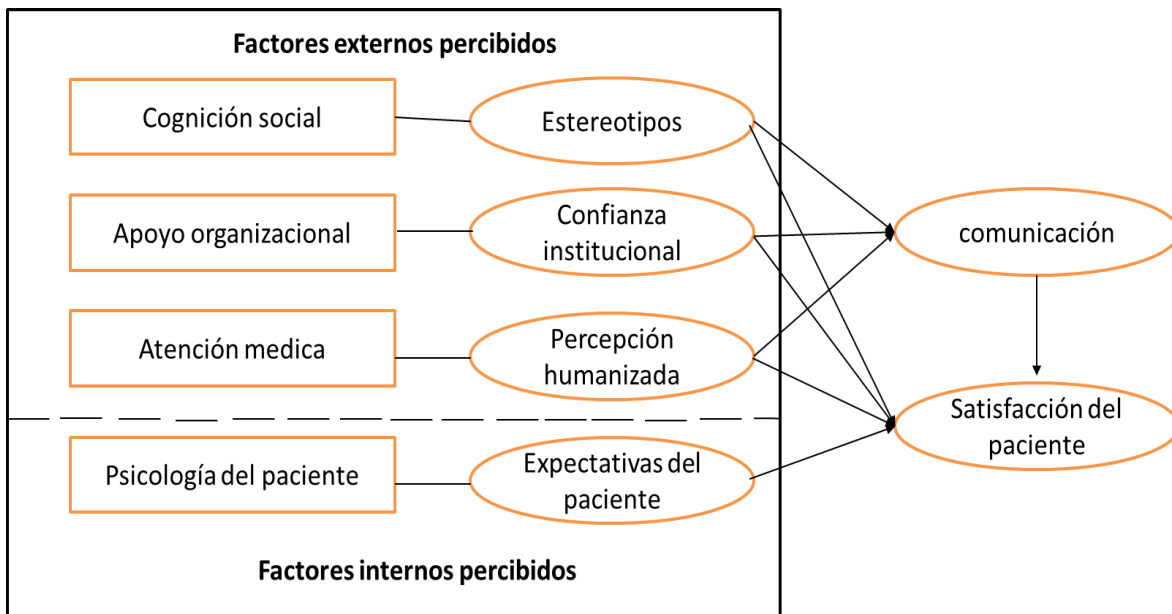
De acuerdo con la teoría de la motivación de expectativas, las personas tienden a actuar de manera orientada hacia sus altas expectativas, lo que finalmente conduce a mejores resultados (Nicol et al., 2022). La evidencia empírica respalda esta idea, señalando que cuando los pacientes mantienen altas expectativas, es más probable que sigan tratamientos de salud positivos y adopten comportamientos efectivos para afrontar su enfermedad, lo cual favorece su recuperación y mejora su satisfacción con el tratamiento (Laferton et al., 2020).

Por tanto, las expectativas del paciente tienen un impacto directo en la complacencia del paciente. Por otro lado, en comparación con otros factores psicosociales como los estereotipos y la confianza institucional afectan la satisfacción del paciente al actuar sobre el proceso de interacción, las expectativas funcionan como una expectativa comparativa de productos/servicios similares, que dependen más de la presentación de resultados. Cuando los resultados coinciden con las expectativas, la satisfacción del paciente tiende a aumentar; sin embargo, si los resultados reales no se alinean con lo esperado, esto puede generar un nivel de satisfacción más bajo. En este sentido, la interacción entre médico y paciente, como parte del proceso, tiene un impacto

limitado en cómo las expectativas del paciente influyen en su satisfacción (Glattacker et al., 2022).

Figura 3

Factores externos-internos percibidos



Nota. Factores externos e internos percibidos por los pacientes. *Fuente.* Autoría propia (2024).

Marco Conceptual

Humanización. La humanización en la atención sanitaria se entiende como un proceso que implica la creación de una comunicación empática y un apoyo mutuo entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias. Su objetivo es fomentar un entorno donde prevalezca la confianza, la cooperación y la toma de decisiones. En este proceso, se busca establecer conexiones profundas entre los involucrados, lo que facilita el entendimiento y la toma de decisiones oportunas y adecuadas (Escudero et al., 2014). Sin embargo, dada la diversidad de situaciones y personas en el contexto sanitario, se hace complejo establecer una única norma o protocolo que garantice que todos los pacientes reciban una atención igualmente humanizada, ya

que influyen factores como las características individuales, culturales y emocionales de cada uno de los involucrados.

Históricamente, la humanidad en la medicina ha sido un tema central desde el Juramento Hipocrático, que plantea principios fundamentales de respeto hacia el paciente, confidencialidad y competencia profesional, entre otros. Estos principios siguen siendo la base de la ética médica contemporánea. En la antigüedad, el Código de Hammurabi (1683 a.C.) ya preveía sanciones para aquellos médicos cuya conducta causara daño físico o la muerte de los pacientes, lo que revela una preocupación temprana por la ética en la práctica médica. No obstante, discutir la humanización en la medicina clínica requiere un análisis más profundo del concepto de "humanismo" y su aplicación en la atención sanitaria. En este sentido, Hamburger y Fernández (2008) mencionan que F. Alvaro y FI Niethhammer emplearon por primera vez el término "humanismo" para describir el sector cultural encargado de investigar las tradiciones y la psique humana, en contraste con las disciplinas científicas más técnicas.

Política de seguridad del paciente. En Colombia, la Política Nacional de Seguridad del usuario está alineada con el Sistema de Garantía de Calidad en la Atención en Salud. Su propósito es cómo evitar situaciones que comprometan la seguridad de los pacientes, disminuir la incidencia de eventos adversos y asegurar que los establecimientos de salud operen bajo estándares internacionales de seguridad y eficiencia. Desde junio de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido directrices para la ejecución de estrategias que fortalezcan la seguridad del paciente. A través de la División de Normalización de la Industria, se han publicado guías técnicas que presentan las mejores prácticas para garantizar entornos seguros en la prestación de servicios de salud, brindando orientación a las instituciones para su adecuada aplicación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

La confianza y seguridad del paciente es fundamental en las instituciones de atención médica, y la presencia de eventos adversos es un indicador de fallas en la calidad del servicio. Estos eventos funcionan como alertas sobre posibles deficiencias en la atención. Identificar sus causas resulta fundamental para reconocer los desafíos dentro del sistema de salud y establecer medidas de prevención que eviten su recurrencia. Para lograrlo, es clave implementar políticas de seguridad que promuevan prácticas adecuadas entre los profesionales de la salud, asegurando que sus acciones se alineen con los estándares de seguridad establecidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

Entre las estrategias para promover la seguridad del paciente, se incluyen las siguientes:

Permitir que los expertos desempeñen sus funciones con autonomía.

Incrementar la confianza en la memoria y la capacidad de los profesionales.

Gestionar adecuadamente el riesgo asociado con cada acción.

Fomentar la comunicación abierta, sin temor a cometer errores.

Solicitar asistencia en caso de incertidumbre.

Incluir estas pautas en guías de práctica clínica.

La OMS destaca que una atención médica de calidad debe cumplir con varios atributos, entre los que se incluyen un elevado nivel de experiencia profesional, el uso eficiente de los recursos disponibles, la minimización de riesgos para los usuarios y la maximización de la satisfacción, lo que finalmente contribuye a un resultado curativo exitoso (Social MDLP, 2010).

Bienestar del paciente. Los pacientes hospitalizados experimentan una variedad de factores que afectan su bienestar físico y emocional. Entre estos, se incluyen dolores, sed, temperaturas incómodas, alteraciones del sueño causadas por ruidos o iluminación excesiva, y la

restricción de movimientos, a menudo provocadas por limitaciones físicas o comunicacionales innecesarias (Alonso & Heras, 2015). Un aspecto clave para mejorar el bienestar del paciente es la correcta evaluación y manejo del dolor, la sedación adaptada al estado clínico de cada paciente, y la prevención y tratamiento oportuno del delirio agudo, lo que favorece significativamente a la mejora en la disposición de la atención y la satisfacción del usuario (Social MDLP, 2010).

Además de los factores físicos, la angustia emocional y psicológica de los pacientes puede ser considerablemente alta. La experiencia de sentimientos como soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, ansiedad por falta de información o malentendidos, y una sensación de dependencia, son comunes en pacientes hospitalizados (Barr et al., 2013). La evaluación adecuada y el apoyo tanto psicológico como emocional son componentes esenciales para asegurar una atención de calidad. En especial, en los cuidados intensivos, es fundamental mantener la tranquilidad del paciente. Esto se logra proporcionando a los profesionales una formación adecuada y promoviendo acciones que permitan abordar de manera efectiva estos signos y síntomas, con el fin de paliar la incomodidad y mejorar la experiencia del paciente.

Presencia y participación familiar en los cuidados. Los integrantes de la familia de los pacientes hospitalizados pueden experimentar altos niveles de estrés emocional, con prevalencia de trastornos como estrés postraumático, ansiedad y depresión. A pesar de esto, muchos familiares desean participar activamente en dicho tratamiento y, especialmente en momentos vulnerables, algunos incluso consideran quedarse junto a ellos. Sin embargo, su participación en los servicios de emergencia y en ciertos momentos críticos suele ser limitada. Las barreras para su participación incluyen el trauma psicológico que afecta al núcleo familiar, la ansiedad

provocada por la situación, así como prácticas disruptivas y el impacto potencial de su presencia en el entorno clínico (Jabre et al., 2013).

Si el entorno clínico lo permite, la presencia de la familia puede ser beneficiosa, ya que los miembros del núcleo familiar pueden colaborar en algunos cuidados básicos, tales como la higiene personal y la buena nutrición, siempre bajo la capacitación y supervisión de un profesional. Brindar la oportunidad a los familiares de participar activamente en la recuperación del paciente puede tener un impacto positivo tanto en los pacientes como en sus familiares. Aunque no todos los estudios sobre este tema son concluyentes, los expertos concuerdan en que la presencia de la familia no debería tener un impacto negativo en la privacidad ni en la dignidad del paciente, siempre que se respeten las condiciones adecuadas (Jabre et al., 2013). Además, la participación de la familia ha demostrado aumentar la satisfacción familiar y la aceptación de los procesos de atención y tratamiento, incluidas las situaciones difíciles como el duelo.

Cuidados al profesional. El síndrome de burnout o síndrome de agotamiento profesional es un trastorno laboral caracterizado por tres componentes clave: fatiga emocional, despersonalización y disminución de la autoestima profesional (Silva et al., 2015). Este síndrome afecta a nivel personal y profesional, contribuyendo a trastornos psicológicos graves como el estrés postraumático, e incluso llegar a provocar pensamientos suicidas. Además, el síndrome de burnout impacta negativamente la buena atención que brindan los profesionales, los resultados obtenidos en los pacientes y la satisfacción de estos. (Silva et al., 2015).

Entre los factores que pueden propiciar el burnout se destacan las características particulares del entorno de trabajo, así como los elementos organizativos. Estos factores pueden contribuir directamente al desarrollo del síndrome de agotamiento o, en su lugar, inducir otros trastornos como el "colapso mental", la percepción de que los cuidados son inadecuados y la

"fatiga por compasión" (Silva et al., 2015). En respuesta a esta problemática, diversas comunidades científicas están trabajando en la visibilización de este síndrome, proponiendo estrategias para mitigar sus síntomas y paliar sus efectos. Para atender las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de la salud, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), se han implementado tácticas específicas que buscan mejorar el bienestar de estos trabajadores y permitirles continuar desempeñando su labor con dedicación y eficacia.

Comunicación. El trabajo en equipo en situaciones de urgencias requiere una comunicación activa y eficiente, especialmente cuando se trata de la transferencia de información, como los cambios momentáneos, los cambios de guardia, o el traslado de pacientes a otros departamentos (Abraham et al., 1914). Esta transferencia de información implica compartir responsabilidades y requiere que se utilicen métodos adecuados para garantizar su eficacia y seguridad. La correcta implementación de estas prácticas es esencial para asegurar la cooperación interdisciplinaria y, en consecuencia, optimizar la comunicación dentro de los equipos de atención médica.

En situaciones emocionales, como las que se viven en el ámbito hospitalario, la comunicación efectiva es crucial y demanda habilidades específicas que algunos profesionales de la salud pueden no haber recibido en su formación. Una comunicación adecuada con los pacientes y sus familiares contribuye a forjar una atmósfera de respeto, favoreciendo la toma de decisiones compartidas. Dentro de este contexto, se destacan algunos conceptos clave:

Calidez: La calidez en la atención médica se refiere a la manera en que los pacientes perciben el trato por parte de los profesionales de la salud. Está asociada con la empatía, el

respeto y la humanización del servicio, lo que hace que los pacientes se sientan con más comodidad y acompañados durante su proceso de salud (Martínez, 2019).

Comunicación: En el ámbito de la salud, se entiende como el proceso mediante el cual se establece una relación entre el usuario y el profesional de la salud, utilizando el lenguaje y la retroalimentación para compartir información relevante para la atención. Es fundamental para garantizar una atención de calidad, ya que permite al profesional comprender las necesidades del paciente y ofrecer un trato adecuado (Ríos-Becerra, 2021).

Privacidad: La privacidad garantiza que los pacientes reciban atención sin ser observados o escuchados de manera que se comprometa su bienestar emocional o sus creencias. Este principio asegura la intimidad de la persona, promoviendo un entorno seguro y respetuoso (López & Gómez, 2020).

Confidencialidad: Según Ruiz (2018), la confidencialidad es el principio que protege la información personal del paciente, especialmente en lo relacionado con su historia clínica y datos sensibles. Este derecho evita que la información se divulgue sin el consentimiento del paciente, asegurando su seguridad y privacidad.

Calidad de la atención en salud: Pérez (2021) la define como el grado de satisfacción del paciente con el servicio recibido. Esta satisfacción incluye no solo la infraestructura y los materiales, sino también las competencias de los profesionales de la salud. Se evalúa a través de la efectividad, accesibilidad y seguridad de los servicios brindados:

Humanización de la atención: Implica integrar el conocimiento científico con los valores humanos, proporcionando una atención personalizada que valore al usuario como un ser humano integral, con emociones, pensamientos y necesidades (González, 2022).

Seguridad del paciente: Conjunto de prácticas y protocolos destinados a minimizar los riesgos asociados con la atención, con especial énfasis en proteger a los grupos vulnerables como embarazadas, recién nacidos y niños, buscando evitar eventos adversos que puedan poner en riesgo la vida del paciente (Rodríguez, 2023).

Urgencias: Las urgencias se refieren a situaciones médicas que requieren atención inmediata debido a un deterioro súbito de la salud, ya sea físico o mental. El objetivo principal en este contexto es estabilizar al paciente para evitar consecuencias graves, como la pérdida de la vida (Martínez & Sánchez, 2019).

