

# Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis

Gustavo Manuel Contreras-Martos<sup>1</sup>, María Trinidad Quesada-Armenteros<sup>1</sup>, Andrés Ila-García<sup>1</sup>, Antonio Ochando-García<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Unidad Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. España

<sup>2</sup> Unidad Apoyo a la Investigación. Hospital Universitario de Jaén. España

<sup>3</sup> Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. España

## Como citar este artículo:

Contreras-Martos GM, Trinidad Quesada-Armenteros M, Ila-García A, Ochando-García A. Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2023;26(4):326-35

## Correspondencia:

Gustavo Manuel Contreras Martos  
makogus@gmail.com

Recepción: 23-07-2023

Aceptación: 30-10-2023

Publicación: 30-12-2023

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la percepción de los pacientes sobre la humanización de los cuidados de enfermería en una unidad de hemodiálisis.

**Material y Método:** Estudio descriptivo transversal, realizado en 2023 en la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Jaén.

Se utilizó el cuestionario PCHE 3ª versión (32 ítems, escala Likert 1-4), obteniéndose una puntuación sobre percepción global del cuidado humanizado y 3 puntuaciones correspondientes a las dimensiones: "Cualidades del hacer de enfermería", "Apertura a la comunicación para proporcionar educación para la salud a la persona" y "Priorizar el sujeto de cuidado". También se recogieron las variables sexo, edad y tiempo en hemodiálisis. Se realizó un análisis descriptivo, y se comparó la puntuación global y de las 3 dimensiones con la variable sexo (U-Mann-Whitney) y con las otras variables (Rho-Spearman).

**Resultados:** Se analizaron 38 cuestionarios, 57,9% hombres, edad media: 65,2±15,28 años, mediana tiempo en hemodiálisis: 42 (P25:8-P75:96) meses.

Alpha de Cronbach del cuestionario: 0,919. Un 73,7% calificó como "siempre" la percepción global del cuidado humanizado, y un 5,3% "nunca". Analizando las respuestas "siempre" y "nunca" en cada dimensión, encontramos: "Comunicación" (63,2% vs 5,3%), "Priorizar al paciente" (63,2% vs 5,3%) y "Cualidades del hacer" (84,2% vs 5,3%). Los pacientes con >1 año en hemodiálisis presentaron peor puntuación total PCHE ( $p=0,03$ ), también encontramos correlación entre "tiempo

en diálisis" y la dimensión "Cualidades del hacer" (Rho-Spearman: -0,346;  $p=0,039$ ).

**Conclusiones:** La percepción por parte de los pacientes en hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de enfermería ha sido buena, identificándose áreas de mejora en la comunicación y priorización del paciente.

**Palabras Clave:** hemodiálisis; humanización de la atención; enfermedad renal crónica; atención de enfermería; tecnificación.

## ABSTRACT

### Patients' perception of nursing care humanization in a hemodialysis unit

**Objective:** To analyze patients' perception of the humanization of care in a hemodialysis unit.

**Material and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in 2023 in the hemodialysis unit of the University Hospital of Jaén.

The PCHE questionnaire 3rd version was used (32 items, Likert scale 1-4), obtaining a score on the overall perception of humanized care and three scores corresponding to the dimensions: "Qualities of nursing care," "Openness to communication for providing health education to the individual,"

and "Prioritizing the subject of care". Sex, age, and time on hemodialysis were also collected as variables. Descriptive analysis was performed, and the overall score and the scores of the three dimensions were compared with the sex variable (U-Mann-Whitney) and other variables (Rho-Spearman).

**Results:** Thirty-eight questionnaires were analyzed, 57.9% male, mean age: 65.2±15.28 years, median time on hemodialysis: 42 (P25:8-P75:96) months. Cronbach's alpha for the questionnaire was 0.919. 73.7% rated the overall perception of humanized care as "always," and 5.3% as "never." Percentages for "always" and "never" responses in each dimension were: "Communication" (63.2% vs. 5.3%), "Prioritizing the patient" (63.2% vs. 5.3%), and "Qualities of care" (84.2% vs. 5.3%). Patients with >1 year on hemodialysis had a lower total PCHE score ( $p=0.03$ ), and we also found a correlation between "time on dialysis" and the "Qualities of care" dimension (Rho-Spearman: -0.346;  $p=0.039$ ).

**Conclusions:** The perception of humanized nursing care by hemodialysis patients has been high, identifying areas for improvement in communication and patient prioritization.

**Keywords:** hemodialysis; humanization of care; chronic kidney disease; nursing care; technification.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha cobrado importancia el abordaje de la humanización en la asistencia sanitaria, donde el paciente se convierte en protagonista del sistema sanitario<sup>1</sup>. Se puede definir la humanización como el acto de humanizar, es decir, hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. Teniendo esto en cuenta, el cuidado humanizado es aquel que pone énfasis en la persona, en el ser humano y su entorno familiar<sup>2,3</sup>.

