

PERCEPCIÓN A CERCA DE LA ENSEÑANZA EN CUIDADO HUMANIZADO DE LOS
ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD
POPULAR DEL CESAR – VALLEDUPAR, 2024.

LEANDRIS GENITH ROSADO BERTEL

LINA MARCELA PIMIENTA PEREZ

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA
VALLEDUPAR- CESAR

2025

PERCEPCIÓN A CERCA DE LA ENSEÑANZA EN CUIDADO HUMANIZADO DE LOS
ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD
POPULAR DEL CESAR – VALLEDUPAR, 2024.

LEANDRIS GENITH ROSADO BERTEL
LINA MARCELA PIMIENTA PEREZ

Proyecto realizado con el fin de obtener el título de Instrumentador Quirúrgico

Asesor metodológico
ANDERSON DIAZ PEREZ
Instrumentador Quirúrgico
Magister En Ciencias Básicas Biomédicas
Doctor En Salud Publica
Doctor En Bioética

Asesor técnico
ARLER VEGA OCHOA
Instrumentadora quirúrgica

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
VALLEDUPAR – CESAR
2025.

Contenido

1. Planteamiento del Problema	15
1.1 Descripción del Problema.....	15
1.2 Formulación del Problema.....	17
2. Justificación	18
3. Propósito.....	18
4. Objetivos.....	23
4.1 Objetivo General	23
4.2 Objetivos Específicos	23
5. Marco de Referencia	24
6. Línea de Investigación.....	24
7. Factibilidad y Delimitaciones	27
7.1 6.1 Factibilidad.....	27
7.2 Delimitación Temporal y Espacial.....	27
7.2.1 Delimitación Temporal.....	27
7.2.2 Delimitación Geográfica.....	27
8. Marco Teórico.....	29
8.1 Marco Conceptual	29
8.1.1 Teoría del cuidado	29
8.1.2 Humanización del cuidado.....	30
8.1.3 Trato Humanizado	30
8.1.4 Empatía	30
8.1.5 Solidaridad	30

8.1.6 Compasión	30
8.1.7 Autocuidado	31
8.1.8 Bioética	31
8.1.9 Compromiso	31
8.1.10 Cuidado	31
8.1.11 Desarrollo de capacidades.....	32
8.1.12 Educación en bioética	32
8.1.13 Entorno Saludables	32
8.1.14 Equidad	33
8.1.15 Justicia	33
8.1.16 Nodos Territoriales de Humanización	33
8.1.17 Pertinencia.....	34
8.1.18 Principios de la Bioética	34
8.1.19 Seguridad	34
8.2 Antecedentes y / o Estado del Arte Investigativo	34
8.3 Bases Teóricas.....	41
8.3.1 Humanización en Salud	41
8.3.2 Formación Académica en Cuidado Humanizado.....	43
8.3.3 Percepción y Satisfacción de la Enseñanza en Cuidado Humanizado	44
8.3.4 Estrategias de Enseñanza en Cuidado Humanizado.....	45
8.4 Marco Legal.....	49
8.4.1 Constitución Política de Colombia de 1991	49
8.4.2 Ley 1164 de 2007 - Ley de Talento Humano en Salud	50

8.4.3 Ley 784 de 2002.....	50
8.4.4 Ley 100 de 1993.....	50
8.4.5 Ley Estatutaria 1751 de 2015 - Derecho Fundamental a la Salud	51
8.4.6 Decreto 1330 de 2019.....	51
8.4.7 Decreto 1438 de 2011.....	52
8.4.8 Resolución 4343 del 2012.....	52
8.4.9 Resolución 1441 de 2013.....	53
8.4.10 Resolución 8430 de 1993 - Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud	53
8.4.11 Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021	53
8.4.12 Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	54
8.4.13 Código Internacional de Ética Médica	54
8.4.14 Reglamento Europeo de Protección de Datos	54
9. Diseño Metodológico	56
9.1 Tipo de Estudio	56
9.1.1 Cuantitativo.....	56
9.1.2 Descriptivo.....	56
9.1.3 Corte trasversal.....	56
9.1.4 Prospectivo.....	57
9.2 Población	57
9.3 Muestra	57
9.4 Variables	59
9.5 Unidad de Análisis	59

9.5.1 Criterios de Inclusión	60
9.5.2 Criterios de Exclusión	61
9.6 Técnicas de Obtención de la Información	61
9.6.1 Fuente Primaria	61
9.6.2 Fuentes Secundarias	62
9.6.3 Validación del instrumento	62
9.7 Análisis y Presentación de la Información	63
9.7.1 Análisis de la Información	63
9.7.2 Presentación de la Información	64
9.7.3 Difusión de los Resultados	64
9.8 Aspectos Éticos de la Investigación	65
9.8.1 Principio de Autonomía	66
9.8.2 Principio de Totalidad/Integridad.....	66
9.8.3 Principio de Beneficencia	66
10. Resultados.....	68
10.1 Análisis Sociodemográfico	68
10.2 Percepción sobre las Estrategias Pedagógicas	73
10.2.1 Aplicación de Enfoque Constructivista	73
10.2.2 Promoción de Autonomía en el Aprendizaje	75
10.2.3 Actualización de Herramientas Didácticas	76
10.3 Análisis Estadísticos de Asociación	78
10.3.1 Pruebas Chi-Cuadrado (χ^2) de Independencia.....	78
10.3.2 ANOVA: Satisfacción por Semestre	94

11. Discusión	96
12. Conclusión	99
13. Recomendaciones.....	101
14. Referencias.....	103
15. Anexos	113

Lista de Tablas

Tabla 1 Distribución de frecuencias por sexo.....	68
Tabla 2 Distribución de frecuencias por edades	69
Tabla 3 Distribución de frecuencias por semestre	71
Tabla 4 ANOVA por sexo	72
Tabla 5 Aplicación del enfoque constructivista.....	73
Tabla 6 Promoción de autonomía	75
Tabla 7 Actualización de herramientas didácticas	77
Tabla 8 Aplicación de enfoque constructivista.....	79
Tabla 9 Percepción por sexo de promoción de autonomía.....	80
Tabla 10 Percepción por sexo de uso de herramientas didácticas	82
Tabla 11 Percepción por semestre aplicación de método constructivista	83
Tabla 12 Promoción de autonomía	84
Tabla 13 Percepción por semestre de promoción de la autonomía.....	85
Tabla 14 Percepción por semestre de herramientas didácticas	87
Tabla 15 Percepción por edad de aplicación de métodos constructivistas	89
Tabla 16 Percepción por edad promoción de autonomía	90
Tabla 17 Percepción por edad de herramientas didácticas	92
Tabla 18 ANOVA	94

Lista de Figuras

Figura 1 Ubicación Geográfica de la Universidad Popular del Cesar.	28
Figura 2 Clasificación por sexo de los participantes.....	68
Figura 3 Clasificación por edades de los participantes	70
Figura 4 Clasificación por semestre de los participantes	71
Figura 5 Aceptación hipótesis nula.....	72
Figura 6 Percepción general del enfoque constructivista.....	74
Figura 7 Percepción general de la promoción de autonomía	75
Figura 8 Percepción general de la aplicación de herramientas didácticas	77
Figura 9 Percepción por sexo del enfoque constructivista.....	79
Figura 10 Percepción sexo de la promoción de autonomía.....	81
Figura 11 Percepción por sexo de uso de herramientas didácticas	82
Figura 12 Percepción por semestre de aplicación de métodos constructivistas	84
Figura 13 Percepción por semestre de promoción de autonomía	86
Figura 14 Percepción por semestre de herramientas didácticas	88
Figura 15 Percepción por edad de aplicación de métodos constructivistas	90
Figura 16 Percepción por edad de promoción de la autonomía	91
Figura 17 Percepción por edad de herramientas didácticas	93

Anexos

Anexo 1 Operacionalización de variables	114
Anexo 2 Instrumento.....	116
Anexo 3 Consentimiento informado	121

Agradecimientos

A Dios, por concedernos la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para culminar con éxito este proceso investigativo, siendo guía constante en cada etapa del camino.

A nuestras familias, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, que se convirtieron en el motor que nos impulsó a perseverar aun en los momentos más difíciles. Su comprensión y compañía fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

A nuestros directores de trabajo, **Anderson Díaz Pérez** y **Arley Vega Ochoa**, por su orientación, exigencia académica y aportes invaluable, que enriquecieron y fortalecieron el desarrollo de esta investigación.

A la **Universidad Popular del Cesar**, por abrirnos sus puertas y brindarnos los espacios, las herramientas y los recursos necesarios para nuestra formación profesional.

A nuestros compañeros y amigos, por sus palabras de ánimo, solidaridad y colaboración, que hicieron de este proceso una experiencia más llevadera.

De manera especial, agradecemos a **los 115 estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica** que participaron activamente en la encuesta, pues sus aportes constituyeron la base de nuestros hallazgos.

Finalmente, a todos aquellos que, de una u otra forma, contribuyeron con este proyecto, les expresamos nuestra más sincera gratitud.

Con aprecio,

Lina Marcela Pimienta Pérez

Leandris Genith Rosado Bertel

Resumen

La atención en salud enfrenta constantes desafíos relacionados con la deshumanización del paciente y la priorización de los resultados técnicos sobre los valores humanos. Este estudio buscó conocer cómo perciben los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica respecto a la enseñanza del cuidado y/o trato humanizado de la universidad popular del Cesar, en Valledupar, durante el año 2024.

Metodológicamente, el instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado en escala Likert de 14 ítems, validado mediante prueba piloto a 115 estudiantes, con alta confiabilidad interna ($\alpha > 0.87$). Los datos obtenidos basados en un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y prospectivo permitieron identificar percepciones, niveles de satisfacción y factores asociados a la enseñanza del cuidado humanizado.

Los estudiantes perciben inconsistencias en la práctica del cuidado humanizado y falta de actualización en las herramientas didácticas, especialmente en simulación clínica y tecnologías interactivas. El análisis estadístico (Chi-Cuadrado y ANOVA) mostró percepciones homogéneas entre grupos por edad, sexo y semestre, evidenciando estabilidad en la valoración del modelo educativo.

En síntesis, la investigación concluye que la humanización debe integrarse de forma transversal en la formación, promoviendo una enseñanza que combine habilidades técnicas con competencias éticas, comunicativas y emocionales, esenciales para formar instrumentadores quirúrgicos comprometidos con la excelencia y los valores bioéticos.

Palabras clave: Percepción, Cuidado Humanizado, Instrumentación Quirúrgica, Educación en Salud, Estrategias Pedagógicas, Formación Ética.

Abstract

Healthcare faces constant challenges related to patient dehumanization and the prioritization of technical outcomes over human values. This study aimed to understand how students in the Surgical Instrumentation program at the Popular University of Cesar, in Valledupar, perceive the teaching of humanized care and/or treatment during the year 2024.

Methodologically, a 14-item Likert-scale questionnaire was used, validated through a pilot test applied to 115 students, showing high internal reliability ($\alpha > .87$). The data, obtained from a quantitative, descriptive, cross-sectional, and prospective study, allowed the identification of perceptions, satisfaction levels, and factors associated with the teaching of humanized care.

Students perceived inconsistencies in the practice of humanized care and a lack of updates in teaching tools, particularly in clinical simulation and interactive technologies. Statistical analyses (Chi-square and ANOVA) showed homogeneous perceptions among groups by age, gender, and academic semester, indicating stability in the evaluation of the educational model.

In summary, the research concludes that humanization should be integrated transversally into the training process, promoting an education that combines technical skills with ethical, communicative, and emotional competencies, which are essential for forming surgical instrument technicians committed to excellence and bioethical values.

Keywords: perception, humanized care, surgical instrumentation, health education, pedagogical strategies, ethical training

Introducción

La humanización de la atención en salud se ha posicionado en los últimos años como un pilar en la formación de los profesionales de la salud al integrar aspectos técnicos, éticos, afectivos y sociales que aseguren un trato digno y empático hacia el paciente (Cusba y Rodríguez, 2023). Es por ello que la educación universitaria en carreras como Instrumentación Quirúrgica no debe abocarse únicamente al desarrollo de habilidades clínicas, sino también de competencias humanas que mejoren la relación paciente-profesional y la calidad de los servicios ofrecidos. Sin embargo, algunos estudios muestran deficiencias en este componente, encontrando que aún existen prácticas deshumanizadas que impactan la mirada de los usuarios hacia el sistema de salud y comprometen la integralidad de la atención (Fernández et al., 2022).

En Colombia, el cuidado humanizado sigue siendo un reto para las instituciones de educación superior, que deben dar respuesta a las necesidades sociales y a las exigencias normativas de incluirlo en los planes de estudio. Es aquí donde la Universidad Popular del Cesar, a través del programa de Instrumentación Quirúrgica, pretende formar profesionales con altas competencias técnicas, pero con principios bioéticos que guíen su práctica. Es por esto que los estudiantes deben empatizar y ser educados con principios éticos y de cuidado humanizado para brindar una atención digna y personalizada a sus futuros pacientes.

Esta investigación tiene como objetivo entender la opinión de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar sobre la enseñanza del cuidado humanizado. Así se pretende aportar elementos académicos y prácticos para una formación más completa y humana en el cuidado del paciente.

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción del Problema

La educación ha sufrido cambios en largos periodos de tiempo, la humanización desde hace años hace parte de la formación académica en los programas universitarios del área de la salud, siendo uno elemento tan importante como el contexto propio de las prácticas para los profesionales.

Ciertamente, (Valencia, 2021), describe que a nivel mundial existen varias leyes que sustentan la formación académica en programas profesionales de la salud en torno a la humanización. De hecho, en un estudio ejecutado en México a 44 estudiantes (una muestra reducida), se determinó que el 97% de los universitarios encuestados cursaron en su profesión asignaturas humanistas, además, el 100% de la población evidencio una alta percepción de humanización en la atención que deben brindar en salud, aseverando que su formación adecuada en humanización les ha hecho comprender lo imprescindible que es tratar de forma humanizada al personal desde cualquier perspectiva.

Sin embargo, en las Américas, según datos estadísticos se definen algunos problemas en la atención humanizada, estas realidades son mayormente palpables en zonas rurales, donde la capacidad laboral del personal de salud es baja (poco personal), y tiende a afectar a la atención brindada a grandes cantidades de pacientes, donde además se evidencio una ausencia de todos los elementos bioéticos y atención humanizada en salud en varios de los casos estudiados. Ciertamente, en términos generales en Latinoamérica existen multitud de poblaciones rurales que carecen de atención más humana, (DeBortoli et al., 2020).

Analizando lo descrito, en instituciones de educación superior en Colombia, se devela la participación activa del conocimiento y aplicabilidad de la humanización en el sector salud, donde se debe propagar un escenario complejo que vislumbre todas las perspectivas a los estudiantes de programas de salud en distintos casos, para calificación en la evaluación de respuestas de los mismos ante la presión del entorno laboral. A pesar de que existen avances significativos a nivel

educativo en la formación de programas profesionales en salud con respecto a la humanización como parte integral de la ejecución de las prácticas en el campo laboral, aún existen debilidades en este aspecto, las cuales deben ser subsanadas a nivel teórico, ético y práctico en los procesos de pasantías de los jóvenes, siendo las instituciones universitarias capaces de ofrecer programas que en verdad respondan a una formación integral, capacitando a los futuros profesionales a literalmente “casarse” con la humanización para toda su vida laboral, (Bejarano et al., 2017).

Acerca de datos estadísticos del país, en un estudio ejecutado a Instrumentadores Quirúrgicos con respecto a la humanización, se logró evidenciar que existen falencias a nivel de formación en salud, a pesar de que varios de los profesionales aplican elementos bioéticos y de humanización, desconocen la identificación dentro del contexto legal y teórico. Además, se reflejó que el 52% de los profesionales aproximadamente pasan por encima de la humanización en cualquier circunstancia si es para garantizar la salud del paciente, a lo cual debe existir una formación a nivel teórico - práctico de los cursos recursos de acción para tal fin (dependiendo de las distintas situaciones que se puedan presentar en el entorno laboral). Ciertamente, también se evidenciaron debilidades en el conocimiento y aplicación de principios de veracidad y beneficencia, donde varios profesionales afirmaron que bajo su percepción existieron falencias a nivel pedagógico en su proceso formativo profesional, (Carrillo et al., 2018).

Atendiendo a todos los aspectos indicados, en suma de una observación previa en el contexto poblacional de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar, se visualizan algunos aspectos que pueden indicar un descontento o debilidades en los estudiantes de instrumentación quirúrgica respecto a la enseñanza del trato humanizado, lo cual puede producir una formación específicamente académica sin desarrollar en los universitarios una integralidad con respecto a la seguridad del paciente de forma integral mucho más allá de lo técnico. De allí, el presente estudio se ejecuta para conocer la percepción de los estudiantes en relación con la formación en humanización. El presente estudio permitirá conocer como es el proceso formativo en el cuidado humanizado a través de la percepción de los estudiantes.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la percepción de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica sobre la enseñanza en el cuidado trato humanizado Universidad Popular del Cesar, Valledupar? 2024?

2. Justificación

La humanización representa un eje prioritario en la atención en salud y, por tanto, constituye un componente fundamental en los procesos formativos universitarios de los distintos programas del área de la salud. Es indispensable que el sistema de educación superior mantenga una inclusión continua de directrices, canales y estrategias orientadas a formar profesionales de la salud con una sólida base en el cuidado humanizado. En este sentido, diversas universidades han implementado metodologías científicas, didácticas e incluso intervenciones participativas con los actores educativos, con el propósito de fortalecer la calidad, la ética y la humanización que los estudiantes deben aplicar desde sus primeras prácticas clínicas hasta su ejercicio profesional (Ruiz et al., 2018).

La educación en humanización dentro de los programas del área de la salud ha evidenciado mejoras significativas en los estudiantes, no solo en la adquisición de conocimientos éticos, bioéticos y humanísticos, sino también en su capacidad para actuar ante situaciones complejas y tomar decisiones basadas en principios de trato digno hacia el paciente (Ruiz et al., 2018). Según Bermeo y Pardo (2020), los instrumentadores quirúrgicos desempeñan un papel esencial en la protección de los derechos del paciente durante el acto quirúrgico; su formación ética es crucial para evitar conflictos con las creencias de los pacientes y garantizar decisiones moralmente válidas. En la misma línea, Mazo et al. (2023) destacan que la humanización fortalece la relación paciente–profesional, dignificando el trato en el entorno quirúrgico y evitando que la falta de empatía se perciba como una deficiencia en la atención en salud.

Estas afirmaciones coinciden con el estudio de Díaz et al. (2018), quienes señalan que, ante una situación en la que no se garantice el beneficio del paciente, el profesional debe analizar cursos de acción que promuevan su estabilidad física y psicológica, equilibrando las acciones médicas, éticas y humanizadas para lograr los mejores resultados. Asimismo, Castillo et al. (2020) sostienen que la humanización en los profesionales del área de la salud depende, en gran medida, de su proceso formativo. Por ello, plantean la necesidad de unificar dimensiones como humanización, cuidado y enseñanza; promover el desarrollo humano integral de los estudiantes; comprender los contextos sociales y ciudadanos de los universitarios; y capacitar de forma continua a los docentes en enseñanza humanizada, educando desde la afectividad y la reflexión ética.