Trato digno: El trato digno en salud es un enfoque que garantiza que los pacientes sean tratados con respeto, empatía y consideración, manteniendo su dignidad durante todo el proceso de atención, desde la comunicación hasta la realización de procedimientos médicos (Álvarez, 2020).

Deber: El deber del paciente implica las obligaciones que este tiene frente al sistema de salud, tales como el cumplimiento de las indicaciones médicas, el respeto hacia los expertos de la salud y la asistencia en el tratamiento para garantizar la efectividad del servicio (Torres, 2018).

Derechos: Los derechos de los pacientes son las garantías legales y éticas que tienen frente a los servicios de salud. Incluyen el derecho a recibir atención de calidad, a la confidencialidad, a ser informado sobre su condición y a participar en las decisiones que se tomen sobre el tratamiento que van a recibir (Rodríguez & Fernández, 2021).

Duelo: Proceso emocional que atraviesa una persona tras la pérdida o enfermedad grave de un ser querido. En el ámbito de la salud, el duelo se asocia a situaciones críticas o terminales que conmueven profundamente la salud mental de los pacientes y de sus familiares (Gómez, 2020).

Marco Normativo

En la última década se ha construido una serie de documentos reglamentarios en el Estado colombiano que incluyen conceptos relacionados y complementarios con la humanización. Se señalan a continuación algunos de ellos:

En primer lugar, la Constitución Política de Colombia de 1991 menciona la salud como un derecho principal dentro de un Estado Social de Derecho. Asimismo, la Ley 100 de 1993 normaliza el Sistema General de Seguridad Social, el cual comprende los regímenes generales de pensiones, salud, riesgos laborales y otros servicios sociales definidos en dicha normativa.

La Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016, conocida como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se fundamenta en el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). El objetivo de la PAIS es generar condiciones óptimas de salud para la población por medio de la regulación de la intervención de actores sectoriales e intersectoriales. Su propósito es certificar la atención en prevención, diagnóstico, tratamientos por parte del médico y cuidados paliativos, asegurando que estos servicios sean accesibles, aceptables, oportunos, continuos, integrales y resolutivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c).

En el artículo 3° de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), un enfoque operativo que incorpora instrumentos para garantizar la oportunidad, integralidad y aceptabilidad en la prestación de los servicios de salud. Este modelo, basado en principios de equidad, orienta la priorización, intervención y coordinación de acciones entre los actores del sistema.

En relación con el Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS), la PAIS plantea cuatro ejes estratégicos: la formación del talento humano, la articulación con el modelo de

atención integral y provisión de servicios, el fortalecimiento de la gestión territorial en salud y la mejora de las condiciones laborales del personal sanitario.

Asimismo, el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), respaldado por la Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016, tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud mediante la mejora de la calidad y humanización de los servicios. A través de este programa, se busca maximizar la capacidad de respuesta en la atención sanitaria y coordinar acciones individuales, colectivas, sectoriales, intersectoriales y comunitarias. Estas estrategias están alineadas con la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión integral del riesgo y las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública.

De igual manera, la humanización en la atención en salud se encuentra enmarcada en diversas normativas y políticas del Estado colombiano, entre las que se destacan:

Ley 1616 de 2013: establece la Política de Salud Mental (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Ley 1618 de 2013: reconoce los derechos de las personas en condición de discapacidad (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Decreto 1965 de 2013: reglamenta la Ley 1620 de 2013 y crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación en Derechos Humanos, Educación y Prevención de la Violencia Escolar (Ministerio de Educación Nacional, 2013).

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria de la Dirección de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Observatorio de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Resolución 000429 de 2016: reglamenta la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a).

Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b).

Proyecto de Resolución para la Adopción de la Política Nacional de Salud Mental y su anexo técnico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a).

Resolución 004886 de 2018: adopta la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

Esta investigación se desarrolló bajo un paradigma positivista, con una metodología cuantitativa y un enfoque de investigación aplicada. Su objetivo fue valorar el impacto de una mediación orientada a promocionar la humanización en la atención en salud en la ESE HEQC. Este enfoque metodológico permitió no solo describir la situación actual, sino también intervenir mediante la aplicación de una cartilla como herramienta formativa para fortalecer las prácticas humanizadas dentro del entorno hospitalario.

El estudio se estructuró en tres fases: diagnóstico, intervención y evaluación. En la primera fase se aplicaron encuestas como herramientas para evaluar las percepciones sobre la humanización de la atención a los pacientes y al personal de salud, lo que permitió identificar brechas y necesidades específicas. Durante la fase de intervención, se socializó la cartilla, orientada a mejorar la atención humanizada y abordar el estrés en el personal de salud, bajo un enfoque psicosocial.

Finalmente, en la fase de evaluación, se midieron los cambios en las actitudes y percepciones de los participantes. Los datos cuantitativos fueron analizados mediante análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, mientras que los datos cualitativos se trataron con un análisis de contenido temático. Este enfoque integral permitió una comprensión completa del impacto de la intervención.

Este diseño metodológico se fundamenta en la necesidad de transformar las prácticas hospitalarias, promoviendo un trato digno y respetuoso hacia los pacientes, y generando evidencia que pueda ser replicada en otros contextos hospitalarios similares, contribuyendo a la mejora de la atención (Peña et al., 2017; Sousa et al., 2019).

Diseño de Muestreo y Estudio

Aprovechando la teoría de la confianza institucional, cognición humanizada y expectativa del paciente, el diseño del estudio original fue evaluar las actitudes de los usuarios que demandan la atención médica que reciben en el servicio de urgencias de la ESE HEQC del municipio de Ocaña, por medio de la aplicación de una encuesta para los pacientes y otra encuesta al personal de salud, las cuales tienen como objetivo principal establecer el Enfoque Psicosocial y así mejorar el ambiente dentro de la sala de urgencias.

De este modo, el presente proyecto tomó como población de estudio a los usuarios que fueron atendidos en el servicio de urgencias de la ESE HEQC durante el mes de marzo de 2024. El muestreo empleado fue de tipo no probabilístico por conveniencia, donde se seleccionaron a los participantes con base en su cercanía y accesibilidad a la población objetivo. Es importante destacar que, para realizar la recolección de datos, se requirió la aprobación previa por parte de la institución mencionada, garantizando así el cumplimiento de los lineamientos éticos y administrativos correspondientes.

En ese sentido, el tamaño de la muestra fue determinado por medio de una población total de 250 usuarios atendidos durante el mes de marzo de 2024 y 49 miembros del personal de salud vinculados a este servicio, según los registros proporcionados por la institución. Para definir las muestras, se utilizó una fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Esto resultó en la selección de 250 pacientes y 49 miembros del personal de salud.

La recolección de datos se realizó a través dos encuestas con preguntas de opción única: una dirigida a los usuarios y otra al personal de salud. En el caso de los usuarios, las encuestas fueron aplicadas de manera directa en los días hábiles del mes de marzo y de forma presencial a

aquellos pacientes disponibles y dispuestos a participar en el momento de la visita. Para el personal de salud, se aplicó un enfoque similar, encuestando a los profesionales presentes durante los turnos hábiles. Este proceso, realizado de forma directa lo que permitió recoger la información de manera accesible y en el contexto natural de los participantes, reflejando la percepción tanto de los pacientes como de los profesionales en el servicio de urgencias.

Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Las técnicas e instrumentos de acuerdo con los planteamientos de Hernández et, al (2014), son los medios para recolectar la data necesaria para realizar cualquier estudio de investigación, hacen referencia al conjunto de procedimientos utilizados, es decir, simboliza la forma de lograr los resultados. Para realizar una investigación como la presente, es necesario utilizar técnicas que permitan recolectar información en forma directa, junto con el consentimiento informado que se les suministra a los usuarios para hacer válida su participación. (Véase Apéndice C)

Las preguntas del estudio se diseñaron para recopilar datos de intervalo aplicado 250 pacientes y 49 personas del personal de salud centrándose en las siguientes métricas clave: basado en un proceso reflexivo que está vinculado dinámicamente la a investigación “da-de-di-do-du, como base de análisis en esta investigación basándonos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario estándar 32 y 33, propiciando la humanización de los servicios, de la siguiente manera, “DA” dar información, “DE” Deberes y derechos, “DI” dignidad y respeto al usuario, “DO” Oportunidad, “DU” Manejo de momentos difíciles y/o Duelo, con el fin de iniciar los procesos de planeación de la atención con respeto hacia el usuario, la privacidad, dignidad y apoyo emocional a familiares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Asimismo, la encuesta (ver Apéndice D) contenía preguntas, incluida

una pregunta para verificar la atención, una pregunta que brindaba a los encuestados la oportunidad de la percepción del servicio y preguntas demográficas generales. Los controles de atención, desarrollados por Likert (1932) para evitar recibir respuestas estereotipadas, ayudan a mejorar la calidad de los datos (Abbey & Meloy, 2017) como es el consentimiento informado.

Validez

La validez tanto del estudio como de los modelos de medición afecta las conclusiones del estudio, y se deben tomar medidas para abordar las preocupaciones sobre validación. A lo largo del proceso de investigación, los investigadores deben examinar continuamente las amenazas para permitir su corrección, como lo encontró Creswell (2009), Las amenazas internas son experiencias de los participantes que amenazan la capacidad del investigador para sacar conclusiones concretas a partir de los datos sobre la población del experimento. Las amenazas a la validez externa surgen cuando los experimentadores extraen inferencias incorrectas de los datos de la muestra sobre otras personas, otros entornos y situaciones pasadas o futuras. La confiabilidad y validez de una herramienta de encuesta brindan confianza en que no existen problemas de sesgo ni distorsión de datos (Fitzner, 2007).

Al respecto, los riesgos de validez de constructo pueden evaluarse mediante la validez de criterio, discriminante y convergente (Henseler, et al, 2015). La validez de criterio verifica la alineación con su dispositivo y otras metodologías para medir atributos similares y sus resultados, mientras que la validez convergente valida si hubo una fuerte correlación con el mismo elemento medido de diferentes maneras. La validez discriminante confirma la naturaleza única de un constructo y existe comúnmente en estudios de modelos de variables latentes.

Por lo tanto, cuatro expertos profesionales, un Docente Contador Público (MBA en Sistemas de Calidad y PhD. En Ciencias Gerenciales una Docente Licenciada en Matemáticas y

física (Magister en Administración PhD en Administración), un Docente de Administración de Empresas (PhD en Administración de Norte de Santander y Huila), y un docente en servicio hospitalario EQC, encargados de realizar la evaluación pertinente, mediante la objetividad de los criterios dispuestos como lo son: calidad metodológica, validez, objetividad y consideraciones de la ética, quienes realizaron la validez a las preguntas que se formularon, donde certifican términos asociados a la parte de atención y percepción de los usuarios con el fin de abordar con un lenguaje adecuado, que facilitara el diligenciamiento por parte del personal de salud en el servicio de urgencias Véase evidencias al final del documento, Anexos de Consentimientos informados).

Lawshe (1975) propone un modelo para cuantificar la validez de contenido de un instrumento objetivo. Sin embargo, Tristán (2008) lo modifica debido a su baja viabilidad práctica, ya que exige un gran número de jueces con acuerdos muy sólidos. Cuando se cuenta con menos de siete panelistas, el modelo requiere unanimidad, lo que invalida un ítem en caso de desacuerdo. Este enfoque se basa en organizar un panel de evaluación del contenido, donde especialistas valoran distintos aspectos como competencias, conocimientos y habilidades. (Puerta & Marín, 2015).

En nuestro caso, contamos con cuatro profesionales responsables de evaluar cada ítem: calidad metodológica, validez, objetividad y consideración de la ética. Para garantizar la precisión en la evaluación, se implementaron fórmulas específicas que permitieron validar la coherencia de los evaluadores en cada criterio, de la siguiente manera:

Formula de CVR:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

CVR= Coeficiente de razón de validez.

ne= Número de evaluadores que estuvieron de acuerdo en la redacción.

N= Número total de evaluadores.

Formula de CVR':

Nota. El mínimo aceptable para CVR' =0,5823

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

CVR'= Coeficiente de razón de validez ajustado.

A través de la aplicación del Modelo de Lawshe para definir la verificación cuantitativa de la validez del contenido, los cuatro expertos encargados evaluaron cada uno de los criterios analizados. Como resultado, se confirmó la calidad metodológica, se aceptó la validez del contenido y se garantizó la objetividad en la evaluación, además de una adecuada consideración de los aspectos éticos. Este proceso asegura la rigurosidad y confiabilidad de los criterios establecidos en el estudio.

Tabla 1*Aplicación de CVR (Calidad Metodológica)*

Modelo de Lawshe para la Verificación cuantitativa de la validez de contenido									
Criterios de Evaluación	Calidad Metodológica				Número de jueces que calificaron N3	Número de jueces que calificaron N4	ne	CRV	CRV*
	Ramiro	Omar	Luis	Holmes					
1	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
2	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
3	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
4	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
5	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
6	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
7	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
8	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
9	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
10	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
11	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
12	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
13	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
14	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
15	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
16	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
17	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
18	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
19	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
20	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
21	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
22	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
23	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
24	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
25	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00

Tabla 2*Aplicación de CVR (Validez)*

Criterios de Evaluación	Validez				Número de jueces que calificaron N3	Número de jueces que calificaron N4	ne	CRV	CRV*
	Ramiro	Omaira	Luis	Holmes					
1	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
2	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
3	4	3	3	3	3	1	4	1,00	1,00
4	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
5	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
6	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
7	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
8	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
9	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
10	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
11	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
12	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
13	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
14	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
15	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
16	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
17	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
18	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
19	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
20	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
21	3	3	4	3	3	1	4	1,00	1,00
22	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
23	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
24	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
25	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00

Tabla 3*Aplicación de CVR (Objetividad)*

Criterios de Evaluación	Objetividad				Número de jueces que calificaron N3	Número de jueces que calificaron N4	ne	CRV	CRV*
	Ramiro	Omaira	Luis	Holmes					
1	3	3	4	4	2	2	4	1,00	1,00
2	3	3	3	4	3	1	4	1,00	1,00
3	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
4	4	4	4	3	1	3	4	1,00	1,00
5	3	3	3	4	3	1	4	1,00	1,00
6	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
7	4	4	4	3	1	3	4	1,00	1,00
8	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
9	3	3	3	4	3	1	4	1,00	1,00
10	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
11	4	4	3	4	1	3	4	1,00	1,00
12	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
13	4	3	4	3	2	2	4	1,00	1,00
14	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
15	4	4	4	3	1	3	4	1,00	1,00
16	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
17	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
18	4	4	3	4	1	3	4	1,00	1,00
19	4	4	4	3	1	3	4	1,00	1,00
20	4	3	3	3	3	1	4	1,00	1,00
21	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
22	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
23	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
24	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
25	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00