En el ámbito de la salud se está produciendo un cambio de paradigma, en el que se tiende a la especialización y a la tecnificación en los recursos que el sistema sanitario ofrece a los pacientes. Esto repercute positivamente en la seguridad, eficacia y efectividad de la atención, pero a la vez aparecen otros problemas asociados, como son la deshumanización y la despersonalización de la persona enferma<sup>3,4</sup>; en la que pierde sus rasgos individuales y es identificado con un número o con la enfermedad que padece, favoreciendo una relación de fría indiferencia o indolencia. Existen problemas de interrelación/comunicación entre la persona enferma y los miembros del equipo asistencial, llegando incluso a producir situaciones de restricción de los derechos de la persona enferma, donde sus creencias, valores, privacidad, confidencialidad, autonomía... se pueden llegar a ver afectados<sup>2,4</sup>.

En ese contexto de humanización, la profesión enfermera entiende o asume al ser humano como un ser holístico, desde una perspectiva biopsicosocial y no solo desde el punto de vista físico. La base de su praxis es el cuidado, lo que la dife-

rencia de otras profesiones sanitarias<sup>5</sup>. Estos cuidados son el resultado de la aplicación del método científico, y se caracterizan por ser rigurosos, flexibles, polivalentes y con un alto nivel competencial, todo ello dentro de un contexto humanizado hacia el paciente y su familia<sup>6</sup>.

Resulta paradójico que ante un sistema sanitario en el que cada vez se producen más avances científicos y con un elevado coste económico, las personas atendidas puedan llegar a sentirse desprotegidas y se muestren insatisfechas con la atención recibida. Esto puede afectar negativamente en la confianza del usuario y su familia en el sistema sanitario<sup>1,7,8</sup>.

Según la Fundación Humans existen múltiples barreras que dificultan la humanización de la asistencia sanitaria. Desde esta fundación dirigen sus iniciativas en tres áreas importantes: la formación integral de los profesionales sociosanitarios, la humanización de las organizaciones y, por último, la incorporación de los pacientes en los procesos de toma de decisiones<sup>9</sup>.

En una sociedad como la nuestra, con una esperanza de vida elevada, gracias a un sistema sanitario avanzado y complejo, surgen enfermedades crónicas de larga evolución con tratamientos que se mantienen en el tiempo. Ejemplo de ello son los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERC), que tienen que someterse a terapia renal sustitutiva de manera crónica, siendo la terapia de hemodiálisis (HD) la más habitual<sup>10</sup>.

Las unidades de HD son servicios donde se requiere un importante control de diferentes aspectos técnicos, siendo este uno de los motivos por el que se corre el riesgo de dejar al margen otros aspectos más cercanos al área relacional o incluso con la humanización de la asistencia sanitaria<sup>11-13</sup>.

Las personas en tratamiento con HD crónica son especialmente vulnerables a sufrir cambios radicales en su vida a causa de la propia enfermedad y de la propia terapia de diálisis, pudiendo presentar trastornos ansioso-depresivos por desadaptación a esta nueva etapa<sup>14</sup>. Se necesita, por tanto, una atención holística y de calidad por parte de los profesionales de enfermería, que abarque el establecimiento de relaciones interpersonales y terapéuticas, que favorezca la adaptación a la terapia de hemodiálisis, que solvante las necesidades educativas surgidas, que de soporte en la toma de decisiones y de apoyo emocional. Son los profesionales de enfermería los que más tiempo conviven con los pacientes en las salas de HD, acompañándolos durante las sesiones y creando un vínculo interpersonal.

La implementación de programas en humanización mejora los resultados y la satisfacción de los pacientes<sup>15</sup>. Según los expertos, es necesario integrar en la humanización de la asistencia sanitaria herramientas de evaluación que permitan conocer su situación y favorezcan una implementación más equitativa<sup>9</sup>.

Es por tanto importante conocer cuál es la percepción que tienen los pacientes sobre los cuidados recibidos por parte de los

profesionales de enfermería durante las sesiones de hemodiálisis, donde la humanización de los mismos constituye un elemento esencial que pone en valor la calidad de estos<sup>4,16</sup>.

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar la percepción por parte de los pacientes de una unidad de HD, sobre los comportamientos de cuidado humanizado de los profesionales de enfermería.

Como objetivos específicos se ha querido analizar las diferentes dimensiones dentro del concepto del cuidado humanizado, y determinar la posible relación de estas con las variables sociodemográficas estudiadas. Así mismo hemos querido identificar aquellos aspectos mejor y peor valorados, para poder diseñar un plan de humanización en la unidad de diálisis.

## MATERIAL Y MÉTODO

**Diseño, ámbito y periodo de estudio:** Se trata de un estudio observacional, de corte transversal, realizado durante marzo y abril de 2023, en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Universitario de Jaén.

**Población y muestra:** Se incluyeron a todos los pacientes adultos en programa de HD crónica en el momento de administrar los cuestionarios (n=38), y que consintieron participar voluntariamente, cumplimentando los mismos. Se excluyeron a aquellos pacientes que, debido a problemas clínicos o de comprensión, no podían completar el cuestionario.

**Variables e instrumentos de medida:** La variable principal del estudio ha sido la percepción comportamientos de cuidado humanizado del profesional de enfermería (PCHE) por parte de los pacientes. Como variables independientes se recogieron: sexo, edad y tiempo en HD.

