

<https://doi.org/10.69639/arandu.v11i2.367>

El Cuidado Humanizado De Enfermería En Un Hospital Del Sur Ecuatoriano

Humanized Nursing Care In A Hospital In Southern Ecuador

Yuly Mar Ponce Varela

yulymarpv29@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5045-4128>

Universidad Nacional de Chimborazo

Riobamba – Ecuador

José Ivo Contreras Briceño

jocontreras@utpl.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-9870-9944>

Universidad Técnica Particular de Loja

Loja – Ecuador

Artículo recibido: 20 junio 2024

-

Aceptado para publicación: 26 julio 2024

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar

RESUMEN

El cuidado humanizado es un imperativo moral de la práctica en enfermería. El objetivo general de esta investigación fue analizar las características del cuidado humanizado que proveen los profesionales de enfermería en tres servicios de un hospital ecuatoriano: medicina interna, cirugía general, así como de ginecología y obstetricia. La investigación es de tipo observacional, transversal y analítica, la muestra estuvo conformada por 156 pacientes del total recluido que manifestaron participar en el estudio. El Cuestionario aplicado fue el de Percepción del Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE 3A VERSIÓN) versión (González-Hernández, 2015) que permitió valorar la percepción del cuidado humanizado, se compone de 32 ítems, distribuidos en tres dimensiones: Cualidades del que hacer (7 preguntas), apertura a la comunicación (8 preguntas) y priorizar al sujeto (17 preguntas). El procesamiento de los datos se sistematizó mediante el aplicativo Jamovi y se aplicaron métodos estadísticos descriptivos, ANOVA de una vía, el test de diferencia mínima significativa y la prueba Chi Cuadrado de Pearson con corrección de continuidad. Antes de su aplicación los participantes firmaron el consentimiento informado aprobado por un Comité de Ética. Resultados: La percepción general de los usuarios es que “casi siempre” perciben cuidado humanizado al igual que en las tres dimensiones. Esta percepción es mayor en el servicio de Ginecología y Obstetricia y menor en Cirugía General. Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($<,001$) entre el género y servicios respecto a las dimensiones cualidades del que hacer, priorizar al sujeto y de manera global. Se concluye que el cuidado humanizado está presente “casi siempre” y que el género y el tipo de servicio hospitalario influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado.

Palabras clave: cuidado, humanizado, enfermería, hospital, usuario

ABSTRACT

Humanized care is a moral imperative of nursing practice. The general objective of this research was to analyze the characteristics of humanized care provided by nursing professionals in three services of an Ecuadorian hospital (internal medicine, general surgery, as well as gynecology and obstetrics). The research is cross-sectional and analytical; the population comprises 156 patients. The questionnaire used was the Perception of Humanized Care in Nursing (PCHE 3A VERSIÓN) version (González-Hernández, 2015) that allows the assess the perception of humanized care, it is composed of 32 items, distributed in three dimensions: Qualities of what to do (7 questions), openness to communication (8 questions) and prioritizing the subject (17 questions). The data processing was systematized through the Jamovi application. The hypothesis was evaluated with Chi-Square (χ^2) with continuity correction. Before its application, the participants signed the informed consent form approved by an ethics committee. Results: The general perception of users is that they “almost always” perceive humanized care as well as in the three dimensions. This perception is higher in the Gynecology and Obstetrics service and lower in General Surgery. A statistically significant difference ($< .001$) was found between gender and services regarding the dimensions and qualities of what to do, prioritizing the subject and globally. It is concluded that humanized care is present “almost always” and that gender and type of hospital service significantly influence the perception of humanized care.

Keywords: care, humanized, nursing, hospital, user

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

El cuidado humanizado en enfermería constituye una filosofía central en la práctica de los profesionales de la salud, orientando su enfoque hacia una atención integral y respetuosa. Este paradigma reconoce y valora al paciente en su totalidad, abordando no solo sus necesidades físicas, sino también sus dimensiones emocionales, sociales y espirituales. En entornos hospitalarios, donde los pacientes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y fragilidad debido a sus condiciones de salud, la humanización del cuidado se convierte en un elemento crucial para optimizar tanto la experiencia del paciente como los resultados clínicos.

La teoría del cuidado humano de Jean Watson enfatiza un enfoque holístico y compasivo de la enfermería, centrándose en las necesidades emocionales, espirituales y físicas de los pacientes. Esta teoría aboga por una relación de cuidado entre enfermeras y pacientes, con el objetivo de crear un entorno curativo que fomente la confianza, el respeto y la conexión emocional (Florentin, 2023).

La naturaleza de la atención hospitalaria implica que los pacientes atraviesan momentos de incertidumbre y ansiedad, lo que puede afectar su proceso de recuperación. En este contexto, el enfoque humanizado no solo proporciona un alivio a sus preocupaciones, sino que también fomenta un ambiente donde se sienten escuchados, comprendidos y valorados. Este tipo de atención se traduce en una experiencia más positiva para el paciente, lo que puede influir en su adherencia al tratamiento y, en consecuencia, en su recuperación.

La enfermería, en particular, juega un papel esencial en la implementación del cuidado humanizado. Los profesionales de la salud son los encargados de crear un ambiente de confianza y respeto con los usuarios, su responsabilidad va más allá de la simple administración de tratamientos y medicamentos; implica también reconocer la singularidad de cada individuo y actuar con empatía y sensibilidad ante sus preocupaciones. Este cuidado humanizado no solo implica entender las necesidades físicas del paciente, sino también ser capaces de identificar y atender sus inquietudes emocionales y sociales.