Tabla 4*Aplicación de CVR (Consideración de la ética)*

Criterios de Evaluación	Consideración de la ética				Número de jueces que calificaron	Número de jueces que calificaron	ne	CRV	CRV*
	Ramiro	Omaira	Luis	Holmes	N3	N4			
1	4	4	4	3	1	3	4	1,00	1,00
2	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
3	4	3	3	3	3	1	4	1,00	1,00
4	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
5	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
6	3	4	3	3	3	1	4	1,00	1,00
7	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
8	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
9	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
10	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
11	3	4	4	3	2	2	4	1,00	1,00
12	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
13	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
14	4	4	4	3	1	3	4	1,00	1,00
15	4	4	3	4	1	3	4	1,00	1,00
16	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
17	4	3	3	4	2	2	4	1,00	1,00
18	3	3	4	4	2	2	4	1,00	1,00
19	4	4	4	4	0	4	4	1,00	1,00
20	3	4	3	4	2	2	4	1,00	1,00
21	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
22	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
23	3	4	4	4	1	3	4	1,00	1,00
24	4	3	4	4	1	3	4	1,00	1,00
25	4	4	3	4	1	3	4	1,00	1,00

Tabla 5*Interpretación de los Criterios Evaluados*

Modelo de Lawshe para la verificación cuantitativa de la validez de contenido					
Criterios de Evaluación	Calidad metodológica	Validez	Objetividad	Consideración ética	Conclusión por Criterios
	CRV*	CRV*	CRV*	CRV*	
1	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
2	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
3	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
4	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
5	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
6	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
7	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
8	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
9	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
10	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
11	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
12	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
13	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
14	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
15	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
16	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
17	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
18	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
19	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
20	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
21	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
22	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
23	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
24	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada
25	1,00	1,00	1,00	1,00	Pregunta Aprobada

Variables

Tabla 6

Operacionalización de Variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorías	Método de recolección	Preguntas	Indicador
Atención prestada	Se refiere a las actividades que se desarrollan en la atención en urgencias	Categoría nominal	Si, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿Cuál fue la percepción de la atención humanizada en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Adecuadas instalaciones	Es el confort identificado por el paciente y acompañante en cuanto a la infraestructura	Categoría nominal	Si, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿Son las instalaciones adecuadas en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Cantidad personal	Se refiere a la suficiencia de personal de la salud	Categoría nominal	Si, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿Es suficiente el personal en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Apoyo psicosocial	Son las estrategias utilizadas por el personal de salud para mediar en	Categoría nominal	Si, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿Es adecuado el apoyo psicológico o brindado en el	Frecuencia

	una situación dolorosa					servicio de urgencias ?	
Respeto por la intimidad	Es la percepción del paciente en cuanto al respeto por este	Categoría nominal	Si, Tal vez, No sabe no responde	No, Encuesta	¿Fue respetada su intimidad en el servicio de urgencias ?	Frecuencia	
Plan de mejora	No aplica	Resultados	¿Cómo se logra generar solución es a los hallazgos ?	Entregable			

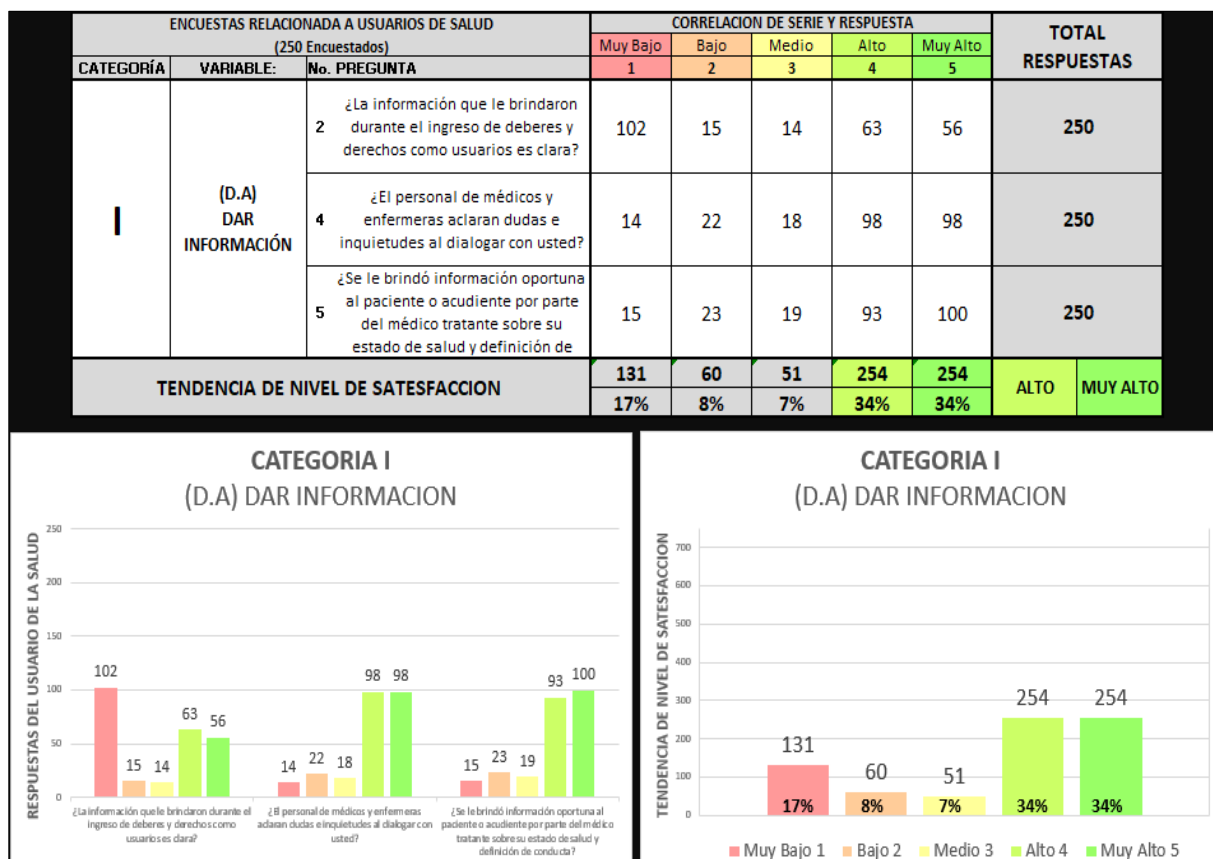
Nota. La tabla evidencia la operacionalización de variables. *Fuente.* Autoría propia, (2024).

Resultados

Resultados Obtenidos, Encuesta a Usuarios

Figura 4

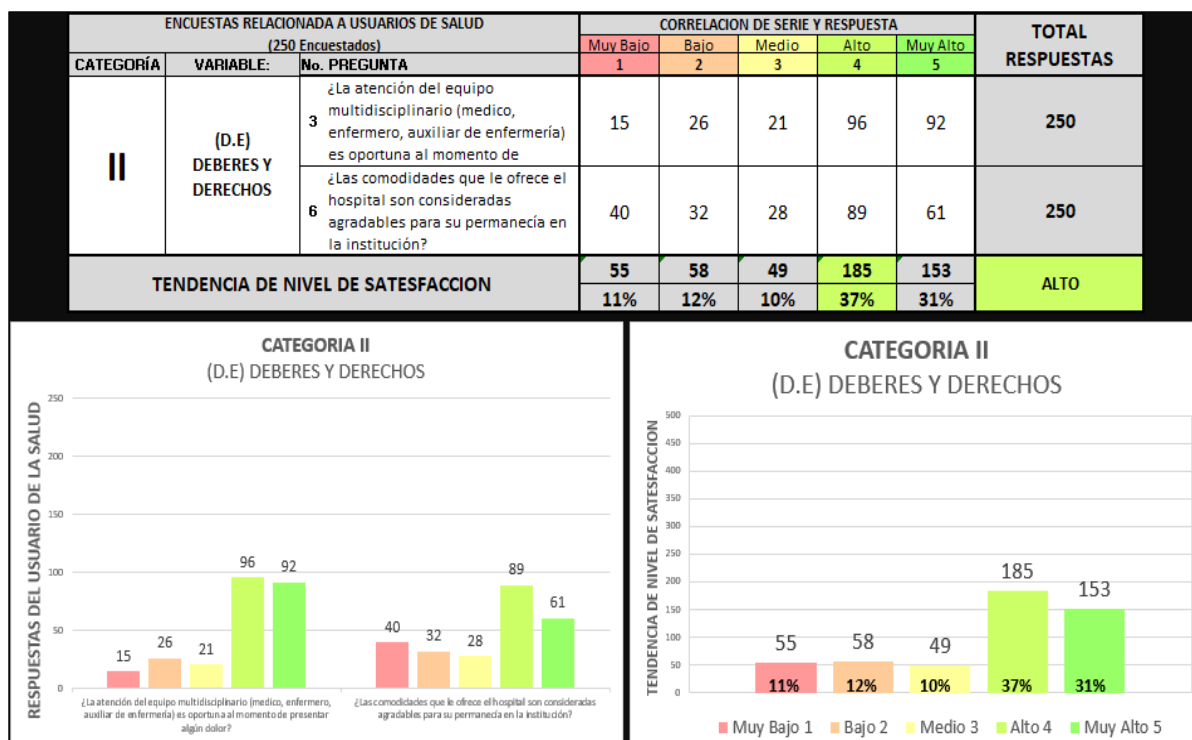
Gráficas de Frecuencia, Variable (DA): Dar Información.



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. Fuente. Autoría propia, (2024).

Figura 5

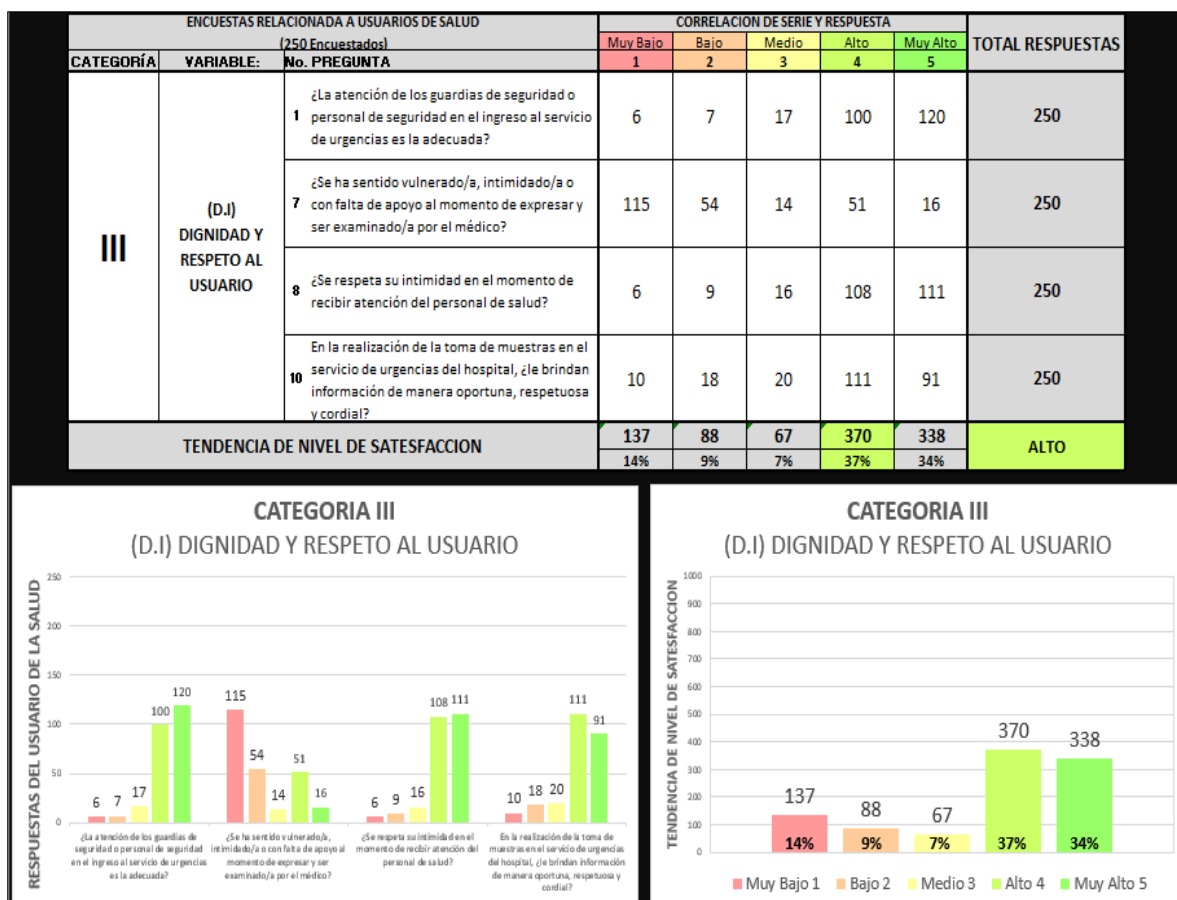
Gráficas de Frecuencia, Variable (DE): Deberes y Derechos



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. Fuente. Autoría propia, (2024).

Figura 6

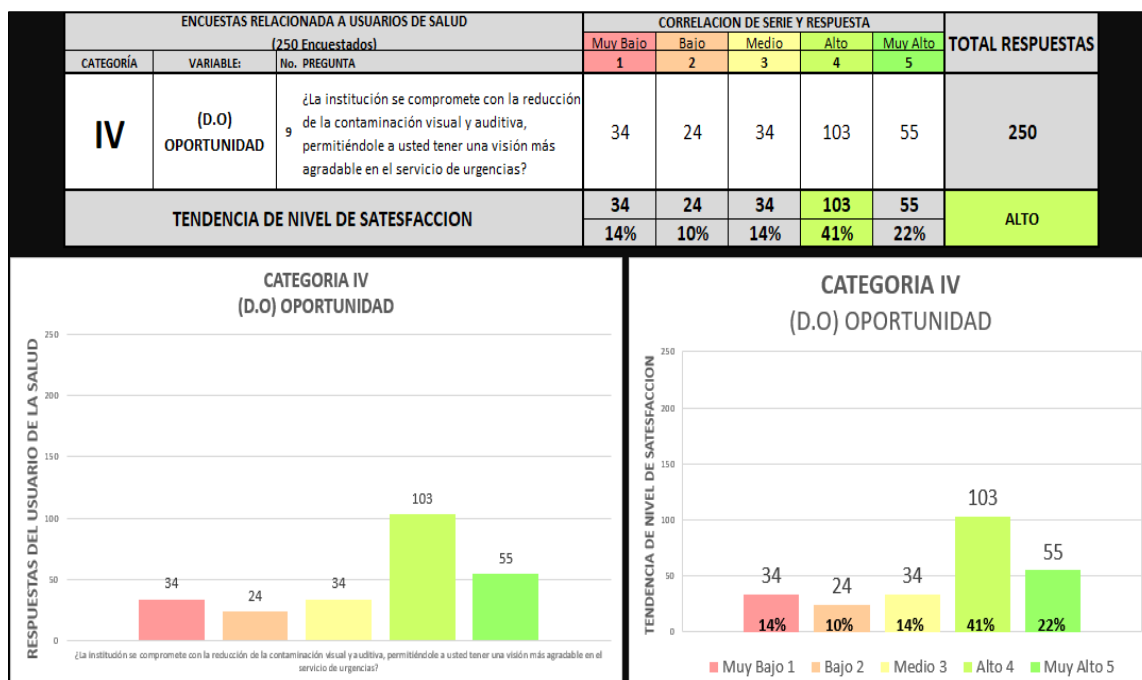
Gráficas de Frecuencia, Variable (DI): Dignidad y Respeto al Usuario.