Se utilizó el cuestionario "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) - Clinicountry 3ª Versión"<sup>17</sup>, desarrollado a partir de los fundamentos de la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson y la Teoría de la Enfermería como Cuidado de Boykin y Schoenhofer.

Mediante una escala Likert de 4 puntos (1=Nunca; 2=Algunas Veces; 3=Casi Siempre; 4=Siempre) se evalúan un total de 32 ítems, obteniéndose una puntuación global sobre PCHE y 3 puntuaciones correspondientes a las dimensiones: "Cualidades del hacer de enfermería" (7 ítems: 1,2,6,7,8,15,17), "Apertura a la comunicación enfermera (o)-paciente" (8 ítems: 4,5,9,10,11,12,14,19) y "Disposición para la atención" (17 ítems: 3, 13,16,18,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32).

Aunque la nomenclatura de estas 3 dimensiones ha sido ampliamente utilizada en la bibliografía disponible,

con posterioridad, los autores del instrumento han realizado una revisión crítica, redefiniendo y reconceptualizado estas dimensiones<sup>18</sup>, sin modificar ninguno en los ítems de cada dimensión, para así mantener la consistencia interna del instrumento. La dimensión "Disposición para la atención" se ha renombrado como "Priorizar el sujeto de cuidado", la dimensión "Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente" se ha renombrado como "Apertura a la comunicación para proporcionar Educación para la Salud (EpS) a la persona" y la dimensión "Cualidades del hacer de enfermería" ha mantenido su nomenclatura.

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem de cada dimensión, conforma la puntuación alcanzada en cada una de estas; la suma total de todos los ítems se corresponde con la puntuación global del cuestionario. Aunque estos valores numéricos, a priori, podrían darnos una idea de la percepción por parte de los pacientes sobre la PCHE, hemos de tener en cuenta que las diferentes dimensiones no están formadas por el mismo número de ítems, y que la puntuación de cada una de estas ha de categorizarse siguiendo las recomendaciones indicadas por los autores<sup>17</sup>, ver **tabla 1**.

La recogida de información se realizó mediante un cuestionario autoadministrado. La distribución se realizó por los profesionales de enfermería de la unidad, explicando a los participantes los objetivos del estudio, informándoles de la voluntariedad y del anonimato en su participación. A los interesados se les entregó la "Hoja de Información al Paciente-Consentimiento Informado", y el cuestionario. Los pacientes pudieron autocumplimentarlo en la propia unidad o en su domicilio, pudiendo plantear cualquier duda. Los pacientes que presentaban algún déficit sensorial podían ser ayudados por un familiar, pero siempre que la opinión reflejada fuera la del propio paciente. Se habilitó un buzón en la unidad para que los cuestionarios fueran depositados en su interior, facilitando el anonimato de los participantes.

**Análisis estadístico:** Los datos recogidos a través del cuestionario se registraron en una base de datos, y fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS v20.

Inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables recogidas, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. La naturaleza de la distribución

**Tabla 1.** Interpretación del Instrumento PCHE 3ª versión según el rango de puntuación obtenida.

Interpretación Percepción Comportamientos de Cuidado Humanizado	Cualidades del hacer de enfermería	Apertura a la comunicación para proporcionar EpS a la persona	Priorizar el sujeto de cuidado	Puntuación global
Nunca	7-19	8-20	17-49	32-95
Algunas Veces	20-24	21-26	50-58	96-111
Casi Siempre	25-26	27-29	59-64	112-120
Siempre	27-28	30-32	65-68	121-128

EpS: educación para la salud.

**Tabla 2.** Características de los participantes (n=38).

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	22	57,9%
	Mujer	16	42,1%
Edad	Joven (18-40 años)	1	2,6%
	Adulto (40-65 años)	16	42,1%
	Mayor (>65 años)	20	52,7%
	Valores perdidos	1	2,6%
Tiempo en HD	≤ 1 año	10	26,4%
	1-5 años	13	34,2%
	>5 años	13	34,2%
	Valores perdidos	2	5,2%

\*HD: Hemodiálisis.

de las variables cuantitativas se analizó mediante el test Shapiro-Wilk, mostrando estas como media-desviación estándar y mediana-rangos intercuartílicos, según siguieran una distribución normal o no.

El análisis de fiabilidad de los datos se realizó mediante el test Alpha de Cronbach.

Se llevó a cabo un análisis bivalente entre la PCHE (puntuación global y sus dimensiones), y las variables sexo, edad y tiempo en HD. Se utilizó la prueba U-Mann-Whitney para comparar las puntuaciones de la PCHE y las 3 dimensiones según la variable sexo. Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para estudiar la relación de la PCHE con la edad y el tiempo en HD; también se estudió esta relación categorizando estas dos variables, en mayor/menor de 65 años y más/menos de un año en HD, utilizando la prueba U-Mann-Whitney para este análisis. Se aceptó un error alfa de 0,05.

Aspectos éticos: El estudio cumplió con los principios éticos de investigación y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes.