Un aspecto básico del cuidado humanizado es el respeto por la dignidad y los derechos humanos de cada persona. Cada persona tiene su propia historia, cultura y valores que influyen en su experiencia de enfermedad y atención y es lo que permite a los profesionales de la salud personalizar su enfoque, adaptando las intervenciones a las preferencias y necesidades del paciente. Este enfoque centrado en la persona promueve un cuidado más efectivo y satisfactorio, que no solo se limita a tratar enfermedades, sino que también contribuye al mejoramiento biológico e integral del individuo.

Además, la humanización del cuidado tiene implicaciones significativas en la calidad de la atención general. Algunos estudios han demostrado que los pacientes que perciben un trato humanizado experimentan niveles más altos de satisfacción y bienestar, lo que puede resultar en

una mejor experiencia hospitalaria y un impacto positivo en su salud (Meneses-La-Riva et al., 2021; Wang et al., 2023).

La enfermería, al adoptar este paradigma, no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también potencia su desarrollo profesional y personal, al permitirles conectar de manera más profunda con los usuarios. Esta disciplina es una de las profesiones más directamente involucradas en el cuidado continuo de los pacientes, por lo que tiene una responsabilidad esencial en la implementación de un enfoque humanizado que respete la dignidad y los derechos humanos de cada persona (Cunha et al., 2020).

Esta investigación toma como base la percepción de los pacientes usuarios de diferentes servicios para evaluar cómo el personal de enfermería aplica este enfoque en su práctica diaria y determinar qué factores pueden influir en la calidad del cuidado brindado. El análisis se enmarca en un contexto más amplio, donde se reconoce que la atención sanitaria no puede limitarse solo a tratar enfermedades físicas, sino que debe abordar integralmente las necesidades humanas de los pacientes, generando una relación empática y respetuosa entre el profesional de enfermería y quienes reciben sus cuidados.

En la actualidad, la práctica de la enfermería enfrenta múltiples desafíos que trascienden las competencias técnicas y científicas. Uno de los retos más significativos es el aumento en las expectativas de los pacientes en cuanto al trato que reciben. Los usuarios de los sistemas de salud no solo buscan eficiencia en la atención médica, sino que también anhelan un enfoque que reconozca su humanidad, proporcionando seguridad emocional y respeto, especialmente en situaciones de vulnerabilidad. Este enfoque, conocido como "cuidado humanizado", permite a los profesionales de la salud, y en particular a los enfermeros, atender las necesidades multidimensionales de los pacientes de manera integral (Watson et al., 2018).

El cuidado humanizado se ha posicionado como un elemento clave en la calidad de los servicios de salud, especialmente en el ámbito hospitalario. Diferentes estudios han evidenciado que los pacientes que perciben un trato humanizado durante su estancia hospitalaria experimentan una mejora significativa en su satisfacción y bienestar general, lo que contribuye a una recuperación más efectiva (Monje V. et al., 2018). Sin embargo, en la práctica diaria, existen diversas barreras que dificultan la implementación de este tipo de atención, entre las cuales destacan la falta de personal capacitado, las cargas laborales excesivas y las limitaciones en los recursos institucionales.

Este estudio es particularmente relevante en la región sur de Ecuador, que enfrenta una creciente demanda de atención médica de calidad. La percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado humanizado que reciben se presenta como un indicador crucial para evaluar la eficiencia del servicio de enfermería y determinar áreas de mejora. Al identificar estas áreas, se podrán proponer intervenciones específicas, como programas de capacitación continua para el

personal de enfermería o la implementación de políticas institucionales que favorezcan un entorno laboral más propicio para la práctica del cuidado humanizado.

A nivel macro, la investigación se alinea con los objetivos de desarrollo sostenible propuestos por la Agenda 2030 (Organización de las Naciones Unidas, 2018), particularmente el objetivo 3, que promueve el bienestar y la salud para todos desde el punto de vista de la responsabilidad disciplinar de la Ciencia Enfermera (Rosa et al., 2020).

El concepto de cuidado humanizado ha sido desarrollado ampliamente en la literatura de enfermería, destacándose como un pilar fundamental para la práctica de la profesión. Autores como Watson citado por (Gunawan et al., 2022) a través de su Teoría del Cuidado Humano, han argumentado que el cuidado debe basarse en la relación humana y en el reconocimiento de la dignidad inherente a cada persona. Watson sostiene que el éxito de cualquier intervención clínica depende en gran medida de la relación que el profesional de enfermería establece con sus pacientes, una relación que debe estar fundamentada en el respeto, la empatía y el compromiso hacia el bienestar integral del ser humano.

El cuidado humanizado implica que el personal de enfermería se esfuerce por comprender al paciente no solo como un cuerpo que requiere tratamiento, sino como un ser humano integral que tiene necesidades emocionales, sociales y espirituales. En esta línea, estudios previos han destacado que la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado humanizado tiene un impacto directo en su satisfacción general y en los resultados de su tratamiento.

En el servicio de hospitalización el cuidado humanizado adquiere una especial relevancia debido a la naturaleza compleja de los casos atendidos. Los pacientes hospitalizados suelen enfrentarse a problemas de salud graves o crónicos que requieren no solo atención médica constante, sino también apoyo emocional y social durante su estancia. En este contexto, el personal de enfermería tiene un papel crucial, ya que es el encargado de proporcionar un cuidado integral que aborde tanto las necesidades clínicas como el bienestar emocional y espiritual de los pacientes.

Sin embargo, uno de los principales obstáculos para garantizar un cuidado humanizado de calidad en este hospital es la falta de personal suficiente, lo que incrementa la carga de trabajo de los enfermeros. Esta situación puede derivar en una atención menos personalizada y en la dificultad de establecer una relación empática con cada paciente. Además, las condiciones laborales, como el estrés y la falta de apoyo institucional, pueden contribuir a que los profesionales de enfermería no puedan aplicar de manera efectiva el enfoque humanizado en su práctica diaria.

