

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

**Competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de  
la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta  
externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, 2021**

Tesis presentada para optar el grado de Maestro en Enfermería con mención en  
Administración y Gestión

**Autora:**

Flor de María Huamán Velazco

**Asesora:**

Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

Lima, noviembre del 2022

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS


Yo, Irene Mercedes Zapata Silva, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: ***“Competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, 2021***, constituye la memoria que presenta la licenciada Flor de María Huamán Velazco de para aspirar al grado de Maestra en Enfermería con mención en Administración y Gestión, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los once días del mes de noviembre de 2022.



---

Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

---

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 22 día(s) del mes de noviembre del año 2022 siendo las 09:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a): Dra. María Teresa Cabanillas Chávez, el (la) secretario(a): Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales y los demás miembros: Dra. Mónica Elisa Meneses la Riva y (la) asesora: Dra. Irene Mercedes Zapata Silva con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: "Competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, 2021". de la candidata: Flor de María Huamán Velazco conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en Enfermería con Mención en Administración y Gestión.

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato/a (a): ~~Flor de María Huamán Velazco~~ **María Huamán Velazco**

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	18	A-	Muy bueno	sobresaliente

Candidato/a (b): .....


CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

Candidato/a (c): .....

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

_____ Presidente/a	Esta sustentación fue realizada de manera virtual, conforme al reglamento general de grados y títulos	 _____ Secretario/a
_____ Asesor/a	_____ Miembro	_____ Miembro
_____ Candidato/a (a)	_____ Candidato/a (b)	_____ Candidato/a (c)

### **Dedicatoria**

Con mucho afecto y gratitud, a mi familia: esposo, queridos hijos, en especial a mi hija Flor Benavente, quienes inspiran en mí el deseo de superación laboral.

## **Agradecimientos**

A Dios, que inspiró en mí el deseo de dedicarme a la noble misión de cuidar.

A la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez, por su apoyo incondicional en todas las etapas de mi formación de posgrado.

A la Mg. Nira Cutipa Gonzales, por su estímulo constante para la culminación del trabajo de investigación.

A la Dra. Irene Zapata Silva, por su apoyo en la elaboración del proyecto y asesoría para la culminación de la tesis.

A las autoridades del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas por las facilidades brindadas en el desarrollo de la investigación.

A las enfermeras participantes en la recolección de datos, quienes con su valiosa información hicieron posible este logro.

## Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Capítulo I. Planteamiento del problema.....	7
Formulación del problema.....	14
Problema general.....	14
Problemas específicos.....	14
Objetivos de la investigación.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Justificación.....	16
Justificación teórica.....	16
Justificación metodológica.....	17
Relevancia social.....	17
Capítulo II. Marco teórico.....	19
Antecedentes.....	19
Bases teóricas.....	26
Capítulo III. Metodología.....	50
Descripción del lugar de ejecución.....	50
Población y muestra.....	50
Población.....	50
Criterios de inclusión y exclusión.....	51
Tipo y diseño de investigación.....	51
Formulación de hipótesis.....	52
Identificación de variables.....	54
Operacionalización de variables.....	55
Proceso de recolección de datos.....	61

	2
Procesamiento y análisis de datos.....	62
Consideraciones éticas.....	63
Capítulo IV. Resultados y discusión.....	64
Resultados.....	64
Discusión.....	69
Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones.....	74
Conclusiones.....	74
Recomendaciones.....	76
Referencias.....	77
Apéndices.....	85
A. Confiabilidad de la escala.....	85
B. Instrumentos de recolección de datos.....	86
C. Consentimiento Informado.....	90

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Percepción de la calidad del cuidado.....	56
<b>Tabla 2.</b> Competencia cultural.....	59
<b>Tabla 3.</b> El rango de interpretación de la percepción se distribuye por puntos de corte según puntaje del método de estratificación univariada de Dalenius.....	62
<b>Tabla 4.</b> Características sociodemográficas de los participantes.....	64
<b>Tabla 5.</b> Características demográficas a través de variables numéricas.....	65
<b>Tabla 6.</b> Competencia cultural de los profesionales de enfermería.....	67
<b>Tabla 7.</b> Percepción de la calidad del cuidado.....	67
<b>Tabla 8.</b> Análisis de correlación bivariado para identificar variables para la regresión.....	68



## Índice de figuras

**Figura 1.** Prueba de Kruskal Wallis para las puntuaciones de la competencia cultural y la percepción de la calidad del cuidado según personal de enfermería que brindó la atención.....67

**Figura 2.** Comparación de pares para las puntuaciones de la competencia cultural considerando los rangos medios de las puntuaciones obtenidas por cada profesional de enfermería.....68

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la influencia de la competencia cultural de la enfermera(o) en la calidad del cuidado percibido por la persona usuaria de quimioterapia en un centro oncológico especializado en Lima, durante el 2021.

**Método:** Descriptivo-explicativo, diseño no experimental, realizado con una muestra de 15 enfermeros y 120 pacientes seleccionados por muestreo no probabilístico, de tipo intencional. La información se obtuvo luego de la aplicación de escalas validadas y confiables.

**Resultados:** Se muestra que, más del 75% de las enfermeras (os) alcanzó conocimiento cultural medio, seguido de la habilidad cultural, la sensibilidad cultural evidenció el valor más bajo. Las dimensiones de la calidad del cuidado percibido por los usuarios: apertura a la comunicación, las cualidades del hacer y la disposición para la atención, evidenciaron valores entre 91 a 94%. Estadísticamente no hubo asociación entre la competencia cultural y la calidad del cuidado percibido a nivel global y por dimensiones.

**Conclusión:** No existe influencia de la competencia cultural de la enfermera(o) en la calidad del cuidado percibida por el usuario de quimioterapia; Tampoco se encontró asociación entre ambas variables ( $Rho=-0.076$ ,  $p=0.789$ ). Urge reforzar la competencia cultural de las enfermeras por brindar servicios en un centro oncológico de referencia nacional a un grupo significativo de la población peruana.

**Palabras claves:** Competencia cultural, profesional de enfermería, percepción, calidad del cuidado, paciente y quimioterapia.

### **Abstract**

**Objective:** To determine the influence of the cultural competence of the nurse (or) in the quality of care perceived by the user of chemotherapy in a specialized cancer center in Lima, during 2021.

**Method:** Descriptive-explanatory, non-experimental design, carried out with a sample of 15 nurses and 120 patients selected by non-probabilistic, intentional sampling. The information was obtained after the application of validated and reliable scales.

**Results:** Showed that more than 75% of the nurses reached average cultural knowledge, followed by cultural ability, cultural sensitivity showed the lowest value. The dimensions of the quality of care perceived by users: openness to communication, qualities of doing and willingness to care, showed values between 91% and 94%. Statistically, there was no association between cultural competence and the quality of care perceived globally and by dimensions.

**Conclusion:** There is no influence of the cultural competence of the nurse (or) in the quality of care perceived by the user of chemotherapy; No association was found between both variables ( $Rho=-0.076$ ,  $p=0.789$ ). It is urgent to reinforce the cultural competence of nurses to provide services in a national reference cancer center to a significant group of the Peruvian population.

**Keywords:** Cultural competence, nursing professional, perception, quality of care, patient and chemotherapy.

## Capítulo I

### El problema

#### Planteamiento del problema

Recibir quimioterapia es participar de alternativas frecuentes en el tratamiento de por experimentar neoplasias malignas de diversa índole, conocidos genéricamente con la denominación de cáncer. El paciente con cáncer sufre innumerables cambios físicos, emocionales y sociales, que incrementan sus necesidades; cuando éstas no son adecuadamente asistidas, empeora su situación, compromete su bienestar y torna más difícil que cumpla el tratamiento. Este daño a la salud representa la primera causa de muerte a nivel mundial con un promedio de 10 millones de personas/año y es la tercera causa de muerte en Latinoamérica Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022).

El incremento de cáncer a nivel mundial se avizora en cerca de 21.4 millones de casos para el año 2030, con alta mortalidad debido a los cambios en los patrones sociodemográficos y epidemiológicos de la población, siendo el tratamiento altamente riesgoso, multidisciplinar, según el estadiaje, características del tumor y estado de salud general del paciente. En este sentido, según American Cancer Society (ACS, 2017), la quimioterapia presenta una incidencia de 2 a 5% de eventos adversos por año, por lo que es importante asegurar la calidad del cuidado y la comprensión del paciente que procede de entornos más alejados y complejos, quien por lo general desconoce la trascendencia de esta enfermedad.

En el Perú, durante el año 2019, hubo 150,000 casos nuevos de cáncer, siendo el 60% mujeres y 40% de varones. El 50% de los casos nuevos cada año proviene de las diferentes regiones del país, de zonas rurales con problemas para ser asistidos en la especialidad. Del mismo modo durante el año 2018, el promedio de quimioterapias administradas se mantuvo alrededor de los 63,000 pacientes y, luego de la pandemia por el Sar Cov 2, de un promedio

de 180 quimioterapias por día, se redujo a 80 por día. En promedio, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2021) atiende 12.5% de la población oncológica nacional.

Los departamentos más vulnerables al cáncer en el Perú, corresponden a las regiones de la sierra y selva, además de Ica, Piura y Lambayeque. Del análisis de la situación del cáncer en el Perú, se encontró mayor incidencia de cáncer de mama, cuello uterino, próstata, estómago y colon; en su mayoría asociados a aspectos culturales: consumo de tabaco, alcohol, mala alimentación, uso excesivo e indiscriminado de píldoras anticonceptivas, píldora del día siguiente, obesidad y sedentarismo (Ramos & Cruz-Vargas, 2020).

Sin embargo, el propósito es brindar asistencia a nivel mundial a todo aquel que lo requiera, independientemente del origen étnico, las creencias, costumbres, tradiciones y valores, que caracterizan la cultura de los individuos y colectividades, cuya transmisión se lleva a cabo, a través de las generaciones mediante procesos de socialización y aprendizaje. En este sentido, todas las personas somos culturales en la medida que compartimos la vida en sociedad (White, 1959). A todo ser humano le corresponde por derecho, el acceso a un cuidado sensible, oportuno, eficaz y humano.

En este sentido, la cultura como construcción social es relevante porque a través de ella, los seres humanos miran el mundo y cuanto en él acontece de formas diferentes, sienten lo que pasa de modo diferente y en base a estos sentidos construyen su identidad, los problemas de salud que son importantes y la forma de encontrar soluciones, cuando ocurren cambios importantes o se presenta la enfermedad en estadios muy avanzados (EAFIT, 2018).

Cada sistema cultural supone normas, formas estéticas, cánones, modelos de feminidad, masculinidad; la cultura como forma de vida es relevante en el cuidado de la salud porque puede estar involucrada en la etiología de determinadas enfermedades, así como en sus manifestaciones y formas de llevar el tratamiento, la dieta y otros factores higiénicos que posibilitan o no alianzas para la recuperación de la salud (Delgado & Núñez, 2019).

No obstante, para quienes realizan el cuidado de la salud, especialmente con pacientes que sufren de cáncer, el entendimiento de lo que sucede al interior de las diferentes culturas, ha pasado a ser un elemento novedoso, debido a que los fenómenos de la globalización, las transiciones demográficas y epidemiológicas, han ocasionado innumerables efectos como una mayor migración campo ciudad, desplazamiento entre países y aún de un continente a otro, además de la existencia de diversidad cultural en el propio país donde se labora. El fenómeno migratorio en el mundo es complejo, incrementa los retos para las Instituciones Prestadoras de Servicios, las políticas de salud y los recursos humanos y materiales para la atención (Escobar & Paravic-Klijn, 2017).

Es imposible que quienes ejecutan las prestaciones relacionadas con el déficit de salud, conozcan la diversidad cultural que acceden a los centros asistenciales. Sin embargo, necesitan integrar progresivamente el conocimiento, las habilidades y comportamientos que faciliten la comunicación entre personas con culturas y lenguas diferentes, a fin de crear el espacio para interacciones apropiadas con quienes necesitan de sus cuidados. Es un intento para adaptarse a una realidad multicultural (Minchan et al., 2017).

Este desafío de ser competente culturalmente, amerita el aprendizaje y la aceptación de los rasgos de la propia cultura; en particular, en un país multicultural como el Perú, que alberga grupos étnicos con 47 lenguas indígenas originarias: 4 en los andes (quechua) y 43 en la Amazonía (Correo, 2022). Implica también, el deseo de conocer la cultura de otros, cómo ven otras personas y grupos la salud y la enfermedad, el cáncer; sus causas, qué medidas los mantienen saludables, quién los cuida cuando están enfermos y poner de lado, las propias creencias a las que se estuvo aferrado muchos años, dejar posturas defensivas, tomar riesgos y abrir caminos hacia mundos poco conocidos aun sintiendo la incomodidad, de que las creencias propias pueden parecer más apropiadas por un aparente mayor conocimiento y experiencia clínica (Rodríguez-Martín, 2015).

La comprensión, la conciencia de la propia cultura y el reconocimiento del valor de la cultura de otros, son fundamentales para llevar a cabo intervenciones de salud con respeto y equidad. Las situaciones en torno al cuidado de la salud son interacciones interculturales. Cada persona utiliza patrones de respuesta que fue construyendo en interacción con miembros del hogar, centros de educación, escuela, amistades, comunidad y que son más difíciles cuando la enfermedad, el tratamiento o pronóstico, es más complejo como en pacientes que reciben quimioterapia. Es aceptar la necesidad del tratamiento, tolerar sus efectos y aprender a sobrellevar potenciales y frecuentes complicaciones, además de permanecer fuera del entorno familiar por el lapso que duren las sesiones (Gracia, 2017).

En el Perú, respecto a la diversidad cultural, se encuentra discriminación étnico-racial, que abarca algunas veces, manifestaciones no igualitarias y prejuiciosas respecto a las características y comportamiento de quienes anhelan ser atendidos, sentirse informados y comprendidos. Se mantiene la discriminación asociada a rasgos externos: piel, cabello, perfil del rostro e inclusive la talla de las personas. Comportamientos que tienen como objetivo consciente o no, menoscabar el derecho de las personas a ejercer plenamente las libertades fundamentales en las esferas política, social, económica, cultural y muy penoso en profesionales de la salud, por cuanto toda actitud discriminatoria conlleva una manifestación deshumanizante y totalmente contraria a la calidad del cuidado esperada por el paciente (Salana & Murillo, 2015).

En lo concerniente a la disparidad de comportamientos de los profesionales de la salud, Sánchez-Ojeda et al. (2019) hace hincapié en la forma como las actitudes de las enfermeras muestran ideas preconcebidas y estereotipos asociados a algunos hábitos y comportamientos de los migrantes, considerándolos una amenaza para el desenvolvimiento social español.

Situación similar se muestra en otros lugares, donde más del 10% de la población total en Europa, América del Norte y Oceanía, es migrante (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019). Características que, evidencian la necesidad que los profesionales de enfermería, conozcan mejor su ascendencia, afiliación religiosa, costumbres, comportamiento social, a fin de brindar cuidados seguros y equitativos.

En Toronto-Canadá, también se señala la existencia del 47% de pobladores como minoría visible; originarios de la China, Asia del Sur; filipinos y latinoamericanos, que ven comprometida la asistencia brindada, debido a que, las enfermeras(os) no responden a los factores lingüísticos y culturales que afectan la salud. Es la cultura la que determina los conceptos de salud y enfermedad, los síntomas, la angustia y la búsqueda de ayuda (Brooks et al., 2019).

Desde la perspectiva del papel de los recursos humanos en la atención de la salud, Murillo (2015) señala la importancia de guiar los procesos formativos con cautela para lograr que las intervenciones médicas y de enfermería se encaminen hacia la óptima calidad en el cuidado del paciente en quimioterapia. Advierte que, en la educación en salud, el profesional puede estar reproduciendo las rutinas, las jerarquías, los modos de pensar, que definen si se respeta o no los valores de la cultura del paciente.

De esta manera, es posible afirmar que una práctica competente culturalmente se manifiesta en habilidad para involucrarse y crear condiciones para la adaptación y respuesta de las personas al tratamiento. En la medida que el paciente experimenta que el profesional de enfermería que le administra la quimioterapia actúa de manera sensible y delicada, atenta y segura para causarle el mayor bienestar posible y educarlo sobre cómo se cuidará en su hogar, se genera la impresión de recibir más que un fármaco, una forma de ayuda para vivir mejor superando las limitaciones que impone la enfermedad (McDonald et al., 2020).