Desde un enfoque ético, Arroyo (2008) subraya la relevancia de la empatía, la congruencia y la aceptación positiva en la relación cirujano–paciente, advirtiendo que su ausencia puede deteriorar la confianza y afectar la calidad de la atención. De igual forma, Perazzo et al. (2015) advierten que la deshumanización en la atención médica vulnera derechos fundamentales como la intimidad y la dignidad del paciente. Varios estudios han identificado que la deshumanización en la atención en salud tiene su origen en la formación académica de los profesionales, lo que impacta negativamente la relación médica–paciente y la práctica ética (Ávila, 2017). En este sentido, Andino (2016) plantea que la humanización debe ser un principio ético esencial en la atención sanitaria, garantizando que el respeto por la dignidad humana sea el eje central de la práctica médica.

En el contexto colombiano, la falta de humanización ha generado crisis en la gestión hospitalaria, afectando la satisfacción y la confianza de los pacientes (Bernal, 2021). Un trato deshumanizado disminuye la adherencia a los tratamientos y la participación activa de los pacientes en su proceso de recuperación, lo que no solo compromete la salud individual, sino que también incrementa los costos del sistema de salud por complicaciones y readmisiones. Desde una perspectiva académica y práctica, la investigación sobre la humanización en la instrumentación quirúrgica puede generar mejoras significativas en la formación y desempeño de los profesionales de la salud. La Universidad de Santander (2024) resalta que la implementación de estrategias de humanización en la atención quirúrgica puede mejorar la calidad de la atención médica y la satisfacción del paciente, al incorporar una comunicación efectiva y la atención a los aspectos emocionales y psicológicos del paciente.

Investigaciones recientes demuestran que estrategias humanizadas como la comunicación asertiva y la entrevista prequirúrgica son eficaces para reducir los niveles de ansiedad antes de una cirugía (Cajamarca et al., 2023). Por ello, es fundamental que los profesionales en instrumentación quirúrgica reciban formación en habilidades comunicativas, manejo del estrés y empatía, lo cual contribuye a una experiencia quirúrgica más positiva y centrada en el bienestar del paciente (Martínez et al., 2022).

En consecuencia, para promover una formación de calidad en humanización, es necesario evaluar las concepciones y percepciones de los estudiantes, con el fin de analizar si los resultados educativos son los esperados. Este estudio, por tanto, se orienta a conocer las perspectivas de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar.

Desde un punto de vista práctico y educativo, se busca obtener información sobre los conocimientos y percepciones de los estudiantes para modificar estrategias pedagógicas que consoliden una educación en humanización no solo teórica, sino también práctica, social y ética.

Desde la perspectiva académica, se evidencia la necesidad de incluir en el plan de estudios la asignatura de cuidado humanizado, conforme a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las políticas de salud en Colombia: *“La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto, y enfrentar el final de la vida con dignidad”* (MinSalud, 2024).

3. Propósito

El propósito de esta investigación, es conocer la percepción de los estudiantes referente a la educación en humanización, con el fin de poder emplear esta información para los universitarios en función de describirles la pertinencia de la formación en la misma, ya que de este proceso depende gran parte de su actuación profesional en el futuro bajo parámetros bioéticos, además de considerar la necesidad de cambios a partir de los datos obtenidos, en torno a las estrategias de enseñanza aplicadas por los docentes, con la finalidad de mejorar las metodologías empleadas en con respecto al tema.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar la percepción de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica sobre la enseñanza en el cuidado humanizado Universidad Popular del Cesar, Valledupar 2024.

4.2 Objetivos Específicos

Caracterizar socio demográficamente según edad, género y semestre de los estudiantes del programa Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

Identificar las estrategias de enseñanza en cuidado humanizado implementados por los profesores en el curriculum formal y oculto referido a las lecciones, valores y perspectivas no escritas, no oficiales y, a menudo, no intencionadas que los estudiantes aprenden en el salón de clases y en prácticas de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

Describir el nivel de satisfacción de los estudiantes acerca de las estrategias y prácticas del trato humanizado empleadas por los profesores del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

5. Marco de Referencia

Valencia (2021) , describe que a nivel mundial existen varias leyes que sustentan la formación académica en programas profesionales de la salud en torno a la humanización. De hecho, en un estudio ejecutado en México a 44 estudiantes (una muestra reducida), se determinó que el 97% de los universitarios encuestados cursaron en su profesión asignaturas humanistas; además, el 100% de la población evidencio una alta percepción de humanización en la atención que deben brindar en salud, aseverando que su formación adecuada en humanización les ha hecho comprender lo imprescindible que es tratar de forma humanizada al personal desde cualquier perspectiva.

Sin embargo, en el continente americano; según datos estadísticos; existen algunos problemas en la atención humanizada. Esto se reconoce en mayor medida en zonas rurales, donde hay escasez de personal de apoyo en salud (enfermeros, farmacéuticos, médicos, entre otros), y tiende a afectar a la atención brindada a grandes cantidades de pacientes, donde además se evidencio una ausencia de todos los elementos bioéticos y atención humanizada en salud en varios de los casos estudiados. Ciertamente, en términos generales en Latinoamérica existen multitud de poblaciones rurales que carecen de atención más humana (DeBortoli et al., 2020).

Analizando lo descrito, en instituciones de educación superior en Colombia, se devela la participación del conocimiento y aplicabilidad de la humanización en el sector salud, donde se debe propagar un escenario complejo que vislumbre todas las perspectivas a los estudiantes de programas de salud en distintos casos, para calificación en la evaluación de respuestas de estos ante la presión del entorno laboral. A pesar de que existen avances significativos a nivel educativo en la formación de programas profesionales en salud con respecto a la humanización como parte integral de la ejecución de las prácticas en el campo laboral, aún existen debilidades en este aspecto, las cuales deben ser subsanadas a nivel teórico, ético y práctico en los procesos

de pasantías de los jóvenes, siendo las instituciones universitarias capaces de ofrecer programas que en verdad respondan a una formación integral, capacitando a los futuros profesionales a literalmente “casarse” con la humanización para toda su vida laboral (Bejarano, Fernandez, & Mora, 2017) .

En cuanto a la formación de instrumentadores quirúrgicos en Colombia, se observa que algunas universidades priorizan perfiles profesionales orientados a la gestión y el liderazgo, mientras que otras incluyen un enfoque más humanista. Por ejemplo, la Universidad Santiago de Cali enfatiza la formación en liderazgo y emprendimiento en la gestión profesional y empresarial, promoviendo la integración de sus egresados en equipos multidisciplinarios de investigación y trabajo (Universidad Santiago de Cali, n.d.). De manera similar, la Universidad de Antioquia define un perfil ocupacional que abarca la investigación, la gestión y la administración de quirófanos y centrales de esterilización (Universidad de Antioquia, n.d.).

En contraste, otras instituciones adoptan un enfoque más integral y humanista. La Universidad del Bosque resalta que sus egresados deben poseer pensamiento crítico, reflexivo y autocrítico, así como sensibilidad ante las inequidades sociales y diversidad cultural, promoviendo la integridad humana y el sentido de la vida (Universidad del Bosque, n.d.). En la misma línea, la Universidad Popular del Cesar incorpora en su perfil profesional la responsabilidad con el entorno, el medio ambiente y el sentido humano, además del desarrollo científico, tecnológico e investigativo (Universidad Popular del Cesar, n.d.).

6. Línea de Investigación

El estudio actual se enmarca en la línea **ORIENTACIÓN EN LA EDUCACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD**, bajo la sublínea **Calidad académica**, aborda temas fundamentales en educación, cultura y sociedad, permitiendo comprender, desde un enfoque local, nacional e internacional, las nuevas formas de aprendizaje y la manera en que se percibe la realidad natural y social en la actualidad. En este sentido, el programa de instrumentación quirúrgica asume un compromiso con la sociedad, respondiendo a los constantes cambios que exigen transformaciones significativas en las universidades. Así, los estudiantes de este campo participan activamente en procesos investigativos que buscan dar solución a problemáticas específicas en el ámbito educativo, teniendo en cuenta las necesidades de las poblaciones a las que se dirige. Además, esta línea fortalece el desarrollo investigativo mediante proyectos que promuevan una educación inclusiva y equitativa, reconociendo y potenciando las diferencias culturales, sociales, de género, lingüísticas y de aprendizaje. En un contexto marcado por profundas brechas sociales, culturales y económicas, estas investigaciones contribuyen a la generación de conocimiento para una educación con igualdad de oportunidades. Por lo descrito, la línea de investigación actual, representa un aporte para el estudio ya que orienta a la búsqueda de datos acerca de la calidad educativa en humanización desde la coyuntura de los estudiantes, atendiendo a presentar evidencias importantes de la necesidad de posibles modificaciones en el ámbito objeto de estudio.

7. Factibilidad y Delimitaciones

7.1 6.1 Factibilidad

Para el desarrollo del estudio actual, se cuenta con los recursos económicos para su desarrollo y aplicación de instrumentos, movilización entre otros gastos e imprevistos que se puedan presentar. Además, se tiene disponibilidad del recurso humano contando con la asesoría docente profesional a nivel teórico, metodológico y práctico que produzca aportes significativos a la investigación. En última instancia, se cuenta con los permisos para aplicar un instrumento de recolección de datos en el contexto objeto de estudio, siendo este la Universidad Popular del Cesar.

7.2 Delimitación Temporal y Espacial

7.2.1 Delimitación Temporal

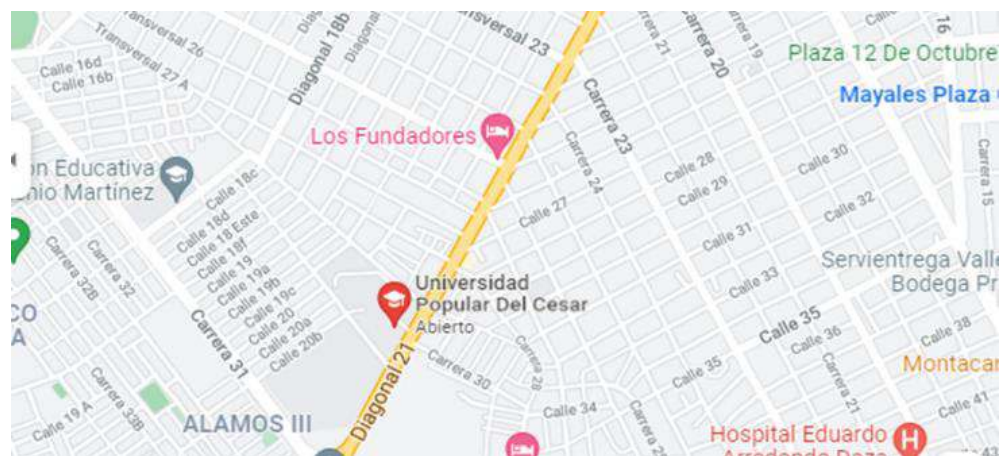
El periodo de tiempo aproximado para el desarrollo y ejecución del estudio es entre noviembre del 2023 a agosto del 2024.

7.2.2 Delimitación Geográfica

La investigación se desarrolla en el contexto de la Universidad Popular del Cesar sede Sabana, ubicada en la Diagonal 21 No. 29-56 Barrio Sabanas del Valle, con dos vías de acceso: por la diagonal 21 y por la carrera 30 (ver **Figura 1**)

Figura 1

Ubicación Geográfica de la Universidad Popular del Cesar.



Fuente: <https://acortar.link/YhLRld>

8. Marco Teórico

8.1 Marco Conceptual

8.1.1 *Teoría del cuidado*

La teoría del cuidado, propuesta por Jean Watson en 1979 y ampliada por autoras como Madeleine Leininger en 1991, ve el cuidado como el corazón de la práctica en salud. No se trata solo de técnicas para la recuperación física, sino de una relación completa que incluye aspectos emocionales, espirituales, sociales y culturales del paciente. Esta visión entiende que la atención en salud debe ir más allá de lo biológico para ver al ser humano como un todo, con necesidades y derechos que deben ser respetados y protegidos.

Al conectarse con la ética del cuidado, propuesta por Carol Gilligan (1982) y Joan Tronto (1993), la teoría del cuidado obtiene un base moral que destaca la responsabilidad, la empatía y la solidaridad en las relaciones entre personas. Desde esta perspectiva, el cuidado no es solo un acto técnico o un protocolo, sino que es una práctica ética que reconoce la vulnerabilidad humana y la necesidad de responder a ella con sensibilidad y respeto. La ética del cuidado destaca que la relación entre el profesional y el paciente se basa en la confianza y la ayuda mutua, donde el compromiso ético se enfoca en cuidar la dignidad y el bienestar de la otra persona.

La teoría del cuidado, desde la ética del cuidado, sugiere que la atención en salud debe basarse no solo en los principios de beneficencia o justicia, que son parte de la bioética tradicional, sino también en valores como la compasión, la empatía y la responsabilidad en las relaciones. Esto significa que la educación de los profesionales de la salud debe combinar el aprendizaje de habilidades técnicas con una fuerte formación en valores, para que los futuros

profesionales puedan trabajar con calidad científica y también con empatía, asegurando un cuidado que sea efectivo y humano al mismo tiempo.

8.1.2 Humanización del cuidado

Se refiere a la prestación de servicios que reconocen y respetan la dignidad, valores y necesidades individuales de cada paciente, promoviendo una atención centrada en la persona y sus contextos sociales y culturales. (Caicedo. L, Mendoza. C, Moreira. J & Ramnos. G, 2023)

8.1.3 Trato Humanizado

Es la manera en que los profesionales de la salud interactúan con los pacientes, caracterizándose por la empatía, respeto y consideración hacia sus emociones, valores y necesidades. (Tejada,2022)

8.1.4 Empatía

Es sentir “en uno mismo” aquellas manifestaciones emocionales del otro, la empatía condensa aspectos cognitivos y afectivos, que serán manifestadas por medio de expresiones gestuales o comunicación no verbal. (Galvis. C, 2016)

8.1.5 Solidaridad

Sinónimo de igualdad, fraternidad, ayuda mutua, en un todo unido a los conceptos de responsabilidad, generosidad, desprendimiento, cooperación y participación. (Moenne. B, 2010)

8.1.6 Compasión

La compasión surge cuando el amor se reúne con el sufrimiento, siendo el sufrimiento un requisito previo para la compasión, la cual es una cualidad básica de los seres humanos enraizados en el reconocimiento y el deseo de aliviar el sufrimiento, y que da lugar a

comportamientos prosociales (Kabat-Zinn, 2003, Keng et al., 2012, Lama, 1997) citado en (García. J, Magallón. R & Pérez, 2017)

8.1.7 Autocuidado

Comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad, (MSPS, 2021).

8.1.8 Bioética

Puede entenderse como la disciplina que estudia los aspectos éticos de la Medicina y la Biología en general y, por extensión, las relaciones del ser humano con el resto de los seres vivos. Como una ética aplicada, es el intento de análisis racional de los deberes que, como individuos y como miembros de una comunidad, tenemos para con nosotros mismos y para con los demás, en lo relativo a la vida biológica, la salud, gestión del propio cuerpo, etc, (Moreno et al, 2010).

8.1.9 Compromiso

Involucrar a las personas y las comunidades en el diseño, la planificación y la prestación de servicios de salud, por ejemplo, permítales tomar decisiones sobre la atención y las opciones de tratamiento o participar en la toma de decisiones estratégicas sobre cómo se gastan los recursos de salud, (MSPS, 2021).

8.1.10 Cuidado

Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el

autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud, (MSPS, 2021).

8.1.11 Desarrollo de capacidades

Proceso de transformaciones, mediante el cual las personas, las organizaciones a través de sus miembros y la sociedad obtienen, fortalecen y mantienen aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local, (MSPS, 2021).

8.1.12 Educación en bioética

Desarrollo de conceptos, actitudes, habilidades y valores para adoptar y aplicar de forma responsable por medio de un proceso formativo previo que permite adquirir conocimientos temáticos en elementos bioéticos, (Torres, 2010).

8.1.13 Entorno Saludables

Los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener

sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales, (MSPS, 2021).

8.1.14 Equidad

Principio de justicia igualitaria, lo cual implica no favorecer a una persona por encima de otra, dentro de la humanización en salud es relevante la equidad porque permite al personal propiciar los escenarios de acciones para garantizar el equilibrio en la atención, (Torres, 2010).

8.1.15 Justicia

Hábito moral que lleva a actuar conforme a lo debido a la naturaleza de cada cosa. Sin embargo, en el campo de la bioética hace referencia al sentido de justicia social. Se trata de saber cuáles son las prestaciones sanitarias que deben estar cubiertas por igual para todos los ciudadanos y, por tanto, tuteladas por el Estado. Implicaría también el concepto de equidad, igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y lleva implícita la no discriminación en razón de condicionantes como el sexo, la raza, la religión, etc, (Moreno et al, 2010).

8.1.16 Nodos Territoriales de Humanización

Hace referencia a la conformación de un grupo de personas con múltiples disciplinas e interinstitucional, que se configura de acuerdo a cada territorio, presenta características similares de la Red Colaborativo de Humanización, es decir, que se desarrolla estrategias en humanización, comparten conocimiento, reflexiones, experiencias, información, con un objetivo común al grupo, de igual manera, agrupa personas que habiten determinado territorio y que sus funciones se relacionen en los temas convocados, (MSPS, 2021).

8.1.17 Pertinencia

Es el grado en el cual las personas obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales, (MSPS, 2021).

8.1.18 Principios de la Bioética

Criterios a raíz de informe Belmont para establecer los referentes que debían guiar la experimentación con seres humanos, con el tiempo pasaron a convertirse en una herramienta para el análisis de los problemas éticos en el ejercicio de la medicina. Los cuatro principios son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, (Moreno et al, 2010).

8.1.19 Seguridad

Conjunto de elementos estructurales, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, (MSPS, 2021)

8.2 Antecedentes y / o Estado del Arte Investigativo

(Castillo et al., 2020) desarrollaron un estudio titulado “Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de enfermería” como artículo de tesis de la Universidad de Chile, Chile. El objetivo estuvo dirigido a indagar las necesidades de humanización de la formación en enfermería, desde una perspectiva docente y estudiantil.

En torno al método, se enmarcó dentro de un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, bajo una selección muestral de 15 docentes y 12 estudiantes a los cuales se les aplicó la técnica de entrevista procesada por medio del programa atlas Ti descrito en 6 dimensiones analizadas de

forma subjetiva. Las evidencias permitieron determinar que es necesario promover una potencialización del desarrollo personal en los estudiantes que facilite la comprensión desde el contexto social y humanos en la atención en salud, para ser aplicada en el futuro profesional, ciertamente, se amerita una unificación de los actores hacia la integración de estrategias educativas que permitan formar jóvenes profesionales bajo calidad educativa en los procesos de humanización en el ámbito de la salud.