Este estudio busca identificar las áreas donde se deben implementar mejoras, tanto en términos de capacitación del personal como en las condiciones laborales, para asegurar que el cuidado humanizado se mantenga como un estándar de calidad en la atención hospitalaria. Además, se analizarán los factores sociodemográficos que puedan influir en la percepción de los

pacientes, como la edad, el género, el nivel educativo y la procedencia geográfica, con el fin de comprender mejor las dinámicas que influyen en la experiencia de hospitalización.

La atención humanizada en enfermería es un componente fundamental para el bienestar de los pacientes hospitalizados y su proceso de recuperación. A través de un enfoque que integra el respeto, la empatía y la consideración por la individualidad del paciente, se logra no solo mejorar la experiencia de atención, sino también favorecer la adherencia a los tratamientos y acelerar el proceso de curación. Al reconocer y responder a las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes, los profesionales de enfermería pueden contribuir significativamente a crear un ambiente de sanación, donde la dignidad y el valor de cada individuo sean prioridad. En última instancia, la atención humanizada no solo transforma la práctica de la enfermería, sino que también establece un estándar esencial para el cuidado en el ámbito de la salud.

Ante-todo lo descrito anteriormente surge la siguiente hipótesis de investigación alterna o de investigación fue: Existen diferencias estadísticamente significativas sobre la percepción del cuidado humanizado según el género, la edad y los servicios hospitalarios.

La percepción del cuidado humanizado varía de acuerdo al género, edad y servicios hospitalarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

La investigación es de tipo observacional, debido a que no se ejecutó el control de las variables, éstas fueron registradas con base en la respuesta registrada por cada paciente participante, es cuantitativa porque los resultados fueron contabilizados mediante un método estadístico particular, transversal debido a que los datos fueron recolectados durante el periodo de tiempo desde el 2 hasta el 21 de septiembre de 2024 y se analítica porque las decisiones tomadas fueron con base en los resultados del análisis estadístico aplicado. Se aplicó el instrumento de recolección de datos denominado PCHE 3A VERSIÓN 3ª versión (González-Hernández, 2015).

Población

La población la conformaron todos los pacientes hospitalizados durante el periodo desde el 2 hasta el 21 de septiembre de 2024, entre hombres y mujeres clasificados por ciclos de vida en, Adultos(as) distribuidos en las diferentes áreas de hospitalización, tales como: Medicina Interna (n= 52), Cirugía General (n= 52) Ginecología y Obstetricia (n= 52), de un hospital público ubicado al sur de Ecuador.

Muestra

La muestra de pacientes participantes del estudio fueron 156, que se encontraban hospitalizados durante el periodo desde el 2 hasta el 21 de septiembre de 2024. Esta muestra fue no probabilística debido a que no se aplicó ningún método de muestreo aleatorizado para seleccionar los pacientes,

el método aplicado fue el muestreo por cuotas. Se identificó la población de interés y fueron definidos los grupos (estratos) de donde podrían ser seleccionados los pacientes, como medicina interna, medicina general, ginecología y obstetricia. De cada estrato fueron seleccionados 52 pacientes que se encontraban en condiciones de realizar el llenado del cuestionario y que además manifestaron querer participar en el estudio. De esta forma se conformó una muestra no probabilística por cuotas de tamaño 156.

Tipo de recolección de datos

El Cuestionario de Percepción del Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE 3A VERSIÓN 3ª versión), es una herramienta diseñada para evaluar la percepción del cuidado humanizado ofrecido por el personal de enfermería. El cuestionario se compone de 32 ítems, distribuidos en tres dimensiones que abordan diferentes aspectos del cuidado humanizado.

La primera dimensión, titulada "Cualidades del hacer de enfermería", cuenta con 7 preguntas. Esta sección evalúa la interacción entre los profesionales de enfermería y los pacientes, con un enfoque en la empatía, el respeto, la amabilidad y la comunicación efectiva. Se centra en la calidad del trato interpersonal que los pacientes perciben.

La segunda dimensión, denominada "Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente", incluye 8 ítems. Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera)(o) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, el dialogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.

Finalmente, la tercera dimensión, llamada "Disposición para la atención", está compuesta por 17 ítems. Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.

La valoración global de la percepción sobre el cuidado humanizado se describe en la tabla 1.

Tabla 1

Rangos de percepción sobre el cuidado humanizado

Categorías Percepción	Rango (puntos)
Nunca	32 – 56
Algunas veces	57 – 80
Casi siempre	81 – 104
Siempre	105 - 128

Fuente: Monje V. et al., (2018)

En términos de confiabilidad, el PCHE 3ª versión fue validado en Colombia, un contexto cercano y similar al ecuatoriano. Reporta una validez de consistencia interna de índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos. En el análisis factorial, se obtuvo una prueba de KMO de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 0,0 (González-Hernández, 2015).

La recolección de la información se realizó mediante la técnica del cuestionario de manera presencial y los encuestadores incorporaron los datos a un formulario digital de Google Forms. El procesamiento de los datos se sistematizó mediante el aplicativo Jamovi de acceso libre versión 2.5.5 (de la Torre Rodríguez et al., 2023). La estadística descriptiva se presentó en tablas mediante frecuencias simple, porcentajes media, desviación estándar e intervalo de confianza.

La hipótesis alterna o de investigación fue: Existen diferencias estadísticamente significativas sobre la percepción del cuidado humanizado según el género, la edad y los servicios hospitalarios. Para la prueba de hipótesis se procesó con el estadígrafo Chi Cuadrado (χ^2) con corrección de continuidad debido a la cantidad de la muestra por servicio para prevenir casillas con valores de cinco o menos en la tabla de contingencia, el nivel de error para la significancia estadística fue $< 0,05$ como se recomienda en los estudios en ciencias de la salud (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Para el análisis inferencial se agruparon las categorías nunca y algunas veces y casi siempre y siempre.