De esta manera, la capacidad de responder eficazmente a nivel personal y como miembro de una organización prestadora de servicios, en el aspecto cultural, constituye una exigencia crítica para la satisfacción de los clientes y comunidades. Direccionar los esfuerzos para contar con pautas, políticas y programas que garanticen el compromiso concreto de mejora en este campo, es una tarea emprendida por diversos organismos líderes en el cuidado de la salud. Al presente y a pesar de las dificultades existentes, EE. UU de Norteamérica ha logrado formular los Estándares Nacionales sobre Servicios Cultural y Lingüísticamente apropiados (McDonald et al., 2020).

Muchas personas seriamente enfermas no acuden a los servicios de salud porque los prestadores desconocen su idioma, el centro asistencial se encuentra muy alejado, perciben que no serán escuchados, su atención demorará demasiado, o sienten que serán discriminados por su vestir y lenguaje utilizado. Es así que, teniendo por un lado la urgente necesidad de conocer que tan competente culturalmente es la profesional de enfermería que administra quimioterapia y, por otro lado, la interrogante sobre la calidad del cuidado percibido por este grupo de pacientes, enfatizan la motivación para ejecutar la investigación luego de más de 20 años de cuidados profesionales a pacientes oncológicos.

En la trayectoria profesional se pudo apreciar que cuando la interacción con los pacientes en quimioterapia y su familia, se basaba en la confianza y apertura al diálogo y la orientación clara y puntual, reservando espacios para preguntas, la frecuencia de efectos colaterales y complicaciones era menor. Se observó también, que no todo el personal tiene las mismas creencias, respeto y aceptación de las diferencias culturales de los pacientes. Algunas compañeras se mantenían serias y distantes, con prisa y muy poco comunicativas con el paciente y su familiar, esperando el momento de poder ayudarlos sin crear inconvenientes.

En diversos momentos se observó la lucha intensa y dolorosa por la sobrevivencia, cuando vienen de provincia y no tienen recursos para pagar un alojamiento, buscar el modo de

apoyarlos para encontrar una salida que no ponga en riesgo su recuperación; es este camino que se identifica la necesidad de respetar y mantener la autonomía del paciente por encima de las opiniones y experiencias personales y en esta búsqueda permanente de mantener estable la firmeza para poder ayudar al paciente y familia desde la fortaleza interna, que fue posible seleccionar en este campo tan amplio, el interés por la investigación teniendo como variables centrales las competencias culturales de la enfermera y la calidad de los resultados según el paciente.

Cuando la enfermera(o) percibe dificultades o insuficiente desarrollo en su competencia cultural, experimenta frustración al percibir que no crea un buen contacto humano, se da cuenta que no satisface las necesidades de cuidado del otro y se pregunta a sí misma ¿qué calidad de cuidado brinda al paciente en quimioterapia? Más aún, al ser consciente de no estar en condiciones de fortalecer capacidades culturales en las futuras enfermeras, experimenta la urgencia de aprender a vivir en un mundo pluralista donde es primordial conocer la cultura del otro, respetar y ser sensible a sus prioridades y comunicarse en los aspectos que permiten resolver sus dolencias, preocupaciones, actuar oportunamente ante posibles efectos adversos de la quimioterapia, detectar signos de alarma que requieran acudir al centro asistencial.

Llegar a ser culturalmente competente es un desafío que no puede eludirse, es parte de la visión holística del cuidado enfermero. Abarca los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales del contexto de vida de las personas cuyo cuidado es requerido:

### **Formulación del problema**

#### ***Problema general***

¿Cómo influye la competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, 2021?

### ***Problemas específicos***

¿Cuáles son las competencias culturales del profesional de enfermería en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cuál es la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cómo influye la sensibilidad cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cómo influye los conocimientos culturales del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cómo influye las habilidades culturales del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

### **Objetivos de la investigación**

#### ***Objetivo general***

Determinar la influencia de la competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, 2021.

#### ***Objetivos específicos***

Identificar las competencias culturales del profesional de enfermería en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Establecer la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la influencia de la sensibilidad cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la influencia de los conocimientos culturales del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la influencia de las habilidades culturales del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

## **Justificación**

### ***Justificación teórica***

El cuidado culturalmente competente es relevante por el marcado incremento a nivel mundial de las migraciones dentro y fuera del país, hecho que ha generado diversidad cultural creciente, con presencia de algunos conflictos y barreras en el entendimiento entre quienes ofertan la asistencia sanitaria y la población que anhela respeto por sus creencias, aceptación de sus diferencias, conocimiento de los significados de la pérdida de la salud y donde existe vacíos en el conocimiento acerca del rol de las competencias culturales y la medida en que éstas influyen en las impresiones del usuario de quimioterapia respecto al contenido de la atención.

Asimismo, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por ser centro de referencia nacional, recibe usuarios de diversa índole cultural al igual que la mayor parte de los establecimientos de salud, en tal sentido, el Ministerio de Salud ha emitido disposiciones normativas que enfatizan la necesidad de expresar en las intervenciones de los profesionales de la salud, mayor pertinencia cultural o dicho de otra forma, ofrecer cuidados teniendo en cuenta las características culturales particulares de los grupos poblacionales de diferentes

regiones y comunidades, tanto aquellas asentadas originalmente como aquellas migrantes de otras zonas (MINSa, 2015).

No obstante, existen pocas investigaciones sustantivas y/o aplicadas sobre esta realidad, por lo que es conveniente y oportuno, llevar a cabo el estudio, el mismo que posibilitará validar los modelos de competencias culturales existentes o delinear elementos para la creación, adaptación o incorporación de modelos propios para la asistencia sanitaria.

### ***Justificación metodológica***

La validación de los medios requeridos por la investigación, serán referentes para futuras investigaciones de quienes laboran en el sector salud.

### ***Relevancia social***

La información obtenida con el estudio permitió la identificación de aspectos que pueden constituir algunas barreras para la comprensión cabal de las necesidades del usuario, precisar sus problemas, creencias que pueden interferir con las medidas de adherencia al tratamiento, las dificultades respecto las estrategias educativas proporcionadas por las enfermeras(os) y la superación de las barreras existentes, entre otros.

En este proceso, la evaluación de la información existente, se convierte en una nueva oportunidad para la implementación de propuestas de mejora, fortalecimiento de capacidades en el área de las competencias culturales, considerando que la antropología permite a la enfermería dirigir su mirada al valor de la persona, quien, en su contexto cultural, vive experiencias de salud-enfermedad y está llamada a alcanzar el máximo logro de sus capacidades, sin ser objeto de postergación en razón de las diferencias culturales.

Desde la perspectiva cultural, la comunicación intercultural efectiva, permite promover cambios conductuales vinculados a los pilares sociales de la salud: el autocuidado poblacional, que como todo cambio cultural es de larga duración. Cuando existe carencia de competencia cultural en los profesionales, es frecuente que se generen diagnósticos

equivocados, tratamientos no acertados, omisiones y finalización prematura o inadecuada de las alternativas terapéuticas. Efectos que además de perjudicar al paciente y familia, limitan la cobertura de servicios del sistema y comprometen su efectividad.

El estudio es relevante desde la óptica social, porque incorpora la obligación de acoger y ser equitativo con las personas, coherente con las normativas nacionales e internaciones en aspectos culturales.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### Antecedentes

##### *Antecedentes internacionales*

Kousoulou et al., (2019) publicaron la investigación: “Asociaciones de atención de enfermería individualizada y atención de enfermería oncológica de calidad en pacientes diagnosticados de cáncer” en Chipre. El objetivo fue evaluar las impresiones de los usuarios diagnosticados con cáncer respecto a las variables implicadas, en Chipre. Mediante investigación descriptiva y corte transversal se recolectó información en 150 pacientes con cáncer que recibieron tratamiento en tres hospitales urbanos diferentes de Chipre. Los resultados explicaron que las enfermeras proporcionaron un nivel medio de apoyo a la individualidad de los pacientes (ICS-A media=3,41, DE=0,98) y los usuarios percibieron un alto nivel de realización de individualidad en la asistencia. La atención de la enfermería oncológica fue señalada como servicio de calidad por recibir apoyo y confirmación, ser respetado y formar sentido de pertenencia. Se encontró correlación positiva estadísticamente significativa entre las dos escalas ICS-A e ICS-B ( $r=0,80$ ), y cuatro de las dimensiones de la QONCS: ser apoyado y confirmado, ser atendido religiosa y espiritualmente, lograr sentido de pertenencia y ser respetado. Concluyeron que, las correlaciones encontradas entre la atención individualizada y la calidad de la atención de enfermería oncológica, resaltan la necesidad de brindar una atención más personalizada como medio para lograr mayor calidad en el servicio prestado.

Pérez y Carrasquilla (2018) en la investigación: “Relación enfermera paciente frente a la diversidad cultural: Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas” en Santa Marta-Colombia. Siguió el enfoque cualitativo de diseño etnográfico, logrando el reconocimiento de limitaciones para comunicarse, desarrollar actitud empática y falta de

cohesión entre personas de países de cultura diferente. Fundamentadas en el modelo conceptual de Travelbee y Leininger, teórico del cuidado transcultural, plantearon la inquietud acerca del modo en que las profesionales de enfermería tienen en cuenta los principios de la transculturalidad adquiridos durante su formación profesional. En países con 87 comunidades indígenas, la enfermera(o) siente la urgencia de prepararse para responder de modo coherente a las múltiples necesidades de estos grupos; luego de realizar la observación participante con 12 enfermeras y la entrevista etnográfica con 8 pacientes, identificaron entre las principales representaciones: la experiencia de intercambiar con personas desaseadas, calladas pero a veces agresivas; la enfermera es vista como quien está más cerca para sus necesidades, pero que no los conoce ni se interesa por su cultura, falta oportunidad en la atención, no trabajan en equipo y el lenguaje es difícil de entender. Concluyen que, a pesar de la formación teórica de las enfermeras, no siempre desarrollan adecuada interacción con personas culturalmente diferentes. La mejora en la competencia cultural es indispensable, no solo porque fortalece la interacción, sino porque cuanto mayor sea la dificultad para comunicarse, ponerse en el lugar de las personas y desarrollar lazos de unión con ellas, mayores serán las limitaciones para responder a las necesidades de apoyo para alcanzar cambios en su nivel de vida y salud.

Ayala y Sepúlveda-Carrillo (2017), en el estudio: “Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio” en Murcia-España, tuvo como objetivo la identificación de necesidades físicas, emocionales y sociales relacionados con variables de la estancia hospitalaria y los costos operativos. Realizaron el estudio con el método cuantitativo y diseño descriptivo transversal, exploraron las necesidades formuladas de 173 participantes en el estudio en unidades especializadas de oncología de Bogotá. El instrumento fue una encuesta validada con una confiabilidad fue 0,91. Se precisa que, más del 50% de los sujetos de estudio, tenía cáncer de mama, linfomas o cáncer de colon y recibían quimioterapia un 77,46%. Entre los resultados, las necesidades de apoyo por factores psicológicos están



presentes en el 39% de pacientes que experimentan ansiedad, tristeza, temor a morir; respecto al sistema de salud e información, 57,8% revela necesidad de ser informado sobre el modo de asistir al paciente que presenta reacciones adversas al tratamiento; más del 40% reclama ser tratado como persona y no como un caso. En lo concerniente a las necesidades físicas, el 64% experimenta cansancio, el 60,12% siente malestar; un 45,08% reclama más sensibilidad del personal hospitalario respecto a sus emociones durante el tratamiento. Concluyen que, sin una valoración integral y comprensión de sus necesidades, es imposible ofrecer un cuidado de calidad. El cáncer como toda enfermedad y su tratamiento, afecta la totalidad del ser humano y su contexto; ser congruente con el cuidado en culturas diversas es un atributo de la misión de enfermería.

Charalambous et al. (2017) publicaron el estudio “La calidad de la atención de enfermería oncológica: una encuesta transversal en tres países de Europa” en Chipre, Grecia y República Checa. El propósito fue evaluar la variable central desde la experiencia percibida por los pacientes. Según el protocolo de tipo descriptivo y transeccional, en una muestra de 610 participantes, aplicaron una escala debidamente validada compuesta por 34 ítems agrupados en 5 dominios, además de los datos sociodemográficos. Los resultados destacan algunas diferencias estadísticamente significativas entre los países descontando el cuidado espiritual y religioso ( $p=0,136$ ). asociación. Concluyeron que, el aporte es valioso en la medida que se carecía de estudios referentes a la calidad de la asistencia a pacientes con cáncer en países europeos; aunque existan discrepancias entre los países participantes.

Repo et al. (2016) realizaron la investigación “The Cultural Competence of Graduating Nursing Students (Competencia Cultural en estudiantes graduados de enfermería)” para evaluar la competencia cultural en los graduados en enfermería, identificar los factores de fondo asociados a la competencia cultural y, además, establecer si la enseñanza de enfermería multicultural se implementó en la educación de enfermería. Se utilizó una

Herramienta de Evaluación de Competencia Cultural en un diseño correlacional y con un total de 295 estudiantes de enfermería, de los programas de grado de enfermería impartidos tanto en finlandés como en inglés. Los resultados explican que, el nivel de competencia cultural fue moderado, y la mayoría de los estudiantes habían estudiado enfermería multicultural. Los antecedentes de las minorías ( $p = ,001$ ), la frecuencia de interacción con diferentes culturas ( $p = ,002$ ), las habilidades lingüísticas ( $p = ,002$ ) y los estudios de intercambio ( $p = ,024$ ) se asociaron positivamente con una mayor competencia cultural. Concluyeron que, existe urgente necesidad de mejorar esta variable, el proceso formativo de los futuros enfermeros(as) a fin de proporcionar oportunidades continuas que, en la interacción con diferentes culturas, desarrollen habilidades lingüísticas y brinden posibilidades de internacionalización tanto en el país como en el extranjero.

Cruz et al. (2017) realizaron el estudio “Cultural competence among nursing students in Saudi Arabia: a cross-sectional study (Competencia cultural entre estudiantes de enfermería en Arabia Saudita: un estudio transversal)”. Con la situación actual de la inmigración en Arabia Saudita, la diversidad cultural en la asistencia sanitaria crecerá. Esto supone un gran reto para los integrantes del equipo de salud. Tuvo como objetivo, evaluar la competencia cultural y los factores que influyen entre estudiantes de enfermería en una universidad saudí. Este estudio empleó un diseño descriptivo, transversal en 272 estudiantes de enfermería usando un cuestionario auto administrado que consta de dos partes, primero, las características demográficas y culturales de los encuestados, hoja informativa de antecedentes y segundo, la versión en árabe de la Escala de Capacidad Cultural. Los resultados expresan que la forma de comunicarse fue la competencia cultural mejor desarrollada entre pacientes culturalmente diversos y las competencias menos logradas fueron la limitada familiaridad o conocimiento teórico relativo a la salud y enfermedad. El género, nivel académico, exposición clínica, formación previa en diversidad, experiencia del cuidado de pacientes culturalmente

diversos y pacientes pertenecientes a grupos especiales de población fueron factores significativos que podrían influir en la competencia cultural. Los hallazgos sugieren que los estudiantes sauditas poseen la capacidad de proporcionar ayuda cultural. Concluyeron que, a pesar de la buena competencia cultural reflejada en el estudio, algunos aspectos deben mejorarse, tales como el conocimiento de las enfermedades de las personas culturalmente diversas, para asegurar el cuidado coherente y competente prestado por estudiantes saudíes de enfermería.

Gil & Solano (2017) en la investigación “Aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria” en España, tuvo el objetivo de conocer las experiencias y percepciones de los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados y promoción de la salud, a mujeres pertenecientes a colectivos en riesgo de vulnerabilidad social, aplicando el modelo de competencia cultural de Purnell. El método empleado fue cualitativo con abordaje fenomenológico. La muestra fue de veintidós profesionales voluntarios de Atención Primaria. La información se obtuvo luego de ejecutar entrevistas semiestructuradas y grupos focales procesadas mediante análisis temático. Los resultados revelan la importancia de diversos elementos socioculturales, de interacción entre los actores sociales, la historia compartida además de las innegables limitantes en el manejo de los idiomas. Las autoras concluyeron que los esfuerzos formativos deben conducir a un desempeño comunicativo, de mayor aceptación, como estrategia para proporcionar cuidados culturalmente competentes, especialmente en la promoción de la salud.