## RESULTADOS

Todos los pacientes en HD crónica de la unidad mostraron interés en el estudio, recogiendo un total de 38 cuestionarios (100% de los pacientes en programa de HD crónica en el centro); de ellos, el 57,9 % (n=22) eran hombres. La edad media de los participantes fue  $65,2 \pm 15,28$  años, con una mediana de tiempo en HD de 42 ( $P_{25}:8-P_{75}:96$ ) meses (ver **tabla 2**).

La fiabilidad del cuestionario fue de 0,919, analizada mediante el test de Alpha de Cronbach.

La PCHE obtuvo una puntuación global de 124 ( $P_{25}:119,75-P_{75}:128$ ), siendo evaluadas las dimensiones con las siguientes puntuaciones: "Cualidades del hacer de enfermería":28 ( $P_{25}:27-P_{75}:28$ ), "Apertura a la comunicación para proporcionar EpS a la persona":31 ( $P_{25}:28-P_{75}:32$ ), y "Priorizar el sujeto de cuidado":67 ( $P_{25}:63,75-P_{75}:68$ ).

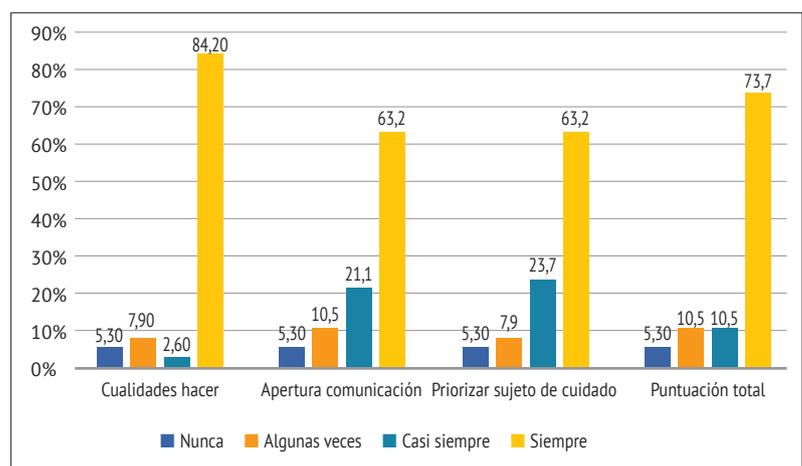
Si categorizamos estos resultados para su interpretación, siguiendo las recomendaciones de los autores del cuestionario; en relación a la puntuación global sobre la PCHE, observamos que un 73,7% (n=28) manifestó que esto ocurría "siempre". Al analizar las 3 dimensiones del cuestionario, observamos que los participantes evaluaron como "siempre" las preguntas relativas a "Cualidades del hacer de enfermería" en un 84,2% (n=32), a la "Apertura a la comunicación para proporcionar EpS a la persona" en un 63,2% (n=24), y a la "Priorizar el sujeto de cuidado" en un 63,2% (n=24), ver **figura 1**.

En la **tabla 3** podemos apreciar las puntuaciones de los participantes en cada uno de los ítems, identificando los ítems peor valorados (24 y 25), así como los ítems que han obtenido una mejor puntuación (16, 18, 30, 31 y 32), todos ellos pertenecientes a la dimensión "Priorizar el sujeto de cuidado".

Al comparar las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PCHE-3ª versión, según la variable sexo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas, ni en la puntuación global del cuestionario, ni en la obtenida en sus diferentes dimensiones.

En la **tabla 4** se muestra el análisis de correlación entre las variables edad y tiempo en HD, y las puntuaciones de cada una de las dimensiones del cuestionario, así como la puntuación global, encontrando una relación inversa entre el tiempo en HD y la dimensión "Cualidades del hacer" ( $p=0,039$ ).

Al analizar la relación entre el tiempo de HD, categorizando esta variable según los pacientes lleven más de 1 año en tratamiento con HD o no, y la puntuación global PCHE, encon-



**Figura 1.** Interpretación de los resultados del cuestionario Percepción Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE 3ª versión).

**Tabla 3.** Análisis descriptivo de las puntuaciones del cuestionario Percepción Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE 3ª versión).