Consideraciones bioéticas

Los criterios de inclusión: fueron: Pacientes de las áreas de hospitalización indicadas, que contestaron voluntariamente y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que presentaran alteraciones mentales, incapacitados para contestar el instrumento por su estado de salud (dolor, dificultad para respirar, inconsciente), que no tuvieran la habilidad para leer y/o escribir, así como menores de edad según lo contempla las leyes de Ecuador.

Por otro lado, es importante destacar que este trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca, cuyo código asignado fue CEISH-UC-2024-011EO-IE. De esta manera se garantiza los principios de la Declaración de Helsinki en su versión más reciente (Asociación Médica Mundial, 2013).

RESULTADOS

Tabla 2
Variables demográficas

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Hombre	60	38,5
Mujer	96	61,5
Grupos de edad		

Adolescente	17	10,9
De 20 a 34 años	57	36,5
De 35 a 49 años	29	18,6
De 50 a 64	29	18,6
De 65 y mas	24	15,4

En cuanto a las variables demográficas (tabla 2), se observa una mayoría de participantes femeninas (61,5%) y una predominancia del grupo de edad de 20 a 34 años (36,5%). Estos datos sugieren que la percepción del cuidado humanizado podría estar influenciada por una población mayoritariamente femenina y relativamente joven en vista de que el casi la mitad de los encuestados son adolescentes o tienen menos de 35 años. Es importante destacar que este predominio es mayor porque el servicio de ginecología obstetricia representa el 33,4% de la muestra.

Tabla 3

Percepción del usuario sobre los comportamientos de cuidado humanizado

Dimensiones	Cualidades del hacer de enfermería	Apertura a la Comunicación enfermera(o)-paciente	Disposición para la atención	la Global
Percepción				
Nunca	1,9	1,9	4,5	3,8
Algunas Veces	21,2	20,5	17,3	21,8
Casi siempre	23,1	28,8	30,8	28,2
Siempre	53,8	48,7	47,4	46,2
Media	25,9	28,6	62,1	117
DE	2,53	3,49	5,61	10,5
IC	25,5 - 26,3	28,0 - 29,01	61,3 - 63,0	115 - 118
Tendencia	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre

La percepción general de los usuarios sobre los comportamientos de cuidado humanizado es notablemente positiva. En todas las dimensiones evaluadas (Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y Disposición para la atención, y Global), la respuesta "Siempre" obtuvo los porcentajes más altos, oscilando entre el 46,2% y el 53,8% (tabla 3). Esto indica que una gran proporción de los usuarios percibe constantemente comportamientos de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. Los valores medios, la dispersión de los datos y el intervalo de confianza representa una tendencia homogénea respecto a la percepción.

Tabla 4*Estadísticos descriptivos de edad y número de días hospitalizados*

Variable	Media	Mediana	Moda	Desv Est	Mínimo	Máximo
Edad	41,52	36,00	27	20,606	12	90
Días de hospitalización	4,41	3,00	2	4,092	1	23

Tabla 5*Estadísticos descriptivos de los niveles de percepción por área de hospitalización y en forma general*

Áreas	deMedia	Desv Std	IC del 95%			Mínimo	Máximo
			Error Std	Li	Ls		
Hospitalización							
Obstetricia	y122,48	8,815	1,222	120,03	124,93	82	128
Genecología							
Medicina interna	114,98	12,352	1,713	111,54	118,42	60	128
Cirugía general	111,21	9,243	1,282	108,64	113,78	79	128
Total	116,22	11,223	0,899	114,45	118,00	60	128

Análisis de varianza de una vía (ANOVA) para determinar si el efecto del área de hospitalización es estadísticamente significativo. Previo a su aplicación se determinó si los puntajes de percepción se ajustan a la distribución de probabilidad normal y si presentan el mismo nivel de variabilidad. En relación con el supuesto de normalidad se aplicó el test de Shapiro-Wilk obteniendo para cada caso que el valor de probabilidad p es menor que 0,05 ($p < 0,05$), lo que implica que los niveles de percepción para cada área de hospitalización no tienen buen ajuste a la distribución de probabilidad normal. En relación con el supuesto de igualdad de varianzas, se aplicó el test de Levene, obteniendo un valor de probabilidad p igual a 0,197 ($p = 0,197 > 0,05$), lo que implica que las varianzas de los niveles de percepción para cada área de hospitalización son la misma. Por consiguiente, es aplicable el ANOVA de una vía, obteniendo,

Tabla 3*Aplicación del ANOVA de una vía*

Fuente de Variación	SC	gl	CM	Valor F	Valor p
Entre áreas de hospitalización	3422,513	2	1711,256	16,262	$p < 0,0001$
Dentro de las áreas	16100,635	153	105,233		
Total	19523,147	155			

Tenemos que $p < 0,0001$, lo que implica que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias de niveles de percepción entre las diferentes áreas de hospitalización. Ahora bien, para determinar cuál de las áreas de hospitalización marca las verdaderas diferencias en cuanto a los niveles de percepción de cada una, se aplicó la prueba posterior al rechazo de la hipótesis nula, diferencia

mínima significativa, donde se establecen comparaciones por pares de área de hospitalización. Obteniendo,

Tabla 4

Diferencia mínima significativa entre pares de áreas de hospitalización

Áreas de Hospitalización		Diferencia	Error	Valor	IC del 95%	
		de medias	estándar	p	Li	Ls
Obstetricia,	Medicina interna	7,500*	2,012	< 0,001	3,53	11,47
Genecología	Cirugía general	11,269*	2,012	< 0,001	7,29	15,24
Medicina interna	Obstetricia,	-7,500*	2,012	< 0,001	-11,47	-3,53
	Genecología					
	Cirugía general	3,769	2,012	0,063	-,21	7,74
Cirugía general	Obstetricia,	-11,269*	2,012	< 0,001	-15,24	-7,29
	Genecología					
	Medicina interna	-3,769	2,012	0,063	-7,74	0,21

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0,05.