Navarro (2015) en la investigación “Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales”, en Huelva-España, tuvo como objetivos: conocer en profundidad las variables inmersas; precisar diferencias entre las estudiantes en función del contexto, identificar prácticas y recursos facilitadores del cuidado cultural del paciente, además de identificar las intervenciones que se realizan para incorporar las

competencias culturales en el sistema de salud. Utilizó la triangulación de métodos cualitativo y cuantitativo. Desde la vertiente cuantitativa, realizó un estudio transversal mediante muestreo por conglomerados y en el enfoque cualitativo, llevó a cabo un estudio exploratorio y fenomenológico, a partir de una entrevista y encuesta con apoyo de un cuestionario auto administrado. El análisis cualitativo se realizó según los lineamientos de Taylor y Bogdan (1987). Entre los resultados, se identificó actitudes desfavorables hacia la práctica de competencias culturales, fue marcada la existencia de prejuicios entre enfermeras(os). Los estudiantes de enfermería manifestaron baja aceptación a los nacidos en Marruecos; desconocen los derechos del migrante que hizo regularización administrativa y les desagradaba el predominio de patología infectocontagiosa. Solo encontraron mayor aceptabilidad con pacientes extranjeros, en cuidados del final de la vida. Desde la competencia cultural, solo se impone el cuidado al morir por el medio social dominante entre los profesionales. Concluye que, es relevante la necesidad de mejorar la apertura a aceptar personas con cultura diferente sin perder identidad, sumar nuevos saberes, ser sensibles y respetuosos en la relación con el otro.

### ***Antecedentes nacionales***

Culquitante (2019) en la investigación, “Calidad de los cuidados de enfermería y nivel de satisfacción del paciente oncológico en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, en Trujillo”, siguiendo el método cuantitativo descriptivo, transversal y correlacional, realizó una encuesta a 109 pacientes. Los resultados explican que 84.4% de los pacientes, señala recibir adecuada quimioterapia, hecho que genera experiencias gratificantes la asistencia de calidad fue del 80.7% según los pacientes encuestados ( $p < 0,05$  y  $R^2 = 0,184$ ), aun este tratamiento requiera tiempo estándar, uso de bombas de infusión y atención no sólo a las respuestas físicas. También existe satisfacción con la asistencia y ayuda

ante necesidades emocionales en el paciente. Concluyó que hubo relación significativa entre las variables.

Juárez (2019) en el estudio “Percepción de la calidad del cuidado en una unidad de quimioterapia ambulatoria. Piura”, de acuerdo al método descriptivo y transversal aplicó un instrumento, un cuestionario de 20 ítems aplicado a 58 pacientes elegidos por muestreo probabilístico. Las dimensiones evaluadas fueron la empatía, la ayuda ante dificultades emocionales y dolencias o incomodidades, estar dispuesto para la asistencia inmediata según naturaleza de las necesidades de la persona usuaria. Los resultados explican que tanto la empatía (55%) como el soporte emocional (47%), alcanzaron nivel medio de percepción. El apoyo ante dolencias e incomodidades, fue de nivel alto en un 45%. Se concluye que, en todos los dominios evaluados, la calidad percibida en la asistencia de enfermería fue buena en un nivel medio. Únicamente el alivio de dolencias e incomodidades tuvo percepción de nivel alto.

Carpio & Cristóbal (2018) en el estudio: Factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Quimioterapia del Instituto Oncológico de Lima, siguiendo el método descriptivo transversal a través del cuestionario SERVQUAL, validado por la Dirección General de Calidad en Salud del Ministerio de Salud del Perú, aplicó la encuesta a una muestra de 80 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple. Los datos fueron procesados según el programa estadístico SPSS y la prueba no paramétrica del chi cuadrado. La satisfacción de los pacientes con la atención brindada en la unidad de quimioterapia fue de nivel medio ( $p=0,000$ ); se asociaron los factores de edad y género. Los autores concluyen que, en todas las dimensiones de la calidad, el nivel de satisfacción fue medio: en la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Cada paciente es único; ellos juzgan la quimioterapia desde su escolaridad, origen étnico, cultura y

procedencia. No es fácil tener llegada, crear confianza y respetar las manifestaciones del paciente tal y como se presentan.

## **Bases teóricas**

### ***Relevancia de la cultura en el cuidado del paciente con quimioterapia***

El paciente con cáncer en quimioterapia. La persona con diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus formas y estadios, una vez que le es establecido el tratamiento acude al servicio de quimioterapia cuya naturaleza por lo general, es ambulatoria. Los objetivos abarcan: posible erradicación de la enfermedad, la supervivencia prolongada y contención del crecimiento celular maligno o el alivio de los síntomas, con fines paliativos (Delgado et al., 2022).

La quimioterapia se concentra en tratar el cáncer mediante fármacos de efectividad severa, que son inyectados a través de una vena o administrados por vía oral a fin de destruir las células tumorales mediante interferencia en los procesos de replicación. Se aplica para tratar la enfermedad a nivel sistémico y no localizado, salvo en combinación con otros métodos antes de una cirugía. Esta alternativa terapéutica se administra por ciclos, cada uno de ellos seguido de un periodo de recuperación según el plan del especialista oncólogo (Mandarachi, 2010).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Perú, ha adoptado su guía de intervención para que los pacientes que requieren quimioterapia, cuenten con procesos seguros de cuidado antes, durante y al finalizar el procedimiento; conocedores de alta vulnerabilidad de las personas a los agentes antineoplásicos (INEN, 2021). Del mismo modo que la enfermedad afecta a la persona como un todo, el tratamiento forma parte de una larga cadena de temores y expectativas que van desde el plano emocional hasta el riesgo real de adquirir problemas infecciosos o presentar fallas por la toxicidad de los agentes citostáticos.

Para Güell (2018) se trata de personas que padecen afecciones prolongadas, cuyas connotaciones son generalmente negativas y catastróficas, con intervención de múltiples especialistas, estas ponen de manifiesto carencias afectivas, de autoestima y sociales. El perfil físico del paciente varía notablemente según las edades y necesidades intrínsecas, por lo que están separados los pacientes pediátricos y los adultos. Proviene en un 50% de diferentes regiones del país y la diferencia restante corresponde a personas usuarias de Lima.

Por la naturaleza tan consuntiva de la afección y los efectos de la quimioterapia, concurren por lo general en compañía de un familiar o cuidador, quien realiza los trámites administrativos necesarios y con quien se coordina detalles del seguimiento cuando el paciente no se encuentra en condiciones contundentes para asegurar entendimiento de las medidas de cuidado a seguir (INEN, 2018). Indistintamente de la edad, todos los pacientes experimentan temor y ansiedad, por lo que el rol del profesional enfermero es facilitar la comodidad y confianza y con actitud firme y amable, brindarle seguridad. La aplicación holística de los cuidados de enfermería requiere no solo de una elevada competencia clínica sino también de habilidades socio culturales para comprender la variedad de respuestas al tratamiento y la gestión de los recursos necesarios.

Antes de iniciar el protocolo de administración del tratamiento, el paciente es evaluado mediante revisión de su historia clínica; respecto a sus constantes vitales y se realiza la verificación de los exámenes de laboratorio solicitados, prescripción y producto, además de los correctos en prácticas seguras. El paciente es puesto en las mejores condiciones de comodidad, evacuando la vejiga previamente y, luego, verificando las condiciones de higiene y asepsia de modo que el procedimiento se realice en las mejores condiciones preventivas de infecciones o efectos adversos (EsSalud, 2013).

Cuando se trata de tratamiento inicial o luego de reacciones severas, se realiza una entrevista previa para orientar de manera amplia y solicitar su cooperación; facilitar el apoyo

emocional necesario y la expresión de dudas y temores por parte del paciente, siempre bajo la premisa que toda experiencia nueva o compleja resulta amenazante y es fuente de tensión en la persona.

Por ser la quimioterapia, un tratamiento complejo y muy agresivo para el organismo humano, se procura que la punción se realice en un solo intento en venas de gran calibre y bien conservadas. Durante la administración de los citostáticos, la zona de punción se vigilará permanentemente. Tanto el paciente como su familiar, son orientados individualmente sobre los efectos secundarios en términos de hidratación, sensación nauseosa, vómitos, estreñimiento, alteraciones del apetito, lesiones en la piel y mucosas, y el modo de afrontar estas molestias mediante el consumo de líquidos claros abundantes y dieta hipograsa. En tratamiento avanzado se le educa en la identificación de signos de neutropenia a fin de que pueda acudir oportunamente en busca de atención (Delgado et al., 2022).

Desde la perspectiva cultural, se tendrá presente que el conocimiento de este daño a la salud, continúa asociado a la representación de enfermedad grave, incurable y que predice el fin de la existencia. Pacientes y familiares reaccionan con cambios en el estado de ánimo y por temor no realizan preguntas, aunque tengan muchas dudas y temores. Los profesionales de enfermería usando un lenguaje sencillo, delicadeza y confianza, explicarán los aspectos puntuales de mayor importancia y expresarán que pueden consultar en ese momento o por teléfono sobre cualquier aspecto que requiera ayuda a fin de brindarles el apoyo necesario (Crespo et al., 2004). En especial es importante considerar la variedad y peligro de los efectos secundarios cuyas manifestaciones pueden ser inmediatas o tardías, siendo las más frecuentes las náuseas y vómitos que pueden ocasionar deshidratación severa, la lesión de la mucosa oral y otros más retardados como la alopecia, la astenia y la neutropenia, además de la cardiotoxicidad; es lo que señala el Instituto Nacional de Cáncer (INC, 2014).



La cultura, base integradora en el desarrollo de los comportamientos individuales y sociales, adquiere un valor fundamental en el proceso del cuidado enfermero. El paciente a través de su cultura interpreta el mundo y establece patrones de comportamiento sobre el tratamiento, sus proyectos de vida y el modo de afrontar la situación. Una auténtica relación de ayuda en el cuidado profesional amerita de una sabia decisión de desarrollar conocimiento, comprensión y habilidad en el conocimiento de otros grupos culturales, sus significados y prioridades, sin esta actitud es poco probable encaminarse hacia un cuidado integral, comprensivo y significativo desde la perspectiva humanizadora (Balcázar et al., 2009).

### ***Las competencias culturales***

Evolución. La preocupación por las competencias culturales empezó a manifestarse desde 1970. Se sentía la necesidad de contar con actitudes y habilidades respecto a las personas de diversas culturas, formas de negociar la percepción de la salud y enfermedad en un lenguaje sencillo y comprensible para todos (Saha et al., 2008)

Entre 1990 y el 2007, se produce un incremento de artículos que abarcan hasta estándares nacionales sobre las competencias culturales para los sistemas de salud, incluidos mandatos federales para incrementar estas capacidades, de manera que el personal de salud se preocupe de disminuir las disparidades existentes de tipo étnico-racial durante la década 2001-2010. Estos esfuerzos fueron motivados por el reconocimiento de barreras lingüísticas y culturales entre proveedores y pacientes, que interfieren en las prestaciones de salud. Inicialmente se realizaron modificaciones en los planes de formación de los profesionales de la salud incluyendo asignaturas de medicina intercultural, sensibilidad y enfermería transcultural, principalmente en poblaciones cuyas creencias sobre la salud pueden estar en desacuerdo con los modelos biomédicos e inmigrantes con limitado dominio del inglés que requirió mediadores culturales y aprendizaje de la historia y normas de las poblaciones minoritarias (Castro et al., 2012).

También se han dado pasos para lograr que quienes participan en el proceso de atención sanitaria, aportaran en sus encuentros, perspectivas culturales que ayudaran a salir de una visión etnocentrista hacia experiencias etnosensibles, para poder crecer en competencia cultural.

La expansión del movimiento por la competencia cultural se generó entre 1980 y 1990, de tres maneras: por los movimientos de los migrantes como minorías que sin embargo hicieron notar la disparidad racial en la atención médica; incorporando prejuicios y estereotipos y, pasando luego al dominio de la relación proveedor-usuario. Hubo menor calidad de atención y discriminación racial con inequidades reconocidas que condujeron más tarde a la inclusión de diversos modelos teóricos para fundamentar los componentes más significativos de las competencias culturales de los profesionales en el cuidado de la salud (Saha et al., 2008).

La mayor profundización y aplicabilidad de los principios de la asistencia cultural de la enfermera(o), representa un significativo progreso hacia la calidad de la atención. Desde 1983 que otros países han incorporado en la formación y en el posgrado, no solo se ha perseguido la institucionalización del enfoque para incrementar la satisfacción del paciente y familia, sino que se pretende incrementar la relación costo efectiva y costo eficiente, en la medida que la competencia cultural permite obtener mayor información y, por lo tanto, mejor diagnóstico; lograr menor retraso en la atención; incrementa el uso de los servicios de salud; fortalece la comunicación e interacción proveedor usuario; complementa los aportes entre la medicina occidental y la medicina alternativa (Castillo, 2008).

Aun con este incremento en la preocupación de los gestores de servicios de salud, prestadores y algunos políticos, se considera una esfera de difícil y necesario consenso desde la conceptualización, sin pretender encontrar un encaje total y generalizable.

La competencia cultural ha sido definida por diferentes autores y desde el plano individual, grupal y organizativo o social. Este aspecto simple a primera vista, alberga gran importancia e implicaciones prácticas para los profesionales enfermeros y el propósito de brindar calidad en el cuidado.

Para Leininger en 1978, en Alligood & Tomey (2018), la competencia cultural constituye un área de conocimiento y de práctica enfocada a la forma de ofertar cuidados culturales en salud y enfermedad, con una visión holística del individuo y las comunidades, respecto a las diferencias y similitudes de variados componentes culturales que realizan, plenas de respeto, sensibilidad hasta lograr eficacia. La autora destaca la integración del conocimiento y la práctica, así como la aceptación de las diferencias y necesidad de desarrollar sensibilidad cultural en el proceso del cuidado.

Desde otra perspectiva, la definición de competencia cultural, la conciencia de uno mismo a modo de autocontrol, sobre los pensamientos, sensaciones y ambiente que se posee, con la finalidad de impedir influencias sobre otras personas con características culturales diferentes. El profesional culturalmente competente debe mostrar entendimiento e interpretación de la cultura de los usuarios, acogida y consideración de los límites por las diferencias culturales de manera que sea posible la adaptación singular del cuidado congruente con la cultura del usuario (Purnell & Paulanka, 1998; Gil & Solano, 2017).

Esta definición goza de amplia aceptación porque es susceptible de adaptar a las organizaciones y comunidades; ofrece respeto sobre el derecho a las decisiones éticas; la asistencia se brinda al paciente y familia, la organización y la comunidad

Castro et al. (2012) describe la competencia cultural y las lleva al plano de la pluralidad, enfatizando que comprende un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se integran en un sistema, agencia o entre profesionales, permitiendo un servicio efectivo en situaciones interculturales. La característica de efectividad conlleva la

capacidad del proveedor para valorar al paciente como persona única, mantener hacia él una actitud positiva, construir una relación dialógica sobre las creencias, costumbres y valores, llegando a encontrar puntos en común respecto a los planes de vida y/o tratamiento.

Esta forma de definir la competencia cultural, aporta elementos valiosos y dado que el conjunto de atributos del entorno y lenguaje, son inseparables de la persona, para el profesional de enfermería, ser competente culturalmente, conlleva poseer capacidades insustituibles con cara a lograr excelencia en el servicio, al realizar interacciones conociendo, comprendiendo y siendo hábil respecto al papel que juegan las diferencias culturales de la persona cuidada.

Por otra parte, una de las definiciones más referenciadas corresponde a la enfermera Campihna Bacote, ella argumenta sobre las condiciones y magnitud del esfuerzo integrados que realizan las enfermeras(os) hasta lograr las destrezas y actitudes propias de un servicio eficaz y debidamente contextualizado en los espacios individuales y colectivos. Esfuerzo que comprende no solo la integración de la conciencia cultural, sino variados componentes de la vida cultural. Implica responsabilidad profesional, defensa del menos favorecido en razón a sus características étnicas, entre otros y la ayuda para empoderar a las personas de modo que participen en la toma de decisiones relacionadas con la salud y el derecho innato de los individuos a ser tratados en igualdad de condiciones (Luengo-Martínez & Sanhueza-Alvarado, 2016).