Teniendo en cuenta que la formación académica de los profesionales en salud con respecto a modelos humanizantes es de gran relevancia debido a que estos son los encargados de guiar, brindar confianza al paciente, ante esto podemos destacar que en Brasil, un estudio realizado por Bracarense et al. (2014) por medio de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo en el cual participaron estudiantes en el último período de las carreras de Biomedicina, Enfermería y Terapia Ocupacional, usando técnicas como grupos focales entre septiembre y octubre de 2011 y posterior un análisis de contenido de modalidad temática, reveló que los estudiantes de enfermería percibían la humanización en la atención de salud a pesar de que no existía una asignatura específica sobre el tema. La incorporación de este concepto dentro del contenido programático de manera transversal, mediante estrategias como el teatro, la lectura y la discusión ética de casos, facilitaba su aplicación en la práctica clínica.

Esta percepción se vio reforzada por (Paes et al., 2021) en su estudio con 14 personas que participaron durante su etapa formativa en un proyecto denominado Payaso Terapia, implementado en la Universidad Federal del Valle de San Francisco en 2010. Dicho proyecto, conocido como Unidad de Payasada Intensiva, fomentaba la humanización en entornos hospitalarios a través de un enfoque colaborativo entre docentes y estudiantes de enfermería, farmacia, medicina y psicología. Por medio de entrevistas individuales a profundidad que

buscaban conocer la percepción y experiencia de estos sobre la terapia de payasos indicaron que la iniciativa promovía el aprendizaje de técnicas de Clown, juegos, improvisación y creación de vínculos para enfrentar situaciones inesperadas en el entorno clínico. Como resultado, los estudiantes desarrollaban una comprensión más profunda sobre la importancia de la humanización en la atención sanitaria y su responsabilidad en la práctica profesional.

Por otro lado, en Londres, Badger et al. (2022) investigó a un de 61 estudiantes de medicina que participaron en el programa de voluntariado implementado durante la pandemia COVID-19, por medio de encuestas y entrevistas, utilizando un enfoque de métodos mixtos. Los estudiantes que participaron en estas iniciativas experimentaron una motivación intrínseca para realizar contribuciones significativas a la sociedad, asumiendo la responsabilidad de aplicar sus conocimientos clínicos en beneficio de los demás sin esperar una retribución material, fortaleciendo su espíritu humanista. Adicionalmente, Letorneau et al. (2021) investigó cómo se desarrolla la competencia de cuidado humanista en enfermería a lo largo de la formación y práctica profesional, con entrevistas a 26 personas entre estudiantes y enfermeras, con un enfoque fenomenológico interpretativo, propusieron la narración de historias de pacientes y enfermeras como una estrategia eficaz para sensibilizar a los estudiantes sobre la humanización en la atención. Según su estudio, escuchar testimonios en primera persona sobre experiencias humanizantes y deshumanizantes en el ámbito hospitalario generaba un impacto significativo en la percepción de los participantes, aumentando su comprensión y compromiso con la humanización del cuidado.

A diferencia de los enfoques previamente mencionados, la Universidad Nacional de Colombia desarrolló un Modelo Integral para la Humanización de la Atención en Salud, el cual incluye el eje de "Humanización en los procesos de formación en salud" (Galván & Días, 2022).

Este modelo no solo contempla la incorporación de los conceptos de humanización en el currículo desde los primeros semestres de la carrera de medicina, sino que también enfatiza la importancia de garantizar condiciones dignas de formación. Entre sus estrategias se encuentran el respeto a los horarios de descanso, la prevención del agotamiento o Burnout, la mitigación del consumo de sustancias estimulantes y el acompañamiento en el desarrollo humano de los estudiantes a través de sistemas de apoyo universitario. Este enfoque integral busca no solo mejorar la formación académica, sino también preservar el bienestar físico y emocional de los futuros profesionales de la salud, promoviendo una atención más humana y empática en el sistema sanitario.

Como antecedente de este, podemos relacionar que, para estudiantes y docentes de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia según la investigación social con uso de estrategias cualitativas, y cuantitativas, basadas en un estudio descriptivo y con postura epistemológica concluyen que implementar estrategias didácticas basadas en el arte contribuye a crear un ambiente educativo más acogedor, ameno y humanizado. Estas metodologías están estrechamente vinculadas con el aprendizaje significativo, ya que el arte y la humanización mantienen una relación recíproca. A través de expresiones, experiencias y emociones, se facilita un acercamiento más profundo al conocimiento, enriqueciendo el proceso de enseñanza-aprendizaje (Galvis, C 2016)

(Gualdrón et al., 2019) desarrollaron un estudio titulado “Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería” como artículo de tesis de la Universidad de Santander, Colombia. Su objetivo estuvo orientado a evaluar las condiciones en que se ofrece el cuidado, las actitudes del personal de enfermería frente a los pacientes y familia.

A nivel metodológico, el estudio fue cualitativo, aplicado a una población de estudiantes de enfermería del 4to al 9no semestre a los cuales se les aplicó la técnica de observación y entrevista, procesada bajo la triangulación manual. Se logra obtener información pertinente que evidencia una percepción adecuada de los estudiantes acerca de su formación en humanización, aplicando lo aprendido en el contexto académico en el proceso de prácticas profesionales, lo cual les permite además adquirir mayor aprendizaje en humanización a través de los elementos empíricos. Sumado a estos datos, los estudiantes afirman que desde su aprendizaje en el contexto académico en humanización, han comprendido la importancia de brindar una seguridad al paciente a nivel físico y mental, donde el personal de salud tiene la responsabilidad y el compromiso de propiciar procedimientos médicos acompañado de una atención humanizada que refleje calidad humana y preocupación más allá de su estado de salud, lo cual fortalezca la recuperación emocional y cuidado integral del paciente.

(Zamora, 2018) llevo a cabo un estudio titulado “Percepción de internos de enfermería sobre el cuidado humanizado del docente” como artículo de la Revista de investigación y casos de salud, Perú. El objetivo estuvo dirigido a determinar la relación entre la universidad de formación y la percepción de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado de la enfermera docente al paciente hospitalizado.

Haciendo mención al método seleccionado por el investigador, se describe un estudio descriptivo – correlacional, de corte trasversal, con una población de 100 estudiantes de enfermería a los cuales se les aplicó un cuestionario de escala de Likert, sumado a la fórmula de correlación para las variables. Las evidencias determinan que el promedio de formación académica más elevada se destaca en la educación católica (media=110), mientras que la no católica fue de (media=99.3). Sumado a ello, los estudiantes expresan que las universidades

deben promover en el personal docente la capacitación y desarrollo de estrategias que unifiquen la teoría y práctica hacia la educación de calidad en humanización. Ciertamente, el interno afirma que la educación es la base de la humanización, e integrando la ética y bioética, así como valores del profesional, el profesor llega a ser un ejemplo en las acciones dentro de las áreas de práctica de la salud.

(Gómez et al, 2017) llevaron a cabo un estudio titulado “Estrategias para el Aprendizaje Significativo del Cuidado Humano en Enfermería” como artículo de tesis de la Redalyc Archivos de Medicina, Colombia. El objetivo estuvo orientado a describir y analizar las pedagogías usadas para el aprendizaje significativo en la enseñanza de la epistemología del Cuidado de Enfermería.

En cuanto al método, se aplicó la estrategia Smith y Liehr dirigidas a los procesos de innovación en la formación humanística y filosófica para el cuidado humano en áreas de la salud. La implementación educativa de la estrategia permitió describir la epistemología educativa y reflexionar acerca de las asignaturas y componentes de enseñanza, la cual es viable a construir nuevos elementos del conocimiento fomentando la participación de los estudiantes en nuevas experiencias significativas. Así mismo, se determinó que la formación académica teórica en humanización es vital para el proceso de aprendizaje, no obstante, es imprescindible que sea acompañada de métodos aplicativos en el proceso de práctica de los universitarios para poder adquirir experiencias redireccionados a la gestión eficaz en el mundo laboral en torno a la humanización.

(Carrillo et al, 2017) desarrollaron un estudio titulado “Profesional de instrumentación quirúrgica frente a la aplicación de los principios y valores bioéticos de acuerdo con la ley de talento humano en salud en Colombia” como artículo de tesis de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia. El objetivo del estudio estuvo dirigido a determinar el conocimiento

del instrumentador quirúrgico frente a los principios y valores bioéticos según la Ley 1164 de 2007.

Metodológicamente, el estudio fue descriptivo, de corte transversal y prospectivo, aplicando un cuestionario a instrumentadores quirúrgicos de tres instituciones de salud de Cartagena. Se logró determinar que los profesionales conocen u ejecutan en el proceso práctico aspectos como: veracidad, igualdad y beneficencia. Además de ello, los estudiantes describen que el observar a los profesionales del entorno ejecutar la no maleficencia, y otros principios éticos, además de una atención humana los motiva a tener una causa y efecto positivo en la atención a pacientes. Así mismo, los profesionales afirman que la base de la humanización proviene del fortalecimiento de la educación en humanización, afirmando que en su proceso previo académico presentaron algunas deficiencias, por ende, se amerita modificar y aplicar estrategias que permitan integrar beneficios formativos a los futuros profesionales.

(Lemus, 2016) desarrollo un estudio titulado “Rol del docente de instrumentación quirúrgica en el proceso de humanización en el servicio de salas de cirugía del Hospital Occidente de Kennedy” para optar al grado de especialista en docencia universitaria de la Universidad Militar Nueva Granada, Colombia. El objetivo del estudio estuvo dirigido a aportar elementos para la solución al trato deshumanizado hacia el paciente en salas de cirugía del Hospital Occidente de Kennedy.

El método fue descriptivo, donde se evaluó el proceso pedagógico en la relación docente – estudiante en Instrumentación Quirúrgica. Los resultados delimitan que existen debilidades en la humanización en el contexto laboral, ciertamente, los estudiantes afirman, que en ocasiones la relación docente- estudiante no es la mejor, y que la formación en humanización desde su mirada académica es un componente primordial para iniciar el proceso práctico, pero en ocasiones se

presentan falencias a nivel educativo, por ende, los universitarios afirman que para obtener mejores resultados a nivel de humanización se deben consolidar estrategias de formación integrando principios, valores y dignidad.

8.3 Bases Teóricas

8.3.1 Humanización en Salud

La humanización en salud es un elemento esencial en la atención a pacientes, para que se dé el proceso de humanización, se debe brindar una formación académica en programas de la salud que faciliten la adquisición de saberes y compromiso para ser aplicados en el campo laboral. Ciertamente, la humanización se compone por varios elementos como los valores, la aplicación coherente de la calidad humana en los pacientes y el entorno laboral, la dignificación de las personas, entre otras, (Ruiz et al, 2021). Describiendo de forma detallada los elementos de la humanización en salud se exponen los siguientes;

- **Conciencia:** facultad humana para decidir acciones y hacerse responsable de las consecuencias de acuerdo con la concepción del bien y del mal, (ISABU, 2019).
- **Respeto:** integra la valoración a las demás personas, acatar su autoridad y considerar su dignidad. El respeto exige un trato amable y cortés; el respeto es la esencia de las relaciones humanas, de la vida en comunidad, del trabajo en equipo, de cualquier relación interpersonal, (ISABU, 2019).
- **Compromiso:** firmeza inquebrantable por cumplir o hacer algo que nos hemos propuesto o que simplemente debemos hacer, (ISABU, 2019).

- **Solidaridad:** es uno de los valores humanos más importantes y esenciales de todos, la solidaridad es lo que hace una persona cuando otro necesita de su ayuda, la solidaridad es la colaboración que alguien puede brindar para se pueda terminar una tarea en especial, es ese sentimiento que se siente y da ganas de ayudar a los demás sin intención de recibir algo a cambio, (ISABU, 2019).
- **Honestidad:** es una cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad, y de acuerdo con los valores de verdad y justicia. En su sentido más evidente, la honestidad puede entenderse como el simple respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas; en otro sentido, la honestidad también implica la relación entre el sujeto y los demás, y de la persona consigo misma, (ISABU, 2019).
- **Equidad:** es un valor de connotación social que se deriva de lo entendido también como igualdad. Se trata de la constante búsqueda de la justicia social, la que asegura a todas las personas condiciones de vida y de trabajo digno e igualitario, sin hacer diferencias entre unos y otros a partir de la condición social, sexual o de género, entre otras, (ISABU, 2019).
- **Confidencialidad:** es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona. Dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a esta información, (ISABU, 2019).
- **Profesionalismo:** capacidad y preparación para el desempeño de una tarea por la que se obtiene un beneficio. Así, el profesionalismo es un concepto fundamentalmente ligado al mercado laboral, en donde existen demandas de personas con conocimientos

en determinadas áreas y que requiere ser cubierta. Un profesional es una persona capacitada para cubrir debido a sus conocimientos un puesto con requerimientos específicos. Además, el profesionalismo implica un cierto compromiso con la tarea realizar, compromiso que refleja una dedicación que dé lugar a una mejora continua en el servicio, (ISABU, 2019).

- **Trato digno:** derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Pueden identificarse algunas subelementos en la conformación del trato digno: o Libertad de tránsito y movimiento o Ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio o Derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración, (ISABU, 2019).
- **Responsabilidad:** existir una responsabilidad moral, impuesta por nuestra propia conciencia, o jurídica, establecida por las leyes, (ISABU, 2019).

8.3.2 Formación Académica en Cuidado Humanizado

La formación académica en cuidado humanizado es prioritaria en el proceso formativo en áreas de la salud. Ciertamente, los aspectos científicos, académicos, y propios de las carreras de la salud representan gran relevancia en su proceso de aprendizaje para poder educar profesionales de calidad capaces de desempeñarse en el ámbito laboral. No obstante, la humanización es un término que ha surgido de forma más reciente a dichos conocimientos científicos y representa gran parte de la enseñanza que se debe brindar a los futuros graduandos en las distintas profesiones de la salud, (Iafrancesco y Giovanni, 2011).

La educación en humanización debe ser tanto grupal como individual que permita propiciar a los estudiantes principios y objetivos que contemplen la autonomía, libertad, creatividad, motivación, respeto, calidad humana, entre otros principios que deben ser parte de la educación profesional en áreas de la salud. Por ello, las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad de propiciar una formación de calidad a los universitarios, donde se debe tomar en cuenta el currículo docente, el perfil, las estrategias y componentes institucionales catedráticos que flexibilicen los procesos a los profesores, inclusive a nivel pedagógico es relevante mencionar la importancia de educar a los jóvenes de carreras en salud bajo principios éticos, bioéticos, humanización y capacidades de pensar y tomar decisiones, con el fin de que en su futuro laboral puedan juzgar bajo un juicio crítico en las distintas situaciones que se presenten en el campo de trabajo, (Iafrancesco y Giovanni, 2011).

De acuerdo con lo descrito, la educación es un proceso determinante e influyente para la formación académica de calidad, por ende, la enseñanza permite transformar los imaginarios sociales, a realidades culturales, económicas y sociales de beneficio a los estudiantes. De hecho, la educación en salud no es diferente, al contrario, más aún implica un proceso de transformación y cambios en las concepciones y conocimientos de los estudiantes, no solo a nivel médico, científico, tecnológico, ético, también humano, donde se eduquen a seres humanos capaces de proporcionar calidad humana, dignidad y respeto en su área laboral, y que, además, se propague en el contexto personal y en la cotidianidad de los profesionales, (Amariles, 2017).

8.3.3 Percepción y Satisfacción de la Enseñanza en Cuidado Humanizado

La percepción, es el acto de recibir, interpretar y comprender a través de la psiquis las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos orgánicos. Es por esto que la percepción,

si bien recurre al organismo y a cuestiones físicas, está directamente vinculado con el sistema psicológico de cada individuo que hace que el resultado sea completamente diferente en otra persona. Bajo lo expuesto y entrando en materia específica de la percepción desde la enseñanza recibida en el área de salud, se describe que los estudiantes al recibir y adquirir un proceso formativo son capaces de crear sus propios juicios y emitir opiniones y referencias acerca del proceso de aprendizaje, (Gómez, 2008).

Dentro de lo indicado, la percepción determina esa opinión y concepción que el estudiante recibe, procesa, analiza y devela a partir de la educación y enseñanza, por ello, parte del éxito en la formación académica depende no solo del resultado de la enseñanza (el aprendizaje), también de la percepción del universitario a partir de este, (Gómez, 2008).

Ahora bien, cuando se habla de satisfacción, se hace referencia al sentimiento de bienestar, aceptación y placer acerca de algo recibido o determinado hecho. Analizando esto, la satisfacción en la educación en salud proviene de esa adquisición de saberes y cambio cognitivo que el estudiante percibe como positivo, donde se siente complacido y realizado con respecto a su formación académica en humanización, por ello, es que la percepción es el primer paso para llegar a esa satisfacción desde una mirada de calidad educativa, claro cuando la percepción es negativa existen debilidades en la formación, sin embargo cuando es positiva se concibe como satisfacción a partir de la enseñanza proporcionada por el docente. Por supuesto que la percepción depende de múltiples factores, no solo de como concibe el estudiante la formación, también de la calidad, de la gestión educativa institucional, y de la forma de aplicación y ejemplificación del entorno académico con respecto a la humanización, (Gómez, 2008).

8.3.4 Estrategias de Enseñanza en Cuidado Humanizado

La enseñanza, se concibe como el proceso de trasmisión de conocimientos llevado a cabo por medio de una clase o instrucción del docente que bajo un compendio de metodologías, herramientas y estrategias propicia el acto educativo, claro está, tomando en cuenta consideraciones académicas, teóricas, psicológicas, emocionales, científicas, prácticas e investigativas a nivel superior, donde, además, debe existir una instrucción en humanización, (Gualdrón et al., 2019).

De acuerdo a lo descrito, las estrategias de enseñanza son empleadas en el aula, inclusive fuera de ellas, para poder intervenir en el proceso cognitivo logrando una transformación en el aprendizaje de los estudiantes, sobre todo en áreas de la salud, en donde se debe brindar una formación en humanización, promoviendo profesionales capaces, competentes y activos para tomar decisiones en su ámbito laboral, siendo críticos para ejecutar acciones de forma responsable y presentando calidad humana ante la atención de los pacientes, (Ruiz et al, 2021).

En torno a lo expuesto, el rol del docente dentro de las estrategias de enseñanza es vital para propiciar una pedagogía activa que se traduzca en un aprendizaje significativo en los estudiantes, claro está, no solo se debe argumentar la relevancia de la participación del docente en las estrategias en la formación académica en humanización, además, se hace mención a la recepción, disposición y participación que el universitario deba evidenciar para adquirir conocimientos pertinentes en humanización, (Amariles, 2017).

Analizando lo referido, se hace mención a elementos que se deben tomar en consideración para integrar a nivel teórico y pedagógico en las estrategias de formación en humanización en salud;

Integrar estrategias constructivistas que promuevan la motivación y participación autónoma de los estudiantes en el aprendizaje en humanización en salud, (Lafaurie y Cabal, 2022).

Actualizar las herramientas que se ejecutan en el aula de clase logrando unificar elementos teóricos y casos prácticos de estudio en torno a la humanización en salud, (Lafaurie y Cabal, 2022).

Considerar casos prácticos que permiten sensibilizar a los estudiantes para que desarrollen empatía hacia la práctica en humanización en salud, donde, además, se aterrice a la realidad contextual a los futuros profesionales en salud en torno las situaciones que se presentan en el campo labora, donde aprendan a emplear instrumentos de valoración, registros y a gestionar su formación académica, (Lafaurie y Cabal, 2022).