Una vez rechazada la hipótesis nula de igualdad de medias de los niveles de percepción por área de hospitalización, se aplicó el test de diferencia mínima significativa (DMS) para determinar entre qué pares de áreas de hospitalización existen tales diferencias y son estadísticamente significativas. Al establecer las comparaciones por pares se tiene que,

1. Obstetricia ginecológica versus Medicina interna: la diferencia de medias en ambas áreas es igual a 7,50 con un error estándar de 2,012. La probabilidad p es menor a 0,0001 ($p < 0,0001$), lo que implica que entre los niveles de percepción media para ambas áreas de hospitalización existen diferencias estadísticamente significativas. Además, el intervalo de confianza del 95% para la diferencia de medias no contiene el cero y es completamente positivo, lo que significa que los niveles de percepción de los pacientes recluidos en obstetricia y genecología son superiores que los niveles de percepción de los pacientes recluidos en medicina interna.
2. Obstetricia ginecológica versus Cirugía general: la diferencia de medias en ambas áreas es igual a 11,27 con un error estándar de 2,012. La probabilidad p es menor a 0,0001 ($p < 0,0001$), lo que implica que entre los niveles de percepción media para ambas áreas de hospitalización existen diferencias estadísticamente significativas. Además, el intervalo de confianza del 95% para la diferencia de medias no contiene el cero y es completamente positivo, lo que significa que los niveles de percepción de los pacientes recluidos en obstetricia y ginecología son superiores que los niveles de percepción de los pacientes recluidos en cirugía general.

3. Medicina interna versus obstetricia y ginecología es equivalente a obstetricia y ginecología versus medicina interna, mostrada en el inciso (1).
4. Medicina interna versus Cirugía general: la diferencia de medias en ambas áreas es igual a 3,77 con un error estándar de 2,012. La probabilidad p es igual a 0,063 ($p = 0,063 > 0,05$), lo que implica que entre los niveles de percepción media para ambas áreas de hospitalización no existen diferencias estadísticamente significativas. Además, el intervalo de confianza del 95% para la diferencia de medias contiene el cero, lo que significa que los niveles medios de percepción de los pacientes recluidos en medicina interna son iguales que los niveles de percepción de los pacientes recluidos en cirugía general.

Luego, se aplicó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson para determinar si la proporción (o porcentaje) de respuesta era equivalente por área de hospitalización y dimensión del cuestionario aplicado, obteniendo,

Tabla 5
Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de los usuarios por servicios

Dimensiones	Cualidades del hacer de enfermería		Apertura a la Comunicación enfermera(o)-paciente		Disposición para la atención		Global	
	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre
Cirugía General	21	31	14	38	22	30	23	29
Ginecología y Obstetricia	4	48	6	46	4	48	5	47
Medicina Interna	11	41	15	37	8	44	12	40
χ^2 con corrección de continuidad	15,8		5,38		20,2		16,6	
p	<,001		0,068		<,001		<,001	

Según la tabla 5, la percepción por servicios se evidencia que Ginecología y Obstetricia destaca con la percepción más alta de comportamientos de cuidado humanizado, con un 48% de respuestas en la categoría "Casi siempre - siempre". Le siguen Medicina Interna (44%) y Cirugía General (31%). De manera general en las tres de las dimensiones, la percepción se ubica en la

categoría casi siempre. Las diferencias en los valores promedio y de la desviación estándar se observan diferencias que reflejan variaciones en la percepción sobre las prácticas de cuidado entre los diferentes servicios o en las expectativas de los pacientes en cada área.

En cuanto a los servicios hospitalarios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cuidado humanizado entre los diferentes servicios en las dimensiones "Cualidades del hacer de enfermería" ($\chi^2 = 15.8$, $p < 0.001$), "Apertura a la Comunicación enfermera(o)-paciente" ($\chi^2 = 20.2$, $p < 0.001$) y en la percepción global ($\chi^2 = 16.6$, $p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas en la dimensión "Disposición para la atención" ($\chi^2 = 5.38$, $p = 0.068$).

Tabla 6

Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de los usuarios por género. Porcentajes

Dimensiones	Cualidades del hacer de enfermería		Apertura a la Comunicación enfermera(o)-paciente		Disposición para la atención		Global	
	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre
Género								
Hombre	22	38	18	42	20	40	27	33
Mujer	14	82	17	79	14	82	13	83
χ^2 con corrección de continuidad	8,94		3,21		6,56		17,6	
p	0,003		0,073		0,010		< ,001	

La percepción del cuidado humanizado muestra una marcada diferencia por género (tabla 6). Las mujeres reportan una percepción mucho más positiva, con un 82-83% de respuestas en la categoría "Casi siempre - siempre" en todas las dimensiones. En contraste, los hombres muestran porcentajes más bajos, entre 38-42% en la misma categoría.

Esta disparidad podría sugerir diferencias en las expectativas o experiencias de cuidado entre hombres y mujeres. En ese sentido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cuidado humanizado entre hombres y mujeres en las dimensiones "Cualidades del hacer de enfermería" ($\chi^2 = 8.94$, $p = 0.003$), "Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente" ($\chi^2 = 6.56$, $p = 0.010$) y en la percepción global ($\chi^2 = 17.6$, $p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas en la dimensión "Disposición para la atención" ($\chi^2 = 3.21$, $p = 0.073$).