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. Fuente. Autoría propia, (2024)

Figura 6

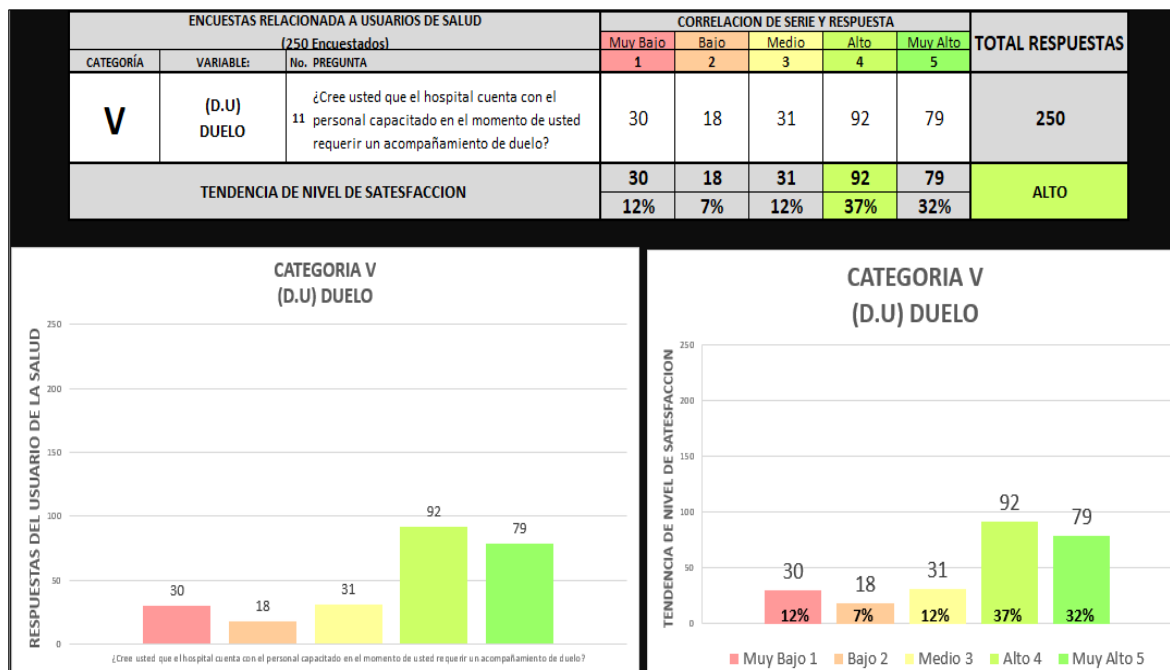
Gráficas de Frecuencia, Variable (DO): Oportunidad



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. *Fuente.* Autoría propia, (2024).

Figura 7

Gráficas de Frecuencia, Variable (DU): Duelo



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. *Fuente.* Autoría propia, (2024).

Resultados Obtenidos, Encuesta al Personal de Salud

Figura 8

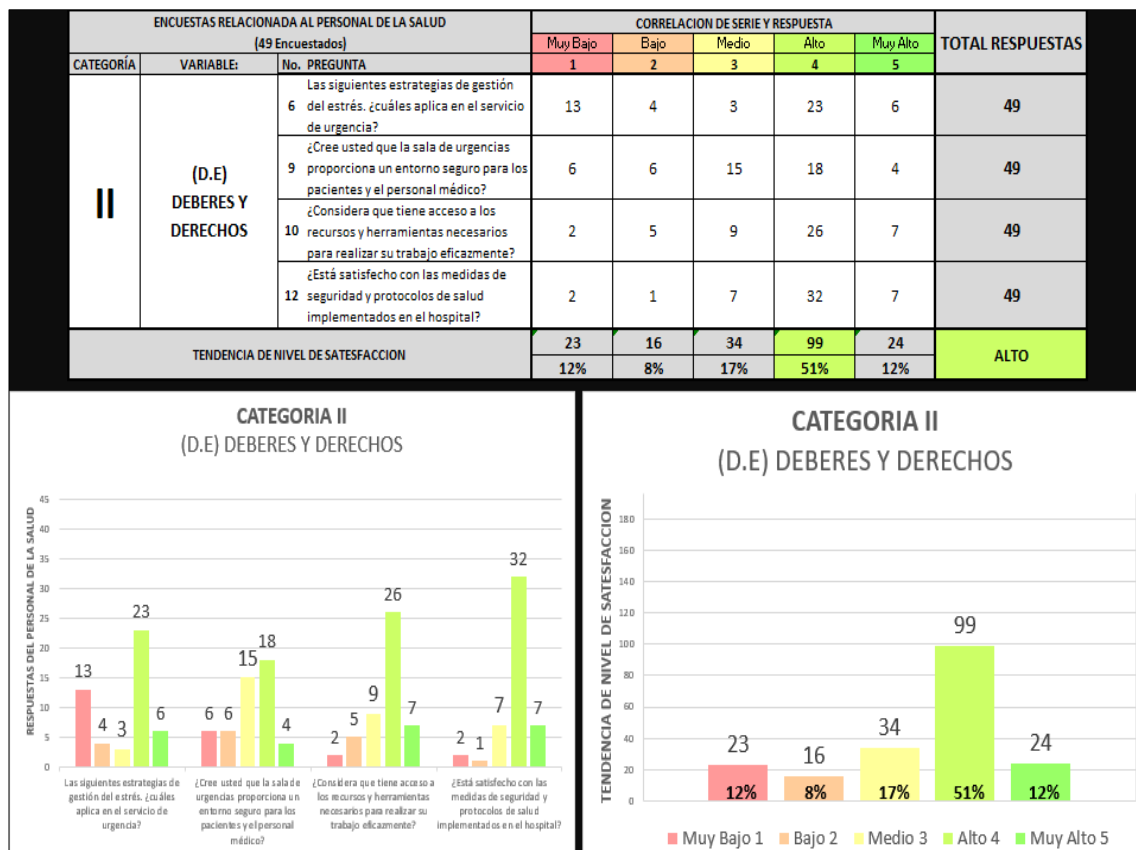
Gráficas de Frecuencia, Variable (DA)

ENCUESTAS RELACIONADA AL PERSONAL DE LA SALUD (49 Encuestados)			CORRELACION DE SERIE Y RESPUESTA				
CATEGORÍA	VARIABLE:	No. PREGUNTA	Muy Bajo 1	Bajo 2	Medio 3	Alto 4	Muy Alto 5
I	(D.A) DAR INFORMACIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. *Fuente.* Autoría propia, (2024).

Figura 9

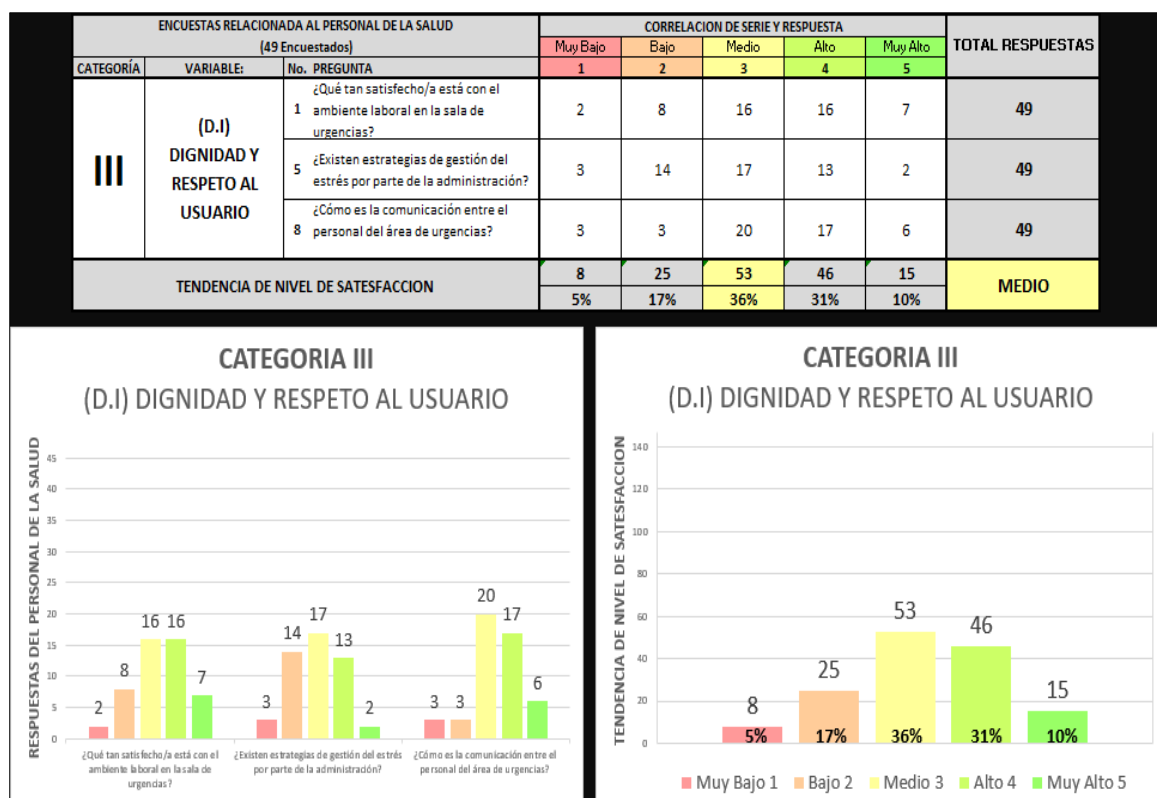
Gráficas de Frecuencia, Variable (DE): Deberes y Derechos



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. Fuente. Autoría propia, (2024).

Figura 10

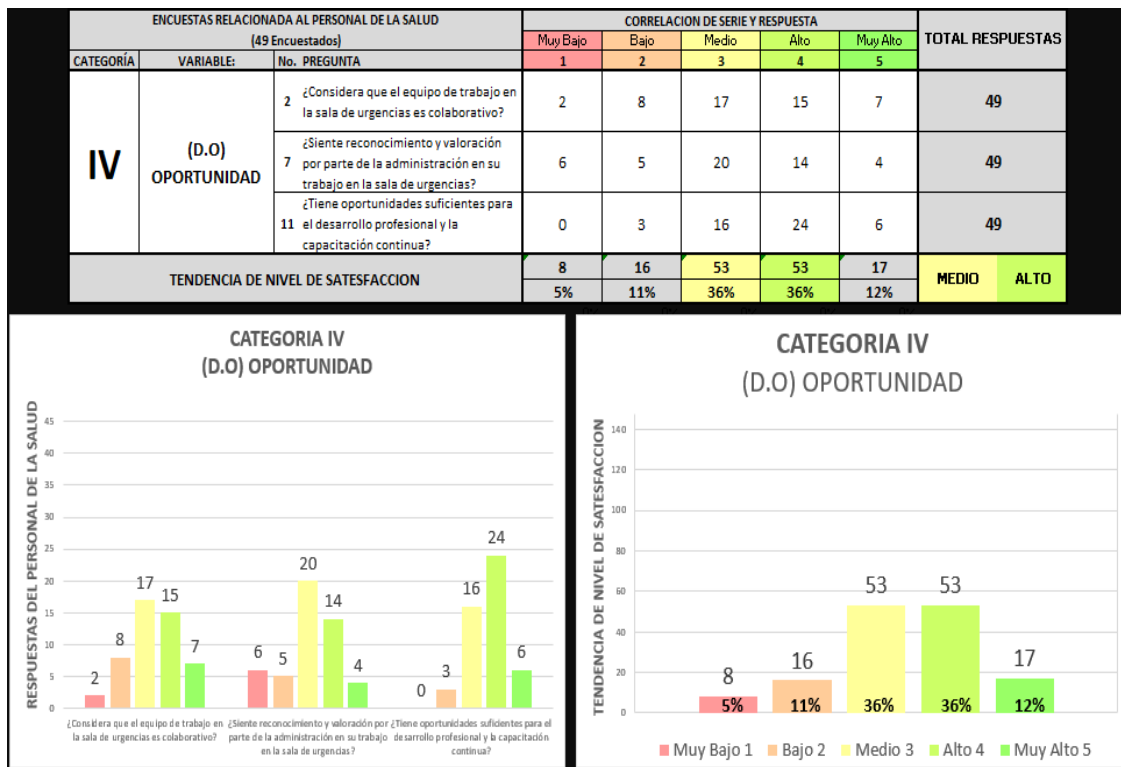
Gráficas de Frecuencia, Variable (DI): Dignidad y Respeto al Usuario



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. Fuente. Autoría propia, (2024).