En última instancia, se develan algunas categorías emergentes dentro del proceso teórico en humanización que se deben brindar en la formación universitaria en áreas de la salud; Humanización como implementación del modelo biopsicosocial: la humanización entendida como implementación del modelo biopsicosocial, se enuncian las distintas dimensiones humanas por ser articuladas en el contexto de la atención en salud (físicas, espirituales, sociales y culturales) como atributos de esta relación humana.

En otros casos, se debe resaltar las relaciones entre el ser humano y el ámbito sanitario, por ende, es que abarca otras áreas como social y psicológico, siendo así la humanización se relaciona con ideas de integración de diferentes dimensiones humanas, más allá de la centralidad en lo biológico. Además, es relevante tomar en cuenta las necesidades complejas de los pacientes, donde el trabajador en salud sea capaz de integrar o rearticular mediante una mirada

profesional holística o una atención multiprofesional e intersectorial que beneficie al paciente (Lafaurie et al., 2018).

Humanización como calidad de la atención: la humanización se relaciona con atributos propios de la calidad de los servicios de salud, entre estos atributos, la humanización se vincula con la oportunidad de la atención, siendo está la prestación de los servicios en el momento adecuado, como la ausencia o demoras en la asignación de citas, o la inexistencia de atención en la sala de espera, por ende, la humanización no solo se traduce en trato adecuado, además, representa la seguridad del paciente, que incluye procedimientos como la correcta identificación del paciente, práctica del procedimiento establecido, idoneidad de los medicamentos suministrados o evitar que los pacientes sufran de escoriaciones o caídas, así mismo, la humanización se relaciona con la infraestructura y los materiales para una atención de calidad, los cuales deben garantizar la disposición sanitaria, equipamientos, insumos y medicamentos que permitan cubrir las necesidades y condiciones de los pacientes (Lafaurie et al., 2018).

Humanización como garantía de derechos: la humanización se vincula con la justicia social y con la equidad, especialmente con el reconocimiento a diferencias sociales o de género, y con la atención diferencial por características culturales o sociales, de hecho, la humanización relacionada con los derechos implica además la universalización y garantía del acceso, teniendo en cuenta el uso de servicios a toda la población, y por supuesto, esto forma parte de las necesidades a los que todos deben tener acceso, por ende, la humanización como derecho a la salud debe garantizar solidaridad con los más vulnerables (Lafaurie et al., 2018).

Humanización como aplicación de principios éticos y bioéticos: la humanización implica una serie de valores sociales como la honestidad, la sinceridad, el respeto, la humildad y la tolerancia ante lo extraño, entre otros, además, se menciona que la humanización está

estrechamente ligada a la ética profesional y a la bioética. De acuerdo a ello, el interés y las necesidades del paciente o de otros compañeros de trabajo, se deben priorizar por encima de las necesidades e intereses de profesional (Lafaurie et al., 2018).

Humanización como empatía en la relación entre el profesional de la salud y el paciente: el vínculo creado entre el profesional y el paciente es primordial para promover la humanización, lo cual es fundamental para la calidad humana, y en esta relación debe prevalecer la cordialidad, el vínculo emocional, y las necesidades particulares, compromisos y lealtades, puesto que no solo la enfermedad es la prioridad dentro de la atención médica, por ende, es que la parte humana se debe promover en el personal de salud, con la finalidad de que la atención se extienda más allá de la parte médica (Lafaurie et al., 2018).

8.4 Marco Legal

8.4.1 Constitución Política de Colombia de 1991

El artículo 49, delimita que todo ciudadano tiene derecho a la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, esto bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Estableciendo políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. A la cual toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad respetando sus derechos y dignidad. La atención medica así debe fortalecer valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad (Constitución de la República de Colombia, 1991).

8.4.2 Ley 1164 de 2007 - Ley de Talento Humano en Salud

La Ley 1164 de 2007, también conocida como la Ley de Talento Humano en Salud, establece los lineamientos para la educación, ejercicio y certificación del personal en salud en Colombia. Dentro de sus disposiciones, resalta la necesidad de una formación integral que abarque no solo los aspectos técnicos y científicos, sino también los componentes éticos y bioéticos en la educación de los futuros profesionales de la salud (Congreso de la República de Colombia, 2007).

8.4.3 Ley 784 de 2002

La ley 784 en su artículo 2, describe la relevancia de las capacidades y competencias que debe tener un Instrumentador Quirúrgico en su ejercicio profesional, por ende, la formación universitaria de calidad es primordial para poder promover la preparación calificada a nivel científico, técnico, humanístico, investigativo, entre otros, que permita a los instrumentadores planear, organizar, dirigir, ejecutar y supervisar diferentes actividades inherentes al área de la salud, (Ley 784, 2002). Analizando lo expuesto en el artículo de la ley en mención, es primordial la calidad formativa para educar profesionales capaces de enfrentar no solo las actividades inherentes a su profesión, además, deben poder responder a todos los procesos tanto de humanización como bioética en la atención a los pacientes.

8.4.4 Ley 100 de 1993

La ley 100 en su artículo 2 devela que la salud cuenta con principios básicos prioritarios para brindar a los pacientes en la atención, en el cual se debe tomar en cuenta la esencialidad de

la seguridad social bajo aspectos que se deben priorizar en las actuaciones de los profesionales en el área, bajo lo delimitado existen varios elementos, como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, (Ley 100, 1993). Desde allí, la ley 100 es un aporte relevante ya que son aspectos que se deben tomar en cuenta en la formación de profesionales en salud, para capacitar y educar personal en el área de la salud que responda a principios en la atención a pacientes, es una responsabilidad compartida desde el docente, las universidades y estudiantes adquirir estos conocimientos en el proceso de enseñanza tanto teórico como práctico.

8.4.5 Ley Estatutaria 1751 de 2015 - Derecho Fundamental a la Salud

Esta ley establece que la salud es un derecho fundamental en Colombia y debe garantizarse bajo los principios de universalidad, equidad y calidad. Asimismo, enfatiza la necesidad de una atención humanizada, asegurando el respeto a la dignidad del paciente y la promoción de un trato ético en la prestación de servicios de salud (Congreso de la República de Colombia, 2015).

8.4.6 Decreto 1330 de 2019

El decreto 1330 en su artículo 2 seccional 5.3.1 delimita que se debe brindar una calidad en la educación superior, a través de un conjunto de instituciones y marco normativo que propician la unificación de políticas y procesos formativos para garantizar la calidad de la educación superior. En el ámbito de la salud no es diferente, ya que se debe promover la autoevaluación, auto regulación y mejoramiento de labores formativas, académicas, docentes, científicas, culturales que contribuyan al avance y fortalecimiento de la enseñanza en los futuros

profesionales, donde, además, de formen bajo principios de equidad, diversidad, inclusión y sostenibilidad, (Decreto 1330, 2019).

8.4.7 Decreto 1438 de 2011

En su artículo 1, delimita la obligación de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país, (Decreto 1438, 2011). El decreto en mención expone las necesidades de promover en el sistema de salud una atención primaria de calidad que integre procesos equitativos, saludables, bajo calidad en los pacientes. De allí, es relevante mencionar la humanización como un elemento clave en la calidad tanto de la parte medica como emocional.

8.4.8 Resolución 4343 del 2012

En su artículo 4 numeral 4.2 delimita que los pacientes tienen derecho a acceder a una atención en salud de calidad, con derecho a medicamentos, atención medica bajo diversos insumos y beneficios, además de un servicio en condiciones higiénicas, seguras, con respeto a la integridad, intimidad y humanidad de los pacientes, (Resolución 4343, 2012). La resolución en mención permite estipular que la humanidad, así como la intimidad e integridad de los pacientes debe ser respetada bajo cualquier criterio en la atención en salud y esto aporta mejoras a los

pacientes desde una visión integral tanto en condiciones higiénicas, atención medica como aspectos comunicativos, emocionales y psicológicos.

8.4.9 Resolución 1441 de 2013

Esta resolución adopta la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es promover una cultura de respeto y trato digno hacia los usuarios del sistema de salud colombiano. Es fundamental para garantizar que los prestadores de servicios de salud cumplan con los estándares de calidad y seguridad necesarios en la atención a los usuarios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

8.4.10 Resolución 8430 de 1993 - Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud

La Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, establece los principios científicos, técnicos y administrativos que deben regir las investigaciones en salud en Colombia. En su articulado, subraya la importancia de la formación en ética de la investigación, especialmente para los profesionales que participen en estudios científicos, garantizando el respeto a los derechos y la dignidad de los sujetos de estudio (Ministerio de Salud, 1993).

8.4.11 Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021

Dentro de su marco conceptual delimita en su numeral 3.2 un elemento primordial, la humanización, ya que el PNMCS reconoce a la humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al

fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general, (PNMCS, 2016).

8.4.12 Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

La UNESCO estableció esta declaración con el propósito de guiar la práctica de la bioética a nivel mundial. Subraya la importancia del respeto a la dignidad humana en su artículo 3., la autonomía del paciente y la justicia en la atención en salud, aspectos clave en la formación de profesionales del sector. (UNESCO, 2005)

8.4.13 Código Internacional de Ética Médica

Este código establece principios éticos fundamentales para la práctica médica a nivel global, incluyendo la obligación de brindar atención basada en la compasión y el respeto a los derechos del paciente. También destaca la importancia de la educación continua en ética y bioética para los profesionales de la salud. (Asociación Médica Mundial 2022)

8.4.14 Reglamento Europeo de Protección de Datos

Este reglamento está orientado a la protección de datos personales en la Unión Europea, establece principios clave sobre el manejo de información de pacientes en el sector salud, asegurando la confidencialidad y la ética en la investigación biomédica y en la práctica clínica. (Parlamento Europeo. 2018)

El marco normativo en salud, tanto a nivel nacional como internacional, busca garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la regulación de la atención, la formación del talento humano y la protección de los derechos de los pacientes. Estas normativas establecen principios de equidad, universalidad y calidad, promoviendo una atención humanizada y eficiente. La

educación en salud enfatiza la formación integral de los profesionales, asegurando competencias técnicas, éticas y bioéticas que permitan una atención digna y segura. Además, se refuerzan directrices sobre seguridad social, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios, junto con la protección de la información y los derechos de los pacientes (UNESCO, 2005). En este sentido, el marco normativo vigente en Colombia y a nivel internacional refleja un esfuerzo conjunto por garantizar una prestación de salud eficiente, segura e inclusiva, en la que tanto el talento humano como los pacientes sean el centro de las políticas y estrategias implementadas.

9. Diseño Metodológico

9.1 Tipo de Estudio

9.1.1 Cuantitativo

Los estudios cuantitativos se inclinaron a una postura investigativa deductiva, lógica que proporcionó respuestas exactas a fenómenos de estudio a través de la recolección y procesamiento de datos numéricos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El estudio fue cuantitativo, ya que se aplicó un instrumento numérico (un cuestionario en escala de Likert) para recoger la información de los estudiantes acerca de la variable objeto de análisis.

9.1.2 Descriptivo

Los estudios descriptivos permitieron caracterizar situaciones o hechos presentes en determinada población. Este tipo de investigaciones se encontró en un nivel intermedio de profundidad, porque buscó conocer fenómenos sociales inmersos en la problemática indagada (Arias, 2012). El estudio fue descriptivo, puesto que estuvo dirigido a indagar aspectos alrededor de la percepción de los estudiantes en torno a la educación en humanización en salud.

9.1.3 Corte trasversal

Hernández, Fernández y Baptista (2014) definieron los estudios de corte trasversal como aquellos que se abordaron en un momento único. La investigación se enmarcó dentro del corte trasversal, puesto que se aplicó un instrumento de recolección de la información a los estudiantes en una sola oportunidad.

9.1.4 Prospectivo

Las investigaciones prospectivas se definieron como estudios que abordaron datos presentes, es decir, permitieron recolectar información en tiempo real directamente de los sujetos objeto de estudio (Arias, 2012). El proyecto fue prospectivo, porque se aplicó un instrumento a los estudiantes del programa para conocer de manera actual sus perspectivas sobre la formación en humanización en salud.

9.2 Población

Hernández, Fernández y Baptista (2014) definieron la población como la cantidad de elementos para los cuales fueron extensibles los análisis de los datos, los cuales contaron con características comunes que permitieron seleccionar de forma aleatoria cualquiera de sus elementos. Para la investigación, se tomó en cuenta la población del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar, matriculada en el periodo 2024-I, compuesta específicamente por estudiantes desde el semestre II (donde iniciaron cátedras relacionadas con humanización) hasta el semestre IX, siendo un total de 387 universitarios.

9.3 Muestra

Arias (2012), define la muestra como un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible. La investigación actual se integró por la población de estudiantes conformada por 387 universitarios del semestre II hasta el semestre IX matriculados en el periodo 2024-I. Para determinar una muestra aleatoria de la totalidad de la población para el caso de estudio, se empleó la fórmula (Sierra, 1998), Se hizo uso del muestreo aleatorio simple el cual demuestra que cualquier sujeto tiene la misma probabilidad de ser seleccionado, es calculado a

través del nivel de confianza, margen de error en estimación y desviación típica la muestra, la fórmula se determina a continuación;

Dónde:

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población = 387

E= error de muestreo = 8% = 0,08

p= probabilidad del éxito = 50% = 0,5

q= probabilidad del fracaso = 50% = 0,5

4= constante

$$n = \frac{4 \times N \times p \times q}{E^2(N-1) + 4 \times p \times q} =$$

Sustituyendo

$$n = \frac{4 \times 387 \times 50 \times 50}{64 \times (386) + 4 \times 50 \times 50} = 111,5$$

El total de muestra de estudiantes a los cuales se les aplicará el instrumento de recolección de datos desde el semestre II hasta el semestre IX del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar en el periodo 2024-I es de 115 universitarios para ajustar a los posibles datos perdidos o a personas que no deseen participar del estudio o decidan retirarse después.

9.4 Variables

Las variables definen el enfoque teórico y se miden según los objetivos de la investigación. Se eligen de acuerdo con el tema principal del estudio. La forma en que se miden permite describir indicadores y analizar datos, convirtiéndolos en elementos que ayudan a medir la información del problema que se estudia. En este caso, se evalúa la variable percepción del trato humanización en la enseñanza usando métodos cuantitativos y cualitativos, así como escalas nominales y ordinales (ver Anexo 1).

Caracterización socio-demográfica: se refiere a "los datos descriptivos básicos de una población que permiten contextualizar su perfil, como edad, género y nivel educativo" (Organización Panamericana de la Salud, 2022). Estos elementos son esenciales para entender las características de la muestra analizada.

Las estrategias de enseñanza en cuidado humanizado son "aquellos métodos pedagógicos centrados en desarrollar competencias para una atención centrada en la persona, incorporando valores como la empatía, el respeto y la dignidad humana" (Watson, 2018). Estas estrategias son muy importantes en la formación de profesionales de la salud.

El nivel de satisfacción en la enseñanza del cuidado humanizado se define como "la percepción subjetiva de los estudiantes sobre la calidad y efectividad de los procesos formativos en relación con los principios del cuidado humanizado" (Parasuraman et al., 1988). Esta variable es importante para evaluar la calidad de la educación desde el punto de vista de los estudiantes.

9.5 Unidad de Análisis

Las unidades de análisis se categorizan en los componentes que facilitan la clasificación de la búsqueda de estudio. Conforme a esto, las unidades de análisis se categorizan en criterios de inclusión, que definen los elementos considerados para la aplicación del instrumento, y criterios de exclusión, que posibilitan el rechazo o exclusión de sujetos que no se consideran para el estudio.

Esta investigación se centra principalmente en los estudiantes que participan activamente en el programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar, sede Valledupar, durante el periodo académico 2024. Los estudiantes representan el eje central de la investigación, dado que son los participantes directos que experimentan y tienen la capacidad de evaluar las estrategias pedagógicas de cuidado humanizado implementadas por sus educadores.

En este conjunto, se toman en cuenta características sociodemográficas fundamentales que facilitan una interpretación más matizada de los datos: la edad, el género y el semestre académico en curso (desde el segundo hasta el noveno semestre). Estos indicadores sociodemográficos no solo proporcionan una descripción de la muestra, sino que también facilitan la realización de análisis comparativos.

9.5.1 Criterios de Inclusión

Estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica que estén matriculados en el semestre 2024-I.

Estudiantes cursando estudios a partir del II semestre o que ya culminarán la cátedra de bioética.

Estudiantes que deseen participar en el estudio.

9.5.2 Criterios de Exclusión

Estudiantes de otros programas académicos del área de la salud.

Estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica que no estén matriculados en el semestre 2024-I.

Estudiantes del I semestre o que no han tenido la oportunidad de cursar la cátedra de bioética.

Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

9.6 Técnicas de Obtención de la Información

Arias (2012) define las técnicas para obtener información como los procesos que se utilizan para recolectar datos de la población que se está estudiando. En esta investigación se usaron cuestionarios para recoger datos que se pueden medir sobre las actitudes, comportamientos o características de una población (Creswell, 2014). Se utilizaron métodos para recoger datos que se dividen en fuentes primarias y fuentes secundarias.

9.6.1 Fuente Primaria

Las fuentes primarias son las que se obtienen directamente del contexto problemático objeto de estudio. De acuerdo con esto, las fuentes primarias representan la información de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar, a través de los cuales se obtendrán los datos pertinentes para conocer la percepción en satisfacción de la enseñanza recibida de la humanización en salud, mediante un cuestionario de escala Likert con 14 ítems, con el cual se logró medir la percepción sobre la enseñanza en cuidado humanizado en tres dimensiones:

Estrategias pedagógicas de los docentes (preguntas 4-8).

Satisfacción con la formación en humanización (preguntas 9-14).

Datos sociodemográficos (preguntas 1-3).

9.6.2 Fuentes Secundarias

Las fuentes secundarias son las que tienen relación con las variables, pero no se toman directamente del contexto poblacional, siendo fuentes bibliográficas, artículos o cualquier dato epistémico, analítico, temático o numérico que proporciona datos del comportamiento previo en diferentes contextos de la variable. Para el estudio se toman investigaciones previas, artículos científicos, de opinión, entre otros, acerca de la variable percepción en satisfacción de enseñanza en la humanización en salud.

9.6.3 Validación del instrumento

Validez de contenido:

Se presento a asesores y docentes en educación en salud y metodología de investigación.

Criterios evaluados:

Claridad y redacción de las preguntas.

Pertinencia de las dimensiones.

Adecuación de las escalas (nominal/ordinal).

Ajustes realizados:

Se unificaron escalas ordinales (ej.: siempre/a veces/nunca) en preguntas de percepción.

Prueba piloto:

Se aplicó a 30 estudiantes (no incluidos en la muestra final).

Objetivos:

Evaluar tiempo de respuesta (15-20 minutos).

Identificar confusiones en las preguntas.

Resultados:

Se ajustaron términos técnicos en preguntas sobre "modelo biopsicosocial" para mayor comprensión.