Tabla 7

Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de los usuarios por grupos de edad. Porcentajes

Dimensiones	Cualidades del hacer de enfermería		Apertura a la Comunicación enfermera(o)-paciente		Disposición para la atención		Global	
	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre	Nunca - algunas veces	Casi siempre - siempre
Edad								
Adolescente (18-19 años)	5	12	3	14	3	14	4	13
De 20 a 34 años	13	44	13	44	12	45	13	44
De 35 a 49 años	3	26	8	21	4	25	4	25
De 50 a 64	10	19	4	25	8	21	10	19
De 65 y mas	5	19	7	17	7	17	9	15
χ^2 con corrección de continuidad	5,23		2,54		2,62		5,37	
p	0,265		0,073		0,624		0,251	

Al examinar la percepción por grupos de edad en la tabla 7, se observa que el grupo de 20 a 34 años tiene la percepción más alta de comportamientos de cuidado humanizado, con 44-45% de respuestas en la categoría "Casi siempre - siempre" en todas las dimensiones. Las personas de 35 a 49 años siguen con 25-26% en la mayoría de las dimensiones. Estos resultados podrían indicar que los adultos jóvenes tienen una percepción más positiva del cuidado humanizado en comparación con otros grupos de edad.

Con relación a la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cuidado humanizado entre los diferentes grupos en ninguna de las dimensiones ni en la percepción global. Los valores de χ^2 oscilaron entre 2.54 y 5.37, con valores p entre 0.073 y 0.624, todos por encima del nivel de significancia establecido.

DISCUSIÓN

La satisfacción del usuario es un indicador clave de la calidad del servicio en el sector salud, y la percepción del cuidado humanizado juega un papel fundamental en la formación de dicha satisfacción. La investigación demostró que los pacientes perciben "casi siempre" un cuidado humanizado en las tres dimensiones evaluadas (Cualidades del hacer de enfermería,

Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y Disposición para la atención). Sin embargo, la percepción varía entre los diferentes servicios hospitalarios y géneros. Esto plantea la necesidad de diseñar estrategias diferenciadas para abordar las expectativas de los usuarios según el servicio donde son atendidos (Goenka et al., 2024).

La percepción general del cuidado humanizado en el hospital público estudiado fue notablemente positiva, con la mayoría de los usuarios reportando que "siempre" experimentan comportamientos de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. Esto sugiere que, en general, el personal de enfermería está logrando proporcionar un cuidado centrado en el paciente y sus necesidades individuales.

Al respecto, una manera de alcanzar mejores percepciones puede ser con la implementación de la metodología en la humanización de la atención a las personas, la reducción de la angustia y la mejora de la aceptación de la atención entre los pacientes (de Melo et al., 2019).

En cuanto a las diferencias entre servicios hospitalarios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cuidado humanizado en las dimensiones Cualidades del hacer de enfermería, Disposición para la atención y en la percepción global. El servicio de Ginecología y Obstetricia destacó con la percepción más alta de comportamientos de cuidado humanizado. Estas diferencias podrían atribuirse a factores como la naturaleza del servicio, la carga de trabajo del personal, o las expectativas específicas de los pacientes en cada área.

En una investigación en Colombia, 96,69 % (n: 121) percibió solo algunas veces una relación de cuidado humanizado en el personal de enfermería de la institución que la atendió durante su trabajo de parto y parto seguido de 88,42 % que lo percibió casi siempre y de las tres dimensiones del instrumento: cualidades del hacer de enfermería obtuvo el mayor porcentaje en la categoría de siempre con 75,20 % (Campiño-Valederrama et al., 2019). Sin embargo un estudio realizado en Cuba aplicado en un servicio de obstetricia reportó cifras similares (Borges Damas et al., 2021). Por otro lado, otra investigación sobre el cuidado humanizado de enfermería en pacientes quirúrgicos de un hospital público en Perú encontró resultados semejantes (Urure Velazco et al., 2024) y en Ecuador (Arcentales Lema et al., 2021).

Desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, una buena comprensión de lo que abarca y supone la atención humanizada. Sin embargo, se enfrentan a barreras organizativas, principalmente la falta de personal, la carga de tareas administrativas, entornos físicos o equipos inadecuados y poco apoyo gerencial (Guillaumie et al., 2022).

Se observaron diferencias significativas en la percepción del cuidado humanizado entre hombres y mujeres en las dimensiones Cualidades del hacer de enfermería, Disposición para la atención y en la percepción global. Las mujeres reportaron una percepción mucho más positiva que los hombres en todas las dimensiones. Esta disparidad podría deberse a diferencias en las

expectativas o experiencias de cuidado entre géneros, o podría estar influenciada por la alta proporción de mujeres en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

El hecho de que el servicio de Ginecología y Obstetricia haya mostrado las percepciones más altas de cuidado humanizado puede deberse a la naturaleza del trabajo en este servicio, donde las necesidades emocionales y psicológicas de las pacientes, en situaciones relacionadas con la maternidad y la salud reproductiva, son básicas. Este resultado sugiere que un enfoque más empático y personalizado podría replicarse en otros servicios, como Cirugía General, donde la percepción fue más baja. La integración de este enfoque podría mejorar la calidad del cuidado en todos los servicios, alineándose con los objetivos de salud pública de ofrecer una atención integral que responda a las necesidades multidimensionales de los pacientes.

Contrariamente a lo esperado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cuidado humanizado entre los diferentes grupos de edad. Esto sugiere que la edad no es un factor determinante en cómo los pacientes perciben el cuidado humanizado en este hospital. Resultados similares fueron reportados en Chile (Monje V. et al., 2018) Al igual que el presente el estudio confirma que la esencia de la Enfermería es proporcionar cuidados humanizados, oportunos y de calidad.