### ***Dimensiones de la competencia cultural***

La competencia cultural en el presente estudio, es conceptualizada desde la óptica de Henderson et al. (2018) para quienes, consiste en el uso de la comprensión y la conciencia de uno mismo y de los demás, con el propósito de respetar y generar intervenciones de salud equitativas y éticas en las interacciones culturales entre proveedores de cuidado y personas cuidadas. Abarca una serie de conductas, disposiciones y políticas que bien integradas, hacen posible un trabajo efectivo en situaciones de cuidado intercultural. Por su trascendencia, la competencia cultural se considera un proceso multidimensional, donde es preciso desarrollar al menos las siguientes dimensiones:

**Sensibilidad.** Equivale a un trabajo sutil que lleva a conocer, comprender y reflexionar sobre las propias influencias culturales y el modo como afectan las creencias que tenemos, los valores y actitudes adquiridos. Ser sensibles culturalmente es desarrollar conciencia del legado culturalmente recibido a través de las experiencias de vida, los sentimientos que despertaron en uno mismo otros grupos culturales, los prejuicios y aun estereotipos, así como también el respeto y la valoración de la diversidad cultural (Broncano, 2016).

**Conocimientos.** Abarca toda información que permita comprender las formas de ver el mundo según los integrantes de culturas diversas; cómo valoran la salud, la atención de la misma, el cuidado preventivo, el tratamiento. Es darse cuenta del modo como las personas que brindan el cuidado impactan, qué barreras pueden estar condicionando el acercamiento a los grupos de interés cultural por su diversidad; que posibles influencias políticas o prácticas discriminatorias pueden estar desarrollándose (Alizadeh & Chaván, 2016).

Habilidades. Comprende la capacidad en el empleo de destrezas de intervención y estrategias comunicativas culturalmente apropiadas. El propósito se orienta a lograr la aproximación necesaria para crear confianza, interés, comprender lo que sucede con su salud, el entendimiento de los cuidados, las dificultades que experimentan. Para tal fin se necesitará adaptar las intervenciones y el lenguaje a los diferentes receptores y contextos de procedencia; poner en práctica estilos de comunicación verbal y no verbal; encontrar rutas para superar las visiones prejuiciosas, evitar comportamientos discriminatorios y profundizar en el conocimiento cultural existente sobre los grupos menos conocidos cultural o étnicamente (Sue, 2001).

### ***La competencia cultural según el Modelo multidimensional de Sue y Sue***

La competencia cultural y las dimensiones antes descritas, se convierten en realidades deseables en el cuidado de la salud por ser constituir insumos esenciales en la oferta de alternativas de tratamiento relevantes y significativas para la población.

Para Sue (2001), al centrarse en la necesidad de estas competencias, se está buscando específicamente: equilibrar las tendencias extremas al explicar el comportamiento cultural, nada es absolutamente universal ni absolutamente particular y sin importancia. Se persigue que, con un mayor conocimiento cultural, se posibilite la adquisición de actitudes y habilidades para actuar con eficacia en situaciones donde se reclama cada vez más, democracia y pluralismo y, en tercer lugar, todo intento de mejora en la incorporación de la dimensión cultural en el proceso de cuidar solo será posible a partir de la adopción de modelos que integren las teorías, las políticas y las prácticas deseables.

Los pilares que comprende el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMDCC) apuntan a integrar los diferentes elementos sin los cuales no es posible desarrollar sosteniblemente la práctica de las competencias culturales. El modelo es necesario para integrar las diferentes dimensiones y enfoques teóricos de competencia cultural.

Abarca principalmente, claridad sobre las perspectivas de los grupos raciales, grupos culturales específicos; la comprensión de las competencias culturales y sus componentes; los focos de competencia cultural: afroamericana, latino/hispanoamericano, entre otros.

De acuerdo a las características de cada contexto, en el primer pilar, se necesitará ahondar en el papel de la raza y los rasgos que puedan ser valiosos a la hora de decidir alternativas en favor de la población (Álvarez et al., 2021).

Respecto a las competencias culturales, todo ser humano como ser cultural tiene similitudes con otros seres culturales. Aspectos físicos y biológicos en común; experiencias vitales compartidas desde el nacimiento hasta el fin de la vida; autoconciencia y capacidad para usar símbolos como el lenguaje. Hecho que debe conducir a asumir la vida y la salud como fenómenos de reciprocidad, propios de una matriz cultural de creencias, valores, reglas y prácticas sociales (Sue, 2001; Guerrero-Muñoz, 2017).

Gracias a la toma de conciencia sobre las diferencias culturales existentes, también es posible detectar la influencia poderosa de la percepción de pertenencia a un grupo frente a otro y es importante porque en la interacción, pueden generarse visiones compartidas del mundo o seguir perteneciendo a grupos culturales diversos.

La raza, el origen étnico y la cultura, son variables poderosas para influir en la visión del mundo y toma de decisiones; el comportamiento y la definición de diversos sucesos en la vida y la salud. La adopción y uso de modelos culturales no siempre son percibidos como justos y equitativos, no siempre representan los ideales democráticos de los integrantes de una sociedad.

El Modelo Multidimensional de Sue señala que el foco se quedó en el nivel individual o micro, necesitando ampliar el aprendizaje hacia visiones culturales macro o de sistemas. La tarea es ardua y, sin embargo, nadie nace cerrado a las necesidades de cambio; es posible superar la desinformación y la intolerancia; es posible valorar la necesidad de entrenarse hacia

cambios positivos y la superación del condicionamiento cultural sesgado, muchas veces se requiere desaprender lo aprendido y atesorado como lo único o lo mejor (Guerrero, 2017).

### ***Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales***

La enfermería cultural se inspiró en las observaciones de Leininger mientras trabajaba en áreas de atención infantil desde 1950 hacia adelante. Su agudeza cognitiva y sensibilidad le ayudó a percatarse sobre la carencia de comprensión de aspectos socioculturales en enfermeras(os), optando por ahondar sobre esta competencia a nivel doctoral. Se centra en el estudio y análisis comparativo y holístico de diversas culturas del mundo en el ámbito de los cuidados, valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud/enfermedad a fin de crear un cuerpo teórico suficiente para brindar cuidados de enfermería específicos y universalmente culturales (Palacios & Salvador, 2012; Díaz et al., 2019).

Entre los rasgos de la enfermería transcultural, se señala que vincula la profesión con la diversidad cultural para mejorar su comprensión y garantizar el cuidado integral de las personas, teniendo en cuenta que: cada cultura configura formas especiales de realizar los cuidados universales y que es esencial prestar cuidados según las políticas de salud. Ellas han de incorporar la equidad, calidad y eficiencia. A nivel individual y grupal, se ha de superar una visión etnocentrista y prejuiciosa y disponerse a una comunicación respetuosa y eficaz.

Leininger fundamenta que, las personas de otras culturas a través de la información proporcionada, pueden facilitar la intervención de los profesionales respecto a los cuidados que ameritan. Integra el conocimiento de la antropología y enfermería, con énfasis en el estudio de las dimensiones de estructura cultural y social, que constituyen los patrones dinámicos y los rasgos relacionales entre los miembros que las integran (Alligood & Tomey, 2018).

Representa la única propuesta teórica focalizada en el conocimiento de diversos factores globales significativos para la atención de las personas; muestra interés dirigido por



un conocimiento profundo del mundo en sus elementos a nivel hogareño, vecindad, organizaciones religiosas, sociales, políticas, educativos y culturales, de modo principal; los factores etnohistóricos y el rol que desempeñan en el comportamiento humano en diferentes contextos. Uno de los aspectos más importantes de la teoría es describir explicar y predecir qué es lo diverso y lo universal de las culturas en estudio, así como que pertenece al cuidado genérico y qué al cuidado profesional, con miras a descubrirlos puntos de vista de la persona de otra cultura sujeto de cuidado (Leininger & McFarland, 2002).

La autora tiene la visión de lograr la meta de ofrecer cuidados profesionales coherentes con elementos fundamentales de la cultura; se encuentren manifiestos los rasgos universales o diversos. Para quien cuida al ser humano, el cuidado es único, personalizado y a su vez contextualizado.

Leininger, expresa que todos los ingredientes de la vida cultural, se aprenden desde las etapas tempranas del desarrollo, en la medida que las relaciones con la familia, amistades, maestros y líderes diversos, son compartidos y transmitidos por cada comunidad. Estos, orientan el pensamiento, las decisiones y acciones específicas proporcionando las bases para la acción; la cultura influye en la necesidad de los pacientes al momento de recibir cuidados, obtener bienestar o recuperarse de la enfermedad (Palacios & Salvador, 2012; Díaz et al. 2019).

Este grupo de cuidados, aluden a componentes intangibles que apuntan a la obtención de mayor calidad de vida o disfrute, mejorar la capacidad de logro y rendimiento ante las demandas de la vida diaria, preparase para el final de la vida o asumir constructivamente situaciones de discapacidad. Para Leininger, los cuidados culturales son situaciones bien definidas que se materializan a partir de los sueños y su modo de vida. Se consideran universales cuando comprende acciones que son requeridos por todos los seres humanos y se

considera diversidad cuando existen diferencias en los símbolos, significados, modos de vida, valores o modelos de los grupos culturales (Alligood & Tomey, 2018).

La enfermera(o) que opta por esta teoría, ha de desarrollar los siguientes procesos: conservar o contener los cuidados culturales en un grupo dado, negociar las solicitudes de grupos culturales que serán beneficiados con las decisiones y realizar acciones que permitan reordenar o modificar formas de vida para desarrollar comportamientos saludables en el marco de sus propias creencias y valores.

Es pertinente, la representación del sol naciente, en el cual la salida del sol son los cuidados y significa que los conocimientos de enfermería se elevan y se reconocen con mayor claridad; estos conceptos describen a los seres humanos influidos por sus referentes culturales, estructura social, visión del mundo, entorno y trayectoria de vida (Leininger & McFarland, 2006).

La intencionalidad de Leininger estaba cerca de promover comportamientos, actitudes, políticas, estructuras y prácticas que permitieran a las organizaciones trabajar efectivamente en situaciones de diferencias culturales.

### ***Percepción de la calidad del cuidado***

El cuidado en pacientes oncológicos. El cuidado de las personas sigue siendo el eje vertebrador de la disciplina y profesión de enfermería, centrado en una presencia auténtica que da sentido a la relación entre quien brinda el cuidado y la persona cuidada. La profesional de enfermería desarrolla una aproximación en la que pretende valorar la situación del paciente y luego de un conocimiento amplio de su realidad y contexto de vida, formular las prioridades necesarias en la intervención, que se realizará de manera sensible, personalizada y con el propósito de promover la participación del paciente en la recuperación de la autonomía y capacidades pre existentes, con el menor sufrimiento posible (Santamaría, et al., 2017).

En pacientes con problemas oncológicos, nadie mejor que ellos mismos para establecer juicios críticos acerca de los atributos más valorados en asistencia ofrecida por las enfermeras (os); es su organismo y son ellos quienes experimentan el dolor, los efectos de la quimioterapia y sus apreciaciones pueden ser diferentes de otros grupos de pacientes ya conocidos. De este modo, mientras en algunos estudios la percepción de comportamientos de cuidado según los pacientes oncológicos llega al 77,3% (Santamaría et al., 2017), en otros estudios realizados en países europeos se logró asociar la calidad del cuidado de enfermería con la percepción de individualidad en la atención y confianza ofrecida (Charalambous et al., 2017).

### ***Percepción de la calidad del cuidado***

Abarca un proceso cognitivo, afectivo y social por el cual, se toma conciencia de los pasos del proceso seguido y los logros alcanzados a través de las acciones de cuidado realizadas por las enfermeras(os) en los diferentes aspectos que expresan satisfacción de necesidades, alivio de molestias, apoyo en el manejo de emociones, ayuda específica, seguridad, información y respeto como persona.

Abarca principalmente las siguientes dimensiones:

**Empatía.** Proviene de la voz inglesa empathy que significa “sentirse dentro de algo o alguien”. Más claramente, consiste en la capacidad de comprender los sentimientos de la otra persona que es interlocutora; se intenta experimentar de forma objetiva y racional lo que ella está sintiendo frente a una situación determinada y este sentimiento motiva la escucha, la comprensión y el deseo de ayudarla, desde una postura altruista (Rodríguez et al., 2020).

Un profesional empático se caracteriza por tener proximidad, escuchar activamente e identificarse en el plano emocional de la otra persona, intentando comprenderla según la complejidad donde se encuentre y mostrando agrado y respeto al establecer conexión con ella. Es fundamental desarrollar empatía pues la existencia humana transcurre en contextos sociales complejos y cambiantes; la capacidad del profesional de enfermería de establecer una relación empática poniéndose en el lugar del paciente y, favoreciendo la expresión de emociones es empatía medible de alguna forma (Buceta et al., 2019).

**Apoyo emocional.** Comprende un conjunto de comportamientos de los profesionales enfermeros en tres aspectos primordiales: apoyo afectivo, apoyo tangible y apoyo informativo; se realiza con pacientes y familiares que se encuentran inmersos en una situación de cuidado donde existe tensión y sufrimiento, requiriendo alivio para afrontar mejor la situación (Treviño et al., 2019).

En la esfera afectiva importa un lenguaje firme y claro pero amable que ayude a expresar emociones y haga sentir a gusto a las personas. El apoyo tangible comprende proporcionar la ayuda específica que las personas están necesitando en un momento dado, escucharlos sin interrumpir, acompañarlos en un momento de crisis sin decir nada. El apoyo informativo es uno de los más requeridos por el paciente y la familia con problemas oncológicos, porque facilita su tranquilidad y toma de decisiones de afrontamiento (Sacos, 2018).

Mediante lazos de confianza es posible que el paciente perciba el apoyo emocional brindado por la enfermera.

**Apoyo físico.** Según Güell (2018) el apoyo físico ocupa el centro del cuidado, dado el compromiso ocasionado por los cambios a nivel de los diferentes aparatos y sistemas y la alteración del homeostasis o equilibrio en el funcionamiento de la economía humana. Es visible el debilitamiento, la presencia del dolor y la incomodidad. Se incrementa la dependencia del cuidado del otro, la persona pierde capacidad para realizar actividades cotidianas que antes realizaba solo y esta sensación tangible de pérdida de la independencia, merma su autoestima incrementando su sentimiento de impotencia y fragilidad (Cavalcanti, 2019).

Esta consciencia de vulnerabilidad física según EAFIT (2018) hace imprescindible valorar la profunda y permanente interrelación entre el cuerpo y la mente, adelantándose de manera diligente y con tino, brindando la ayuda delicada y respetuosa para realizar la higiene, deambulación, higiene oral o desplazamiento sin que la persona cuidada sienta la necesidad de hacerlo y, menos aún, de esperar apoyo de forma prolongada.

**Proactividad.** Implica la realización de conductas auto motivadas en los profesionales enfermeros, como expresión de su madurez y desarrollo en el proceso del cuidado. Estas actividades que expresan mucha iniciativa y conducta anticipatoria, persiguen influir en el ambiente e interacción con los pacientes y familiares para alcanzar algunos cambios necesarios a nivel del comportamiento individual o en la organización del cuidado. Se asocia a un mayor compromiso o participación del paciente, mejores resultados y mayor satisfacción. Es una manera de inducir mayor capacidad de respuesta a los interrogantes y necesidades de la familia participante en el proceso de recuperación (Fatimah, et al., 2016).

**Disponibilidad para el cuidado o cualidades del profesional enfermero.**

Comprende una serie de atributos de carácter personal, a través de los cuales se realiza la oferta del cuidado con verdadera disponibilidad; existe prontitud, diligencia, oportunidad en la respuesta o detección de necesidades (Alligood & Tomey, 2018).

En virtud de esta actitud la interacción enfermera paciente se realiza en un clima de cordialidad, capaz de identificar con precisión y celeridad las necesidades, educar y guiar de manera paciente y reiterativa, sin prisas ni limitaciones, haciendo notar que las personas son valiosas y merecen dedicación, especialmente en cuanto concierne a la administración puntual del protocolo de quimioterapia, informándolo y brindando seguridad en todo momento (Waldow, 2009).