Confiabilidad:

Se calculó el Alfa de Cronbach para las escalas ordinales:

$\alpha = 0.87$ (para ítems de estrategias docentes, preguntas 4-8).

$\alpha = 0.89$ (para ítems de satisfacción, preguntas 9-14).

Interpretación: Valores >0.70 indican alta consistencia interna (Tavakol & Dennick, 2011).

9.7 Análisis y Presentación de la Información

9.7.1 Análisis de la Información

Los datos obtenidos se procesaron bajo la estadística descriptiva, usando el programa de Microsoft Excel 2016, con el fin de procesar la información recogida producto de la ejecución

del cuestionario a los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar.

9.7.2 Presentación de la Información

En este estudio, se analizó la información según las características de las variables. Para las variables nominales, como el género o el semestre académico, se usaron tablas de frecuencias absolutas y relativas junto con gráficos de barras y de sectores. Esto facilitó una visualización clara de las proporciones, siguiendo las recomendaciones de Hernández et al. (2014). Este enfoque descriptivo ayudó a entender mejor a la población que participó y a tener una idea inicial de cómo los estudiantes ven la enseñanza del cuidado humanizado.

Además, se analizaron las variables relacionadas con la percepción sobre las estrategias de enseñanza, como el uso de métodos constructivistas, la promoción de la autonomía y la actualización de herramientas didácticas. Esto se hizo mediante tablas de contingencia para identificar patrones en las respuestas (Sí, No, Parcialmente) y explorar posibles relaciones entre las categorías. Además, se usaron pruebas como Chi-cuadrado, ANOVA y t de Student para ver si había diferencias significativas en la percepción de los estudiantes según su sexo, semestre o edad.

9.7.3 Difusión de los Resultados

El informe final es difundido por medio del programa Microsoft Word, y a través del uso de diapositivas del programa Power Point, exponiendo los resultados ante jurados de la facultad de salud.

9.8 Aspectos Éticos de la Investigación

Los aspectos éticos de esta investigación se rigen a partir de la Resolución N.º 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. Esta norma establece que toda institución que pretenda realizar investigación con seres humanos debe garantizar la protección de sus derechos y dignidad, además de contar con procesos de evaluación ética.

En este sentido, la investigación se clasificó como “sin riesgo”, de acuerdo con el artículo 11 de la resolución, ya que se emplearon únicamente métodos como encuestas y cuestionarios en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. Este tipo de estudios se limita a la recolección de información mediante técnicas que no comprometen la integridad física o emocional de los sujetos, razón por la cual no representan un riesgo adicional al de la vida cotidiana.

Con respecto al principio de autonomía, se garantizó que la participación de los estudiantes fuera totalmente voluntaria. Para ello, se implementó el procedimiento de consentimiento informado, el cual tuvo como finalidad asegurar que cada participante comprendiera los objetivos, alcances y condiciones del estudio antes de decidir su participación. El consentimiento informado se aplicó porque constituye un requisito ético fundamental en toda investigación con seres humanos, ya que permite a los participantes ejercer su derecho a decidir libremente, sin coacción académica ni institucional, y con la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones negativas. Asimismo, este proceso aseguró la confidencialidad de la información suministrada, protegiendo la identidad de los estudiantes y reforzando la confianza en la investigación (ver **Anexo 3**).

9.8.1 Principio de Autonomía

Fundamento ético esencial en investigación con seres humanos, fue rigurosamente aplicado en este estudio mediante la implementación del **consentimiento informado**, tal como lo establece la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud de Colombia, Art. 11) y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013, p. 5). Este proceso garantizó que cada participante:

Comprendiera plenamente los objetivos, metodología y alcances de la investigación a través de un documento claro y accesible.

Decidiera libremente su participación, sin coerción académica o institucional, ejerciendo su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Conservara el control sobre sus datos, los cuales fueron tratados con confidencialidad y anonimato.

9.8.2 Principio de Totalidad/Integridad

Visión unitaria de las personas (s) ubicadas en un tiempo y un espacio determinado, con una historia personal que debemos reconocer y respetar. Implica consideraran en forma articulada todas sus dimensiones: corporal psicológica, social y axiológica. Desde el punto de vista de la investigación se debe extremar la prevención del riesgo durante todo el proceso y responder civil y penalmente por cualquier daño que se cause.

9.8.3 Principio de Beneficencia

La beneficencia hace que el investigador sea responsable del bienestar físico mental y social del paciente. De hecho, la principal responsabilidad del investigador es la protección del participante. Esta protección es más importante que la búsqueda de nuevos conocimientos o que el interés personal, profesional o científico de la investigación. Implica no hacer daño o reducir los riesgos al mínimo, por lo que también se le conoce como principio de no maleficencia.

10. Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la percepción de los estudiantes sobre la implementación de estrategias pedagógicas basadas en el enfoque de humanización en salud dentro de su formación académica. A continuación, se presentan los hallazgos detallados organizados en cuatro dimensiones principales: características sociodemográficas de la población, percepción sobre metodologías de enseñanza, análisis estadísticos de asociación y niveles de satisfacción global.

10.1 Análisis Sociodemográfico

La muestra estuvo conformada por 115 estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica, con una distribución por género que muestra predominio del sexo femenino (72.2%, n=83) frente al masculino (27.8%, n=32). Este dato concuerda con las tendencias nacionales en carreras del área de la salud, donde tradicionalmente existe mayor participación de mujeres.

Tabla 1

Distribución de frecuencias por sexo

Sexo	n	%
Femenino	83	72,17%
Masculino	32	27,83%
Total	115	100%

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 2

Clasificación por sexo de los participantes



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 2 muestra una predominancia del género femenino (72.2%) frente al masculino (27.8%) en la muestra, consistente con las tendencias nacionales en carreras de salud. En cuanto al rango etario, se observó una media de 22 años ($DE \pm 2.3$), con una distribución que oscila entre los 17 y 29 años. El análisis por grupos etarios reveló que:

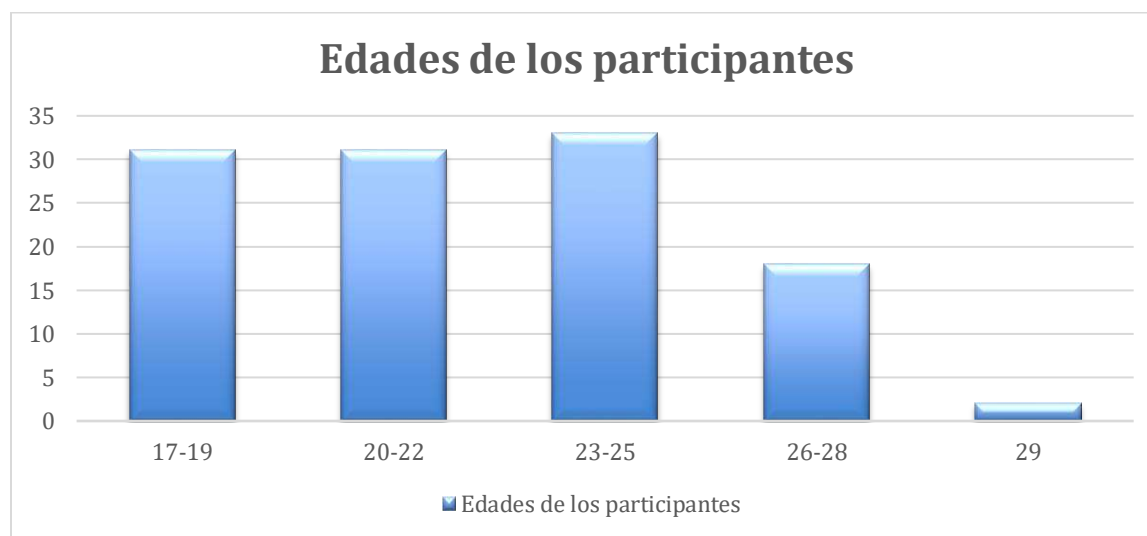
Rango: $29-17=12$

Numero de intervalos: 5

Amplitud: $12/5=2.4=3$

Tabla 2*Distribución de frecuencias por edades*

Intervalo	fi	Fi	hi	%
17-19	31	31	0,27	27%
20-22	31	62	0,27	27%
23-25	33	95	0,28	28%
26-28	18	113	0,15	15%
29-	2	115	0,01	1%
Total	115		0,98	98%

*Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.***Figura 3***Clasificación por edades de los participantes**Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.*

La distribución por semestres mostró una participación heterogénea, destacándose una mayor representación del III semestre (23.5%, n=27), seguido por VI y VII semestres (12.2%

cada uno, n=14). Esta variabilidad responde al diseño muestral no probabilístico utilizado en el estudio.

Tabla 3

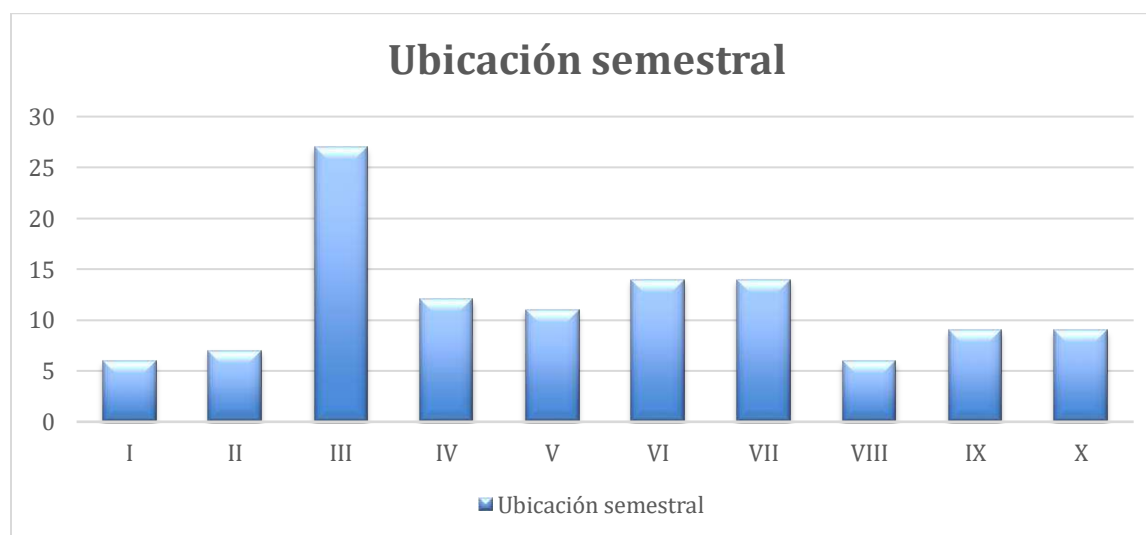
Distribución de frecuencias por semestre

Semestre	fi	%
I	6	5,22%
II	7	6,09%
III	27	23,48%
IV	12	10,43%
V	11	9,57%
VI	14	12,17%
VII	14	12,17%
VIII	6	5,22%
IX	9	7,83%
X	9	7,83%
Total	115	100%

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 4

Clasificación por semestre de los participantes



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

El semestre III tiene la mayor representación (23.5%), seguido por VI y VII (12.2% cada uno). La distribución refleja un diseño muestral no probabilístico. El análisis de varianza (ANOVA) aplicado a la edad y el sexo de los participantes reveló que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos. Esto sugiere que la edad promedio de los encuestados no varía considerablemente entre hombres y mujeres, lo que descarta posibles sesgos en la percepción del cuidado humanizado debido a diferencias etarias entre los géneros. Asimismo, este hallazgo permite considerar que las opiniones recogidas en el estudio reflejan una visión general homogénea dentro de la muestra analizada.

Tabla 4

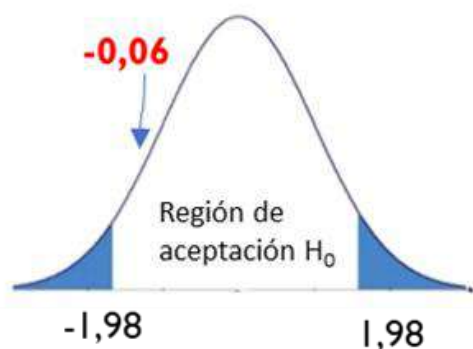
ANOVA por sexo

	Femenino	Masculino
Promedio	22,0240964	22,0625
Varianza	10,3408757	9,41532258
Observaciones	83	32
Varianza Agrupada	10,0869629	
Diferencia hipotética de los promedios	0	
Grados de libertad	113	
Estadístico t	-0,05811082	
P(T=t) dos colas	0,95376299	
Valor crítico de t (2 colas)	1,98118036	

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 5

Aceptación hipótesis nula



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

10.2 Percepción sobre las Estrategias Pedagógicas

El análisis de las cinco dimensiones evaluadas revela tendencias significativas:

10.2.1 Aplicación de Enfoque Constructivista

El 53.9% (n=62) de los encuestados afirmó que los docentes implementan consistentemente métodos constructivistas, mientras que el 38.3% (n=44) considera que solo se aplican ocasionalmente. Los comentarios cualitativos asociados sugieren que esta variabilidad podría relacionarse con diferencias en estilos de enseñanza entre docentes, mayor aplicación en asignaturas clínicas vs teóricas y necesidad de mayor capacitación docente en pedagogías activas

Tabla 5

Aplicación del enfoque constructivista

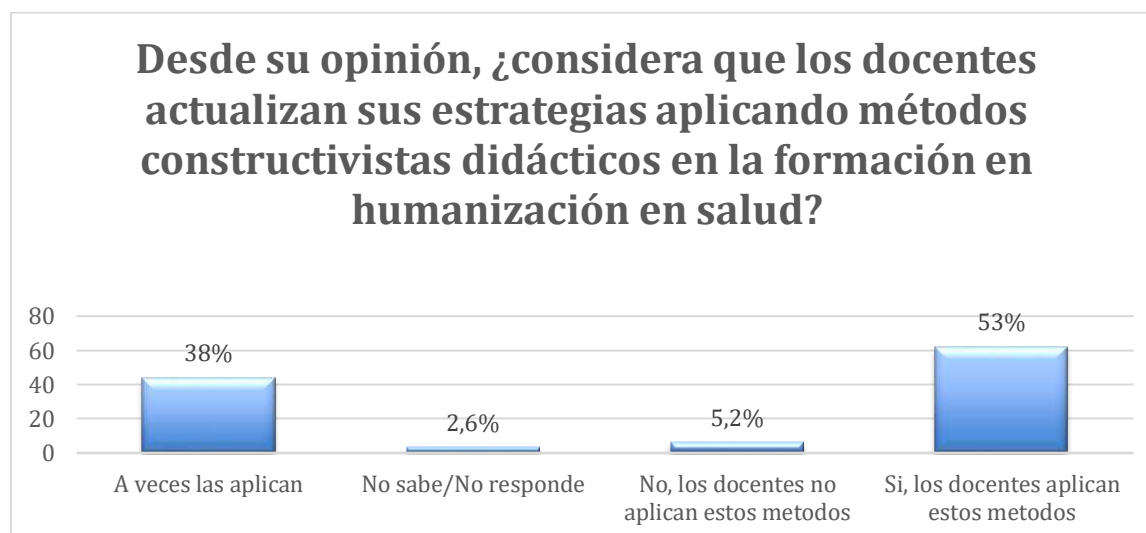
Opciones de respuesta	Desde su opinión, ¿Considera que los docentes actualizan sus estrategias aplicando métodos constructivistas didácticos en la formación en humanización en salud?	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
A veces las aplican	44	38.3
No sabe/No responde	3	2.6

Opciones de respuesta	Desde su opinión, ¿Considera que los docentes actualizan sus estrategias aplicando métodos constructivistas didácticos en la formación en humanización en salud?	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
No, los docentes no aplican estos	6	5.2
Si, los docentes aplican estos métodos	62	53.9
Total	115	100.0

Nota: En este apartado se analiza la percepción que tienen los estudiantes sobre la aplicación de métodos constructivistas durante el desarrollo del contenido temático propuesto.

Figura 6

Percepción general del enfoque constructivista



Nota: *Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.*

El 53.9% de los estudiantes afirma que los docentes aplican métodos constructivistas, mientras que el 38.3% los percibe como esporádicos. Este resultado cobra importancia en función de la teoría del cuidado humano de Watson (1979), ya que demuestra que emplear estrategias constructivistas no solo mejora los aprendizajes significativos, sino también ayuda a

interiorizar el aspecto ético-emocional del cuidado. En este contexto, el uso permanente de estas metodologías se transforma en un medio pedagógico para que los futuros profesionales incorporen la empatía, la sensibilidad y el respeto como elementos fundamentales de su práctica clínica.

10.2.2 Promoción de Autonomía en el Aprendizaje

El 55.7% (n=64) percibe que se fomenta adecuadamente la curiosidad científica y el aprendizaje autónomo. Sin embargo, el 37.4% (n=43) señala inconsistencia en esta práctica. Los testimonios destacan como buenas prácticas en uso de estudios de caso y aprendizaje basado en problemas. Sin embargo, señalan limitaciones en: retroalimentación oportuna y acceso a recursos de autoaprendizaje

Tabla 6

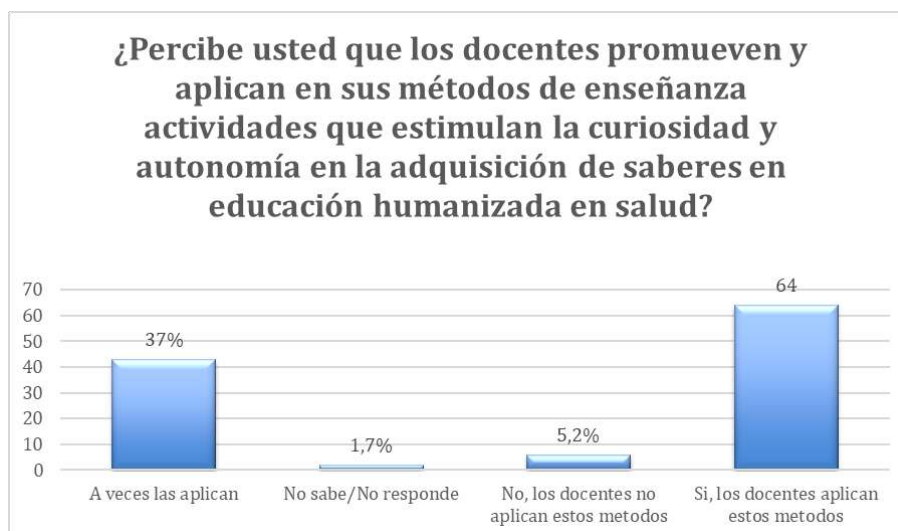
Promoción de autonomía

Opciones de respuesta	¿Percibe usted que los docentes promueven y aplican en sus métodos de enseñanza actividades que estimulan la curiosidad y autonomía en la adquisición de saberes en educación humanizada en salud?	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
A veces las aplican	43	37.4
No sabe/No responde	2	1.7
No, los docentes no aplican estos	6	5.2
Si, los docentes aplican estos métodos	64	55.7
Total	115	100.0

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 7

Percepción general de la promoción de autonomía



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Figura 7 muestra que el 64% de los estudiantes cree que los docentes usan métodos constructivistas y humanizados. Un 37% siente que estos métodos se aplican de forma ocasional. Esto indica que ha habido avances importantes en el uso de estrategias que promueven la autonomía y la participación activa en el aprendizaje. Sin embargo, también muestra la necesidad de aplicar estos métodos de manera más constante y sistemática. Por otro lado, un 5,2% de los estudiantes piensa que no se utilizan estos métodos, y un 1,7% no responde. Esto sugiere que hay oportunidades para mejorar la capacitación de los docentes y asegurar una enseñanza más cohesiva y alineada con los principios de la educación humanizada.