	Puntuación escala Likert (n,%)				
	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No responden
<b>Dimensión: Cualidades del hacer de enfermería</b>					
1. Le hacen sentir como persona.	0	1 (2,6%)	5 (13,2%)	32 (84,2%)	0
2. Le tratan con amabilidad.	0	1 (2,6%)	4 (10,5%)	33 (86,8%)	0
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.	0	2 (5,3%)	4 (10,5%)	32 (84,2%)	0
7. El personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a) cuando está con usted.	0	1 (2,6%)	5 (13,2%)	32 (84,2%)	0
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan.	0	1 (2,6%)	4 (10,5%)	33 (86,8%)	0
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.	0	2 (5,3%)	4 (10,5%)	32 (84,2%)	0
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores.	0	1 (2,6%)	3 (7,9%)	34 (89,5%)	0
<b>Dimensión: Apertura a la comunicación para proporcionar EpS a la persona</b>					
4. Le miran a los ojos cuando le hablan.	0	1 (2,6%)	5 (13,2%)	30 (78,9%)	2 (5,3%)
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.	1 (2,6%)	2 (5,3%)	5 (13,2%)	29 (76,3%)	1 (2,6%)
9. Le facilitan el diálogo.	0	3 (7,9%)	6 (15,8%)	29 (76,3%)	0
10. Le explican previamente los procedimientos.	0	3 (7,9%)	6 (15,8%)	28 (73,7%)	1 (2,6%)
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas.	0	3 (7,9%)	4 (10,5%)	31 (81,6%)	0
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.	0	3 (7,9%)	4 (10,5%)	31 (81,6%)	0
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud.	0	3 (7,9%)	4 (10,5%)	31 (81,6%)	0
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.	0	5 (13,2%)	6 (15,8%)	27 (71,1%)	0
<b>Dimensión: Priorizar el sujeto de cuidado</b>					
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante la hospitalización.	0	2 (5,3%)	3 (7,9%)	33 (86,8%)	0
13. La dedican el tiempo requerido para su atención.	0	1 (2,6%)	4 (10,5%)	33 (86,8%)	0
16. Le llaman por su nombre.	0	2 (5,3%)	1 (2,3%)	35 (92,1%)	0
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).	0	1 (2,6%)	1 (2,3%)	36 (94,7%)	0
20. Le manifiestan que están pendientes de usted.	0	1 (2,6%)	3 (7,9%)	34 (89,5%)	0
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.	0	1 (2,6%)	4 (10,5%)	33 (86,8%)	0
22. Responden oportunamente a su llamada.	0	2 (5,3%)	1 (2,6%)	35 (92,1%)	0
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espirituales.	0	2 (5,3%)	6 (15,8%)	29 (76,3%)	1 (2,6%)
24. Le escuchan activamente.	2 (5,3%)	3 (7,9%)	2 (5,3%)	30 (78,9%)	1 (2,6%)
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.	1 (2,3%)	4 (10,5%)	2 (5,3%)	26 (68,4%)	5 (13,2%)
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado.	0	2 (5,3%)	5 (13,2%)	31 (81,6%)	0
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.	0	1 (2,6%)	6 (15,8%)	30 (78,9%)	1 (2,6%)
28. Le demuestran que son responsables con su atención.	0	1 (2,6%)	6 (15,8%)	30 (78,9%)	1 (2,6%)
29. Le respetan sus decisiones.	0	3 (7,9%)	5 (13,2%)	29 (76,3%)	1 (2,6%)
30. Le indican que cuando requiera algo usted les puede llamar.	0	0	1 (2,6%)	36 (94,7%)	1 (2,6%)
31. Le respetan su intimidad.	0	0	2 (5,3%)	35 (92,1%)	1 (2,6%)
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.	0	1 (2,6%)	1 (2,6%)	35 (92,1%)	1 (2,6%)

Eps: educación para la salud.

**Tabla 4.** Análisis de correlación entre las puntuaciones del cuestionario PCHE y las variables edad y tiempo en HD.

		Cualidades del hacer	Apertura a la comunicación para proporcionar EpS	Priorizar el sujeto de cuidado	Puntuación global
Edad	Correlación	0,1	0,054	0,306	0,182
	Sig (bilateral)	0,557	0,753	0,065	0,282
	n	37	37	37	37
Tiempo en HD	Correlación	-0,346	-0,222	-0,216	-0,272
	Sig (bilateral)	0,039*	0,194	0,205	0,108
	n	36	36	36	36
Cualidades del hacer	Correlación		0,718	0,5	0,673
	Sig (bilateral)		0,000*	0,001*	0,000*
	n		38	38	38
Apertura a la comunicación para proporcionar EpS	Correlación			1	0,818
	Sig (bilateral)			0,000*	0,000*
	n			38	38
Priorizar el sujeto de cuidado	Correlación				0,882
	Sig (bilateral)				0,000*
	n				38

\* $p < 0,05$ , Rho de Spearman.

tramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,03$ ), no ocurriendo así con ninguna otra dimensión (figura 2).

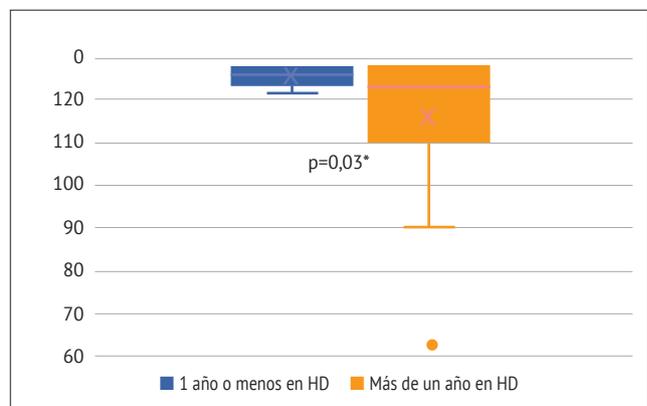
## DISCUSIÓN

En este trabajo forma parte de un proyecto más amplio, como es el desarrollo de un plan de humanización de nuestra unidad; en esta investigación se ha utilizado una herramienta de evaluación para conocer la PCHE por parte de los pacientes de una unidad de HD.