Figura 11

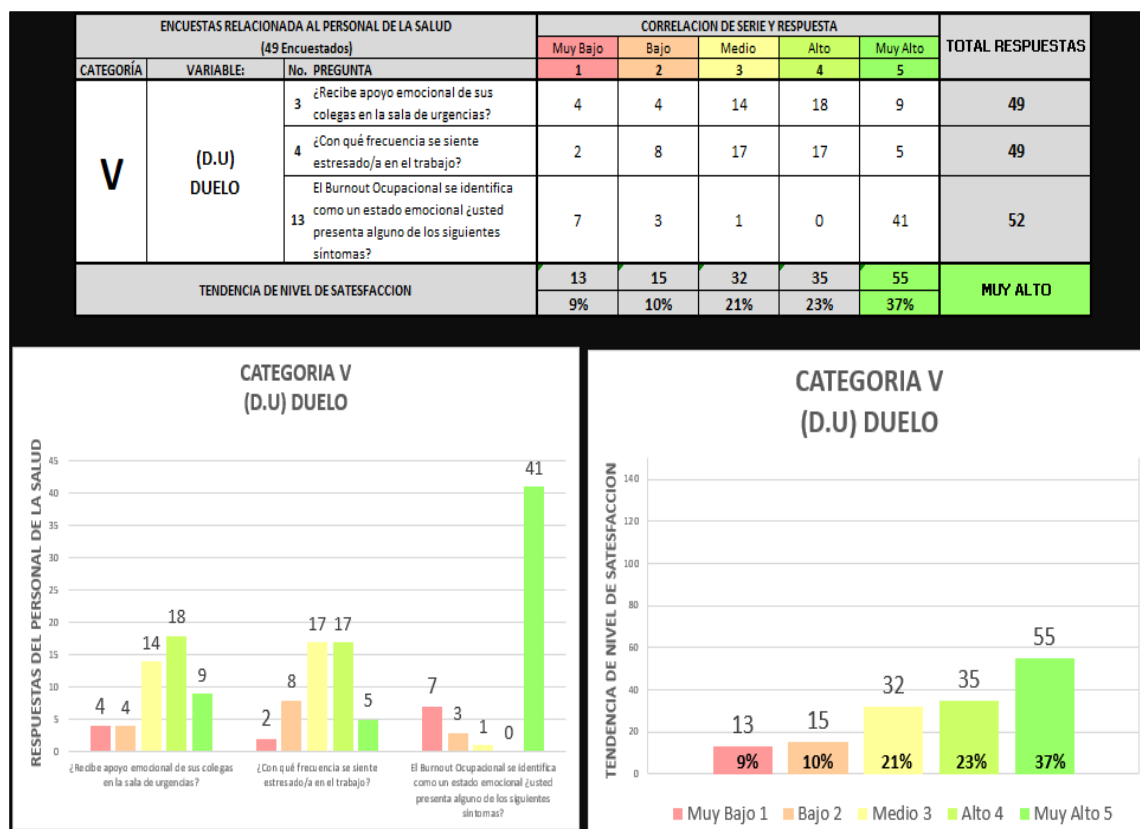
Gráficas de Frecuencia, Variable (DO): Oportunidad



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. *Fuente.* Autoría propia, (2024).

Figura 12

Gráficas de Frecuencia, Variable (DU): Duelo



Nota. Tabla de frecuencia de las respuestas de satisfacción de los usuarios. Fuente. Autoría propia, (2024).

Discusión

Discusión: Perspectiva de los Usuarios

Los resultados que se adquirieron por medio de la encuesta aplicada a los usuarios del servicio de urgencias de la ESE HEQC evidencian percepciones claras sobre la humanización de la atención recibida. Las variables evaluadas (DA: Dar información, DE: Deberes y derechos, DI: Dignidad y respeto al usuario, DO: Oportunidad, y DU: Manejo de momentos difíciles y/o duelo) reflejan una tendencia positiva en la satisfacción general de los pacientes, aunque también destacan áreas de mejora importantes.

En la variable DA (Dar información), el 68% de los usuarios calificó la información recibida como alta o muy alta, mientras que un 25% la percibió como baja o muy baja. Lo cual indica que la mayor parte de los pacientes recibe información clara y oportuna, aún existe una proporción significativa que considera insuficiente la comunicación sobre su estado de salud y los procedimientos a realizar. Es fundamental reforzar las estrategias de comunicación y así garantizar que todos los pacientes comprendan su situación médica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Respecto a la variable DE (Deberes y derechos), el 68% de los encuestados manifestó un alto o muy alto conocimiento de sus derechos y deberes como usuarios del servicio, mientras que un 23% reportó un conocimiento bajo o muy bajo. Esto refleja los esfuerzos del personal por informar a los pacientes, aunque sugiere la necesidad de mecanismos adicionales, como cartillas explicativas o charlas informativas al momento del ingreso, para garantizar que un mayor porcentaje de usuarios acceda a esta información (Peña, 2017).

En cuanto a la DI (Dignidad y respeto), el 71% de los usuarios se sintió tratado con respeto y empatía, mientras que un 23% reportó una experiencia baja o muy baja en este aspecto. Esto confirma el impacto positivo de las capacitaciones en atención humanizada implementadas durante el proyecto (Sousa, 2019). No obstante, la proporción de usuarios que

perciben un trato distante o indiferente evidencia oportunidades de mejora en la sensibilización del personal de salud.

En la variable DO (Oportunidad), el 63% de los encuestados consideró que los tiempos de atención fueron adecuados, mientras que un 24% los calificó como bajos o muy bajos. Esto indica la necesidad de optimizar los procesos administrativos y de distribución de recursos en el área de urgencias para reducir los tiempos de espera y aumentar la satisfacción de los usuarios (Hernández, 2023).

Finalmente, en la variable DU (Manejo de momentos difíciles y/o duelo), el 69% de los usuarios expresó estar satisfecho con el acompañamiento emocional brindado, mientras que un 19% lo percibió como bajo o muy bajo. Esto resalta la importancia de consolidar programas de capacitación continua para fortalecer las habilidades en manejo emocional y apoyo psicosocial. Salcido-Cibrián, L., Jiménez-Jiménez, Ó., Ramos, N., & Sánchez-Cabada, M. (2021).

Discusión: Perspectiva del Personal de Salud

Desde la perspectiva del personal de salud, los resultados revelan mejoras significativas tras la implementación de talleres psicosociales orientados a fomentar la humanización de la atención, aunque también se identificaron desafíos persistentes.

Para la variable DE (Deberes y derechos), el 63% del personal demostró un alto o muy alto conocimiento de los derechos de los usuarios y su aplicación en el contexto hospitalario, mientras que un 20% presentó un conocimiento muy bajo o bajo. Esto sugiere que las capacitaciones deben incluir ejemplos prácticos y simulaciones que refuercen el aprendizaje (Auer et al., 2016).

En cuanto a la DI (Dignidad y respeto al usuario), el 41% del personal manifestó aplicar estos principios en sus interacciones con los pacientes, mientras que un 16% reportó dificultades en este aspecto. Aunque las intervenciones psicosociales han tenido un impacto

positivo, es necesario reforzar estrategias para mejorar el trato en contextos de estrés (Trípodi et al., 2019).

Respecto a la DO (Oportunidad), el 48% del personal consideró que los tiempos de respuesta y atención eran adecuados, pero un 16% identificó retrasos a causa de la poca suficiencia de recursos tanto humanos, como los materiales. Esto limita la capacidad de brindar una atención más oportuna y de mejor calidad, por lo que se requieren estrategias de optimización de recursos (Orgambídez et al., 2019).

Por último, la variable DU (Manejo de momentos difíciles y/o duelo) mostró que el 60% del personal se sintió preparado para gestionar situaciones críticas, mientras que un 19% indicó no contar con suficientes herramientas emocionales o formativas. Este resultado refuerza la necesidad de fortalecer las competencias en apoyo psicosocial mediante programas de capacitación continua y la implementación de espacios de autocuidado para los profesionales (Wang et al., 2014).

Conclusiones

El presente estudio realizado en el Hospital Emiro Quintero Cañizares permitió conocer a fondo la situación actual del servicio de urgencias desde la perspectiva de los usuarios y el personal de salud, cumpliendo así con los objetivos específicos que se plantearon y respondiendo a la pregunta de investigación. En este contexto, las conclusiones se fundamentan en los hallazgos obtenidos a partir de las encuestas y la intervención implementada.

En primer lugar, se pudo identificar que la percepción de la atención humanizada está directamente entrelazada con la disposición de la comunicación que se tiene entre el personal de salud y los pacientes. La empatía, la dignidad y el respeto en el trato impactan positivamente en la satisfacción de los usuarios.

Por otro lado, el impacto de la capacitación al personal de salud mediante talleres prácticos basados en principios psicosociales favoreció en mejorar la comprensión y aplicación de los conceptos que se relacionan con la humanización dentro de la atención. Igualmente, los resultados mostraron mejoras significativas en la percepción que se tiene sobre calidad del servicio, con un aumento en la satisfacción de los usuarios y una reducción en la percepción de intimidación o falta de apoyo. Aunque, se lograron avances importantes, persisten retos en aspectos como la infraestructura hospitalaria y la suficiencia de personal, los cuales limitan la implementación plena de una atención humanizada.

También se identificó la necesidad de fortalecer los programas de salud ocupacional para abordar el estrés laboral del personal de salud, promoviendo un ambiente laboral más favorable que impacte directamente en la calidad del servicio.

En este sentido, el estudio respondió satisfactoriamente a la pregunta de investigación formulada: “¿Cuál es la percepción de los usuarios con respecto a la atención humanizada por parte del personal del servicio de urgencias en el (ESE HEQC) Hospital Emiro Quintero

Cañizares?”, proporcionando evidencia concreta sobre las percepciones positivas y áreas a mejorar en la interacción entre pacientes y personal de salud.

Así mismo, Este enfoque psicosocial demostró ser una herramienta integral para llegar a comprender las necesidades emocionales, sociales y psicológicas de los usuarios, destacándose como un modelo replicable en otros contextos hospitalarios similares.

De manera destacada, una de las principales contribuciones del estudio fue el diseño e implementación de una cartilla orientada a fomentar la atención humanizada. Este recurso estandariza buenas prácticas y fortalece la comunicación entre los usuarios y el personal de salud, además de ofrecer herramientas para sobrellevar el manejo del estrés laboral en los profesionales. Además, la experiencia adquirida con este proyecto permitió al equipo aplicar de manera práctica los principios de la psicología en un entorno hospitalario, reforzando competencias profesionales como el manejo de situaciones de crisis, la empatía y la promoción del bienestar emocional tanto en los usuarios como en el personal de salud.

En síntesis, los resultados obtenidos validan la calidad de la humanización en la atención hospitalaria como una estrategia esencial para garantizar un cuidado digno y efectivo. Las implementaciones propuestas pueden ser adoptadas como piloto para optimizar la calidad de los servicios de salud en diferentes contextos, consolidando un servicio más integral, empático y eficiente, adaptado a las necesidades específicas del contexto local.

Recomendaciones

Es fundamental implementar acciones concretas que permitan abordar las problemáticas identificadas y fortalecer los aspectos positivos. Por ello, se proponen las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, se sugiere diseñar y también implementar programas que practiquen la formación continua para el personal de salud. Estos programas deben enfocarse en habilidades de comunicación efectiva, manejo del estrés y estrategias de humanización. De esta manera, se podrán fortalecer las competencias necesarias para garantizar una atención más empática y de calidad.

En segundo lugar, es prioritario fortalecer los mecanismos de información al usuario, es necesario garantizar que todos los pacientes reciban información clara y oportuna sobre sus derechos, deberes y los servicios disponibles desde su ingreso al hospital. Para ello, se pueden utilizar herramientas como videos didácticos, sesiones de orientación y la cartilla informativa, la cual se recomienda que sea revisada y actualizada de manera periódica, asegurando su pertinencia y efectividad frente a los desafíos emergentes en el servicio de urgencias. Es fundamental que el personal de salud se familiarice con los contenidos y principios presentados en la cartilla, integrándolos de manera activa en su práctica diaria para fomentar un entorno de atención más empático y centrado en las necesidades emocionales y psicosociales de los usuarios.

Para ello, se propone incluir sesiones donde haya formación continua y sensibilización sobre la relevancia de la humanización de la atención, además de promover la contribución de todo el equipo sanitario en la implementación de las herramientas prácticas que se proporcionan. Esto contribuirá a mejorar la calidad del servicio y también a reducir el estrés laboral y a fortalecer la relación médico-paciente, creando un ambiente de confianza que favorezca el bienestar de los usuarios y el personal de salud.

También, se recomienda mejorar la gestión del personal mediante la incorporación de más profesionales en turnos críticos y la implementación de estrategias organizativas que reduzcan la sobrecarga laboral. Esto podrá incluir pausas activas y la provisión de apoyo psicosocial, lo que contribuirá a un mejor desempeño y bienestar del equipo de trabajo. Asimismo, es necesario invertir en la innovación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria. Esto incluye la mejora de las salas de espera, las áreas de atención y los espacios destinados al descanso del personal, garantizando condiciones seguras y funcionales tanto para los pacientes como para los profesionales.

Por otra parte, se debe consolidar un equipo interdisciplinario que brinde acompañamiento psicosocial tanto a los usuarios como al personal médico. Este enfoque, especialmente en situaciones de duelo y crisis, contribuirá a una atención más integral y humanizada, fortaleciendo el bienestar emocional de todos los involucrados.

Finalmente, se propone efectuar un sistema de retroalimentación continua que pueda monitorear de forma periódica la hospitalidad de los usuarios y del personal de salud. Este sistema será clave para identificar áreas de mejora y evaluar la efectividad de las intervenciones aplicadas.

Referencias Bibliográficas

- Abbey, J. y Meloy, M. (2017). Atención por diseño: uso de controles de atención para detectar encuestados distraídos y mejorar la calidad de los datos. *Revista de Gestión de Operaciones*, 53(56), 63–70.
- Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Et al. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *J Crit Care*. 29(2)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24360818/>
- Alonso Á, Heras G. (2016). UCI: ¿una rama del infierno? *Medicina de Cuidados Intensivos*. 42(4): 591-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26341381/>
- Álvarez, M. (2020). Trato digno en la salud: Una visión ética y humanitaria. *Revista de Ética Médica*, 16(1), 41-48.
- Asamrew N, Endris AA, Tadesse M. et al. (2020), Nivel de satisfacción del paciente con los servicios hospitalarios y sus determinantes: un estudio de un hospital especializado en Etiopía. *J Medio Ambiente Salud Pública*. 2473469. doi: 10.1155/2020/2473469
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913915594196>
- Ashton, CE, Tybur JM, Grießer V, Costa D. (2019). Estereotipos sobre la calidez y competencia del cirujano: el papel del género del cirujano. *Más uno*.14:e0211890. doi: 10.1371/journal.pone.0211890
- Assing Hvidt, E. (2024). “Trabajo temporal”: un análisis de las experiencias temporales y las prácticas agenciales en la “buena” relación médico-paciente en la práctica general. *Salud* , 28 (1), 144-160.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/13634593221116504>
- Auer, C., Hummel, J., & Katz, L. (2016). Patient satisfaction as a key indicator of healthcare quality. *Journal of Medical Practice Management*, 31(5), 317–324.