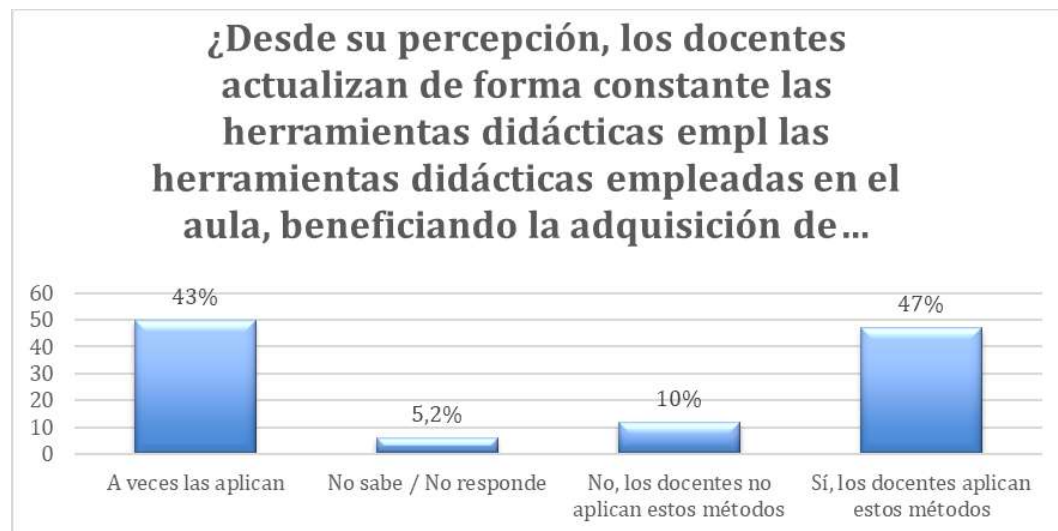
10.2.3 Actualización de Herramientas Didácticas

Solo el 40.9% (n=47) considera que los docentes actualizan frecuentemente sus metodologías, mientras que el 43.5% (n=50) percibe actualizaciones esporádicas. Los estudiantes sugieren mayor incorporación de simuladores virtuales, plataformas interactivas y tecnologías de realidad aumentada

Tabla 7*Actualización de herramientas didácticas*

Opciones de respuesta	¿Desde su percepción, los docentes actualizan de forma constante las herramientas didácticas empleadas en el aula, beneficiando la adquisición de saberes en humanización en salud?	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
A veces las aplican	50	43.5
No sabe/No responde	6	5.2
No, los docentes no aplican estos	12	10.4
Si, los docentes aplican estos métodos	47	40.9
Total	115	100.0

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 8*Percepción general de la aplicación de herramientas didácticas*

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Figura 8 muestra que el 47% de los estudiantes siente que los maestros usan de forma constante métodos de enseñanza modernos. Esto indica un gran avance en el desarrollo de nuevas formas de enseñanza que buscan mejorar el aprendizaje. Sin embargo, un 43% piensa que estas prácticas se usan solo a veces, lo que indica que no se están aplicando de forma constante. Asimismo, un 10% de las personas cree que los docentes no usan estos métodos, y un 5,2% no responde. Esto muestra que todavía hay diferencias en las prácticas educativas, lo que sugiere que se puede mejorar en la formación y organización de estrategias de enseñanza en el aula.

10.3 Análisis Estadísticos de Asociación

Para determinar si existían diferencias significativas en la percepción de los estudiantes según variables como sexo, semestre y edad, se realizaron tres tipos de análisis estadísticos: pruebas Chi-cuadrado (χ^2), ANOVA y T-student. A continuación, se amplía cada uno con mayor profundidad metodológica y discusión de resultados.

10.3.1 Pruebas Chi-Cuadrado (χ^2) de Independencia

10.3.1.1. Análisis por Sexo (Masculino vs. Femenino)

Para evaluar si existen diferencias significativas en la percepción de la enseñanza en cuidado humanizado según el sexo, se realizó una prueba de chi-cuadrado (χ^2). La hipótesis nula (H_0) plantea que no hay una relación significativa entre el sexo de los participantes y su percepción sobre la formación recibida. Los resultados del análisis mostraron los siguientes valores:

Aplicación de métodos constructivistas: $\chi^2 = 1.23$, $p = 0.75$

Tabla 8

Aplicación de enfoque constructivista

Opciones de respuesta/sexo	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
A veces las aplican	33	39.8	11	34.4
No sabe/no responde	2	2.4	1	3.1
No, los docentes no aplican estos métodos	4	4.8	2	6.2
Si, los docentes aplican estos métodos	44	53.0	18	56.2
Total	83		32	

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 9

Percepción por sexo del enfoque constructivista



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Figura 9 muestra que la opinión sobre el uso de métodos constructivistas por los maestros es mayormente positiva, pero no de manera consistente. El 53% de los estudiantes (38% mujeres y 15% hombres) cree que los profesores usan estos métodos, lo que muestra un progreso hacia enseñanzas más dinámicas y participativas. Sin embargo, el 37,5% (28% mujeres y 9,5% hombres) dice que solo a veces se aplican, lo que sugiere que no se aplican de manera constante o coherente. Por otro lado, un 5,1% dice que los profesores no usan estos métodos, y un 2,5% no responde. Esto muestra que todavía hay faltas en el uso de enfoques pedagógicos constructivistas.

Promoción de autonomía: $\chi^2 = 0.98$, $p = 0.82$

Tabla 9

Percepción por sexo de promoción de autonomía

Opciones de respuesta/sexo	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
A veces las aplican	33	39.8	10	31.2
No sabe/no responde	0	0.0	2	6.2
No, los docentes no aplican estos métodos	6	7.2	0	0.0
Si, los docentes aplican estos métodos	44	53.0	20	62.5
Total	83	100.0	32	100.0

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Figura 10

Percepción sexo de la promoción de autonomía



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Figura 10 sobre la promoción de la autonomía indica que el 55% de los estudiantes (38% mujeres y 17% hombres) sienten que los docentes usan estrategias que fomentan la curiosidad y la autonomía en el aprendizaje. Esto muestra un gran progreso en la aplicación de métodos de enseñanza activos. Sin embargo, un 37,6% (29% mujeres y 8,6% hombres) piensa que estas prácticas se usan solo a veces, lo que muestra que no se aplican de manera constante. Un 5,2% de las mujeres dice que los maestros no fomentan estas actividades, y un 1,7% de los hombres no responde.

Uso de herramientas didácticas: $\chi^2 = 1.45$, $p = 0.69$

Tabla 10*Percepción por sexo de uso de herramientas didácticas*

Opciones de respuesta/sexo	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
A veces las aplican	38	45.8	12	37.5
No sabe/no responde	3	3.6	3	9.4
No, los docentes no aplican estos métodos	8	9.6	4	12.5
Si, los docentes aplican estos métodos	34	41.0	13	40.6
Total	83	100.0	32	100.0

*Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.***Figura 11***Percepción por sexo de uso de herramientas didácticas**Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.*

Dado que en todos los casos el valor de p es mayor a 0.05, no se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que no existen diferencias significativas en la percepción entre hombres y mujeres. Esto sugiere que la enseñanza del cuidado humanizado es percibida de manera homogénea por ambos sexos, lo que refuerza la idea de que las estrategias pedagógicas empleadas son

equitativas e inclusivas. No hay diferencias significativas ($p > 0.05$) en la percepción entre hombres y mujeres.

10.3.1.2. Análisis por Semestre (I a X semestre)

Para evaluar si la percepción sobre la enseñanza del cuidado humanizado varía según el semestre cursado, se realizó una prueba de chi-cuadrado (χ^2). La hipótesis nula (H_0) establece que no existen diferencias significativas en la percepción entre los distintos niveles académicos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 11

Percepción por semestre aplicación de método constructivista

Semestre	A veces los aplican	No saben/No responden	No, los docentes no aplican estos métodos	Si, los docentes si aplican estos métodos
I	2			4
II	2			5
III	10			17
IV	4			8
V	0	1	1	9
VI	4		1	9
VII	5	2	4	3
VIII	5			1
IX	7			2
X	5			4
Total	44	3	6	62

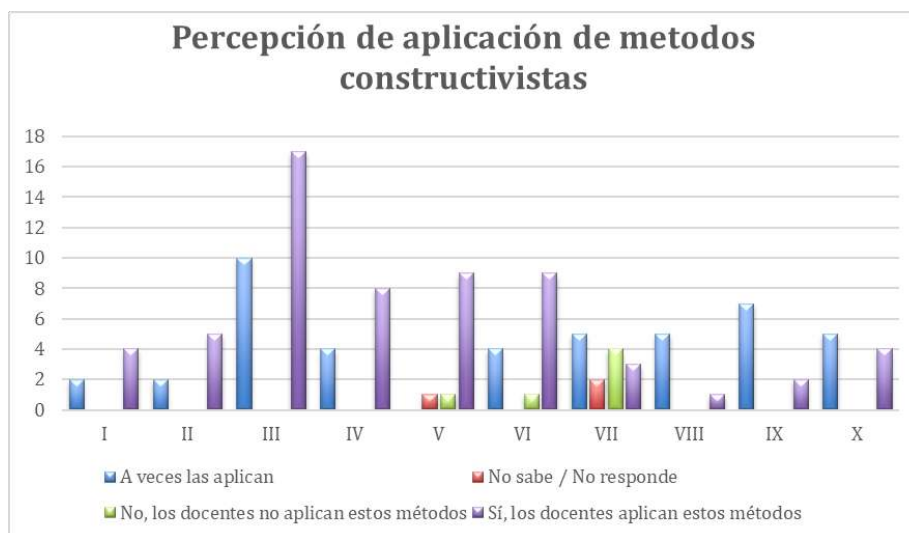
Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 11 evidencia que, aunque en general predomina la percepción positiva sobre la aplicación de métodos constructivistas (62 estudiantes), su implementación no es uniforme a lo largo de los semestres. En los primeros niveles la tendencia es favorable, pero en semestres

intermedios y avanzados se observa una disminución y mayor crítica, lo que señala la necesidad de fortalecer la coherencia pedagógica durante todo el plan de estudios.

Figura 12

Percepción por semestre de aplicación de métodos constructivistas



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Promoción de autonomía: $\chi^2 = 15.42$, $p = 0.12$

Tabla 12

Promoción de autonomía

Semestre	A veces las aplican	No sabe / No responde	No, los docentes no aplican estos métodos	Sí, los docentes aplican estos métodos
I	2	0	0	4
II	2	0	0	5
III	10	0	0	17
IV	4	0	0	8

Semestre	A veces las aplican	No sabe / No responde	No, los docentes no aplican estos métodos	Sí, los docentes aplican estos métodos
V		1	1	9
VI	4		1	9
VII	5	2	4	3
VIII	5			1
IX	7			2
X	5			4
Total	44	3	6	62

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 12 muestra que la mayoría de los estudiantes cree que los docentes fomentan la autonomía en el aprendizaje (62 respuestas afirmativas). Sin embargo, una parte significativa (44 estudiantes) piensa que estas estrategias se utilizan solo a veces. En menor cantidad, 6 estudiantes dicen que no se aplican y 3 no responden, lo que muestra cierta variedad según el semestre. En general, los datos muestran que ha habido avances en la promoción de la autonomía, pero también se necesita asegurar una implementación más constante y uniforme durante el proceso de formación.

Tabla 13

Percepción por semestre de promoción de la autonomía

Semestre	A veces los aplican	No saben/No responden	No, los docentes no aplican estos métodos	Si, los docentes si aplican estos métodos
I	2			4
II	4			3
III	9	1		17
IV	4			8
V	2		1	8
VI	3		1	10
VII	6	1	3	4

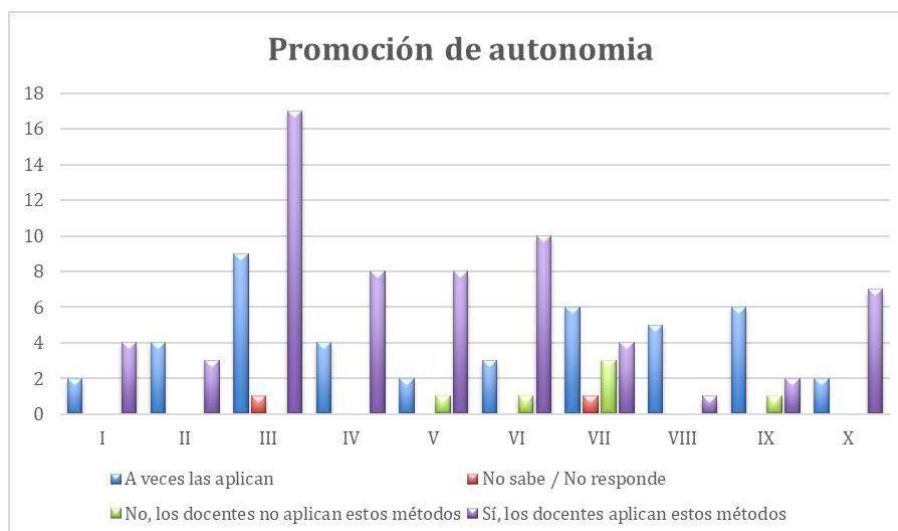
Semestre	A veces los aplican	No saben/No responden	No, los docentes no aplican estos métodos	Si, los docentes si aplican estos métodos
VIII	5			1
IX	6		1	2
X	2			7
Total	43	2	6	64

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 13 muestra que la mayoría ve de forma positiva la promoción de la autonomía en el aprendizaje. 64 estudiantes dicen que los profesores usan estas estrategias, mientras que 43 piensan que se utilizan solo a veces. Por otro lado, un pequeño grupo de 6 estudiantes piensa que no se están llevando a cabo las acciones necesarias y 2 no dan su opinión. Esto muestra que, aunque hay un esfuerzo continuo en la mayoría de los semestres, todavía hay faltas de organización en ciertos niveles de formación. En general, los datos muestran que se fomenta la autonomía, pero se necesita más consistencia para que este enfoque esté presente en todo el plan de estudios.

Figura 13

Percepción por semestre de promoción de autonomía



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Uso de herramientas didácticas: $\chi^2 = 18.56$, $p = 0.08$

Tabla 14

Percepción por semestre de herramientas didácticas

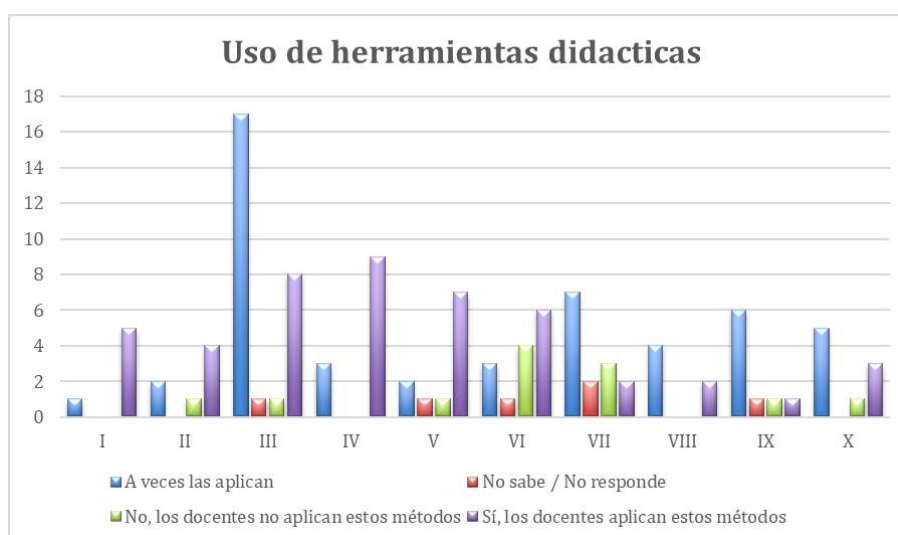
Semestre	A veces los aplican	No saben/No responden	No, los docentes no aplican estos métodos	Sí, los docentes si aplican estos métodos
I	1			5
II	2		1	4
III	17	1	1	8
IV	3			9
V	2	1	1	7
VI	3	1	4	6
VII	7	2	3	2
VIII	4			2
IX	6	1	1	1
X	5		1	3
Total	50	6	12	47

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 14 muestra que la opinión sobre si los profesores actualizan las herramientas de enseñanza está dividida: 47 estudiantes creen que sí se usan de forma constante, mientras que 50 dicen que solo a veces, lo que indica que se aplican de manera irregular. De manera menos significativa, 12 estudiantes piensan que no se utilizan y 6 no contestan, lo que indica que todavía hay un espacio de insatisfacción.

Figura 14

Percepción por semestre de herramientas didácticas



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Dado que los valores de p en ambas pruebas son mayores a 0.05, no se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que la percepción de los estudiantes sobre la enseñanza del cuidado humanizado se mantiene estable a lo largo de los distintos semestres.

Estos hallazgos sugieren que el proceso formativo es uniforme y que los conceptos clave relacionados con el cuidado humanizado son transmitidos de manera consistente en todas las etapas académicas. La falta de variación significativa en la percepción también puede indicar que

los estudiantes internalizan estos conocimientos de manera similar, independientemente del nivel en el que se encuentren, por lo cual la percepción es homogénea en todos los niveles ($p = 0.12$ para autonomía; $p = 0.08$ para herramientas didácticas).