Sin embargo, las cualidades del hacer de enfermería son fundamentales para garantizar una atención de calidad a los pacientes. Entre las más relevantes se encuentran la empatía, que permite comprender el dolor y sufrimiento de los pacientes; habilidades de comunicación, esenciales para establecer relaciones efectivas y estabilidad emocional, necesaria para manejar situaciones críticas.

Además, la responsabilidad es crucial, ya que los enfermeros deben ser conscientes de la importancia de su labor en la salud de los pacientes. La atención al detalle es vital para evitar errores en la administración de tratamientos, mientras que la flexibilidad y resistencia física son importantes debido a la naturaleza demandante del trabajo. También se requiere capacidad para resolver problemas rápidamente y una buena organización para manejar múltiples tareas. Finalmente, una fuerte vocación de servicio es esencial para quienes eligen esta profesión, ya que los enfermeros desempeñan un papel clave en el bienestar diario de sus pacientes (Cao et al., 2023).

La provisión de cuidados cálidos y humanos por parte de los profesionales de enfermería supera la mera vigilancia del estado físico o biológico, ya que ofrece apoyo y acompañamiento a las personas cuya vida cotidiana se ha visto interrumpida por problemas de salud. Este enfoque ayuda a los pacientes a afrontar mejor el proceso de enfermedad y recuperación. La atención de enfermería basada en la Teoría del Cuidado Humano de Watson reduce eficazmente la ansiedad y la angustia y aumenta los estilos de afrontamiento positivos bajo ciertas circunstancias (Ozan & Okumuş, 2017).

En cuanto a las oportunidades de mejora, las estrategias de humanización encontradas en una revisión integrativa reciente ofrecen apoyo para que los profesionales y directivos puedan multiplicar buenas prácticas de humanización con el fin de ampliar y mejorar su realidad, sin embargo, cabe señalar que al crearlas se debe conocer y respetar la particularidad de las instituciones en las que se encuentra en funcionamiento, de modo que sea posible comparar y evaluar si el uso resultará en beneficios y efectividad (Ferreira et al., 2021).

En cuanto a las intervenciones de capacitación en habilidades de comunicación, otra revisión exhaustiva de la literatura concluye que también son prometedoras para mejorar la relación de las enfermeras con los pacientes y sus familias, pero su impacto directo es difícil de medir debido a que las herramientas de medición de resultados no están estandarizadas (Kerr et al., 2020).

Hoy más que nunca, priorizar al sujeto (cliente, usuario) es una tarea impostergable. Sobre el tema, la Declaración de Astaná, resultado de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, estatuyó que un enfoque centrado en las personas debe responder a las necesidades, preferencias y expectativas de las personas. También aboga por un enfoque integrado e interactivo, donde los pacientes no solo sean receptores, sino también copartícipes activos en el diseño y la prestación de los servicios de salud. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018).

El estudio resalta también la importancia de abordar las limitaciones organizativas que pueden afectar la implementación del cuidado humanizado. La falta de personal, la sobrecarga de trabajo y la escasez de recursos materiales en algunos servicios pueden exceder la capacidad de los profesionales para ofrecer un cuidado más personalizado. Este es un desafío importante tanto en el contexto local como global, y se ha documentado en diversas investigaciones que la sobrecarga laboral afecta directamente la capacidad de los profesionales de salud para establecer una relación empática y cercana con los pacientes.

Desde la perspectiva de la salud pública, la humanización del cuidado facilita el fortalecimiento del sistema de salud, dado que impacta directamente en la experiencia de los pacientes, la adherencia a los tratamientos y los resultados clínicos. El hallazgo de que el género y los servicios hospitalarios influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado refuerza la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan la equidad en la atención. Esto incluye la capacitación constante del personal de enfermería en habilidades interpersonales, sensibilidad cultural y empatía para mejorar la interacción con los pacientes, independientemente de su género o servicio.

Los hallazgos de esta investigación aportan información valiosa sobre la percepción del cuidado humanizado en un contexto hospitalario específico en Ecuador. Los resultados pueden ser útiles para identificar áreas de mejora en los servicios hospitalarios y para desarrollar estrategias que fomenten un cuidado más humanizado y centrado en el paciente.

Por otro lado, los resultados podrían ser útiles para diseñar programas de capacitación dirigidos a mejorar las competencias comunicativas y la sensibilidad cultural del personal de enfermería, así como para reforzar la importancia de un entorno de trabajo favorable que promueva un cuidado más empático y personalizado.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la distribución desigual de la muestra entre los servicios, con una sobrerrepresentación del servicio de Ginecología y Obstetricia (33.4% de la muestra). Esto podría haber sesgado los resultados, especialmente en lo que respecta a las diferencias de género. Además, el estudio se realizó en un solo hospital público, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos hospitalarios o regiones de Ecuador.

CONCLUSIONES

La investigación confirmó parcialmente la hipótesis alterna, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cuidado humanizado en función del género y de los servicios hospitalarios, pero no según la edad. El análisis mostró que las mujeres y los pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia reportaron percepciones más positivas en cuanto a la humanización del cuidado en comparación con los hombres y aquellos en otros servicios. Estas diferencias fueron especialmente marcadas en las dimensiones de "Cualidades del hacer de enfermería" y "Disposición para la atención", así como en la percepción global del cuidado, con un nivel de significancia menor a 0.001. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la dimensión de "Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente" ni entre los distintos grupos de edad.

Los resultados de este estudio sugieren que factores como el género y el tipo de servicio hospitalario influyen de manera significativa en cómo se percibe el cuidado humanizado, lo que podría estar relacionado con las expectativas y experiencias propias de los pacientes en cada área. El servicio de Ginecología y Obstetricia presentó los niveles más altos de percepción positiva, posiblemente debido a la naturaleza del servicio y las interacciones específicas entre el personal y los pacientes.