La puntuación obtenida sobre la PCHE ha sido elevada de manera global y en cada una de sus dimensiones, encontrando que las medianas de cada puntuación alcanzan o quedan muy próximas a los valores máximos posibles.

Aunque estos datos iniciales nos hacen ser optimistas por la alta puntuación obtenida, si nos fijamos en la interpretación cualitativa de estas puntuaciones, así como en las repuestas de cada uno de los ítems, identificamos posibles áreas de mejora.

Aunque existen varias publicaciones que han utilizado el cuestionario PCHE-3<sup>a</sup> versión, es importante señalar que la clasificación llevada a cabo por algunos autores para categorizar los resultados, no se corresponde con las recomendaciones publicadas por parte de Gonzalez-Hernández<sup>17</sup>. Así mismo, la nomenclatura utilizada para definir cada una de las dimensiones que aparece en estos trabajos, es la previa a la recomendada actualmente<sup>16</sup>, aspecto que debemos tener en cuenta para evitar errores en la interpretación/comparación de los resultados con los obtenidos en nuestro estudio, el



\*Prueba U de Mann-Whitney.

**Figura 2.** Comparación puntuación global del cuestionario PCHE según tiempo en hemodiálisis mayor o menor a 1 año.

cuál ha seguido las recomendaciones indicadas por los autores del cuestionario.

En relación a la dimensión “Cualidades del hacer”, un 84% de los usuarios manifestaron recibir siempre un trato humanizado, siendo la dimensión que mejor valoración ha obtenido; datos estos que concuerdan con los encontrados por otros autores<sup>19-21</sup>.

En la dimensión “Apertura a la comunicación para proporcionar EpS a la persona”, encontramos que las puntuaciones obtenidas en todos los ítems son bastante parecidas, es decir, si queremos mejorar en este apartado, hemos de hacerlo en todos los aspectos recogidos en el mismo.

La comunicación es un elemento clave en la calidad de la relación terapéutica enfermera(o)-paciente, siendo necesario que el personal sanitario posea habilidades de comunicación para ofrecer unos cuidados integrales, que den respuesta a las necesidades del paciente<sup>22,23</sup>.

La dimensión "Priorizar el sujeto de cuidado" obtiene unas puntuaciones totales muy parecidas a la dimensión anterior, sin embargo, es en esta última donde se encuentran los ítems mejor y peor valorados. Son precisamente los ítems "Le escuchan activamente" y "Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo" los que obtienen una puntuación más baja; estando estos muy relacionados con el apartado de comunicación. Se describe la escucha activa como una forma de hacer frente a las barreras de la comunicación<sup>24</sup>, siendo además esta una intervención propia enfermera (NIC 4920), potenciadora de la comunicación<sup>25</sup>.

Por otro lado, debemos tener presente que como enfermeros debemos intentar dar respuestas a las necesidades del paciente, donde el apoyo emocional y psicológico son aspectos necesarios para las personas con enfermedad renal<sup>26,27</sup>. La mayor parte de las personas en tratamiento con HD se ven obligadas a modificar muchos aspectos de su vida, que unido a las complicaciones secundarias de la ERC, favorece que aparezcan con más frecuencia trastornos de ansiedad y depresión<sup>28,29</sup>. La evaluación del estado emocional puede favorecer que estos problemas se detecten precozmente y se puedan tratar de una forma más efectiva, de ahí que el abordaje del estado de ánimo y la escucha activa constituyen elementos clave para estos pacientes<sup>30,31</sup>. La falta de profesionales del ámbito de la psicología en la mayor parte de las unidades de HD<sup>29</sup>, puede favorecer que los pacientes busquen respuesta de una forma más específica a estos problemas en los profesionales de enfermería, que son las personas con las que tienen un mayor contacto.

Los ítems mejor puntuados (ítems 16, 18, 22, 30, 31 y 32) pertenecen todos a la dimensión "Priorizar el sujeto de cuidado". Esta dimensión se centra en valorar al sujeto de cuidado como un ser único, que coparticipa en la experiencia del cuidado de enfermería, donde se prioriza el respecto por sus creencias, valores, lenguaje, forma de ser/estar en el mundo y sus decisiones<sup>19</sup>.

Las características propias del tratamiento con HD crónica pueden ayudar a explicar en parte las valoraciones obtenidas. Así, por ejemplo, los pacientes acuden a la unidad de diálisis 3 veces por semana y pasan una media de 4-5 h en cada ocasión. Durante esta estancia, mantienen un contacto muy directo con un personal bastante estable, y esta situación suele ocurrir durante largos periodos de tiempo, siendo frecuente que se mantenga una relación de años. Por tanto, es habitual que el personal de HD conozca bien a estos pacientes y los identifiquen por su nombre, evitando situaciones como las que ocurren en otras unidades, en las que los pacientes son identificados por el número de habitación o incluso por el proceso patológico, y que los propios pacientes pueden valorar como una situación impersonal<sup>9</sup>.