- Auer CJ, Glombiewski JA, Doering BK, Winkler A, Laferton JA, Broadbent E, et al. (2016). Las expectativas de los pacientes predicen los resultados de la cirugía: un metanálisis. *Int J Behav Med.* 23:49–62. doi:10.1007/s12529-015-9500-4
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-015-9500-4>
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm. American College of Critical Care Medicine.* 2013; 70(1): 53-8.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23269131/>
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. et al. (2015). Conceptualización de la satisfacción del paciente: una revisión narrativa sistemática de la literatura. *Perspectiva de Salud Pública.* (2015) 135:243–50. doi:10.1177/1757913915594196
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913915594196>
- Berhane A, Enquesslassie F. (2016). Expectativas de los pacientes y su satisfacción en el contexto de los hospitales públicos. *Adherencia preferida del paciente.* (2016) 10:1919. doi: 10.2147/PPA.S109982
- Busch, IM; Moretti, F.; Travaini, G.; Wu, AW; Rimondini, M. et al. (2019) Humanización de la atención: elementos clave identificados por pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica. Una revisión sistemática. *Paciente.* 12, 1–14.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-019-00370-1>
- BVS Salud. (2018). Empatía y capacidad de respuesta en la atención sanitaria en América Latina. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org>

- Centros de servicios de Medicare y Medicaid. (2020a). Hospital CAHPS (HCAHPS).
<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/CAHPS/HCAHPS1>
- Consultor Salud. (2020). Hospital Emiro Quintero implementó mejoras tras intervención de Supersalud. Recuperado de <https://consultorsalud.com>
- Creswell, J. (2009). *Diseño de investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos* (3ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daramilas C, Jaspal R. (2017). Medición de la satisfacción del paciente: conocimientos de la psicología social. *BPS*. 19:20–35. doi: 10.53841/bpspr.2017.19.1.20
- DGI Communications. (2024). Hospital Noise Reduction: Strategies for Reducing Hospital Noise and Improving Patient Experience. DGI Communications. Recuperado de https://www.dgicomunications.com/hospital-noise-reduction/?utm_source=chatgpt.com.
- Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. *Med Intensiva*. 2014; 38(6):371-5.
- Fitzner, K. (2007). Fiabilidad y validez: una revisión rápida. *The Diabetes Educator*, 33(5), 775-776, 780. doi:
<http://journals.sagepub.com.proxy.lib.iastate.edu/doi/pdf/10.1177/0145721707308172>
- Gabay G. (2019). Autovaloración del paciente y barreras de comunicación para la confianza de los pacientes israelíes en los médicos de cuidados intensivos en los hospitales públicos generales. *Calidad Res. de Salud*. (2019) 29:1954–66. doi:
10.1177/1049732319844999
- Glattacker M, Rudolph M, Bengel J, von der Warth R. (2022). Creencias sobre la enfermedad, creencias sobre el tratamiento y expectativas de tratamiento cumplidas en la rehabilitación psicosomática: asociaciones con la satisfacción del paciente. *Adherencia*

- preferida del paciente. 3303–17. doi: 10.2147/PPA.S390596
<https://www.dovepress.com/illness-beliefs-treatment-beliefs-and-fulfilled-treatment-expectations-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
- Gómez, R. (2020). El proceso de duelo en el contexto de la salud: Implicaciones psicológicas y sociales. Editorial PsicoSalud.
- González, M., Andrade, C., Monfort-Vinuesa, A., Piñas, E. (2023). "Mejora de la humanización a través de tecnologías relacionadas con el metaverso: una revisión sistemática" *Electrónica* 12, no. 7: 1727. <https://doi.org/10.3390/electronics12071727>
- González, S. (2022). Humanización de la atención médica: Un enfoque multidimensional. Editorial Médica Panamericana.
- Goodrich, J., & Lazenby, M. (2022). *Compassion in healthcare: An introduction to theory and practice*. Oxford University Press.
- Goodrich GW, Lazenby JMJNO (2022). Elementos de la satisfacción del paciente: una revisión integradora. *Abierto de enfermería*. (2022) 10:1258–69.
doi:10.1002/nop2.1437 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1437>
- Guest, D., Knox, A. y Warhurst, C. (2022). Humanizar el trabajo en la era digital: lecciones de los sistemas sociotécnicos y las iniciativas de calidad de vida laboral. *Relaciones Humanas*, 75 (8), 1461-1482. <https://doi.org/10.1177/00187267221092674>
- Hamburger-Fernández AA. (2008). Humanización de la empresa. Colombia. Editorial Bonaventuriana, 2008: 46- 47.
- Hannon B, Prizeman G, Madhavan P, O'Neill S, Martin Z, O'Callaghan A, et al. (2022). Servicio ambulatorio de cirugía venosa ambulatoria: un examen de la satisfacción y las experiencias del paciente. *Flebología* 37:588–95. doi:10.1177/02683555221110353
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02683555221110353>

- Henseler, J., Ringle, C. y Sarstedt, M. (2015). Un nuevo criterio para evaluar la validez discriminante en el modelado de ecuaciones estructurales basado en varianza. *Revista de la Academia de Ciencias del Marketing*, 43, 115-135. doi:10.1007/s11747-014-0403-8
- Heras, G.; Oviés, Á.A.; Gómez, V. Et al. (2017) Un plan para mejorar la humanización de las unidades de cuidados intensivos. *Medicina de Cuidados Intensivos*. 43, 547–549.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-017-4705-4>
- Hernández, G., López, M., & Ramírez, J. (2023). Optimizing hospital emergency services: Strategies for improvement. *Health Management Review*, 29(3), 158–170.
- Hernández Osorio, M. D. C. (2023). Mejoramiento de la infraestructura física de la unidad móvil del hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña Norte de Santander.
- Infobae. (2022). Ministerio de Salud revela encuesta de satisfacción sobre las EPS en Colombia. Recuperado de <https://www.infobae.com>
- Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 368(11): 1008-18.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23484827/>
- Laferton JA, Oeltjen L, Neubauer K, Ebert DD, Munder T. (2020). Los efectos de las expectativas de los pacientes sobre el resultado de la cirugía en artroplastia total de cadera y rodilla: un metanálisis de factores pronósticos. *Psicólogo de la Salud Rev.* (2020) 2020:1–17. doi: 10.31234/osf.io/y39xu
- Langford CPH, Bowsher J., Maloney JP, Lillis PP (1997). Apoyo social: un análisis conceptual. *J. Adv. Enfermeras*. 25, 95-100. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>

- Lianrong S, Pei W. (2019). Construcción teórica sobre el mecanismo psicológico de la relación armoniosa médico-paciente y su tecnología promotora. *Adv Cogn Psicología*. (2019) 27:951–64. doi: 10.3724/SP.J.1042.2019.00951
- Li DL, Lu JG. (2012) Revisión sobre la relación de confianza médico-paciente en China. *Mentón Ética Médica*. (2012) 25:104–6. doi: 10.3969/j.issn.1001-8565.2012.01.040
- López, A., & Gómez, L. (2020). Derechos y principios en la atención sanitaria: La privacidad como factor esencial. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 12(3), 65-72.
- Martínez, E., & Sánchez, J. (2019). Atención de urgencias: Principios y protocolos para la atención rápida y eficaz. Editorial Médica Internacional.
- Martínez, R. (2019). La importancia de la calidez en la atención sanitaria. *Revista de Atención Primaria*, 24(1), 33-39.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Encuesta de satisfacción sobre servicios prestados por las EPS en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. ISBN: 978-958-5401-36-5. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Versión 3.1 (Nuevas inclusiones).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 1328 de 2021. Por la cual se modifica el Manual de Acreditación para Instituciones de Baja Complejidad de la Resolución 5095 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social

- Moslehpour M, Shalehah A, Rahman FF, Lin KH. Et al. (2022). El efecto de la comunicación médica sobre la satisfacción del paciente hospitalizado. *Atención sanitaria*. 10:463. doi: 10.3390/cuidado sanitario10030463
<https://www.mdpi.com/2227-9032/10/3/463>
- Nicol K, Lehman K, Carlini J, Tori K, Butler-Henderson K. (2022). Expectativas del paciente: búsqueda en sitios web sobre cómo solicitar acceso a registros médicos. *Int J Environ Res Salud Pública*. (2022) 19:6503. doi: 10.3390/ijerph19116503
- Orgambidez, A., Almeida, H., & Mendes, M. (2019). Occupational commitment and job satisfaction among healthcare professionals. *European Journal of Health Management*, 23(2), 122–130.
- Orgambidez, A.; Borrego, Y.; Vázquez-Aguado, O. (2019). Autoeficacia y compromiso organizacional entre enfermeras españolas: El papel del compromiso laboral. En *t. Enfermeras*. Rev. 66, 381–388. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31184381/>
- Pace EJ, Somerville NJ, Enyioha C, Allen JP, Lemon LC, Allen CW. (2017) Efectos de una intervención psicosocial breve sobre la satisfacción del paciente hospitalizado: un ECA. *Familia Med*. (2017) 49:675.
- Paravic Kljtn, T., & Lagos Garrido, M. E. (2021). Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. *Ciencia y enfermería*, 27.
- Peña, C., González, S., & Rodríguez, A. (2017). Humanizing healthcare: Challenges and strategies. *Journal of Clinical Healthcare Research*, 8(4), 45–53.
- Peña, J., Trípodí, M., & Sousa, C. (2017). Humanización en la atención sanitaria: Principios y desafíos. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 45-52.
- Peña MH, Talledo NM, Ruiz EO, Gómez JL, Ruiz AR, Miguelez AG, et al. (2017). Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como

- pedra angular. *Medicina Intensiva*. 41(2): 78-85. <https://www.medintensiva.org/es-satisfaccion-unidad-cuidados-intensivos-uci--articulo-S0210569116301358>
- Pérez, M. (2021). Indicadores de calidad en la atención de salud: Un enfoque integral. *Revista de Salud Pública*, 25(2), 89-95.
- Puerta, L., & Marín, E. (2015). Análisis de validez de contenido de un instrumento de transferencia de tecnología universidad-industria de Baja California, México. In J. Méndez (Presidencia), Administración de la Tecnología. Simposio llevado a cabo en el XX Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática, México. <https://investigacion.fca.unam.mx/docs/memorias/2015/2.02.pdf>
- Reichheld, FF (2003). El único número que necesitas para crecer (artículo de portada). *Harvard Business Review*, 81 (12), 46–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14712543/>
- Ríos-Becerra, M. (2021). La comunicación en la atención de la salud: Un enfoque integral. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, C., & Fernández, A. (2021). Derechos del paciente en la atención médica: Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Derecho*, 15(2), 112-120.
- Rodríguez, F. (2023). Seguridad del paciente: Prevención de riesgos y eventos adversos en la atención médica. *Revista de Medicina y Salud Pública*, 36(4), 215-220.
- Ruiz, J. (2018). Confidencialidad y ética en la atención sanitaria. Editorial Universidad de Chile.
- Salcido-Cibrián, L., Jiménez-Jiménez, Ó., Ramos, N., & Sánchez-Cabada, M. (2021). Intervención en duelo y mindfulness. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(1). <https://doi.org/10.15332/22563067.6537>
- Semana. (2023). Este es el hospital que ha mejorado la atención en salud en la zona del Catatumbo. Recuperado de <https://www.semana.com>

- Severo, G. Moraes, L. , Bones, K. et al. (2022). Análisis de los supuestos del paradigma psicosocial en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) desde la perspectiva de los profesionales. doi: 10.22235/cp.v16i2.2225
http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v16n2/en_1688-4221-cp-16-02-e2225.pdf
- Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(2): 125-33.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26340152/>
- Social MDLP. (2010). Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. Colombia: Ministerio de salud y protección social, [Citado 16 de sep de 2023]. p. 101.
<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- Song YD, Jiang XL. (2011) Discutir el papel del sistema de servicios médicos para abordar la crisis de confianza entre médicos y pacientes. *Seminal chino de gestión*. 4:268. doi: 10.3969/j.issn.1004-4663.2011.04.011
<http://www.chinadoi.cn/portal/mr.action?doi=10.3969/j.issn.1004-4663.2011.04.011>
- Sousa, A., Heras, A., & Orgambidez, A. (2019). Atención humanizada y autoeficacia en profesionales de la salud. *Salud y Sociedad*, 15(3), 120-135.
- Sousa, C., Rocha, A., & Silva, M. (2019). Humanization in emergency care: Contributions for nursing practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(1), e3112.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2674.3112>
- Sousa, KHJF; Damasceno, CKCS; Almeida, CAPL; Magalhães, JM; Ferreira, MDA. Et al. (2019). Humanización en servicios de urgencia y emergencia: Contribuciones al cuidado de enfermería. *Rev. Gauch. Enferm*. 40, e20180263
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/?lang=pt>

- Supersalud Colombia. (2023). Supersalud da "de alta" el Hospital Emiro Quintero Cañizares [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=oFCsETF8BFc>
- Tejada, A. (2020). La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación. In: OBANDO CABEZAS, L., ed. Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario [online]. Santiago de Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali, 2020, pp. 19-49. ISBN: 978-958-5147-16-4. Available from: <https://books.scielo.org/id/dk8c5>. <https://doi.org/10.35985/9789585147164.1>.
- Telaar, B., Hanauer, C., Rosner, R. y Doering, BK (2023). Predictores de la satisfacción del cliente con la terapia de duelo: el papel de los efectos negativos. OMEGA - Journal of Death and Dying , 0 (0). <https://doi.org/10.1177/00302228231193806>
- Thoits PA (2011). Mecanismos que vinculan los vínculos sociales y el apoyo a la salud física y mental. J. Sociedad de Salud. Comportamiento. 52, 145-161. doi:10.1177/0022146510395592 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146510395592>
- Torres, L. (2018). Deberes y derechos de los pacientes en el sistema de salud. Editorial Universitaria.
- Trípodi, M.; Siano, MA; Mandato, C.; De Anseris, EDAD; Quitadamo, P.; Nuzio, SG; Siani, P.; Vajro, P. et al (2019) Intervenciones de humanización en salas de pediatría general: una revisión sistemática. EUR. J. Pediatr. 178, 607–622. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-019-03370-3>
- Trípodi, G., De Sanctis, L., & Franza, G. (2019). Psychosocial interventions in hospital settings: A systematic review. Psychology and Health, 34(8), 921–935.
- Qi Y, Yang X, He Y. et al. (2018). Confianza institucional en la organización: concepto, dimensión y medición. Gestión Económica. 2:192–208. doi:

10.19616/j.cnki.bmj.2018.02.012

<https://www.cnki.net/kcms/doi/10.19616/j.cnki.bmj.2018.02.012.html>

Wang, X., Cai, L., & Huang, J. (2014). The role of emotional support in healthcare outcomes:

A review. *Social Science & Medicine*, 123(3), 1–9.