**Priorización al ser cuidado.** En lo más significativo del proceso de cuidado, nada más contundente que experimentar el trato sensible y comprensivo de quien impresiona compartiendo las propias dolencias, su pleno lado humano, a otro ser humano que anhela ese cuidado; a pesar de las limitaciones y diferencias existentes. El valor intrínseco de la persona por el solo hecho de existir pone de manifiesto el señorío del hombre sobre la naturaleza y a pesar de su vulnerabilidad, se mantiene digno de ser respetado en cada espacio de su cuerpo y por tanto de su intimidad (Cortina, 2018).

Todo acercamiento, información o enseñanza son modos de ofrecer la ayuda que la persona necesita para afrontar su situación en las mejores condiciones (Madera et al., 2016).

**Consulta externa.** Espacio organizativo asistencial destinado a la atención ambulatoria de pacientes que personalmente o con ayuda, pueden concurrir con fines de consulta o procedimientos específicos previa programación, con fines recuperativos o mantenimiento de la salud.

### ***Ciencia del cuidado humano: Teoría de Jean Watson***

La teórica describe, explica y predice en su propuesta teórica, los acontecimientos centrales de enfermería, es ostensible con gran fuerza desde 1975 al presente siglo. Se trata de un surgimiento favorable de preocupación por el cuidado, siendo los profesionales de enfermería quienes ofrecen mayor visibilidad a pesar de las barreras históricas cuyo peso todavía pretende negar el valor y la autonomía de la Ciencia y Arte del cuidado en permanente construcción.

Urrea et al. (2011) iniciaron aspectos sustantivos de reflexión, en torno a dos componentes vitales del cuidado: el aspecto cultural y la dimensión moral. El aspecto cultural abarca las prácticas del plano individual y colectivo; en ellos, el cuidado se proyecta como el ideal moral de la profesión: en ella se persigue, ante todo, el bienestar de la humanidad.

Más allá del modelo biologicista, ha sido beneficioso descubrir los elementos de una ciencia humana del cuidado revalorando la fusión cuerpo /espíritu; las experiencias subjetivas/objetivas; la búsqueda permanente de armonía, la evolución espiritual y la auto trascendencia. Watson desde 1979 impulsa el proceso de cuidar desde diez factores cuidadosos y profundiza en nuevas modalidades de prestar el cuidado humanizado. Para la autora, el cuidado de la salud se formaliza académicamente y se fundamenta en aspectos epistemológicos, superando las tendencias dominantes del eficientismo tecnológico y otras visiones positivistas propias de la internacionalización de la economía y fragmentación del ser humano conduce al desconocimiento de los derechos del otro, especialmente aquellos que corresponden a la existencia de diversidad, llegando a formar parte de las decisiones cotidianas.

**Supuestos de la teoría de Watson.** La acción de cuidar se realiza únicamente en el encuentro interpersonal entre quien requiere el cuidado y quien es competente para realizarlo, respeta el contexto social, por lo que demanda profundo conocimiento del entorno donde se realiza la prestación.

El cuidado tiene objetivos y resultados, tangibles en la cobertura exitosa de necesidades.

Al realizar el acto de cuidar se impulsa el desarrollo individual, de la familia a un nivel de salud que alcanza una relación armoniosa de la persona consigo misma y su entorno.

El entorno de cuidado permite alcanzar diversos potenciales de la persona para optar entre varias alternativas necesarias en diferentes etapas de la vida.

En suma, la ciencia del cuidado humano, integra la medicina y la misión cuidativa de enfermería, complementa a la ciencia curativa, proporcionando medidas apropiadas en el comportamiento humano para generar salud, mantenerla o recuperarla.

La práctica del cuidado es central en la enfermería bajo la forma de un acompañamiento sensible pero capaz de ayudar al individuo a descubrir la mejor solución para su situación de salud; el conocimiento y la práctica van de la mano (Pinto, 2010).

Los factores cuidativos destacados por Contrera & Rodríguez (2021) corresponden a:

Una formación humanista-altruista propia de un sistema de valores que se convierte en el cuidado pleno de afecto y bondad, ánimo ecuánime en el trato al paciente. Para ello necesariamente los profesionales de enfermería ameritan fortalecer sus competencias éticas; sin una comprensión de los principios morales que guían la propia existencia es imposible comprender y respetar los principios de otros.

Incorporación de la fe y la esperanza: al haber permanecido en la tradición transmitida por generaciones, ha llegado a ser parte de las fortalezas insondables y misteriosas de los



individuos y las colectividades, llegando a ser pilares de sanación que actúan redoblando la energía para lograr el alivio y algunas veces la recuperación.

Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros: constituye un campo de aporte a la comprensión de los propios sentimientos, su naturaleza positiva y negativa y la lucha que libran los seres humanos para manifestarlos oportunamente. La expresión de sentimientos al ser energía interna necesita la empatía del profesional y la ayuda en su canalización, reprimir o evitar solo aumenta el discomfort; es parte del coraje dejar traslucir el dolor que en un momento dado inunda el ser (Contrera & Rodríguez, 2021).

Desarrollar una relación de ayuda basada en la confianza y apego a la honradez y la verdad. Se debe evitar tres incongruencias: jugar roles estereotipados respondiendo como quien posee toda la verdad, es mejor mostrar la autenticidad; reconocer que la relación con el paciente puede plantear dificultades y que cuentan también las experiencias personales; todo se necesita conjugar en formas de autoaprendizaje. Nada del paciente nos pertenece: ni el cuerpo, ni sus sentimientos o problemas, la ayuda es facilitar su autonomía y respeto en todo momento (Kérouack et al., 1996).

Watson, propicia la actitud de aceptar que conlleva expresar profundamente cuanto se siente tanto de manera favorable como, porque este mecanismo equivale al funcionamiento de las ventanas del alma, en el plano espiritual; esto procura evitar el uso de estrategias defensivas de negación o incremento de estrés, por ello la enfermera debe desarrollar habilidades en el manejo emocional.

Utilizar formas creativas en la solución de problemas del proceso de cuidados, sin abusar del método sistemático del proceso de atención de enfermería. Todo requiere juicio crítico, integración de experiencias y significados y el empleo de los recursos personales y experiencias propias en el proceso de cuidar con profesionalismo, evitando en todo momento las acciones mecanizadas, rígidas y auto controladas que dan mayor cabida al control de la

patología y poco espacio a la autonomía y proximidad a los problemas del paciente. Es indispensable mayor apertura a nuevas estrategias de cuidado, a encaminar las teorías existentes y difundir el marco de conocimientos respecto al cuidado (Poblete & Valenzuela, 2007; Martín, 2017).

Promover y mantener procesos de enseñanza-aprendizaje interpersonal, que al concentrarse en el ser cuidado, personalice sus necesidades de ayuda y no solo los aspectos informativos. Personalizar la enseñanza es mantener una actitud respetuosa hacia los cuidados necesarios, hasta lograr cambios conductuales que benefician a pacientes y colectividades.

Crear un entorno seguro, cómodo y de protección para la integridad y bienestar de la persona, a cuyo fin se enlazan los ambientes externo e interno que actúan de manera interdependiente.

Satisfacer las necesidades básicas mediante cuidado consciente e intencionado, de manera que manteniendo la unidad del ser permita el acceso al logro de necesidades más profundas y complejas donde se alinean todos los pilares del ser humano permitiendo trascender más allá de lo planeado. El profesional enfermero conocedor de este desafío desarrolla una mirada holística e integrativa en su carrera personal a lo largo de su trayectoria profesional (Alligood & Tomey, 2018).

Permitir que las fuerzas fenomenológicas espirituales se manifiesten para cuidar las fases misteriosas entre la vida y la muerte; cuidar el alma propia y de aquellos a quienes se brinda el cuidado (Watson & Woodward, 2010).

Los aportes de la teoría de Watson se han extendido a más de 29 países del mundo, por la profundidad de los supuestos y claridad de los factores cuidativos que luego se ponen en práctica. Un gran número de profesionales de enfermería adopta sus principios para fundamentar el desarrollo de propuestas orientadas a integrar mejor las fuerzas recuperativas con las fuerzas espirituales y encontrar mayor sentido al sufrimiento y la sanación.

La autora utiliza el discurso sencillo, directo y auténtico, haciendo sentir que la enfermería en su desarrollo, ha perdido parte de su esencia; confundida entre los aportes biomédicos, el papel de la tecnología y la proximidad de la práctica basada en evidencias. Destaca sin embargo que, sin la dimensión humana las tendencias del cuidado pueden llegar a ser reductoras y hasta destructivas, instando a todos a reposicionar el verdadero sentido del cuidado en el sistema de salud (Echevarría, 2017).

### **Definición conceptual de variables**

#### ***Competencia cultural***

Se considera como conjunto de capacidades que conllevan conocimiento, habilidad y actitud para comprender la realidad cultural que experimentan las personas e incorporarla en el cuidado brindado. Implica el proceso en que la enfermera se esmera en conseguir la habilidad y disponibilidad para trabajar de manera efectiva dentro de un contexto cultural; la competencia cultural significa tener conocimiento, entendimiento y habilidades para proporcionar cuidados culturalmente pertinentes (Campinha-Bacote, 2002; Campinha-Bacote, 2012).

#### ***Percepción de la calidad del cuidado***

Proceso cognitivo de conciencia que permite a los pacientes, establecer juicios de valor o evaluar la calidad del cuidado que les brinda la enfermera, a partir del reconocimiento, interpretación y otorgamiento de significado de las intervenciones llevadas a cabo durante la interacción enfermera paciente en el contexto del cuidado (Ruiz-Cerino et al., 2020).

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, distrito de Surquillo, situado en Avenida Angamos N° 2500. Centro de alta capacidad resolutive a nivel nacional e internacional, con una demanda que habitualmente supera los 42,000 pacientes por año.

El potencial humano es altamente especializado y motivado para desempeñarse con personas cuya situación de salud requiere no solo tecnología de primera línea, sino capacidades humanas y condiciones de planta física y equipamiento impecables.

#### **Población y muestra**

##### ***Población***

La población se conformó por dos grupos: pacientes en quienes se midió las variables de interés. El primer grupo de la población estuvo conformado por 3,600 pacientes atendidos por mes en el servicio de quimioterapia en la consulta externa, en los diferentes protocolos establecidos, sin embargo, se ha reducido a 8 pacientes por enfermera con un aproximado de 70 pacientes por día y 20 entre sábado y domingo a quienes se les administra esquemas más cortos de tratamiento oncológico.

El segundo grupo poblacional es el conjunto de enfermeras(os) que laboran en el Servicio de Quimioterapia de la institución, según la lista total corresponde a 36 enfermeros.

El muestreo fue de tipo no probabilístico donde los sujetos fueron seleccionados a conveniencia, la selección obedeció que los pacientes y profesionales de enfermería programados en las fechas en las que se ejecutó la recolección de datos, según cronograma. La muestra fue grupo de pacientes de 120 considerando los 20 días hábiles en que se recolectó la información. La muestra de profesionales de enfermería fue de 15, considerando los

profesionales de enfermería que cumplan sus labores en el periodo que se recopiló información de los pacientes.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### ***Criterios de inclusión***

**Primer grupo.** Pacientes de 18 a 60 años de edad con capacidad de comunicación verbal y escrita, que se encuentren estables al momento de responder la encuesta, y que estuvieron programados a las sesiones de quimioterapia en el periodo de recolección programado por los investigadores.

**Segundo grupo.** Enfermeras(os) que laboren de manera regular en esta especialidad por espacio mayor a 6 meses y que estuvieron programados en el periodo establecido para la recolección de datos de los pacientes.

#### ***Criterios de exclusión***

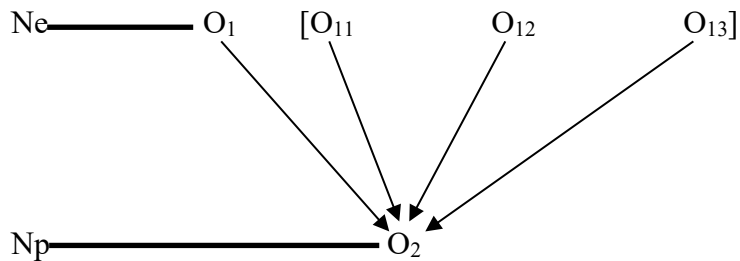
**Primer grupo.** Pacientes que no asistieron a la sesión de quimioterapia programada, y quienes no aceptaron participar en el estudio, o no firman el consentimiento informado.

**Segundo grupo.** Profesionales de enfermería que por circunstancias diversas no asistieron a su turno programado o que fueron derivados a otra área o servicio para cumplir otra función o labor, y los profesionales de enfermería que no aceptaron participar en la investigación o no den su consentimiento.

### **Tipo y diseño de investigación**

El estudio se realizó según el método cuantitativo, de tipo explicativo causal y expofacto por tratarse de dos grupos poblacionales intentando cuantificar las variables de interés: competencia cultural de los profesionales de enfermería en acciones que ya vienen realizando y percepción de la calidad del cuidado según los pacientes que reciben quimioterapia. Se pretende determinar la posible influencia de la competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente. El diseño es no

experimental por cuanto no se realizó manipulación alguna de las variables, cada una se estudió tal y como se comporta en la realidad. Según las observaciones a registrar fue de corte transversal porque se recogió en un momento determinado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). El modelo que rige esta investigación es el siguiente:



Donde:

**Ne:** Población de profesionales de enfermería del Servicio de Quimioterapia

**Np:** Población de pacientes del Servicio de Quimioterapia

**O1:** Competencias culturales del profesional de enfermería

**O<sub>i</sub>:** Donde  $i = \{1,2,3\}$ , dimensiones de la competencia cultural

**O<sub>2</sub>:** Percepción de la calidad del cuidado

## Formulación de hipótesis

### *Hipótesis general*

**H<sub>1</sub>:** La competencia cultural de los profesionales de enfermería influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

**H<sub>0</sub>:** La competencia cultural de los profesionales de enfermería no influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

### ***Hipótesis específicas***

**Ha1.** La sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

**Ho1.** La sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería no influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

**Ha2.** El conocimiento cultural de los profesionales de enfermería influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

**Ho2.** El conocimiento cultural de los profesionales de enfermería no influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

**Ha3.** La habilidad cultural de los profesionales de enfermería influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

**Ho3.** La habilidad cultural de los profesionales de enfermería no influye en la percepción de la calidad del cuidado en pacientes con quimioterapia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

### **Identificación de variables**

#### ***Independiente***

Competencia cultural

#### ***Dependiente***

Percepción de la calidad del cuidado

*Variables secundarias.* Edad de los pacientes, sexo, grado de instrucción, ocupación, tiempo de tratamiento, diagnóstico, procedencia.





---

Disposición para la atención

- 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas
  - 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos
  - 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud
  - 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
  - 3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización
  - 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención
  - 16. Le llaman por su nombre
  - 18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)
  - 20. Le manifiestan que están pendientes de usted
  - 21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento
-

- 
22. Responden oportunamente a su llamado
  23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual
  24. Le escuchan atentamente
  25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo
  26. Le brindan un cuidado cálido y delicado
  27. Le ayudan a manejar el dolor físico
  28. Le demuestran que son responsables con su atención
  29. Le respetan sus decisiones
  30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar
  31. Le respetan su intimidad
  32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico
-

**Tabla 2***Competencia cultural*

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR
La competencia cultural constituye un área de conocimiento y de práctica enfocada a la forma de ofertar cuidados culturales en salud y enfermedad, con una visión holística del individuo y los grupos, respecto a las diferencias y similitudes en los valores, creencias y prácticas culturales que realizan, con el propósito de satisfacer las necesidades de	Es la medición de las competencias que tiene el profesional de enfermería para tomar en cuenta los valores, creencias y prácticas culturales a través de sus tres componentes cuya medición final se expresa en la transformación de las puntuaciones finales con las tablas de equivalencia de 0 a 100.	Sensibilidad	1. Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud. 2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud. 3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales. 4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	Los ítems serán medidos a través de escala Likert, con los siguientes valores. 1 = totalmente en desacuerdo 2 = en desacuerdo 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = de acuerdo 5 = totalmente de acuerdo
		Conocimiento	5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud. 6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado. 7. Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad. 8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).	
		Habilidad	9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.	

---

las personas con  
respeto,  
sensibilidad y  
eficacia  
(Leininger 1978,  
en Alligood y  
Tomey, 2018),.

10. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.

11. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.

12. Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente.

13. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.

14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.

---

## Validez y confiabilidad

El análisis factorial exploratorio de la EMCC-14 mostró en  $KMO= 0,785$  y según el índice de Barlett  $p= <0,01$ . Los 14 ítems agrupados en las tres dimensiones señaladas explican el 51,9% de la varianza. El análisis confirmatorio, se realizó en una muestra de 607 participantes; la correlación entre sensibilidad y conocimiento fue  $r= 0,28$  y  $p=<0,001$  y la correlación entre conocimiento y habilidad fue alta  $r=0,74$  y  $p=<0,001$  (Pedrero et al., 2020).

La correlación fue poco significativa para establecer relación entre la sensibilidad a los propios prejuicios y las habilidades para incorporar los aspectos culturales de los usuarios en la atención ( $P= 0,059$ ). La confiabilidad del instrumento según el coeficiente alfa de Cronbach en promedio fue de 0,70. Cuenta con Manual para procesar e interpretar las subescalas (Pedrero et al., 2019).

Para garantizar que el instrumento conserva la propiedad métrica de confiabilidad se aplicó a una muestra de 37 profesionales de enfermería los cuales respondieron la escala, el cálculo de la confiabilidad se hizo en función a 31 participantes, se consideró necesario eliminar los casos con datos perdidos para tener una medida más exacta de la confiabilidad. El valor alfa de Cronbach reportado en base a elementos estandarizados fue de 0.789.

El cuestionario para medir la calidad del cuidado es la Escala Percepción del Comportamiento de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), en su tercera versión, validado por González-Hernández (2015) en Colombia. Consta de 32 ítems organizados en tres categorías con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. 1= nunca; 2= algunas veces; 3=casi siempre y 4=siempre.

Las categorías de la variable en estudio, son seis:

Priorizar al sujeto de cuidado (La persona): 1,2,6,7,8,15 y 17.

Apertura a la comunicación, brindar educación en salud: 4,5,9,10,11,12,14.

Cualidades del hacer/enfermería: 3,13,16,18,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31 y 32.

### **Tabla 3**

*El rango de interpretación de la percepción se distribuye por puntos de corte según puntaje del método de estratificación univariada de Dalenius*

Medida de percepción	Cualidades del hacer	Apertura a la comunicación	Priorizar al ser cuidado	Percepción total
Desfavorable	7-14	8-16	17-34	32-64
Medianamente favorable	15-21	17-24	35-51	65-96
Favorable	22-28	25-32	52-68	97-128

El instrumento Percepción de Comportamiento de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE versión 3<sup>a</sup>) fue modificado por González-Hernández (2015) y luego sometido a pruebas de validez facial y de contenido por 8 enfermeras expertas. Alcanzó un índice de aceptabilidad de 0,92 y en validez de contenido de 0,98; por lo que resulta válido. La confiabilidad se determinó mediante el Cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,96 o excelente.

En Perú, entre 2016-2018 se llevaron a cabo varios estudios con la 3<sup>a</sup> versión de este instrumento con valores alfa de Cronbach de 0.94 a 0.97.

### **Proceso de recolección de datos**

Una vez inscrito el proyecto y autorizada su ejecución en la Oficina de Capacitación e Investigación, contó también con la aprobación por el Comité de Ética.

Realizados estos pasos, se coordinó con la Dirección de Enfermería a fin de contar con las facilidades y se realizó las coordinaciones con las personas informantes, tanto pacientes como enfermeras, a fin de consensuar la mejor forma de aplicación de los instrumentos por vía

virtual: correo electrónico en la medida de lo posible, dada la coyuntura de la pandemia generada por el Sar Cov 2.

Realizados estos pasos, se coordinó con la Dirección de Enfermería a fin de contar con las facilidades de las coordinaciones respectivas para la recopilación de los datos. Puesto que es necesario al momento de la recolección asegurarse de que los instrumentos sean emparejados enfermera-pacientes atendidos. La recolección de los datos se realizó de manera presencial considerando los protocolos de bioseguridad necesarios y cumpliendo estrictamente los protocolos establecidos por la institución. El consentimiento informado fue firmado previo a la recolección de los datos en el caso de los pacientes, para el caso del personal de enfermería las escalas fueron identificadas por códigos para obtener la identificación de las puntuaciones obtenidas por enfermera.

Según el acuerdo establecido y de acuerdo al cronograma previsto, se llevó a cabo la recolección de datos por espacio de dos semanas en el horario de 9:00 am a 9:00 pm.

### **Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron importados al software IBM SPSS Statistics V26, para su tratamiento; para la muestra de profesionales de enfermería se realizó una exploración inicial que permitió identificar un caso con un dato perdido, para no reducir la muestra dentro del proceso de limpieza se realizó la imputación de valores a través de la puntuación media obtenida por caso; posterior a ello se realizó la sumatoria de las respuestas para la competencia cultural y sus tres dimensiones, dichas puntuaciones fueron estandarizadas utilizando una escala de 0 a 100, proceso que fue ejecutado siguiendo las recomendaciones del manual del instrumento. Se calcularon las puntuaciones globales para cada variable y sus dimensiones, se realizó una comparación de las puntuaciones de la competencia cultural por cada profesional de



enfermería evaluado, el mismo procedimiento se realizó para la percepción de la calidad del cuidado; estas comparaciones se realizaron a través del test de Kruskal Wallis.

Posteriormente se realizó un análisis bivariado a través del test no paramétrico del coeficiente de correlación de Pearson por no haberse superado el supuesto de normalidad, este procedimiento se realizó para identificar los elementos del modelo de regresión para determinar la influencia de la competencia cultural en la percepción de la calidad del cuidado, para generar la matriz de correlaciones se estimó las puntuaciones promedio de percepción por grupo de pacientes según profesional de enfermería atendido. Al no encontrarse variables correlacionadas se suprimió el análisis de regresión multivariado. La significancia estadística para los test fue del 5%.

### **Consideraciones éticas**

Se solicitó el permiso a la institución para la aplicación del trabajo de investigación, de acuerdo a la normativa. Se cumplió con la información de riesgos y beneficios en respeto al principio de autonomía, previo a la firma del consentimiento informado a los pacientes y profesionales de enfermería encuestados, donde los participantes autorizaron su participación en el estudio. Del mismo modo, se mantuvo la confidencialidad de la información mediante el anonimato y el uso de los resultados, solo con fines de investigación.

Los principios de honestidad y veracidad, se aplicaron mediante la estricta observancia de cita de referencias de los autores, en la rigurosidad del cumplimiento del procedimiento adecuado para presentar los datos y la veracidad en la presentación de los resultados.

## Capítulo IV

### Resultados

A continuación, se presentan las características de identificación de los 117 pacientes y 15 profesionales de enfermería que participaron en el estudio. El 100% enfermería fueron mujeres, 53,3% casadas, 26,7% solteras, 13,3% convivientes, y 6,7% viudas; el 60% fueron de la costa y 40% de la sierra; el 80% contaban con título de especialistas, 13,3 con grado de maestro y 6,7% solo título profesional, el 100% profesaba la religión católica (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Características sociodemográficas de los participantes*

Variables y categorías	Personal de Salud		Pacientes	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	15	100.0	90	76.9
Masculino	0	0.0	27	23.1
<b>Estado Civil</b>				
Soltero	4	26.7	49	41.9
Casado	8	53.3	35	29.9
Viudo	1	6.7	6	5.1
Divorciado	0	0.0	6	5.1
Conviviente	2	13.3	21	17.9
<b>Procedencia</b>				
Costa	9	60.0	68	58.1
Sierra	6	40.0	34	29.1
Selva	0	0.0	15	12.8
<b>Máximo nivel de estudios personal de salud</b>				
Bachiller	0	0.0		
Titulado	1	6.7		
Especialista	12	80.0		
Maestro	2	13.3		
Doctor	0	0.0		
<b>Máximo nivel de estudios pacientes</b>				
Primaria			24	20.5
Secundaria			55	47.0
Superior Técnica			16	13.7
Superior Universitario			19	16.2

Posgrado			3	2.6
Religión				
Católico	15	100.0	76	65.0
Adventista	0	0.0	1	0.9
Evangélico	0	0.0	26	22.2
Otro	0	0.0	14	12.0

De los pacientes, el 76.9% fueron mujeres y el 23.1% varones; 41.9% solteros, 29.9% casados, 17.9% convivientes, 5.1 viudos y el 5.1% restante divorciados; el 58.1% fue de la costa, 29.1% de la sierra y 12.8% de la selva; un 47% contaba con estudios de secundaria, 20.5% primaria, 16.2% superior universitario, 13.7% superior técnica y 2.6% con estudios de posgrado; en cuanto a la religión que profesan el 65% afirmó ser católico, 22.2% evangélico, 0.9% adventista y 12% otra denominación religiosa (Tabla 4).

La edad promedio de los profesionales de enfermería fue de  $\bar{x} = 51 \pm 10.1$  años, el 50% fue mayor de 50 años de edad, la experiencia laboral media fue de  $\bar{x} = 23.2 \pm 11.7$  años. La edad promedio de los pacientes fue de  $\bar{x} = 48.97 \pm 15.24$  años, el rango de edades estuvo comprendida entre los 15 y 81 años de edad (Tabla 5).

### Tabla 5

#### *Características demográficas a través de variables numéricas*

Grupos y variables	Min	Max	$\bar{x}$	S	Me	RI
Profesionales de Enfermería						
Edad	33	63	51.0	10.1	52.0	17
Años de experiencia laboral	8	42	23.2	11.7	20.0	22
Pacientes						
Edad	15	81	48.97	15.24	52.0	23

Tomando en cuenta el punto de corte central de la escala global (50), se puede evidenciar que más del 75% de los profesionales de enfermería obtuvieron una competencia

cultural que tiende a ser buena ( $Me=73.21$ ,  $RI=17.86$ ), un comportamiento similar se observó en las dimensiones conocimiento ( $Me=81.25$ ,  $RI=18.75$ ) y habilidad ( $Me=75.00$ ,  $RI=12.50$ ).

En la dimensión sensibilidad se observa un menor porcentaje de personas con una competencia cultural que tiende a ser buena. La dimensión con mejor puntuación fue el conocimiento y la dimensión con menor puntuación la sensibilidad (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Competencia Cultural de los profesionales de enfermería*

Variable y dimensiones	Min	Max	$\bar{x}$	$S$	Me	$RI$
Competencia cultural	7.14	96.43	69.28	21.98	73.21	17.86
Sensibilidad	6.25	93.75	61.25	23.05	62.50	31.25
Conocimiento	0.00	100.0	71.67	31.42	81.25	18.75
Habilidad	12.50	95.83	73.06	19.60	75.00	12.50

De los 117 pacientes el 94% percibió una calidad del cuidado favorable, 5.1% medianamente favorable y 0,9% favorable. Las percepciones respecto a la dimensión cualidades del hacer fue 91.5% favorable y 8.5% medianamente favorable. En la dimensión apertura de la comunicación y disposición para la atención el 93.2% y 94% respectivamente, percibió una calidad del cuidado favorable (Tabla 7).

**Tabla 7**

*Percepción de la calidad del cuidado*

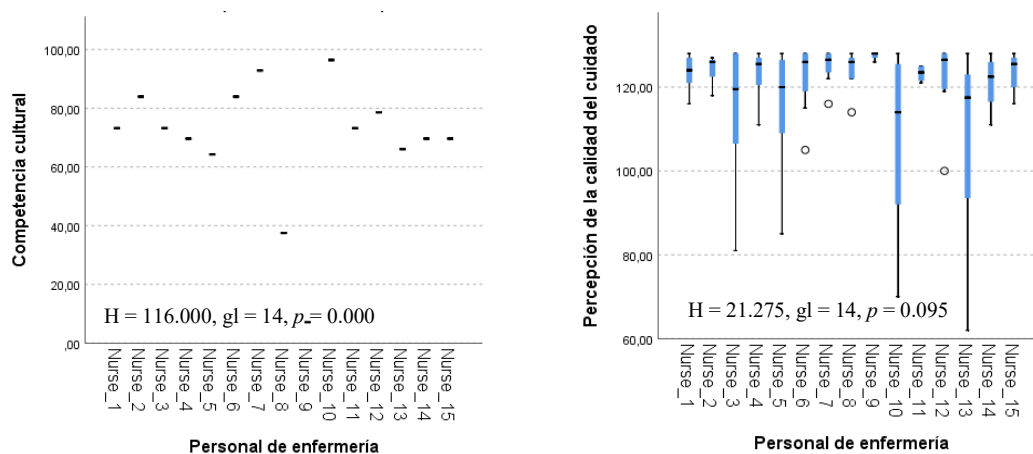
Variable y dimensiones	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable	
	N	%	N	%	N	%
Percepción de la calidad del cuidado	1	0.9	6	5.1	110	94.0
Cualidades del hacer	0	0.0	10	8.5	107	91.5
Apertura a la comunicación	2	1.7	6	5.1	109	93.2
Disposición para la atención	1	0.9	6	5.1	110	94.0

Se puede evidenciar que los profesionales de enfermería etiquetados como Nurse\_9, Nurse\_8, Nurse\_5 y Nurse\_13, obtuvieron mayores puntuaciones frente a los otros

profesionales, lo cual hizo que el test de Kruskal Wallis sea significativo para las diferencias entre las puntuaciones de la competencia cultural.

### Figura 1

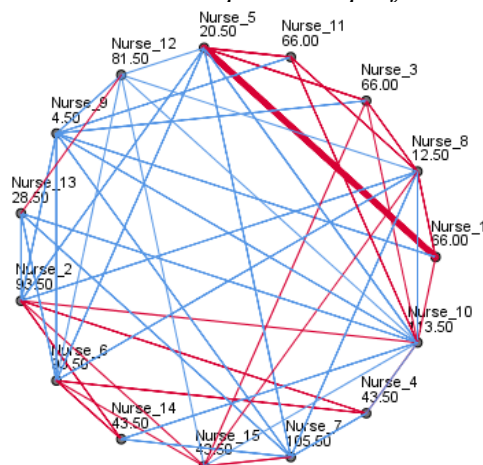
*Prueba de Kruskal Wallis para las puntuaciones de la competencia cultural y la percepción de la calidad del cuidado según personal de enfermería que brindó la atención.*



La prueba de Kruskal Wallis para las puntuaciones obtenidas en la variable competencia cultural (Figura 2) mostró diferencias significativas al ser comparadas entre cada profesional de enfermería indicando que cada personal tiene desarrollado en diferente grado la competencia cultural ( $H = 116.000$ ,  $p = 0.000$ ). Sin embargo, el mismo análisis realizado en la variable de percepción de la calidad del cuidado evidenció que el grupo de pacientes atendidos por una enfermera al ser comparados con la percepción del grupo de pacientes atendidos por las otras enfermeras son similares ( $H = 21.275$ ,  $p = 0.095$ ).

**Figura 2**

*Comparación de pares para las puntuaciones de la competencia cultural considerando los rangos medios de las puntuaciones obtenidas por cada profesional de enfermería*



El análisis bivariado realizado pone en evidencia que no existe relación entre la percepción de la calidad del cuidado y la competencia cultural ( $Rho=-0.076$ ,  $p=0.789$ ), tampoco se evidencia relación alguna con la dimensión sensibilidad ( $Rho=-0.329$ ,  $p=0.231$ ), conocimiento ( $Rho=-0.004$ ,  $p=0.990$ ), y habilidad ( $Rho=-0.013$ ,  $p=0.964$ ). Al no evidenciarse relación entre la competencia cultural y sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado, se detiene el análisis de regresión para determinar la influencia (Tabla 5).

**Tabla 8**

*Análisis de correlación bivariado para identificar variables para la regresión*

Variables y Dimensiones	(1)	(2)	(3)	(4)
Percepción de la calidad del cuidado (1)				
Competencia cultural (2)	-0.076(0.789)			
Sensibilidad (3)	-0.329(0.231)	0.834**(0.000)		
Conocimiento (4)	-0.004(0.990)	0.802**(0.000)	0.521*(0.046)	
Habilidad (5)	0.013(0.964)	0.947**(0.000)	0.692**(0.004)	0.746**(0.001)

*Nota:* \* La correlación es significativa a un nivel de 0.05, \*\* La correlación es significativa a un nivel de 0.