Las salas de HD son compartidas de forma simultánea por varios pacientes, y con el objetivo de garantizar una mayor seguridad durante la atención, el personal de enfermería debe tener buena visibilidad de los pacientes<sup>32</sup>, lo que favorece que ante cualquier demanda que efectúe cualquier paciente, este sea fácilmente visto y se dé respuesta a la misma. Así mismo, las posibles complicaciones que pueden ocurrir durante el tratamiento con HD, hacen que el personal de Enfermería pregunte periódicamente al paciente por su situación, aspectos estos que tratan de garantizar la seguridad en la atención durante la HD, y que a su vez pueden ser percibidos por los pacientes como un mayor interés en su atención.

La intimidad es otro aspecto relevante en la percepción por parte del paciente sobre la humanización durante la asistencia sanitaria<sup>33</sup>, y así se refleja en el plan de humanización de nuestro sistema sanitario<sup>1</sup>. Es cierto que la intimidad es una cualidad subjetiva y que se encuentra influenciada por múltiples aspectos<sup>8</sup>; en el caso de nuestra unidad de HD la percepción de la intimidad por parte de los pacientes fue abordada en una investigación previa<sup>34</sup>, presentando buenos resultados, en consonancia con la puntuación obtenida del ítem 31.

No se han encontrado diferencias entre la PCHE según su edad o sexo. Aunque el tamaño muestral pueda suponer una limitación a la hora de encontrar diferencias significativas, debemos tener en cuenta que la humanización de la asistencia sanitaria se ha ligado al ámbito de los Derechos Humanos, centrándose en la dignidad de la persona, con independencia de su raza, sexo, edad, etc<sup>1</sup>.

La PCHE puede verse afectada a lo largo del tiempo. En relación al tiempo en HD, podemos apreciar que los pacientes que llevan más de 1 año en HD dan una peor puntuación global en el cuestionario. Los pacientes en HD están sometidos a importantes cambios en su vida diaria que pueden alterar su estado emocional y con ello cambio de algunas preferencias<sup>27-29</sup>. Se percibe que cuando los pacientes han estado en HD durante un periodo de tiempo más prolongado suelen volverse más exigentes, debido a una variedad de factores relacionados con su tratamiento y su calidad vida<sup>35</sup>.

La participación del 100% de los pacientes nos muestra la importancia que esta temática ha suscitado, por lo que los resultados obtenidos nos permiten tener un conocimiento de la situación y contexto sobre la PCHE, siendo de gran ayuda para poder diseñar diferentes estrategias dentro del proyecto de humanización que se está llevando a cabo. Esta alta participación está en consonancia con la encontrada en un estudio multicéntrico, en el que participaron 667 pacientes y 180 profesionales, donde se resalta la buena acogida que tuvo el proyecto de humanización llevado a cabo, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales<sup>15</sup>.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el diseño metodológico (estudio unicéntrico), así como tamaño muestral obtenido, no nos permiten extrapolar estos resultados a la población en HD de otros centros, aunque esta información puede resultar útil para concienciar de la importancia de esta

temática, y que otras unidades puedan analizar y comparar sus resultados locales. Otra de las limitaciones que debemos tener en cuenta es el sesgo de complacencia, ya que al tratarse de personas que acuden de forma crónica durante largos periodos de tiempos, es posible que algunos no revelen sus verdaderos puntos de vista. Para intentar controlar esta situación se informó a los posibles participantes sobre el anonimato de la información, pudiendo cumplimentar el cuestionario en casa y se colocó un buzón en la unidad para depositar el cuestionario.

Tras este primer análisis realizado, creemos que podría ser útil evaluar estos aspectos en otras áreas del servicio de nefrología, incluso replicar la investigación a nivel multicéntrico, para poder conocer con mayor detalle la PCHE en las personas con enfermedad renal en las diferentes situaciones.

A raíz de estos resultados podemos observar que la PCHE por parte de los pacientes en HD en nuestro centro es buena, y esta podría verse afectada por el tiempo que lleve el paciente en HD. Se identifican aspectos relacionados con la comunicación y con la priorización al sujeto de cuidado susceptibles de mejora.

Es importante que los profesionales que trabajan en las unidades de HD busquen herramientas que permitan conocer la percepción de los pacientes sobre la humanización de los cuidados que reciben, para así abordar esas inquietudes y poder mejorar las experiencias tanto de pacientes como de profesionales.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de humanización compartida. Consejería de Salud Familias. SAS. [Internet] 2021 [consultado 16 Jul 2023]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA\\_v12042021.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf).
2. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* 2017;10(1):29-38.
3. Ramos Guajardo S, Ceballos Vásquez P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería* [Internet]. 2018 [consultado 21 Jul 2023];7(1):3-16. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062018000100003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100003&lng=es).
4. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. Patient* 2019 Oct;12(5):461-74.
5. Andrade Dias JA, Meira Oliveira Z, Pedro dos Anjos Santos F, Santa dos Santos AD, Pereira Caldas C, Kestenberg Fonseca CC. Aplicabilidad de la Teoría Holística en la asistencia e investigación en enfermería: un estudio reflexivo. *Index Enferm* [Internet]. 2021 [consultado 12 May 2023];30(1-2):70-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962021000100016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100016&lng=es).
6. Amaro Cano MC. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 [consultado 12 Jun 2023];20(1):1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es).
7. Castelo-Rivas WP, García-Vela SV, Viñan-Morocho JB. Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital General Santo Domingo- Ecuador. *AMC* [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 26];24(6):e7169. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000600004&lng=es). Epub 01-Dic-2020.
8. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *An Sist Sanit Navar* 2006;29(supl 3):S49-59.
9. Zarco J, Ruiz B, Barragán B, Ancochea J, Franco A. Estudio Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. *Fundación HUMANS*; [Internet] 2017 [Consultado 14 Ago 2023]. Disponible en: <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf>.
10. Pérez Domínguez T, Rodríguez Pérez A, Suárez Álamo J, Rodríguez Castellano L, García Bello MA, Rodríguez Pérez JC. Satisfacción del paciente en una Unidad de Diálisis: ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis?. *Enferm Nefrol*. 2012;15(2):101-7.
11. Baggio M A, Pomatti DM, Bettinelli LA, Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: Direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem* 2011;64(1):25-30.
12. Frazão C, Ramos V, Lira A. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev Enferm UERJ* 2011;19(4):577-82.