Wang X., Cai L., Qian J., Peng J. (2014). El apoyo social modera los efectos del estrés sobre

la depresión. *En t. J.ment. Sanar. Sistema*. 8:41. doi: 10.1186/1752-4458-8-41

<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-8-41>

Wang Y, Wu Q, Wang Y, Wang P. (2022). El mecanismo de formación de confianza en el

paciente desde la perspectiva del profesional de la salud: un modelo de proceso

condicional. *J Clin Psychol*. 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09834-9>

Windi YK, Harnani BD, Asnani A. et al. (2022) Indicadores percibidos por el paciente como

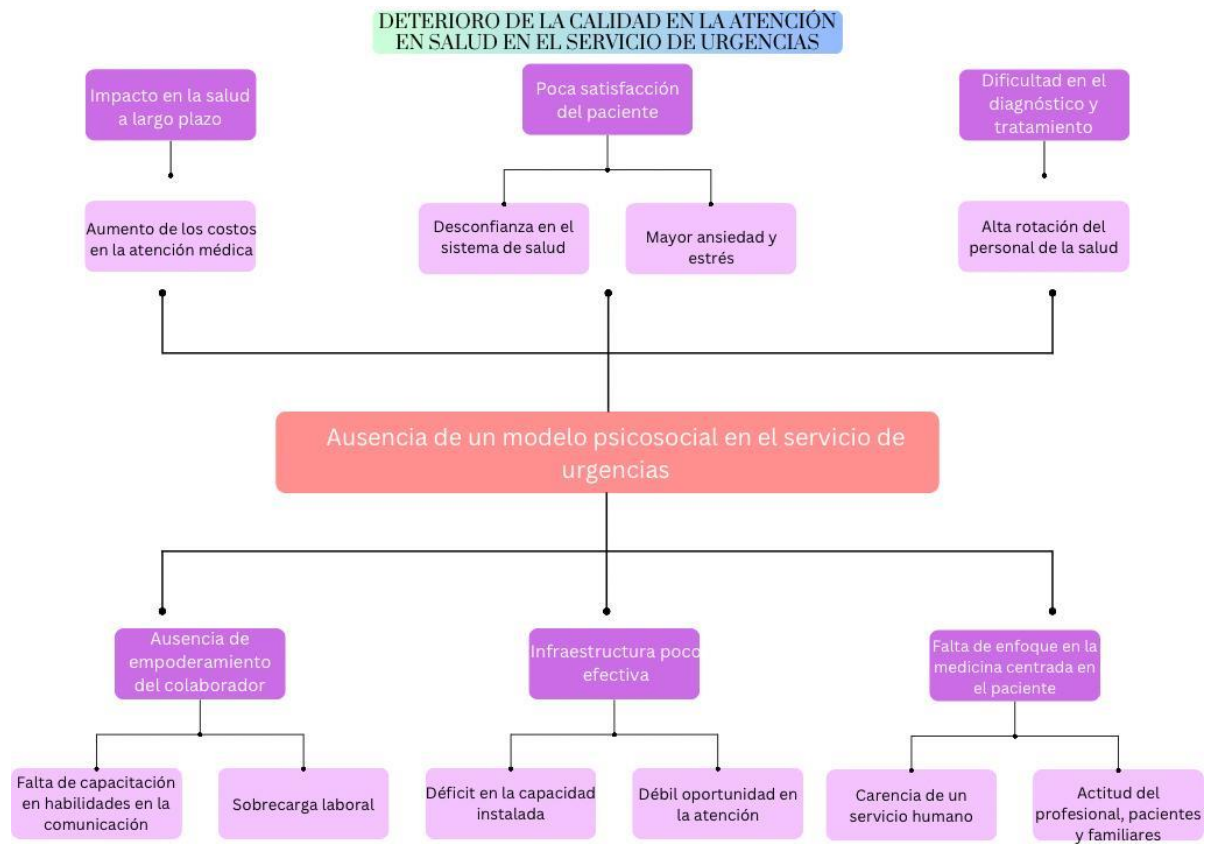
base para la evaluación de la satisfacción de la atención sanitaria. *Int J Ciencias de la*

Salud Pública. (2022) 11:687–94. doi: 10.11591/ijphs.v11i2.21375

Apéndices

Apéndice A

Árbol de Problemas



Fuente. Autoría propia, (2024).

Apéndice B

Cronograma

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDAD	ME S 1 Feb 2024	ME S 2 Mar 2024	ME S 3 Abr 2024	ME S 4 May 2024	ME S 5 Jun 2024	MES 6 Jul 2024	ME S 7 Ago 2024	ME S 8 Sept 2024	ME S 9 Oct 2024	MES 10 Nov 2024	MES 11 Dic 2024	ME S 12 Ene 2025
Propuesta del proyecto	xx											
Construcción del Capítulo Planteamiento del problema	xx	xxx										
Marco Teórico EstaDA, del arte, Teorías, Conceptual, y normativo		x	x									
Marco metodológico			xxx									
Recolección de información				xxxx	xxxx							
Análisis de la data						xxxx	xxx					
Construcción y socialización del instrumento (cartilla)											xxx	
Conclusiones y sugerencias								xx	x			

Apéndice C

Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE UNA ENCUESTA
SOBRE UN SERVICIO MÁS HUMANIZADO EN EL HOSPITAL EMIRO
QUINTERO CAÑIZARES**

Estimado(a) usuario:

El Hospital Emiro Quintero Cañizares está comprometido con la mejora continua de la atención que brinda a sus pacientes. Por esta razón, queremos invitarlo(a) a participar en una encuesta que tiene como objetivo evaluar la calidad de la atención humanizada que usted recibe en nuestro hospital.

¿En qué consiste la encuesta?

La encuesta incluye preguntas relacionadas con:

- Si ha recibido información clara sobre sus derechos y deberes como paciente.
- Su percepción sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Otros aspectos relacionados con el trato y la atención brindada por el personal de salud.

¿Cuál es el propósito de esta encuesta?

Los resultados de esta encuesta nos permitirán identificar fortalezas y áreas de mejora en nuestra atención, con el fin de garantizar que se sigan brindando servicios de calidad y humanizados.

¿Qué implica participar?

- Su participación es completamente voluntaria.
- Las respuestas serán confidenciales y serán utilizadas únicamente con fines de análisis y mejora de la atención hospitalaria.

Al firmar este documento, usted declara que:

- Ha leído y entendido la información proporcionada en este consentimiento informado.
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Acepta participar de manera libre y voluntaria en esta encuesta.

Consentimiento del participante:

Nombre completo: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____ Fecha: _____


Nombre de las investigadoras: _____, _____

Firmas: _____, _____ Fecha: _____

Apéndice D

Herramienta 1

Instrumento: Cognición humanizada del comportamiento del cuidado en el servicio de urgencias ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares del municipio de Ocaña

		ENCUESTA			
		SI	NO	TAL VEZ	NO SABE NO RESPONDE
<p>¿Cuál es la Cognición humanizada por parte de los usuarios en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares del municipio de Ocaña en el mes de marzo del 2024?</p>					
1. La atención de los guardias de seguridad o personal de seguridad en el ingreso al servicio de urgencias es la adecuada.	DA				
2. La información que le dieron durante el ingreso de deberes y derechos como usuarios es clara	DE				
3. La atención es oportuna del equipo multidisciplinario (medico, enfermero, Aux. Enfermería) al momento de presentar algún dolor	DO				
4. El personal médicos y enfermeras aclaran dudas e inquietudes al dialogar con usted.	DA				
5. Se le brindo información oportuna al paciente o					

acudiente por parte del médico tratante sobre su estado de salud y definición de conducta.	DA				
6.Las comodidades que le ofrece el hospital son consideradas agradables para su permanecía en la institución	DI				
7. Se ha sentido vulnerado, intimidado o falta de apoyo al momento de expresar y ser examinado por el médico.	DI				
8. Se respeta su intimidad en el momento de recibir atención del personal de salud.	DI				
9. La institución se compromete con la reducción de la contaminación visual y auditiva, permitiendo a usted tener una visión más agradable en el servicio de urgencias.	DI				
10. En la realización de la toma de muestras en el servicio de urgencias del hospital, le brindan información de manera oportuna, respetuosa y cordial.	DA				
11. Cree usted que el hospital cuenta con personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento de duelo.	DU				

Encuesta dirigida a usuarios de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares:

[https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=WgnTWJ8kIT713xfNyYI](https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=WgnTWJ8kIT713xfNyYIFxUltM5NgA8Gp&id=eIQALskT06dYXP8peud88gHpR0nSNNEuTIix8-oV3FUOTBHSEdLUDBMQjZSVDhaRUEwMEo1N1U1UC4u)

[FxUltM5NgA8Gp&id=eIQALskT06dYXP8peud88gHpR0nSNNEuTIix8-](https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=WgnTWJ8kIT713xfNyYIFxUltM5NgA8Gp&id=eIQALskT06dYXP8peud88gHpR0nSNNEuTIix8-oV3FUOTBHSEdLUDBMQjZSVDhaRUEwMEo1N1U1UC4u)

[oV3FUOTBHSEdLUDBMQjZSVDhaRUEwMEo1N1U1UC4u](https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=WgnTWJ8kIT713xfNyYIFxUltM5NgA8Gp&id=eIQALskT06dYXP8peud88gHpR0nSNNEuTIix8-oV3FUOTBHSEdLUDBMQjZSVDhaRUEwMEo1N1U1UC4u)

[https://docs.google.com/forms/d/1bdNzrO2ySGjXvSRM-vU6wgX_8kfvXDZBKJeb7EtJ-](https://docs.google.com/forms/d/1bdNzrO2ySGjXvSRM-vU6wgX_8kfvXDZBKJeb7EtJ-hQ/edit#responses)

[hQ/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1bdNzrO2ySGjXvSRM-vU6wgX_8kfvXDZBKJeb7EtJ-hQ/edit#responses)

Encuesta dirigida al personal de salud de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares:

<https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=DYEEhtdomvPCyBIIdBg>

[b8bjTXLaGapcXf&id=eIQALskT06dYXP8peud88gHpR0nSNNEuTIix8-](https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=DYEEhtdomvPCyBIIdBg)

[oV3FUQlpSSIZRRE5QVVQ0S11WSE1KMkJPVE1SRS4u](https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?AnalyzerToken=DYEEhtdomvPCyBIIdBg)

Apéndice E*Herramienta 2*

CATEGORÍA I: DA				
DAR INFORMACIÓN				
<p>La comunicación efectiva es clave en la relación usuario-institución de salud. Proporcionar información clara, completa y comprensible permite a los pacientes y sus familiares tomar decisiones informadas, reducir la incertidumbre y fomentar una relación de confianza.</p> <p>Según Leal (2018), la transparencia a la información es un factor determinante para la satisfacción del usuario en servicios de salud.</p>				
N°	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
3	¿La información que le brindaron durante el ingreso de deberes y derechos como usuarios es clara?			
5	¿El personal de médicos y enfermeras aclaran dudas e inquietudes al dialogar con usted?			

6	¿Se le brindó información oportuna al paciente o acudiente por parte del médico tratante sobre su estado de salud y definición de conducta?			
---	---	--	--	--

CATEGORÍA II: DE
DEBERES Y DERECHOS

Promover el conocimiento sobre los deberes y derechos del paciente contribuye a equilibrar las relaciones de poder entre usuarios y profesionales de la salud. Para Hernández y Gómez (2020), el respeto a los derechos de los usuarios no solo fortalece la calidad de la atención, sino que también incrementa el cuidado de la salud, fomentando actitudes proactivas.

N°	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
4	¿La atención del equipo multidisciplinario (medico, enfermero, auxiliar de enfermería) es oportuna al momento			

	de presentar algún dolor?			
7	¿Las comodidades que le ofrece el hospital son consideradas agradables para su permanencia en la institución?			

CATEGORÍA III: DI

DIGNIDAD Y RESPETO AL USUARIO

La dignidad y el respeto son principios fundamentales que deben guiar cualquier interacción en el ámbito de la salud. Tratar a cada usuario como un individuo único y valioso, sin discriminación, ayuda a preservar su autoestima y bienestar emocional. Smith y Johnson (2019) enfatizan que el respeto a la dignidad del usuario está estrechamente vinculado a la percepción que se tiene sobre la calidad del servicio recibido.

N°	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
1	¿La atención de los guardias de seguridad o personal de seguridad en el ingreso al servicio de urgencias es la			

	adecuada?			
8	¿Se ha sentido vulnerado/a, intimidado/a o con falta de apoyo al momento de expresar y ser examinado/a por el médico?			
9	¿Se respeta su intimidad en el momento de recibir atención del personal de salud?			
11	En la realización de la toma de muestras en el servicio de urgencias del hospital, ¿le brindan información de manera oportuna, respetuosa y cordial?			

CATEGORÍA IV: DO

OPORTUNIDAD

Implica garantizar que los pacientes reciban atención en el momento adecuado, evitando demoras que puedan comprometer su estado de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) menciona que la oportunidad es uno de los principales indicadores de calidad, ya que incide directamente en los resultados de salud y la satisfacción del usuario.

N°	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
10	¿La institución se compromete con la reducción de la contaminación visual y auditiva, permitiéndole a usted tener una visión más agradable en el servicio de urgencias?			

CATEGORÍA V: DU

DUELO

Acompañar a los usuarios y sus familias durante momentos de crisis o pérdida exige sensibilidad y preparación por parte del personal de salud. Según Fernández y García (2021), la adecuada gestión emocional en situaciones difíciles fortalece el vínculo con los usuarios y mitiga el impacto psicológico del duelo, promoviendo una atención integral y

humanizada.				
N°	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
12	¿Cree usted que el hospital cuenta con el personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento de duelo?			

Formato Excel de los resultados a usuarios de la ESE Hospital Emiro Quintero

Cañizares: <https://unadvirtualedu->

[my.sharepoint.com/:x:/g/personal/smcarrascalr_unadvirtual_edu_co/ETPSZyD0_n9PjWfaeWnI8vQBfzKRS6SVYHjHfInIdpHmGw?e=tsTXxX](https://unadvirtualedu-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/smcarrascalr_unadvirtual_edu_co/ETPSZyD0_n9PjWfaeWnI8vQBfzKRS6SVYHjHfInIdpHmGw?e=tsTXxX)

Formato Excel de los resultados al personal de salud de la ESE Hospital Emiro

Quintero Cañizares: <https://unadvirtualedu->

[my.sharepoint.com/:x:/g/personal/smcarrascalr_unadvirtual_edu_co/EYmN5oac89ZAkkJTTFDiLJIBTRPkuv3QRdfBTW07NBaU7g?rttime=agvg5KRA3Ug](https://unadvirtualedu-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/smcarrascalr_unadvirtual_edu_co/EYmN5oac89ZAkkJTTFDiLJIBTRPkuv3QRdfBTW07NBaU7g?rttime=agvg5KRA3Ug)

Apéndice F*Instrumento*

Link de Acceso al Recurso “Cartilla”:

https://www.canva.com/design/DAGY1JZXsBI/yYAySUvm1gAEPqwdfR1F9w/edit?utm_content=DAGY1JZXsBI&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Apéndice G

Variables

Herramienta de las Variables.