10.3.1.3. Análisis por Edad (17-29 años)

Para determinar si la percepción sobre la enseñanza del cuidado humanizado varía según la edad de los estudiantes, se llevó a cabo una prueba de chi-cuadrado (χ^2). La hipótesis nula (H_0) establece que no existen diferencias significativas en la percepción entre los distintos grupos etarios. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 15

Percepción por edad de aplicación de métodos constructivistas

Intervalo	A veces las aplican	No sabe/No responde	No, los docentes no aplican estos métodos	Si, los docentes aplican estos métodos
17-19	11	0	0	20
20-22	10	0	1	20
23-25	12	2	2	17
26-28	9	1	3	3
29-	0	0	0	2
Total	42	3	6	62

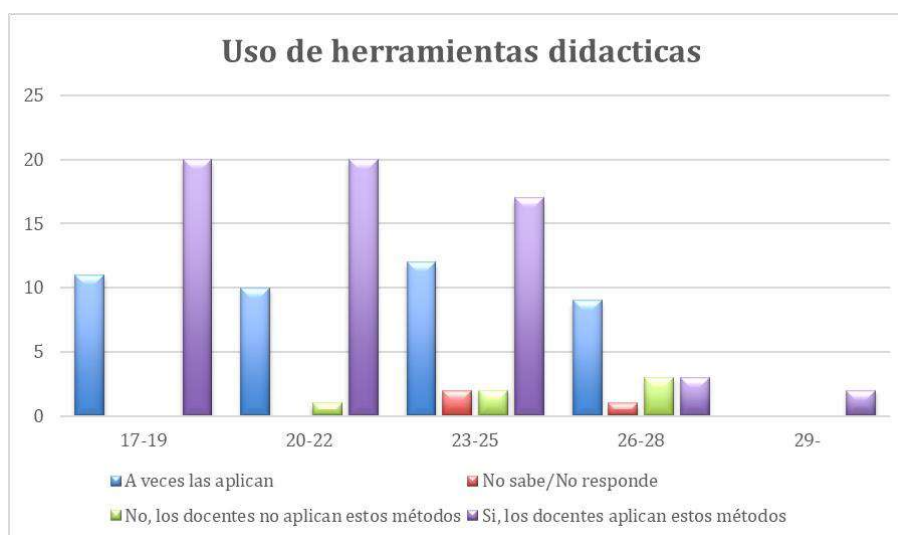
Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 15 indica que la opinión sobre el uso de métodos constructivistas es mayormente positiva en todas las edades, con 62 estudiantes que aseguran que los profesores los utilizan. Los grupos de edad de 17-19 y 20-22 años tienen la mejor valoración (20 estudiantes en cada grupo), lo que muestra que los estudiantes más jóvenes ven más a menudo la aplicación de estas metodologías. En los grupos de 23-25 y 26-28 años, también hay una mayoría con una

percepción positiva, aunque hay más respuestas críticas (2 y 3 estudiantes, respectivamente, piensan que no se aplican). En el grupo de 29 años o más, aunque hay menos personas, se sigue viendo una tendencia positiva (2 estudiantes).

Figura 15

Percepción por edad de aplicación de métodos constructivistas



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Tabla 16

Percepción por edad promoción de autonomía

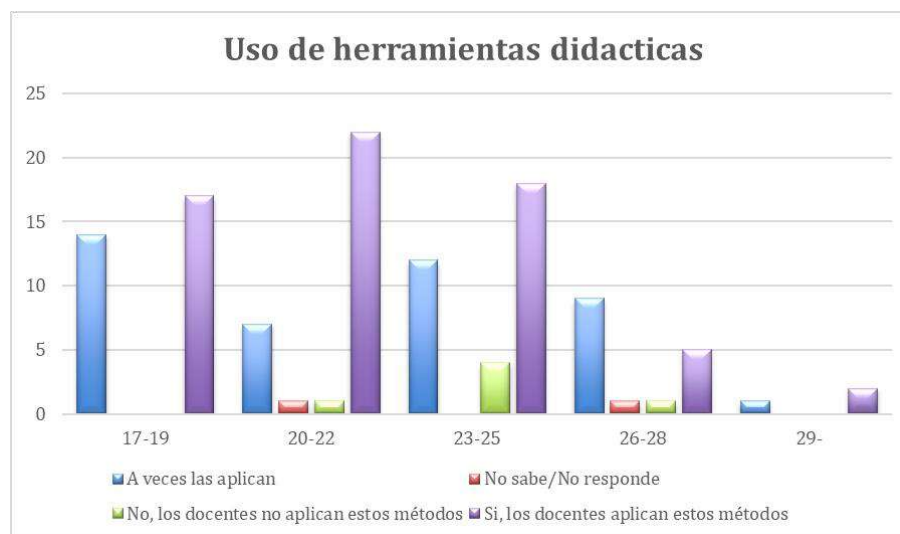
Intervalo	A veces las aplican	No sabe/No responde	No, los docentes no aplican estos métodos	Si, los docentes aplican estos métodos
17-19	14	0	0	17
20-22	7	1	1	22
23-25	12	0	4	18
26-28	9	1	1	5
29-	1	0	0	2
Total	43	2	6	64

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 16 muestra que la mayoría de los diferentes grupos de edad tiene una opinión positiva sobre la promoción de la autonomía. Hay 64 estudiantes que dicen que los maestros efectivamente utilizan estas estrategias. Los grupos de edad de 20-22 años (22 estudiantes) y de 23-25 años (18 estudiantes) son los que muestran más niveles de aplicación, seguidos por el grupo de 17-19 años (17 estudiantes). Por otro lado, en los grupos de 26-28 años y 29 años o más, la percepción positiva es menor (5 y 2 estudiantes, respectivamente), lo que indica que el reconocimiento disminuye en las edades más avanzadas. Un total de 43 estudiantes indica que estas metodologías se aplican solo a veces, mientras que 6 piensan que no se aplican y 2 no responden. Esto muestra que, aunque la mayoría valora positivamente la promoción de la autonomía, todavía hay diferencia en su uso según la edad de los estudiantes.

Figura 16

Percepción por edad de promoción de la autonomía



Nota: *Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.*

Tabla 17*Percepción por edad de herramientas didácticas*

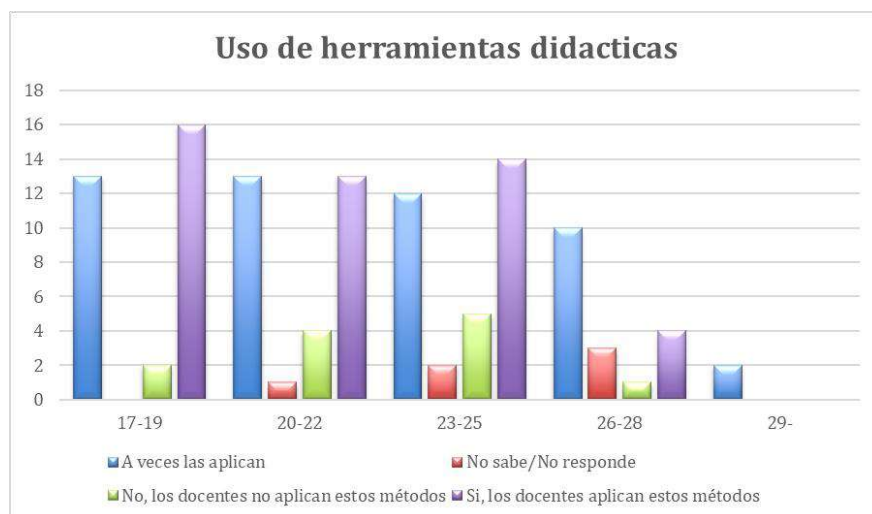
Intervalo	A veces las aplican	No sabe/No responde	No, los docentes no aplican estos métodos	Si, los docentes aplican estos métodos
17-19	13	0	2	16
20-22	13	1	4	13
23-25	12	2	5	14
26-28	10	3	1	4
29-	2	0	0	0
Total	50	6	12	47

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

La Tabla 17 muestra que la opinión sobre la actualización de herramientas de enseñanza cambia según la edad, pero en general hay una opinión positiva, con 47 estudiantes que piensan que los maestros sí utilizan estos métodos. Los grupos de 17-19 años (16), 20-22 años (13) y 23-25 años (14) reconocen más el uso de herramientas actualizadas. En el grupo de 26-28 años, la percepción es más baja (4 estudiantes) y en el de 29 años o más no hay respuestas afirmativas. Además, 50 estudiantes piensan que estas estrategias se usan solo a veces, lo que indica que no se aplican de forma constante. Por otro lado, 12 estudiantes creen que no se aplican en absoluto, siendo más común entre los grupos de 20 a 25 años.

Figura 17

Percepción por edad de herramientas didácticas



Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

Dado que en ambos casos los valores de p son mayores a 0.05, no se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que la percepción sobre la enseñanza del cuidado humanizado es homogénea entre los distintos grupos de edad. Estos resultados sugieren que la manera en que los estudiantes asimilan los conceptos de humanización en la enseñanza no está determinada por su edad, sino posiblemente por otros factores como la metodología pedagógica utilizada o el grado de exposición a experiencias prácticas en el ámbito de la salud. La ausencia de diferencias significativas refuerza la idea de que el currículo logra transmitir estos conocimientos de manera equitativa a lo largo del proceso formativo.

10.3.2 ANOVA: Satisfacción por Semestre

Para evaluar si existen diferencias significativas en el nivel de satisfacción entre los distintos semestres, se realizó un ANOVA de un factor. La hipótesis nula (H_0) establece que no hay diferencias significativas en la satisfacción percibida entre los 10 semestres del programa.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- $F(9, 105) = 0.54, p = 0.836$

Dado que el valor de $p > 0.05$, no se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que la satisfacción reportada por los estudiantes no varía significativamente a lo largo del plan de estudios.

Medias Destacadas

VIII semestre: Mayor satisfacción promedio ($4.2/5 \pm 0.5$)

I semestre: Menor satisfacción promedio ($3.5/5 \pm 0.8$)

Aunque existen ligeras diferencias en los promedios de satisfacción entre los semestres, estas no son lo suficientemente marcadas como para ser estadísticamente significativas. Esto sugiere que el modelo educativo implementado mantiene una percepción estable de calidad y efectividad en la enseñanza del cuidado humanizado a lo largo de toda la formación académica.

Tabla 18

ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	86.625	9	9.625	0.53695955	0.83582112	
Within Groups	537.75	30	17.925			

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Total	624.375	39				

Nota: Elaboración preparada a partir de los resultados obtenidos.

11. Discusión

Los resultados de este estudio muestran que los estudiantes de la carrera de Instrumentación Quirúrgica tienen dos opiniones diferentes sobre la calidad educativa en relación con la humanización en el sector salud. Por un lado, se puede ver un reconocimiento amplio a los esfuerzos de las instituciones por incluir esta perspectiva en el currículo educativo. Sin embargo, todavía hay retos importantes en la implementación práctica que necesitan ser analizados con cuidado según el marco teórico establecido.

La teoría del cuidado humano, propuesta por Watson en 1979 y que sirve de base para este estudio, sostiene que el cuidado verdadero va más allá de lo técnico, incorporando aspectos éticos, emocionales y existenciales. Los datos muestran que una gran parte de los estudiantes, exactamente el 53,9 %, valora de manera positiva las iniciativas que se han hecho para usar métodos pedagógicos constructivistas. Estos métodos pueden ayudar a tener una visión más completa del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, el 38,3 % de los encuestados que considera estas tácticas como ocasionales muestra una inquietante discrepancia entre la teoría y la práctica educativa. Investigaciones, como la que elaboró Díaz (2016), sostienen que si no se acompaña de una reflexión crítica a fondo acerca de la función del estudiante y del docente en el proceso educativo, la mera integración formal de metodologías activas no asegura aprendizajes significativos.

La percepción entre diversos semestres académicos, géneros y grupos de edad podría ser vista en un principio como una señal importante de la cohesión y relevancia del plan de estudios. Sin embargo, desde el punto de vista del currículo oculto, como Giroux lo propuso en su trabajo de 1990, esta uniformidad podría señalar que el abordaje de la humanización carece de

profundidad; es decir, se la trata más bien como un concepto estático que como un principio transversal y dinámico que se establece progresivamente, especialmente durante los semestres clínicos. Iafrancesco (2011) destaca en este contexto la relevancia de que el proceso educativo en humanización progrese al mismo tiempo que las destrezas técnicas, con el objetivo de asegurar que el alumno desarrolle no solo la aptitud para realizar procedimientos, sino también la habilidad para transformarse en un profesional íntegro, sensible y comprometido éticamente con el paciente.

La confrontación con experiencias exitosas que han sido documentadas anteriormente en la literatura especializada fortalece y mejora este análisis detallado. Como muestra el modelo integral de la Universidad Nacional de Colombia, descrito con detalle por Galván y Días (2022), un aprendizaje más profundo y significativo de los principios de la humanización se logra a través de una combinación equilibrada entre una sólida capacitación teórica, un seguimiento psicológico individualizado y condiciones óptimas para aprender. Este referente demuestra de manera firme que la humanización en el ámbito educativo no debe limitarse solo a la transmisión de ideas teóricas, sino que requiere transformaciones profundas y relevantes en la estructura curricular, las metodologías pedagógicas utilizadas y el respaldo institucional otorgado a los alumnos. La falta de esta integralidad en el marco de análisis podría explicar por qué, aunque los estudiantes reconocen la importancia del tema, un porcentaje considerable del 43,5 % sostiene que las herramientas pedagógicas no se actualizan debidamente para enfrentar los desafíos de la práctica clínica contemporánea.

Así, los hallazgos del estudio ratifican de forma categórica que la humanización, aunque es indiscutible que está presente en el proceso de formación de los alumnos de Instrumentación Quirúrgica, requiere una conexión más fuerte y eficaz entre la teoría y la práctica. Esto supone la

aplicación de tácticas pedagógicas y curriculares que superen lo puramente enunciativo, y que se incorporen de forma integral y holística en el entramado de la experiencia educativa. De esta forma, se logrará que las futuras generaciones de profesionales no solo desarrollen habilidades técnicas avanzadas, sino también incorporen y apliquen una ética del cuidado acorde con los retos y demandas actuales en el sector de la salud.

12. Conclusión

El análisis estadístico mostró que los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar tienen una percepción, en general, positiva y similar sobre la enseñanza de cuidados y trato humanizado. Las pruebas estadísticas mostraron que no hubo diferencias importantes en la percepción según sexo ($\chi^2 = 1.23$; $p = 0.75$), semestre ($\chi^2 = 15.42$; $p = 0.12$) o edad ($\chi^2 > 0.05$ en todas las categorías). Esto significa que hombres y mujeres, sin importar su nivel académico o edad, tienen opiniones parecidas sobre la formación que recibieron.

Sobre cómo se aplica el enfoque constructivista, el 53,9 % de los estudiantes ($n=62$) dijo que los profesores sí usan estas estrategias, mientras que el 38,3 % ($n=44$) opinó que se utilizan solo de forma ocasional. Este hallazgo muestra que ha habido avances en el uso de metodologías activas, aunque aún existen limitaciones por las diferencias entre docentes y su menor uso en materias teóricas.

En cuanto a fomentar la autonomía en el aprendizaje, el 55,7 % ($n=64$) de los encuestados mencionó prácticas educativas que motivan la curiosidad y el aprendizaje independiente, aunque un 37,4 % ($n=43$) dijo que esta promoción se hace de forma irregular. Estos resultados muestran que es importante crear lugares que apoyen la independencia académica y el pensamiento crítico.

Sobre la actualización de las herramientas de enseñanza, solo el 40,9 % ($n=47$) de los estudiantes sintió que los profesores las renuevan de manera constante. En cambio, el 43,5 % ($n=50$) dijo que estas actualizaciones son ocasionales y el 10,4 % ($n=12$) opinó que no se hacen. Este descubrimiento muestra una falta de innovación en la enseñanza y destaca la necesidad de

usar recursos tecnológicos como simuladores clínicos, plataformas interactivas y realidad aumentada, que hagan el aprendizaje más activo y lo relacionen mejor con la realidad del entorno hospitalario.

El análisis de varianza (ANOVA) también mostró que no hay diferencias importantes en el nivel de satisfacción según el semestre académico ($F(9,105) = 0.54; p = 0.836$). Los estudiantes de VIII semestre tuvieron una calificación de satisfacción promedio más alta (4.2/5), mientras que los de I semestre tuvieron la más baja (3.5/5). Estas variaciones, aunque no son estadísticamente importantes, indican que la satisfacción podría verse afectada por factores externos como la carga de estudios, el contacto con situaciones clínicas o la experiencia con los profesores.

Los resultados muestran que la enseñanza del cuidado humanizado en el programa es uniforme y es bien aceptada por los estudiantes. Sin embargo, la poca actualización de estrategias y herramientas de enseñanza es una debilidad que necesita ser atendida urgentemente. Se sugiere a la Universidad Popular del Cesar mejorar la formación de los docentes en metodologías activas, usar nuevas tecnologías educativas y asegurarse de que la humanización esté presente en todo el currículo. Esto permitirá que los futuros profesionales trabajen no solo con habilidades técnicas, sino también con ética y empatía hacia los pacientes.

13. Recomendaciones

Solo el 40,9 % de los estudiantes siente que las metodologías de enseñanza se actualizan de manera constante. Por eso, se sugiere crear un programa de formación continua para los docentes. Esto debería incluir talleres prácticos sobre métodos de enseñanza activos, como el aprendizaje basado en problemas y estudios de caso. También se debería ofrecer capacitación en nuevas tecnologías educativas, como simuladores virtuales y herramientas de realidad aumentada. Además, es importante crear lugares para que los profesores reflexionen juntos, compartan sus experiencias y mejoren las prácticas de humanización en el aula.

Los resultados indican que hay una falta de conexión entre lo que se enseña en las clases teóricas y cómo se aplica en situaciones clínicas. Para reducir esta brecha, se recomienda aumentar el uso de casos reales relacionados con las prácticas profesionales, crear mentorías donde estudiantes de años avanzados guíen a los que recién comienzan, y crear un banco digital de recursos con ejemplos de atención humanizada en hospitales reales.

El 37,4 % de los estudiantes expresó que no están satisfechos por la falta de retroalimentación a tiempo en su formación. Para enfrentar esta dificultad, es importante usar rúbricas claras para evaluar actividades, aprovechar herramientas digitales que permitan a los docentes dar retroalimentación personalizada y realizar encuestas periódicas para evaluar cómo los estudiantes ven los métodos de enseñanza.

La necesidad de más innovación en la enseñanza se ve respaldada por las recomendaciones de los estudiantes sobre simuladores y plataformas interactivas. Se sugiere comprar licencias de software de simulación clínica que incluyan módulos de humanización, crear alianzas con

instituciones que ya usan estas tecnologías y capacitar a los estudiantes en su uso desde los primeros semestres.

La similitud en las respuestas de los estudiantes entre semestres podría mostrar una estandarización básica. Para tener más profundidad, se sugiere alinear los objetivos de humanización en todos los cursos, crear rúbricas comunes para evaluar competencias en este aspecto y hacer reuniones regulares entre docentes para compartir y unificar buenas prácticas.

14. Referencias

- Amariles. (2017). *La humanización, el cuidado humanizado y la formación ciudadana: reconocimiento del desarrollo formativo en el programa de enfermería de la universidad de caldas. Colombia: Universidad Católica de Manizales*. Obtenido de <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/1967>
- Andino, C. (2016). *La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/1892/189258951006/>
- Andino, J. (2015). *La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. Revista Latinoamericana de Bioética, 15(2), 45-67* . Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/1892/189258951006/>
- Arroyo, F. (2008). *Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Asociación Médica Mundial. (2022). *Código Internacional de Ética Médica*. Obtenido de <https://www.wma.net>
- Ávila, J. (2017). *La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Revista Colombiana de Cirugía, 32(2), 216-230*. Obtenido de https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932017000200216&script=sci_arttext
- Ávila, J. (2017). *La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional*. Obtenido de <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
- Badger, K. (2022). *More than just a medical student: A mixed methods exploration of a structured volunteering programme for undergraduate medical students. BMC Medical Education, 22(1), 1-12* . Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03037-4>

- Bejarano, F. (2017). *Vivencias del cuidado de la salud en estudiantes universitarios de pregrado de una entidad de educación superior privada de Bogotá. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/39987/Tesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Bejarano, K., Fernandez, M., & Mora, X. (2017). *Vivencias del cuidado de la salud en estudiantes universitarios de pregrado de una entidad de educación superior privada de Bogotá*. Obtenido de <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/b97742c2-42e3-4ed9-91b9-c1ca328e4733/content>
- Bermeo, M. (2023). *Ética y bioética en instrumentación quirúrgica. En De la ética a la bioética en las ciencias de la salud (pp. 213-230)*. Obtenido de <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638-13.pdf>
- Bermeo, M., & Pardo, I. (2020). *De la ética a la Bioética en las Ciencias de la Salud*. Obtenido de <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638.pdf>
- Bernal, L. (2021). *(Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/355764652_Deshumanizacion_de_la_atencion_hospitalaria_en_Colombia_Revision_sistematica
- Bernal, L., Guzmán, M. E., & Arboleda, D. (2023). *(Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática. Revista Innovación en Salud, 5(2), 123-135*.