13. Santamaría Narda Patricia, Rodríguez Konniev A, Carrillo Gloria Mabel. Percepción de comportamiento de cuidado de enfermería en adultos con terapia renal de diálisis peritoneal y hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2019;22(3):284-92.
14. Moya Ruiz MA. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2017; 20(1):48-56.
15. Casaux-Huertas Ana, Cabrejos-Castillo Juana Elisabeth, Pascual-Aragón Nuria, Moreda-Díaz-Pavón Marta, Carrera-Rodríguez Eva María, Hernán-Gascuña David. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2021;24(3):279-93.
16. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios Humanizing health to improve healthcare quality. *Rev Calid Asist* 2017;32(5):245-47.
17. González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". Universidad Nacional de Colombia. [Internet] 2014 [consultado 08 Mar 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/51917/1110447614.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. Rivera Álvarez LN, Triana A. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). *Index de Enfermería* [Internet]. 2023 [consultado 20 Ago 2023]; 32(1): e14246. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e14246>.
19. Romero-Massa E, Contreras-Méndez I, Pérez-Pájaro Y, Jiménez-Zamora V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas* 2013;4(1):60-8.
20. Valdivia Cornejo MJ. Percepción del cuidado humanizado y nivel de satisfacción en pacientes de área observación, Emergencia-Hospital Honorio Delgado. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; [Internet] 2019. [consultado 22 Ago 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b1581313-39c5-48fc-97a6-8710d608d267/content>.
21. Blanco-Nistal MM, Tortajada-Soler M, Rodríguez-Puente Z, Puente-Martínez MT, Méndez-Martínez C, Fernández-Fernández JA. Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enferm. glob* 2021;20(64):26-43.
22. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería* 2014;23(4):229-33.
23. Kheokao J, Krirkgulthorn T, Umereweneza S, Seetangkham S. Communication Factors in Holistic Humanized Nursing Care: Evidenced from Integrative Review. *Journal of MCU Peace Studies* 2019;7(3):609-27.
24. Subiela-García JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños A, Manzanares Lázaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enferm. Glob* 2014;13(34):279-92.
25. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2020.
26. Correa-Pérez L, Chavarro GA. Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colomb Cuid Intensivo* (2021) 21:77-82.
27. Nordby H. Concept Communication and Interpretation of Illness. *Holist Nurs Pract* 2017;31(3):158-66.
28. Seekles M, Ormandy P, Kameräde D. Examining patient distress and unmet need for support across UK renal units with varying models of psychosocial care delivery: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*. 2020 [consulta 22 Jul 2023];10(9):e036931. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/9/e036931.full.pdf>.
29. Aránega-Gavilán S, Guillén-Gómez I, Blanco-García M, Crespo-Montero R. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol* 2022;25(3):216-27.
30. García-Llana H, Rodríguez-Rey R, de la Sota MJ, Dapena Vielba F, Ramos Peña F, Trocoli González F, et al. Desarrollo de un instrumento para la evaluación del malestar emocional para pacientes renales en diálisis. *Enferm Nefrol*. 2016;19(4):349-57.
31. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int* [internet]. 2018 [consultado 21 Jun 2023]; 115(37):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/200319/The-diagnosis-and-treatment-of-anxiety-disorders>.
32. Guía unidades de Hemodiálisis 2020. *Nefrología* 2021; 41(S1):S1-77.
33. Moura C, Penaforte H, Ribeiro C, Sequeira C, Saravia M, Martins M. Humanización of care patients in hemodialysis program. *Millenium* 2017;2(2):101-9.
34. Ila-García A, Contreras-Martos GM, Ochando-García A. Intimidación percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2022;25(3):239-47.

35. Verdejo Alonso MS. Calidad de vida del paciente en hemodiálisis. Universidad de Salamanca; [Internet] 2009. [consultado 22 Ago 2023]. Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/131860/TFM\\_VerdejoAlonsoMS\\_Calidadvidapacientehemodialisis.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/131860/TFM_VerdejoAlonsoMS_Calidadvidapacientehemodialisis.pdf?isAllowed=y&sequence=1).



Artículo en **Acceso Abierto**, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>