## Discusión

Ser culturalmente competente implica aceptación de los patrones o comportamiento dentro de las organizaciones donde se comparte experiencias e interacciones basada en valores, creencias y costumbres diversas. Las diferencias culturales necesitan conocimiento y comprensión como estrategia fundamental de modo inherente a los atributos del cuidado en la dimensión cultural. Las enfermeras(os) valoran la competencia cultural y el modo cómo percibe la persona cuidada, este comportamiento.

Los resultados obtenidos sobre la caracterización de competencias culturales de las enfermeras(os) en una cifra mayor al 75% en el nivel bueno (Me=73.21, RI=17.86) unido a un comportamiento similar en las dimensiones del conocimiento (Me=81.25, RI=18.75) y habilidad (Me=75.00, RI=12.50), permiten visualizar que existe competencia cultural en el cuidado de pacientes con cáncer que reciben quimioterapia.

El valor más alto corresponde a la dimensión conocimiento, resultado congruente con los esfuerzos realizados por las profesionales en los procesos formativos de especialización y pos grado. Componente dinamizador para el logro de las habilidades y destrezas, de la misma forma que guía la dimensión valorativa del papel de la cultura en la diversidad de los seres humanos que demandan cuidados profesionales. Los hallazgos son congruentes con los resultados de Kousoulou et al. (2019), quienes encontraron en su estudio sobre competencia cultural un alto nivel de individualidad brindada en el cuidado del paciente, el conocimiento obtenido en la formación enfermera, les llevó a actuar con consideración positiva, logrando percibir los pacientes el trato respetuoso, con gran apoyo físico y emocional e inclusive, lograr desarrollo del sentido de pertenencia al centro asistencial.

El menor porcentaje encontrado en la dimensión sensibilidad, referida al respeto mutuo esperado en la interrelación entre pacientes y enfermeras en el servicio de quimioterapia, alude a situaciones de cuidado que representan aún espacios en proceso de construcción. Aceptar creencias, valores, costumbres, tradiciones, rituales y hasta mitos respecto al cuidado de la salud o la ocurrencia de enfermedades y sus complicaciones, no es tarea fácil. De manera que los resultados en este contexto, explican que no se trata de conductas de indiferencia de las enfermeras(os) hacia los usuarios en quimioterapia, ni las compañeras de labores. Se esboza en los resultados el surgimiento de interés por responder de modo genuino y fundamentado, a requerimientos peculiares de estas personas, la familia y circunstancias del entorno donde deben permanecer cuando proceden del interior del país para recibir el tratamiento antineoplásico.

Parte de la sensibilidad, es la identificación de las necesidades informativas y formativas, acerca de las medidas de cuidado indispensables por la agresividad del tratamiento para diversos aparatos y sistemas, manifestaciones que ponen a la familia en situaciones límite donde es preciso saber actuar y contar con recursos para llamar y actuar asertivamente con el paciente. Ayala & Sepúlveda (2017) muestran similitudes en los resultados por ellos obtenidos; encontraron que, 45% de los pacientes reclamó mayor sensibilidad en el cuidado y el 40% refirió el deseo de ser tratado como persona y no como caso. En similitud en el estudio realizado, la sensibilidad percibida alcanzó el valor más bajo.

La calidad del cuidado percibido por los pacientes, durante las experiencias de cuidado favorable en un 94%, es evidencia que la competencia cultural observada en niveles bueno y medio, de alguna manera, determina la percepción de calidad identificada en estos resultados. De manera similar, se visualizan valores muy favorables en las dimensiones de las cualidades



del hacer propia de la esfera procedimental, la apertura a la comunicación, que comprende el plano empático y la disposición para prestar el servicio. Resultados que guardan similitudes con el estudio de Culquitante (2019), quien encontró que el 84.4% de los pacientes están satisfechos con el cuidado brindado por las profesionales de enfermería. Y muestra diferencias muy claras con la investigación realizada por Juárez (2019) quien obtuvo un nivel medio en la variable y sus dimensiones.

Para Watson (1988) y Waldow (2009), la dimensión del cuidado sensible guarda estrecha relación con el soporte emocional, el toque terapéutico, saber escuchar a quien se cuida, algunas veces guardar silencio y siempre mantener alguna forma de contacto físico con las manos o en los hombros, a veces basta la mirada. En un servicio de naturaleza oncológica, el profesional de enfermería aprende a modo de una escuela donde el dolor es cotidiano, entender cuanto sucede, acompañar e inspirar confianza al paciente, son parte del cuidado sensible, inseparable del cuidado instrumental. En este aspecto, existen similitudes entre la baja sensibilidad encontrada en el presente estudio y los puntajes obtenidos por Charalambous et al. (2017), quienes encontraron bajos puntajes en la asistencia espiritual y religiosa de los pacientes, no así en el cuidado físico.

La posible influencia de la competencia cultural en la calidad del cuidado percibida por los usuarios, no se logra demostrar en cuanto no se encontró clara asociación entre ambas variables. Ni a nivel global y tampoco por dimensiones, fue posible demostrar la influencia de una variable en otra. No obstante, superando el limitante para realizar el análisis de regresión, por carencia de estudios similares, el terreno científico ha quedado preparado para ahondar dada la importancia de la temática; amerita profundización dada la dimensión antropológica y no solo pragmática del cuidado.

Sin embargo, acerca de las habilidades de la competencia cultural, se encontró coincidencias entre el presente estudio y los resultados obtenidos por Pérez & Carrasquilla (2019) quienes aun con poblaciones indígenas, demostró que lo más difícil es saber comunicarse, ser empático y ser más unido a la población con diferencias culturales; es urgente prepararse para responder de manera adecuada y coherente con los cambios en la demanda poblacional.

Cabe señalar que, el profesional de enfermería en su labor cotidiana en el cuidado de las personas comparte experiencias de culturas diversas, por lo que es preciso desarrollar competencia. Por su parte, Navarro (2015) hace hincapié en que el desarrollo de pocas habilidades en el manejo cultural se debe a la existencia de prejuicios y barreras idiomáticas, persiste especialmente en España, la aceptación solo de los cuidados culturales al final de la vida.

En referencia a si la sensibilidad cultural de la enfermera(o) influye en la percepción de la calidad del cuidado del paciente, los resultados indican respuesta negativa ( $Rho=-0.329$ ,  $p=0.231$ ). Sin embargo, es importante precisar la necesidad de investigar esta temática en el contexto hospitalario en paciente oncológico, pues urge comprender la diversidad cultural para humanizarla desde las acciones de enfermería. Al respecto, Cruz et al. (2017) exhiben algunas diferencias con el presente estudio, señalando que, las competencias culturales menos logradas se vinculan a los conocimientos y habilidades necesarias para promover mejores niveles de salud y aprender a proporcionar cuidados básicos ante la enfermedad, las reacciones adversas y las complicaciones, que en quimioterapia son muy frecuentes.

En lo concerniente a la influencia de los conocimientos culturales del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente, los resultados obtenidos

indican inexistencia de causalidad. No obstante, cabe precisar que la cultura propia de la profesión y la rápida fluctuación del conocimiento representa para la enfermería un gran desafío en la práctica, la gerencia, la investigación y sobre todo en la docencia (Vialart et al., 2018)

De igual manera, los resultados obtenidos precisan la inexistencia de relación de causalidad entre la habilidad cultural y la percepción de la calidad del cuidado ( $Rho=-0.013$ ,  $p=0.964$ ). Las habilidades culturales son capacidades con potencial para tender puentes cognitivos afectivos para ofertar el cuidado holístico. En este sentido, Repo et al. (2017) precisa que el nivel de competencia cultural moderada, la poca interacción y escasa habilidad lingüística limitan la influencia de la competencia cultural en la calidad del cuidado. Sin embargo, cuando el personal realiza pasantías en este campo, la competencia cultural mejora notablemente.

Los avances realizados en el plano estadístico han creado las condiciones para ampliar el estudio y ahondar en resultados, empleando una mixtura de estrategias metodológicas.

## Capítulo V

### Conclusiones

Primero: Se encontró competencia cultural mayor del 75% en los profesionales de enfermería en el nivel bueno ( $Me=73.21$ ,  $RI=17.86$ ), un comportamiento similar se observó en las dimensiones conocimiento ( $Me=81.25$ ,  $RI=18.75$ ) y habilidad ( $Me=75.00$ ,  $RI=12.50$ ). La dimensión con mejor puntuación fue el conocimiento y la dimensión con menor puntuación, la sensibilidad. Evidenciando que los enfermeros conocen la competencia cultural asumidos desde el abordaje de valores y responsabilidad.

Segunda: Se estableció que la percepción de la calidad de cuidado de los pacientes presentó el valor más alto en 94% de calidad del cuidado favorable, siendo similares los valores en las cualidades del hacer en un 91.5%, la apertura a la comunicación en 93.2% y la disposición para la atención en 94%.

Tercero: Se evidenció que no existe relación entre ambas variables. La competencia cultural no influye en la percepción de la calidad del cuidado ( $Rho=-0.076$ ,  $p=0.789$ ), factor limitante para realizar el análisis de regresión.

Segundo: Se encontró que no existe relación entre la dimensión sensibilidad cultural y la calidad del cuidado. La sensibilidad cultural no influye en la percepción de la calidad del cuidado ( $Rho=-0.329$ ,  $p=0.231$ ).

Cuarto: Se identificó que no existe relación entre la dimensión conocimiento cultural y la calidad del cuidado. El conocimiento cultural no influye en la percepción de la calidad del cuidado ( $Rho=-0.004$ ,  $p=0.990$ ),

Quinto: Se encontró que no existe relación entre la dimensión habilidad y la calidad del cuidado. La habilidad cultural no influye en la percepción de la calidad del cuidado ( $Rho = -0.013$ ,  $p = 0.964$ ).

## **Recomendaciones**

### **Al personal responsable de la gestión:**

Incentivar la formación de cursos de especialidad en competencias culturales, dado el proceso de cambios mundiales y la celeridad de los procesos migratorios.

Implementar guías de intervención con base a evidencias del cuidado cultural por ser política de calidad internacional.

### **A las enfermeras de oncología:**

Adecuar espacios para la interacción esmerada con personas de mayor diferencia cultural, de modo que experimenten confianza y relación de ayuda efectiva.

Cooperar entre compañeras hasta hacer realidad el sueño del respeto, la igualdad y el trato basado en los derechos humanos y ejemplo del amor divino

### **A las entidades formadoras en pre y posgrado:**

Apoyar esta línea de investigación por su actualidad y alto contenido humano.

## Referencias

- Álvarez-Cruces, D. J., Nocetti-de-la-Barra, A., & Burdiles Fernández, G. (2021). Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. *Index de Enfermería*, 30(3), 179-183. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000200006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000200006&script=sci_arttext&tlng=en).
- ACS. (2015). *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los 2015-2017 Hispanos/Latinos*. American Cancer Society [Archivo PDF]. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/datos-y-estad%C3%ADsticas-sobre-el-c%C3%A1ncer-entre-los-hispanos-latinos-2015-2017.pdf>
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature [Review]. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), e117-e130. <https://doi.org/10.1111/hsc.12293>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Ayala, L. E., & Sepulveda-Carrillo, G. J. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enfermería Global*, 16(45), 353-383. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.231681>
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: Development of a conceptual framework [Review]. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1153-1160. <https://doi.org/10.1080/09638280902773752>
- Bonilla-Teoyotl, C., Velasco-Matus, P., Cataneo, N., Galván, L., González-Jimarez, A., & De Vicente García, D. (2018). La adaptación sociocultural y sus relatos en una muestra mexicana. In *La Psicología Social en México Volumen XVII* (pp. 223-243). [https://www.researchgate.net/publication/327254093\\_LA\\_ADAPTACION\\_SOCIOCULTURAL\\_Y\\_SUS\\_CORRELATOS\\_EN\\_UNA\\_MUESTRA\\_MEXICANA](https://www.researchgate.net/publication/327254093_LA_ADAPTACION_SOCIOCULTURAL_Y_SUS_CORRELATOS_EN_UNA_MUESTRA_MEXICANA) NHB <). Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Broncano, Y. (2016). *Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: una perspectiva de enfermería. Unidad de cuidado intensivo neonatal. Hospital San Bartolomé. 2015* [Tesis Doctoral, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/1769>

- Brooks, L. A., Bloomer, M. J., & Manias, E. (2019). Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review [Review]. *Australian Critical Care*, 32(6), 516-523. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.07.003>
- Buceta, M., Bermejo, J., & Villaceros, M. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de psicología*, 35(2), 323-331. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.345101>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care [Article]. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2010). A culturally conscious model of mentoring [Article]. *Nurse Educator*, 35(3), 130-135. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3181d950bf>
- Carpio, C. R., & Cristobal, J. T. (2018). *Factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Quimioterapia del Instituto Oncológico de Lima, 2017* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Callao]. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3114>
- Castillo, J. A. (2008). El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-1519X2008000300003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-1519X2008000300003&script=sci_arttext&tlng=en).
- Castro, M., Espinosa, R., Pujals, N., Durán, F., & Díaz, L. M. (2012). Integración de lo social en los procesos de atención de salud y de formación del profesional de salud. *Educación Médica Superior*, 26(1), 103-111. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412012000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300010).
- Cavalcanti, Í. M. d. C., Oliveira, L. O. d., Macêdo, L. C. d., Leal, M. H. C., Morimura, M. C. R., & Gomes, E. T. (2019). Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. *Revista Cuidarte*, 10(1).
- Charalambous, A., Adamakidou, T., Cloconi, C., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., & Bužgová, R. (2017). The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe [Article]. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.006>
- Contrera, M. A. V., & Rodríguez, A. M. (2021). Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Benessere. Revista de Enfermería*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>
- Cortina, A. (2018). Ciudadanía digital y dignidad humana. *El País*, 26. <https://www.etnor.org/adela-cortina-ciudadania-digital-y-dignidad-humana/>.



- Correo (12 de setiembre de 2022). Las lenguas originarias se pierden con la modernidad.  
<https://diariocorreo.pe/peru/las-lenguas-originarias-se-pierden-con-la-modernidad-591374/>
- Crespo, M. L., Malo, R. G., Martínez, I. C., & Antón, M. D. M. (2004). Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 1(3), 18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8297548>.
- Cruz, J. P., Cai, D., Cruz, C. P., Reynaldo, R. F. D. F., Vitorino, L. M., & Islam, S. M. S. (2017). Competencia cultural entre estudiantes de Enfermería en Arabia Saudí: un estudio transversal. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 64(2), 227-235. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6151776>.
- Culquitante, B. (2019). *Calidad de cuidados de enfermería y nivel de satisfacción del paciente oncológico, Instituto regional de enfermedades neoplásicas norte, Trujillo 2019* [Tesis de especialidad, Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5529>
- Delgado, N., & Nuñez, O. (2019). *Ansiedad y afrontamiento en estudiantes de una universidad privada en Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma].  
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2854>
- Delgado, S., Quiroz, V., & Fernández, M. (2022). *Enfermería Médico Quirúrgico*. Mawil Publicaciones.
- Díaz, R., Rodríguez, L., & Saavedra, M. (2019). Investigación cualitativa etnográfica: una alternativa para los profesionales de enfermería. *ACC Cietna*, 6(1), 81-88.  
<https://doi.org/10.35383/cietna.v6i1.235>
- EAFIT. (2018). *El cuidado y el mutuo cuidado*. Universidad EAFIT [Archivo PDF].  
<https://www.eafit.edu.co/bienestar-universitario/acerca-de-la-direccion/Documents/cuidado-mutuo-cuidado.pdf>
- Echevarría, H. (2017). Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima. *Cuidado y Salud: Kawsayninchis*, 3(1), 239-248.  
[https://doi.org/10.31381/cuidado\\_y\\_salud.v3i1.1421](https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v3i1.1421)
- Escobar, B., & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 0(33).  
<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>
- EsSalud. (2021). *Prácticas Seguras en Administración de Medicamentos*. [Archivo PDF]. Seguro Social de Salud. [http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG\\_915\\_GG\\_ESSALUD\\_2021.pdf](http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_915_GG_ESSALUD_2021.pdf)