El cuidado humanizado se presenta como un componente fundamental en la mejora de la atención hospitalaria, no solo por su impacto en la satisfacción del usuario, sino también por sus implicaciones en la recuperación de los pacientes. La implementación de políticas institucionales y programas de capacitación que fortalezcan este enfoque puede tener beneficios significativos, no solo para los pacientes, sino también para los profesionales de la salud, al mejorar su desempeño y su bienestar emocional en un entorno laboral más favorable.

A nivel institucional, los resultados apuntan a la necesidad de fortalecer las condiciones laborales y dotar a los hospitales de suficientes recursos humanos y materiales para garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente. Además, la promoción de un ambiente de trabajo

favorable podría mejorar la percepción del cuidado humanizado en aquellos servicios donde los pacientes perciben una menor calidad del cuidado, como Cirugía General.

REFERENCIAS

- Arcentales Lema, G. C., Mesa Cano, I. C., Ramírez Coronel, A. A., & Gafas González, C. (2021). Satisfacción de pacientes quirúrgicos con los cuidados de enfermería. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3). <https://doi.org/10.5281/zenodo.5035696>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Gladys Peñalver Sinclaiy, A., González Portales, A., & Sixto Pérez, A. (s. f.). *Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto*. <https://orcid.org/0000-0001-5764-5713>
- Campiño-Valederrama, S. M., Duque, P. A., & Cardozo-Arias, V. H. (2019). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Universidad y Salud*, 21(3), 215-225. <https://doi.org/10.22267/RUS.192103.158>
- Cao, H., Song, Y., Wu, Y., Du, Y., He, X., Chen, Y., Wang, Q., & Yang, H. (2023). What is nursing professionalism? a concept analysis. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01161-0>
- Cunha, C., Costa, A., & Henriques, M. (2020). *Community health and public health nursing*. 11, 80-96. <https://doi.org/10.26512/GS.V11I2.29414>
- de la Torre Rodríguez, M., Junco Bringa, D., Marrero Pérez, M., & Rodríguez Soto, I. (2023). Software Jamovi en la docencia de la asignatura Metodología de la Investigación. *Educación Médica Superior*, 37(4), 1-8.
- de Melo, R. C. C. P., Costa, P. J., Henriques, L. V. L., Tanaka, L. H., Queirós, P. J. P., & Araújo, J. P. (2019). Humanitude in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(3), 825-829. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363>
- Ferreira, J. D. de O., Dantas, D. de S., Dantas, T. H. de M., Dias, D. E. M., Santos, I. L. da S., & Campos, T. N. C. (2021). Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Plur*, 7(1), 147-163. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021V7N1ID23011>
- Florentin, G. N. B. (2023). The human dimension in nursing. An approach according to Watson's Theory. *Community and Interculturality in Dialogue*. <https://doi.org/10.56294/cid202368>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud*. <moz-extension://acf0114a-5e76-4dbb-b617-7e2522d29d88/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdocs%2Fdefault-source%2Fprimary-health%2Fdeclaration%2Fgcphc-declaration-sp.pdf>

- Goenka, A., Mundkur, S., Nayak, S. S., Shetty, A., Thomas, J., Balakrishnan, J. M., Sekaran, V. C., & Dsouza, B. (2024). Improving the emergency services using quality improvement project and Donabedian model in a quaternary teaching hospital in South India. *BMJ Open Qual*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1136/BMJOOQ-2022-002246>
- González-Hernández, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3A VERSIÓN 3ª versión”. *Aquichan*, 15(3), 381-392. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2015.15.3.6>
- Guillaumie, L., Boiral, O., Desgroseilliers, V., Vonarx, N., & Roy, B. (2022). Empowering Nurses to Provide Humanized Care in Canadian Hospital Care Units: A Qualitative Study. *Holistic nursing practice*, 36(5), 311-326. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000418>
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Watson, J., & Marzilli, C. (2022). Nursing Administration: Watson’s Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*, 35(2), 235-243. <https://doi.org/10.1177/08943184211070582>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1.ª ed.). Mc Graw Hill. Education.
- Kerr, D., Ostaszkiwicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses’ communication skills: A systematic review. En *Nurse Education Today* (Vol. 89). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405>
- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Humanized Care From the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in Public Health*, 9, 737506. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2021.737506>
- Monje V., P., Miranda C., P., Oyarzün G., J., Seguel P., F., Flores G., E., Monje V., P., Miranda C., P., Oyarzün G., J., Seguel P., F., & Flores G., E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24(5), 1-10. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100205>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe* (Naciones Unidas, Ed.). www.issuu.com/publicacionescepal/stacks
- Ozan, Y. D., & Okumuş, H. (2017). Effects of Nursing Care Based on Watson’s Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 6, 95-109. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.010>
- Rosa, W., Dossey, B., Koithan, M., Kreitzer, M. J., Manjrekar, P., Meleis, A. I., Mukamana, D., Ray, M. A., & Watson, J. (2020). Nursing Theory in the Quest for the Sustainable Development Goals. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 178-182. <https://doi.org/10.1177/0894318420903495>

- Urure Velazco, I. N., Pacheco Villa García, L. A., Llerena Ururi, K. L., & Berrocal Pacheco, P. L. (2024). Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en pacientes quirúrgicos en un hospital público del Perú. *Enfermería Clínica*.
<https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2024.06.008>
- Wang, Y., Liu, C., & Wang, P. (2023). Patient satisfaction impact indicators from a psychosocial perspective. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1103819>
- Watson, J., Porter-O'Grady, T., Horton-Deutsch, S., & Malloch, K. (2018). Quantum Caring Leadership: Integrating Quantum Leadership With Caring Science. *Nursing science quarterly*, 31(3), 253-258. <https://doi.org/10.1177/0894318418774893>