Sílaba	Definición	Preguntas
DA	Dar información	<p>1. ¿Es apropiada la atención prestada por el guarda al ingreso de la institución?</p> <p>4. ¿Los funcionarios médicos y enfermeras aclaran dudas e inquietudes al dialogar con usted?</p> <p>5. ¿Se le brindó información oportuna al paciente o acudiente por parte del médico tratante sobre su estado de salud y definición de conducta?</p> <p>10. ¿En la realización de la toma de muestras en el servicio de urgencias del hospital, le brindan información de manera oportuna, respetuosa y cordial?</p>
DE	Deberes y derechos	<p>2. ¿La información que le dieron durante el ingreso de deberes y derechos como usuarios es clara?</p>
DI	Dignidad	<p>6. ¿Las comodidades que le ofrece el hospital son consideradas agradables para su permanencia en la institución?</p> <p>7. ¿Se ha sentido vulnerado, intimidado o falta de apoyo al momento de expresar y ser examinado por el médico?</p> <p>8. ¿Se respeta su intimidad en el momento de recibir atención del personal de salud?</p> <p>9. ¿La institución se compromete con la reducción de la contaminación visual y auditiva, permitiendo a usted tener</p>

		una visión más agradable en el servicio?
DO	Oportunidad	3. ¿La atención es oportuna el equipo multidisciplinario (medico, enfermero, auxiliar de enfermería), al momento de presentar algún dolor?
DU	Duelo	11. ¿Cree usted que el hospital cuenta con personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento en situaciones difíciles?

Apéndice H

Rubrica de Evaluación del Instrumento de Investigación

Los evaluadores del proyecto **Factores Emocionales para la Humanización del Servicio de Salud Desde la Dinámica Psicosocial**

Hace saber

Que el instrumento "Encuesta" de satisfacción Personal de Salud, como a pacientes se realizo su evaluación y es la siguiente:

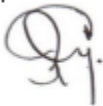

Tabla 1. Rubrica de evaluación de instrumento de investigación

Crterios de evaluación	Puntaje máximo por criterio	Puntaje otorgado
Calidad Metodológica	<i>Coherencia en la estructura del instrumento:</i> Las preguntas están organizadas de manera lógica y secuencial, de modo que los encuestados puedan comprender fácilmente la progresión de las preguntas en coherencia con el objetivo de la investigación.	15 puntos
	<i>Metodología:</i> La metodología propuesta, enfoque, técnica y redacción de las preguntas, están alineados con el objetivo del proyecto	15 puntos
	<i>Riegos:</i> Neutralidad y ausencia de sesgo: Verifica si las preguntas son imparciales y no inducen sesgos en las respuestas.	15 puntos
	<i>Numero de preguntas:</i> El cuestionario es de una longitud razonable y no sobrecarga a los encuestados con demasiadas preguntas.	15 puntos
Confiabilidad y validez.	El cuestionario tiene el potencial de recopilar datos útiles para responder a las preguntas de investigación.	15 puntos
Objetividad	Grado en que el instrumento es permeable a la influencia, sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan.	15 puntos
Consideración de la ética	Se han tomado en cuenta aspectos éticos, como la privacidad y la confidencialidad de los participantes.	10 puntos
TOTAL		100
Observaciones/correcciones que sugiere ninguna, el instrumento está bien diseñado.		

Apéndice F

Resultados de Evaluación del Instrumento por Expertos Investigadores

Tabla 2. Resultados de evaluación del instrumento por expertos investigadores

Evaluador	Pregunta	Recomendación	Modificación	Motivo
1	1,2,3	Se encuentran bien estructuradas de manera lógica y secuencial.	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
	4,5,6	Tienen enfoque alineado al objetivo del proyecto, fácil de responder, y no induce a sesgos	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
	7,8,9,10	Las preguntas cumplen, por su contenido simple, pero puntualiza el objetivo del proyecto, lo cual existe coherencia	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
	11,12,13,14	Su contenido esta organizado y se ha tenido los contenidos de privacidad	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
2	3	Tienen enfoque alineado al objetivo del proyecto	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
	4,5,6,7	Se encuentran bien estructuradas de manera lógica y secuencial	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
	8,9,10,11,12,13,14	Las preguntas cumplen, por su contenido simple, pero puntualiza el objetivo del proyecto, lo cual existe coherencia	Aplicada	Se considera viable para el instrumento.
Total				100
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>Investigador 1 RAMIRO GAMBOA SUAREZ C.C.83.056.327 DE Guadalupe Huila Email: ramiro.gamboa@usco.edu.co</p> </div> <div style="width: 45%;">  <p>Investigador 2 OMAIRA MANZANO DURAN C.C.37.323.685 DE Ocaña Email: omaira.manzano@unad.edu.co</p> </div> </div>				

Apéndice J

Evidencias fotográficas



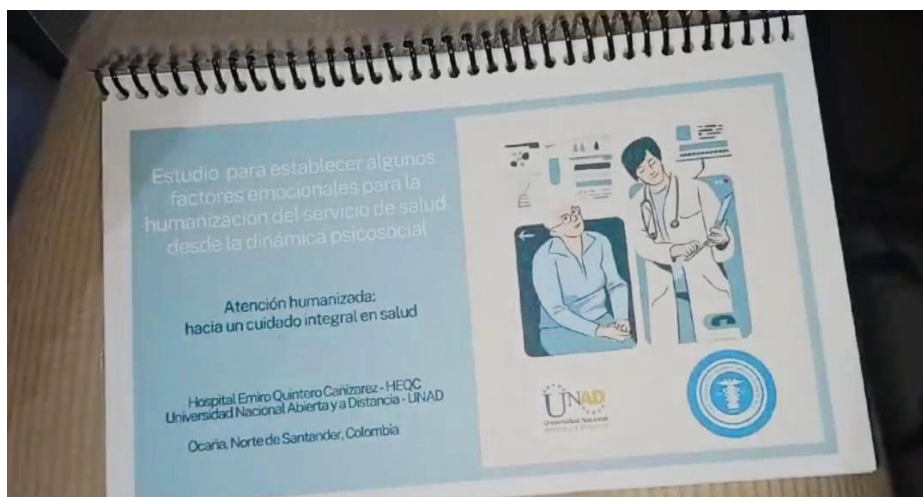
Fuente. Autoría propia, (2024).



Fuente. Autoría propia, (2024).



Fuente. Autoría propia, (2024).



Fuente. Autoría propia, (2024).

ÍNDICE	
Introducción.....	03
Principios de la atención humanizada.....	05
• Empatía.....	05
• Respeto y dignidad.....	06
• Comunicación asertiva.....	07
• Trabajo en equipo.....	08
Estrategias para implementar la atención humanizada.....	10
• Escucha activa.....	10
• Técnicas de manejo del estrés.....	11
• Uso de un lenguaje claro.....	12
• Creación de un ambiente tranquilo y seguro.....	13
• Trabajo coordinado con psicología.....	14
Desafíos en el servicio de urgencias.....	16
Estrategia de Protocolo Spikes.....	17
• Casos de estudio y ejemplos de buenas prácticas (trauma grave).....	18
• Casos de estudio y ejemplos de buenas prácticas (crisis de ansiedad).....	19
• Casos de estudio y ejemplos de buenas prácticas (paciente pediátrico).....	20
Conclusiones y recomendaciones.....	21
Referencias bibliográficas.....	22

Fuente. Autoría propia, (2024).


Casos de estudio y ejemplos de buenas prácticas

02. Paciente con crisis de ansiedad

Luis, de 40 años, llega a urgencias por una crisis de ansiedad severa, con síntomas como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos y sensación de desmayo. Estos episodios recurrentes están relacionados con el estrés laboral y problemas personales. El paciente teme estar padeciendo un problema cardíaco.

Ejemplo de buena práctica:

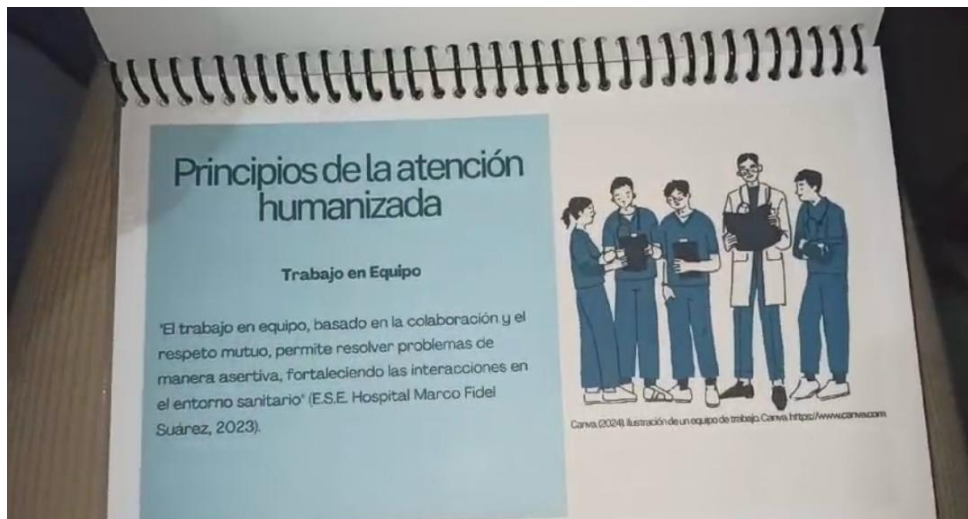
Una buena práctica en este caso es la intervención psicoterapéutica en situaciones de urgencia, que combina la técnica de relajación con el apoyo emocional inmediato. A través de esta práctica, se logra estabilizar al paciente, reducir su ansiedad en el momento crítico y proporcionar herramientas de afrontamiento que pueden ser útiles en el futuro.



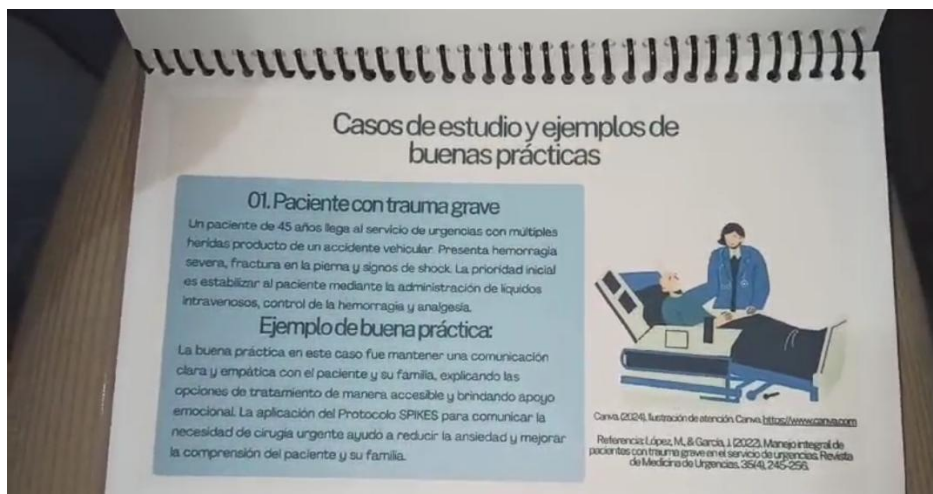
Carva. (2024). Ilustración de ansiedad. Carva. <https://www.carva.com>

González, M. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 396-403.

Fuente. Autoría propia, (2024).



Fuente. Autoría propia, (2024).



Fuente. Autoría propia, (2024).



Fuente. Autoría propia, (2024).

Apéndice G

Consentimientos Informados

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ocaña, 25 de noviembre de 2024

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, Yo, Holmes Araya, como experto, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 88139201, expedida en Ocaña, hago constatar mi aceptación a formar parte del grupo de expertos desde el área de la psicología encargados de la validación de la encuesta denominada "Encuesta de satisfacción usuarios"


Con el objetivo de cumplir uno de los pasos propuestos, para la validez del cuestionario y por ende su aplicación a los usuarios en la sala de urgencias del Hospital Emiro Quintero Cañizares.

De ante mano,

Agradecemos su participación en este proceso

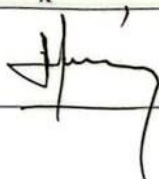
Atentamente,

Sara Marcela Carrascal Ropero
María Yirley Acosta Ascanio

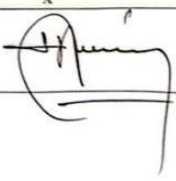
Firma: 

Fuente. Autoría propia, (2024).

CATEGORÍA V: DU DUELO				
Acompañar a los usuarios y sus familias durante momentos de crisis o pérdida exige sensibilidad y preparación por parte del personal de salud. Según Fernández y García (2021), la adecuada gestión emocional en situaciones difíciles fortalece el vínculo con los usuarios y mitiga el impacto psicológico del duelo, promoviendo una atención integral y humanizada.				
N°	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
12	¿Cree usted que el hospital cuenta con el personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento de duelo?			

VALIDEZ					
¿El instrumento es válido para su aplicación?				<input checked="" type="checkbox"/>	NO
EXPERTO					
x					
Nombre:	Holmes Amaya Q	C. C	88137801.	Firma:	

Fuente. Autoría propia, (2024).

VALIDEZ					
¿El instrumento es válido para su aplicación?				SI	NO
EXPERTO					
x					
Nombre:	Holmes Amaya	C. C	88137801.	Firma:	

Fuente. Autoría propia, (2024).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ocaña, 25 de noviembre de 2024

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, Yo Sara Marcela Carrascal Ropero como experto, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 11187997 expendida en BLN, hago constatar mi aceptación a formar parte del grupo de expertos desde el área de la psicología encargados de la validación de la encuesta denominada "Encuesta de satisfacción personal de salud"

Con el objetivo de cumplir uno de los pasos propuestos, para la validez del cuestionario y por ende su aplicación a los usuarios en la sala de urgencias del Hospital Emiro Quintero Cañizares.

De ante mano,

Agradecemos su participación en este proceso

Atentamente,

Sara Marcela Carrascal Ropero

María Yirley Acosta Ascanio

Firma:



Fuente. Autoría propia, (2024).

CATEGORÍA V: DU DUELO				
Acompañar a los usuarios y sus familias durante momentos de crisis o pérdida exige sensibilidad y preparación por parte del personal de salud. Según Fernández y García (2021), la adecuada gestión emocional en situaciones difíciles fortalece el vínculo con los usuarios y mitiga el impacto psicológico del duelo, promoviendo una atención integral y humanizada.				
Nº	Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
12	¿Cree usted que el hospital cuenta con el personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento de duelo?			

VALIDEZ					
¿El instrumento es válido para su aplicación?				SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO
EXPERTO				x	
Nombre:	José A. P. / ...	C. C	11107991	Firma:	

Fuente. Autoría propia, (2024).

VALIDEZ					
¿El instrumento es válido para su aplicación?				SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO
EXPERTO				x	
Nombre:	José A. P. / ...	C. C	11107991	Firma:	

Fuente. Autoría propia, (2024).