- Fatimah, S., Ferris, L., & Frese, M. (2016). Proactivity Research: New Directions and Concepts. *Academy of Management Proceedings*, 2016(1), 12840. <https://doi.org/10.5465/ambpp.2016.12840symposium>
- Gil, K., & Díaz, R. (2014). El lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 1(2), 24-34. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/download/154/569>.
- Gil, M. D., & Solano, M. d. C. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 49(9), 549-556. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
- González-Hernández, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". *Aquichan*, 15(3), 381-392. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972015000300006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300006).
- Gracia, D. (2017). En busca de la excelencia. 48, 1-2. <https://doi.org/10.13184/eidon.48.2017.1-2>
- Guerrero-Muñoz, J. (2017). La práctica social culturalmente sensible, ¿realidad o ficción? Una aproximación teórica y comparativa sobre los fundamentos de la competencia cultural y su desarrollo en los estudios de grado en Trabajo Social, *Epístemes*, 7(13), 169-192. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v7i13.6060>
- Güell, J. (2018). *Rol de la enfermería en la administración de la quimioterapia*. [Archivo PDF]. Ediciones DAE. <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136582.pdf>
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis [Article]. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 590-603. <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- INCáncer. (2014). *Manual de enfermería oncológica*. [Archivo PDF]. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/CUIDADOS%20PALIATIVOS/Manual%20de%20Enfermeria%20Oncologica.%202014.pdf>
- INEN. (2018). *Memoria Anual*. [Archivo PDF]. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/02/MEMORIA-ANUAL-2018.pdf>
- INEN. (2021). *Informe de evaluación de implementación Anual POI 2021*. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Archivo PDF]. <https://portal.inen.sld.pe/wp->

[content/uploads/2021/03/INFORME-DE-EVALUACIÓN-DE-IMPLEMENTACIÓN-ANUAL-POI-2020.pdf](#)

- Juárez, M. K. (2019). *Calidad del cuidado humanizado del profesional de enfermería según percepción de los pacientes, en la unidad de quimioterapia ambulatoria, Hospital de la Amistad Perú-Corea II" Santa Rosa-Piura" enero 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Piura]. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1621>
- Kousoulou, M., Suhonen, R., & Charalambous, A. (2019). Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 41*, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.011>
- Kérouack, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Elsevier Doyma.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3 ed.). McGraw-Hill Education.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Luengo-Martínez, C. E., & Sanhueza-Alvarado, O. (2016). Formación do licenciado em enfermagem na América Latina. *Aquichan, 16*(2), 240-255. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2016.16.2.11>
- Madera, E. B., Monje, E. M., & de la Torre, M. J. (2016). Innovación metodológica y tecnológica en la enseñanza del inglés para turismo a distancia. *Ibérica*(31), 39-62. <https://www.redalyc.org/pdf/2870/287045359003.pdf>.
- Mandarachi, M. (2010). *Nivel de satisfacción del paciente oncológico sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de quimioterapia ambulatoria en el INEN 2009* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/13024>
- Martín, M. (2017). *La presencia de valores en la práctica de enfermería* [Tesis doctoral, Universitat Internacional de Catalunya]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/456048#page=1>
- McDonald, E. J., Quick, M., & Oremus, M. (2020). Examining the association between community-level marginalization and emergency room wait time in Ontario, Canada [Article]. *Healthcare Policy, 15*(4), 64-76. <https://doi.org/10.12927/HCPOL.2020.26223>
- Minchan, A., Vásquez, B., Vásquez, C., Moreno, D., Ordoñez, F., Rojas, N., . . . Ponce, R. (2017). *Fundamentos en salud pública*. [Archivo PDF]. Ministerio de Salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4514.pdf>

- MINSA. (2015). *Plan de Comunicaciones: Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Neumonía 2015*. [Archivo PDF]. Ministerio de Salud.  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/403512/Plan\\_de\\_comunicaciones\\_prevencion\\_NEUMONIA\\_2015.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/403512/Plan_de_comunicaciones_prevencion_NEUMONIA_2015.pdf)
- Murillo, J. P. (2015). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina - UNMSM*, 76, 77-87. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832015000100010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832015000100010&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Navarro, E. B. G. (2015). *Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales*. [Tesis doctoral, Universidad de Huelva].  
<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/11441>
- OMS. (2 febrero de 2022). *Cáncer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- ONU. (18 de abril de 2019). *El estrés, los accidentes y las enfermedades laborales matan a 7500 personas cada día*. Organización de las Naciones Unidas.  
<https://news.un.org/es/story/2019/04/1454601>
- Palacios, D., & Salvador, P. (2012). *Enfermería social*. Editorial Síntesis.
- Pedrero, V., Bernal, M., & Chepo, M. (2016). *Escala de medición competencia cultural (EMCC-14): Manual de aplicación*. [Archivo PDF] Universidad del Desarrollo de Chile.  
<https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2486/Manual%20Desarrollo%20de%20Competencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503. (IN FILE)
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (1998). Transcultural health care: A culturally competent approach. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*.
- Pérez, C., & Carrasquilla, D. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería*, 27(4), 216-220. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008)(=es.
- Ramos, W., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2020). Presentación del documento técnico “Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018” [Presentation of the technical document "Analysis of the cancer situation in Peru, 2018"]. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(1), 10-11.  
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2704>

- Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I., & Leino-Kilpi, H. (2016). The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 98-107. <https://doi.org/10.1177/1043659616632046>
- Rodríguez, E. R., Moya, M. E., & Rodríguez, M. (2020). Importancia de la empatía docente-estudiante como estrategia para el desarrollo académico. *Dominio de las Ciencias*, 6(3), 23-50. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7467931>
- Rodríguez-Martín, B. (2015). Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario [Challenges and opportunities of cultural contact situations in the area of health care]. *Index de Enfermería*, 24(4), 227-231.
- Ruiz-Cerino, J. M., Tamariz-López, M. M., Méndez-González, L. A., Torres-Hernández, L., & Duran-Badillo, T. (2020). Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *Sanus*, 5(14). <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.174>
- Sacos, J. (2018). *El poder de la empatía*. Ed. Ben Tzion Spitz.
- Saha, S., Beach Mc Fau - Cooper, L. A., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *100*(11), 1275-1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Salana, D., & Murillo, R. (2015). *Servicios públicos con pertinencia cultural guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos parte I: ¿Qué son servicios públicos con pertinencia cultural?* [Archivo PDF] Ministerio de Cultura. <https://guiaparalaaplicaciondelenfoqueinterculturalenlagestiondelosserviciospublicos-final.pdf>
- Santamaría, N. P., Carrillo, G. M., Sánchez, B., & García, L. E. (2017). Perception of caring behaviors of patients and oncology nursing: Comparative study [Article]. *Psicooncología*, 14(2-3), 267-278. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57085>
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790-821. <https://doi.org/10.1177/0011000001296002>
- Sue, D. W., Rasheed, M. N., & Matthews, J. (2016). *Multicultural Social Work Practice: A Competency-Based Approach to Diversity and Social Justice*. Wiley.
- Sánchez-Ojeda, M. A., Segura-Robles, A., Gallardo-Vigil, M. Á., & Alemany-Arrebola, I. (2019). Análisis de los prejuicios del alumnado de enfermería hacia la población migrante. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018050103532>

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Paidós. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>.
- Treviño, D. C., González, M. A., & Montemayor, K. M. (2019). Habilidades socioemocionales y su relación con el logro educativo en alumnos de Educación Media Superior. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 32-48. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-79>
- Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Vargas, L., & Afanador, N. P. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en Enfermería*, 28(1), 116-128. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000100012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100012).
- Vialart, N., Medina, I., & Gaviñondo, X. (2018). La cultura profesional del docente de enfermería: Preparación ante las tecnologías informáticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 433-441. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192018000200016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200016).
- Waldow, V. R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, 9(3), 246-256. [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000300005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300005).
- Watson, J., & Woodward, T. K. (2010). Jean Watson's theory of human caring. *Nursing theories and nursing practice*, 3, 351-369. [https://www.academia.edu/download/50202965/Nursing\\_Theories\\_and\\_Nursing\\_Practice\\_Third\\_Edition\\_-F.A.\\_Davis\\_Company\\_50202010.pdf#page=50202372](https://www.academia.edu/download/50202965/Nursing_Theories_and_Nursing_Practice_Third_Edition_-F.A._Davis_Company_50202010.pdf#page=50202372).
- White, E. (1959). *Ministerio de curación*. Ellen G. White Estate [Archivo PDF]. <https://elministeriodecuracion.tripod.com/ElMinisterioDeCuracion.pdf>

## Apéndices

## Apéndice A

## Confiabilidad de la escala

Tabla A 1. *Confiabilidad de la escala.*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
<b>P1</b>	54.1613	28.140	0.116	0.355	0.803
<b>P2</b>	54.1935	27.361	0.242	0.435	0.791
<b>P3</b>	54.3871	24.645	0.439	0.620	0.776
<b>P4</b>	54.5161	26.791	0.389	0.427	0.780
<b>P5</b>	53.6129	26.712	0.477	0.527	0.775
<b>P6</b>	53.9677	26.432	0.437	0.630	0.776
<b>P7</b>	54.0645	28.462	0.120	0.492	0.799
<b>P8</b>	54.0645	24.129	0.599	0.825	0.760
<b>P9</b>	54.1613	23.406	0.626	0.693	0.756
<b>P10</b>	54.1613	26.073	0.541	0.642	0.770
<b>P11</b>	54.0968	25.090	0.483	0.595	0.771
<b>P12</b>	54.1613	23.673	0.511	0.636	0.769
<b>P13</b>	54.0000	28.600	0.158	0.718	0.794
<b>P14</b>	53.8065	25.161	0.607	0.803	0.763
<b>Alfa de Cronbach global</b>					<b>0.791</b>
<b>Alfa de Cronbach global basada en elementos estandarizados</b>					<b>0.789</b>

Fuente: Elaboración propia.

## Apéndice B

### Instrumentos de recolección de datos.

#### Competencia Cultural

Estimado participante el presente instrumento forma parte de la investigación titulada “Competencia Cultural del Profesional de Enfermería en la Percepción de la Calidad del Cuidado del Paciente con Quimioterapia en la Consulta Externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, en ese sentido solicito su participación voluntaria respondiendo este cuestionario. La información que proporcione será tratada de manera confidencial y anónima, garantizamos que su participación no implica riesgo alguno, si desea participar proceda respondiendo a lo que se plantea a continuación.

#### INSTRUCCIONES:

A continuación, se plantea una serie de ítems los cuales tendrá que responder marcando la alternativa que más se ajuste a su realidad, o escribiendo en los espacios en blanco.

<b>Edad</b>	: _____	<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Masculino <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Femenino
<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Soltero <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Casado <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Viudo <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Divorciado <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Conviviente	<b>Procedencia</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Costa <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sierra <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Selva
<b>Máximo nivel estudios</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Bachiller <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Titulado <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Especialista <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Maestro <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Doctor	<b>Experiencia laboral en Años</b>	: _____
<b>Religión</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Católico <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Adventista <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Evangélico <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Otro		

---



### Competencia cultural

Los ítems planteados a continuación evalúan las competencias culturales del profesional de enfermería. Marque la opción que se ajuste a su realidad considerando el nivel de acuerdo que usted tenga con el ítem planteado.

ITEMS		Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud.					
2.	Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud.					
3.	Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.					
4.	Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.					
5.	Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud.					
6.	Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado.					
7.	Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.					
8.	Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).					
9.	Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.					
10.	Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.					
11.	Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.					
12.	Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente.					
13.	Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.					
14.	Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.					

### Percepción de la calidad del cuidado

Estimado participante el presente instrumento forma parte de la investigación titulada “Competencia Cultural del Profesional de Enfermería en la Percepción de la Calidad del Cuidado del Paciente con Quimioterapia en la Consulta Externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, en ese sentido solicito su participación voluntaria respondiendo este cuestionario. La información que proporcione será tratada de manera confidencial y anónima, garantizamos que su participación no implica riesgo alguno, si desea participar proceda respondiendo a lo que se plantea a continuación.

#### INSTRUCCIONES:

A continuación, se plantea una serie de ítems los cuales tendrá que responder marcando la alternativa que más se ajuste a su realidad, o escribiendo en los espacios en blanco.

<b>Edad</b>	: _____	<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Masculino
			<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Femenino
<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Soltero	<b>Procedencia</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Costa
	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Casado		<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sierra
	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Viudo		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Selva
	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Divorciado		
	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Conviviente		
<b>Máximo Grado de Instrucción</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Primaria	<b>Religión</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> católico
	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Secundaria		<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> adventista
	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Superior técnica		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Evangélico
	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Superior Universitario		<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Otro
	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Posgrado		_____

### Percepción de la calidad del cuidado

Los ítems planteados a continuación evalúan la percepción de la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería. Marque la opción que se ajuste a su realidad considerando la escala de frecuencia con el ítem planteado.

ITEMS		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Le hacen sentirse como una persona				
2.	Le tratan con amabilidad				
3.	Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4.	Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5.	Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6.	Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				

ITEMS		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7.	Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted				
8.	Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9.	Le facilitan el diálogo				
10.	Le explican previamente los procedimientos				
11.	Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12.	Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13.	Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14.	Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
15.	Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16.	Le llaman por su nombre				
17.	Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18.	Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19.	Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20.	Le manifiestan que están pendientes de usted				
21.	Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento				
22.	Responden oportunamente a su llamado				
23.	Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24.	Le escuchan atentamente				
25.	Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26.	Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27.	Le ayudan a manejar el dolor físico				
28.	Le demuestran que son responsables con su atención				
29.	Le respetan sus decisiones				
30.	Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31.	Le respetan su intimidad				
32.	Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

## Apéndice C

### Consentimiento informado

#### (Aplicado al profesional de enfermería)

**Título del proyecto:** COMPETENCIA CULTURAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS EN LIMA, 2021.

#### **PROPÓSITO Y PROCEDIMIENTO**

Usted está invitado a participar en el estudio llevado a cabo por la Lic. Flor de María Huamán Velazco, participante de la Maestría en Enfermería con mención en Administración y Gestión, quién obtendrá información importante sobre la competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa actual.

El propósito del estudio consiste en ayudar a los profesionales de enfermería de los servicios de quimioterapia ambulatoria a mejorar la calidad de cuidado que brinda al paciente oncológico.

Su participación consistirá en responder con veracidad el cuestionario que es completamente anónimo.

**RIESGOS:** La participación en este estudio no lo expone a riesgo alguno.

- 1. Beneficios:** Los resultados del estudio permitirán contar con información de base que contribuirá para adoptar medidas eficaces en la calidad del cuidado que se brinda al paciente oncológico.
- 2. Derechos del participante:** Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

3. **Confidencialidad:** Está asegurada la reserva de la información que usted proporcione, desde el momento que el cuestionario es completamente anónimo.
4. **Costos adicionales:** La participación en este estudio no genera costo para el participante.
5. **Reembolso:** El participante no recibirá reembolso monetario por la participación en el estudio.
6. **Declaración de Informe de Consentimiento:**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro haber leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por el investigador principal y acepto colaborar en el estudio. Por esta razón autorizo mi participación voluntaria en la investigación.

## **Consentimiento informado**

### **(Aplicado al paciente)**

**Título del proyecto:** COMPETENCIA CULTURAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS EN LIMA, 2021.

### **PROPÓSITO Y PROCEDIMIENTO**

Usted está invitado a participar en el estudio llevado a cabo por la Lic. Flor de María Huamán Velazco, participante de la Maestría en Enfermería con mención en Administración y Gestión, quién obtendrá información importante sobre la competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa actual.

El propósito del estudio consiste en ayudar a los profesionales de enfermería de los servicios de quimioterapia ambulatoria a mejorar la calidad de cuidado que brinda al paciente oncológico.

Su participación consistirá en responder con veracidad el cuestionario que es completamente anónimo.

**RIESGOS:** La participación en este estudio no lo expone a riesgo alguno.

- 1. Beneficios:** Los resultados del estudio permitirán contar con información de base que contribuirá para adoptar medidas eficaces en la calidad del cuidado que se brinda al paciente oncológico.
- 2. Derechos del participante:** Su participación en este estudio es completamente voluntaria.
- 3. Confidencialidad:** Está asegurada la reserva de la información que usted proporcione, desde el momento que el cuestionario es completamente anónimo.

4. **Costos adicionales:** La participación en este estudio no genera costo para el participante.
5. **Reembolso:** El participante no recibirá reembolso monetario por la participación en el estudio.
6. **Declaración de Informe de Consentimiento:**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro haber leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por el investigador principal y acepto colaborar en el estudio. Por esta razón autorizo mi participación voluntaria en la investigación.