- Bracarense, C., Duarte, J., Soares, H., Côrtes, R., & Simões, A. (2014). *La humanización en el proceso de formación académica de los profesionales de la salud*. .
- Caicedo, L. (2023). *Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería*. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, *7(14)*, 17-29. Epub 30 de agosto de 2023. Obtenido de <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>
- Cajamarca, K., Salazar, E., Salazar, C., Guaman, L., & Chacha, M. (2023). *Trato humanizado en pacientes quirúrgicos como estrategia para disminuir la ansiedad*. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *4(1)*, 2261–2272. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9585597.pdf>
- Carrillo. (2017). *Profesional de instrumentación quirúrgica frente a la aplicación de los principios y valores bioéticos de acuerdo con la ley de talento humano en salud en Colombia*. *Colombia: Corporación Universitaria Rafael Núñez*. Obtenido de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/7415/html>
- Carrillo, L. (2018). *Profesional de instrumentación quirúrgica frente a la aplicación de los principios y valores bioéticos de acuerdo con la ley de talento humano en salud en Colombia*. *Colombia: Universidad de la Sabana*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/832/83257398010/html/>
- Carrillo, S., Lorduy, J., & Muñoz, R. (2017). *Profesional de Instrumentación Quirúrgica frente a la Aplicación de los Principios y Valores Bioéticos de acuerdo con la Ley de Talento Humano en Salud en Colombia*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/832/83257398010/html/>

- Castillo. (2020). *Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de enfermería. Chile: Universidad de Chile*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100202
- Castillo, Bacigalupo, Vallejos, García, Lorca, Aspee, & Gortari. (2020). *Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de enfermería. Chile: Universidad de Chile. Cienc. enferm. vol.26 Concepción*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100202
- Castillo, S., Bacigalupo, J., García, G., Lorca, A., Aspee, P., & Gortari, P. (2020). *Necesidades de Docentes y Estudiantes para Humanizar la Formación de Enfermería*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100202
- Chavarría, K. (2021). *Percepción sobre humanización de la atención en salud, de los usuarios y el personal de la salud de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Lucia de Fredonia*. Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/3b29e3bc-cbab-42d5-b2cd-293b7d6d7736/content>
- Congreso de Colombia. (2025). *Ley 100*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007 - Ley de Talento Humano en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>
- Constitución de la República de Colombia. (1991). *Constitución de la República de Colombia. Colombia: Congreso de Colombia*. . Obtenido de <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>.

- Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3ª ed.). SAGE. . Obtenido de https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- Cusba, C., & Rodríguez, J. (2023). *Análisis de los Factores de Insatisfacción de los Pacientes a partir de los PQRD, de la Superintendencia Nacional de Salud en el Periodo 2020/2021 en la Ciudad de Bogotá*. Obtenido de <https://repository.udistrital.edu.co/server/api/core/bitstreams/8f63d88c-02cd-4f75-92f4-a5b0e152f650/content>
- DeBortoli, Munar, Umpiérrez, Peduzzi, & Leija. (s.f.). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e64/>
- DeBortoli, S., Munar, E., Umpiérrez, A., Peduzzi, M., & Leija, C. (2020). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e64/>
- Díaz, A., Novoa, M., Guerra, N., Ramírez, V., & García, E. (2018). *Propuesta epistemológica para una práctica axiológica en la instrumentación quirúrgica*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12442/3946>
- Díaz, Novoa, Guerra, Ramírez, & García. (2018). *Propuesta epistemológica para una práctica axiológica en la Instrumentación Quirúrgica*. Colombia: Universidad Simón Bolívar. Obtenido de <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3946/Propuesta%20epistemol%C3%B3gica%20para%20una%20pr%C3%A1ctica%20axiol%C3%B3gica%20en%20la%20instrumentaci%C3%B3n%20quir%C3%B3rgica.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

- Fernandez, C., Mansilla, E., Aravena, A., Antiñirre, B., & Garcés, M. (2022). *Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería*. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000101201
- Función Pública. (2025). *Decreto 1330. Colombia*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=98270>.
- Galván, J., & Díaz, M. (2022). *Diseño e implementación del modelo integral para la humanización de la atención en la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>
- Galvis, C. (2016). *Percepción de docentes y estudiantes de una facultad de medicina sobre el uso del arte como estrategia didáctica para la humanización de la educación en salud*. *Repositorio Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/59693>
- García, L., Magallón, R., & Pérez, M. (2017). *Impacto de la tecnología en la educación*. *Revista de Educación Tecnológica*, 15 (2), 123-130. . Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.ret.2017.02.005>
- Gómez. (2017). *Estrategias para el Aprendizaje Significativo del Cuidado Humano en Enfermería*. Colombia: Redalyc Archivos de Medicina. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/2738/273854673024/html/>.
- Gualdrón. (2019). *Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería*. Colombia: Universidad de Santander. Obtenido de <https://revistas.udes.edu.co/aibi/article/view/1680>.

- Gutiérrez, E. (2011). *Satisfacción del usuario interno y calidad de atención de salud en el control prevacacional Hospital Rebagliati 2008*. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/items/4d8bd4c4-00f5-498b-b99e-218aec4a7a00/full>
- Gutiérrez, E. (2011). *Satisfacción del usuario interno y calidad de atención en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.14414/14220>
- Hernández, Fernández, & Baptista. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc- Graw Hill. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Hernández, M. (2008). *El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud*. *Revista de Salud Pública*, 10 (sup 1), 72-82. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf
- Lafaurie, & Cabal. (2022). *Humanización del cuidado en la formación profesional en enfermería*. Colombia: Universidad del Bosque. Obtenido de <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/8823/9789587392746.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Lemus. (2016). *Rol del docente de instrumentación quirúrgica en el proceso de humanización en el servicio de salas de cirugía del Hospital Occidente de Kennedy*. Colombia: Universidad Militar Nueva Granada. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/14756/LemusC%C3%A1rdenasJuliethAndrea2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Lemus, J. (2016). *Rol del Docente de Instrumentación Quirúrgica en el Proceso de Humanización en el Servicio de Salas de Cirugía del Hospital Occidente de Kenedy*.

Obtenido de <https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/888cbe51-91a2-45d8-83ec-0b2a90944780/content>

Mazo, J. (2023). *Relación paciente-profesional: una exploración desde la instrumentación quirúrgica 2022-2023*. Universidad de Antioquia. . Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/39682>

Mazo, M., Alarcón, A., & Gómez, J. P. (2023). *Relación paciente-profesional: una exploración desde la instrumentación quirúrgica 2020-2023*. Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/1f113d07-65d9-4a55-b6ab-21d2ef95bfd6/content>

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993 - Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1441 de 2013 - Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Perazzo, G., Aza, C., Mendoza, G., Bravo, G., Ramírez, S., Mollar, E., & Vazquez, A. (2015). *La deshumanización en la atención profesional: ¿vulnera el derecho a la intimidad?* Obtenido de <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/1407>

PNMCS. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021*. Obtenido de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>.
- Ruiz. (2021). *Aprendiendo sobre humanización en salud. Reflexión desde la experiencia. Colombia: Universidad Católica de Manizales*. Obtenido de https://www.ucm.edu.co/wp-content/uploads/2021/03/cartilla_humanizacion_salud.pdf.
- Ruiz, M., Morales, L., Canizales, M., & Amariles, L. (2018). *Aprendiendo sobre la Humanización de la Salud: Reflexiones desde la Experiencia*. Obtenido de https://www.ucm.edu.co/wp-content/uploads/2021/03/cartilla_humanizacion_salud.pdf
- Tejada, A. (2022). *La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación. En L. Obando Cabezas (Ed.), Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización del servicio de salud*. Obtenido de <https://books.scielo.org/id/dk8c5>
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Obtenido de <https://unesdoc.unesco.org>
- Universidad Popular del Cesar. (2025). *Programa de Instrumentación Quirúrgica, Facultad de Ciencias de La Salud*. Obtenido de https://www.unicesar.edu.co/facultades_pregrado/pregrados-salud/inst-quirurgica/
- Urra, E. (2011). *ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. Ciencia y enfermería, 17(3), 11-22.* . Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Valencia. (2021). *Metas de enfermería, México*. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81695/autovaloracion-del-cuidado-humanizado-por-estudiantes-de-enfermeria/>

Valencia, N. (2021). *Autovaloración del cuidado humanizado por estudiantes de Enfermería*.

Obtenido de

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81695/autovaloracion-del-cuidado-humanizado-por-estudiantes-de-enfermeria/>

Zulay, Morales, Canizales, & Amariles. (2018). *Aprendiendo sobre la humanización de la salud: reflexiones desde la experiencia*. Colombia: Universidad Católica de Manizales.

Obtenido de [https://www.ucm.edu.co/wp-](https://www.ucm.edu.co/wp-content/uploads/2021/03/cartilla_humanizacion_salud.pdf)

[content/uploads/2021/03/cartilla_humanizacion_salud.pdf](https://www.ucm.edu.co/wp-content/uploads/2021/03/cartilla_humanizacion_salud.pdf).

Zuluaga, M., Pastes, Y., Calle, V., & Acevedo, M. (2023). *Percepciones y sentires de los instrumentadores quirúrgicos respecto a su rol durante una cirugía de emergencia*.

Universidad de Antioquia. Obtenido de

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/39682>

Zuluaga, M., Pastes, Y., Calle, V., & Acevedo, M. (2023). *Publicación: Percepciones y sentires de los instrumentadores quirúrgicos respecto a su rol durante una cirugía de*

emergencia. Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/39682>

15. Anexos

Anexos

Anexo 1

Operacionalización de variables

Objetivo general	Analizar la percepción de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica sobre la enseñanza en el cuidado y/o trato humanizado. Universidad Popular del Cesar. Valledupar. 2024.					
Objetivos específicos	Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Indicador	Ítem
Caracterizar socio demográficamente según edad, género y semestre de los estudiantes del programa Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.	Caracterización socio demográfica	Características demográficas y sociales que identifican aspectos de un sujeto	Cuantitativa Cualitativa	Ordinal Nominal	Edad	1
					Género	2
					Semestre	3
Identificar las estrategias de enseñanza en cuidado y/o trato humanizado implementados por los profesores en el currículum formal y oculto referido a las lecciones, valores y perspectivas no escritas, no oficiales y, a menudo, no intencionadas que los estudiantes aprenden en el salón de clases y en prácticas de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.	Estrategias de enseñanza en cuidado humanizado	Métodos y herramientas de enseñanza que aplican los docentes con respecto al cuidado humanizado para la formación de estudiantes	Cualitativa	Nominal	Actualización y aplicación de estrategias constructivistas	4
					Promoción de la participación autónoma de los estudiantes	5
					Actualización de herramientas en el aula de clase	6
					Aplicación de casos prácticos que permiten sensibilizar a los estudiantes	7
					Ejemplificación de casos reales en el contexto de prácticas	8
Describir el nivel de satisfacción de los estudiantes acerca de las estrategias y prácticas del trato humanizado empleadas por los profesores del programa de	Nivel de satisfacción de la enseñanza en cuidado humanizado	Nivel de recompensa y placer que posee un estudiante con respecto a la calidad de los saberes adquiridos impartidos	Cualitativa	Nominal	Percepción del estudiante en enseñanza de principios de humanización en salud Conciencia Respeto Compromiso Solidaridad	9

Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.		por los docentes con respecto a la humanización en salud			Honestidad Equidad Confidencialidad Profesionalismo Trato digno. Responsabilidad	
					Satisfacción del estudiante de la calidad educativa en enseñanza en humanización en salud Humanización como implementación del modelo biopsicosocial	10
					Humanización como calidad de la atención	11
					Humanización como garantía de derechos	12
					Humanización como aplicación de principios éticos y bioéticos	13
					Humanización como empatía en la relación entre el profesional de la salud y el paciente	14

Fuente: Elaboración propia (2024).



Anexo 2

Instrumento

Universidad Popular del Cesar
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Instrumentación Quirúrgica
Instrumento de Recolección de la Información

El presente instrumento se sustenta en la técnica de encuesta bajo la escala de Likert dirigido a los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar, con el fin de obtener información acerca de la percepción acerca de la enseñanza en cuidado humanizado de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024. La información se manejará bajo estricta confidencialidad y solo para fines académicos. Por favor, seleccione sólo una opción de respuesta según su conocimiento, percepción y satisfacción acerca del tema, puede responder con total libertad y honestidad.

Caracterizar socio demográficamente según edad, género y semestre de los estudiantes del programa Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

Seleccione su rango de edad

18 a 22 años

23 a 27 años

28 a 32 años

32 a 37 años

Más de 38 años

Seleccione su género

Masculino

Femenino

Que semestre se encuentra cursando

II semestre

III semestre

IV semestre

V semestre

VI semestre

VII semestre

VIII semestre

IX semestre

Identificar las estrategias de enseñanza en cuidado y/o trato humanizado implementados por los profesores en el curriculum formal y oculto referido a las lecciones, valores y perspectivas no escritas, no oficiales y, a menudo, no intencionadas que los estudiantes aprenden en el salón de clases y en prácticas de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

Desde su opinión, considera que los docentes actualización sus estrategias aplicando métodos constructivistas didácticos en la formación en humanización en salud

Si, los docentes aplican métodos constructivistas que promueven el aprendizaje en humanización en salud

A veces las aplican

No, los docentes no aplican este tipo de estrategias docentes

Percibe usted que los docentes promueven y aplican en sus métodos de enseñanza actividades que estimulen la curiosidad y autonomía en la adquisición de saberes en humanización en salud

Si, los docentes aplican métodos de enseñanza que estimulen la curiosidad y autonomía en estudiantes en la adquisición de saberes humanización en salud

A veces las aplican

No, los docentes no aplican este tipo de estrategias

Desde su percepción, los docentes actualizan de forma constante las herramientas didácticas empleadas en el aula, beneficiando la adquisición de saberes en humanización en salud

Si, los docentes aplican herramientas didácticas dentro del aula para fomentar la adquisición de saberes humanización en salud

A veces las aplican

No, los docentes no aplican este tipo de herramientas

El docente emplea o empleo en el aula casos prácticos para ilustrarlos y sensibilizarlos en la formación y aplicación en el contexto profesional en humanización en salud

Si, los docentes aplican casos prácticos en el aula que promueven la sensibilización en la adquisición de saberes humanización en salud

A veces las aplican

No, los docentes no aplican este tipo de estrategias de sensibilización

El docente utilizo de alguna manera ejemplos en el contexto de prácticas profesionales para educarlos y concientizarlos en el aprendizaje en humanización en salud

Si, los docentes en las prácticas aplican ejemplos reales para estimular y promover la conciencia en humanización en salud en los estudiantes

A veces las aplican

No, los docentes en el contexto aplican se dedican solo a la parte teórica-práctica en Instrumentación Quirúrgica

Describir el nivel de satisfacción de los estudiantes acerca de las estrategias y prácticas del trato humanizado empleadas por los profesores del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

Según su percepción y recepción de la educación, los docentes proporcionaron una enseñanza pertinente y concientizada en principios en humanización, seleccione una opción de respuesta

Conciencia

Respeto

Compromiso

Solidaridad

Honestidad

Equidad

Confidencialidad

Profesionalismo

Trato digno

Responsabilidad

Ninguna de las anteriores

Todas las anteriores

Algunas de las anteriores (describa cuales de las mencionadas)

Desde su percepción como estudiante considera que la educación adquirida es de calidad con respecto al modelo biopsicosocial en las dimensiones físicas, espirituales, sociales y culturales desde la atención en salud

Sí, me siento satisfecho y he adquirido una formación pertinente en el modelo biopsicosocial

Me siento medianamente satisfecho, he adquirido algunos conocimientos en el tema

No, no me siento satisfecho, los conocimientos aprendidos en este tema son mínimos y deficientes

Delimite su opinión con respecto a la educación recibida de los docentes en relación a la calidad de la atención a los pacientes desde la humanización en salud

Sí, me siento satisfecho y he adquirido una formación pertinente y humanizada desde la bioética en un trato digno a los pacientes

Me siento medianamente satisfecho, he adquirido algunos conocimientos en el tema

No, no me siento satisfecho, los conocimientos aprendidos en este tema son mínimos y deficientes

Desde su percepción en la enseñanza recibida de los docentes con respecto a la humanización como garantía de derechos a los pacientes desde la humanización en salud

Sí, me siento satisfecho y he adquirido una formación pertinente que en verdad garantice en mi contexto profesional futuro la garantía de derechos a los pacientes

Me siento medianamente satisfecho, he adquirido algunos conocimientos en el tema

No, no me siento satisfecho, los conocimientos aprendidos en este tema son mínimos y deficientes

Describe tu opinión de la educación proporcionada por los docentes en la humanización como aplicación de principios éticos y bioéticos

Sí, me siento satisfecho y he adquirido una educación humanizada que me permita aplicar los principios éticos y bioéticos en el contexto profesional

Me siento medianamente satisfecho, he adquirido algunos conocimientos en el tema

No, no me siento satisfecho, los conocimientos aprendidos en este tema son mínimos y deficientes

Desde su percepción como estudiante considera que la educación adquirida, así como ejemplos del docente han fomentado la empatía entre el profesional en salud y pacientes

Sí, me siento satisfecho y considero que he adquirido una formación de calidad humana para poder establecer empatía con el paciente

Me siento medianamente satisfecho, he adquirido algunos conocimientos en el tema

No, no me siento satisfecho, los conocimientos aprendidos en este tema son mínimos y deficientes

Anexo 3*Consentimiento informado*

Título: Percepción acerca de la enseñanza en cuidado humanizado de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de La Universidad Popular del Cesar – Valledupar, 2024.

En qué Consiste:

Estudio que se concentra obtener información acerca de la percepción en la enseñanza en humanización en salud recibida de los estudiantes del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar.

Se realizará una encuesta, para recoger información sobre variables relacionadas al objeto de estudio para posterior construcción de la app interactiva.

Toda la información recogida se mantendrá de forma confidencial y solo para fines académicos.

YO

He sido informado sobre el citado estudio y he podido aclarar mis dudas sobre el mismo, de tal manera que juzgo que he recibido suficiente información al respecto.

He sido informado por _____ (Nombre del investigador)

Comprendo que la participación es voluntaria y presto mi conformidad para participar en el estudio, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad, proporcionando la información relacionada con la educación en humanización en salud solo para fines académicos.

Firma del Participante Firma del investigador

Fecha