



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**Factores sociodemográficos y su relación con la percepción  
del cuidado humanizado en pacientes del Hospital General  
del Norte de Guayaquil**

**AUTOR:**

**Guerrero Arellano Henry Fernando**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**TUTORA:**

**Ing. Zerda Barreno Elsie Ruth**

**Guayaquil, Ecuador  
2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Licenciado en enfermería, Henry Fernando Guerrero Arellano**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**REVISOR**

---

**Eco. Andrés Navarro Orellana, Mgs.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.**

**Guayaquil, a los 27 días del mes de febrero del año 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Henry Fernando Guerrero Arellano**

**DECLARO QUE:**

El documento **Factores sociodemográficos y su relación con la percepción del cuidado humanizado en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 27 días del mes de febrero del año 2026**

**EL AUTOR**

---

**Henry Fernando Guerrero Arellano**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Henry Fernando Guerrero Arellano**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Factores sociodemográficos y su relación con la percepción del cuidado humanizado en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 27 días del mes de febrero del año 2026**

**EL AUTOR:**

---

**Henry Fernando Guerrero Arellano**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**REPORTE COMPILATIO**



## AGRADECIMIENTO

Quizás esta sea una de las partes que con más cariño se escriben, pero también una de las más complicadas. Es difícil, por no decir imposible, enunciar en estas líneas a todas las personas que de una u otra forma han contribuido a la realización de este proyecto de titulación, no obstante, lo intentaré mostrando mi más sincero agradecimiento a:

Todas aquellas personas que han intervenido para que yo pueda alcanzar mis deseos y metas, las que día a día han estado pendientes de mi progreso y que me acompañaron con las alegrías y también lágrimas presentes de sufrimiento; aquellas que con este logro se entusiasman y a la vez celebran conmigo estos momentos.

Agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Institución en la cual me he venido encaminando y formando, me brindó la oportunidad a través del programa de educación continua, para realizar mis estudios de postgrado, así mismo me ha brindado la oportunidad de conocer nuevas personas y formar lazos nuevos de amistad con mis compañeros de clase por lo cual siempre estaré agradecido.

A la Doctora María del Carmen Lapo Maza, Directora del Sistema de Posgrado en el área de Administración de Empresas de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por su apoyo en la culminación de este trabajo de titulación.

A los Docentes de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por su dirección, paciencia, entrega y valiosos consejos que me permitieron alcanzar los objetivos pautados y reflejados en este proyecto de titulación.

Al Doctor Francisco Marcelo Obando Freire docente de la carrera y tutor de este tema de investigación; por su continuo apoyo y guía brindando su conocimiento, experiencia y herramientas necesarias, ya que, sin él, este trabajo no hubiera sido posible.

Un agradecimiento en general a las instituciones y organismos por la apertura brindada.

Henry Fernando Guerrero Arellano

## DEDICATORIA

A mi madre Sra. Luz de América Arellano Escobar, quien a pesar de las circunstancias y adversidades siempre supo guiarme con sus consejos y buen ejemplo, su bendición a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien, gracias a su esfuerzo me ha permitido alcanzar mis metas y a su amor incondicional que es una verdadera fuerza que me motiva a seguir adelante cada día, por eso le doy mi trabajo en ofrenda por su paciencia y amor, madre mía, te amo.

A mi padre Sr. Enrique Vicente Guerrero Freire, quien estoy seguro desde el cielo está orgulloso de esto, por haberme transmitido, con tanto amor y pasión, esa vocación familiar de trabajo y esfuerzo que yo ahora me siento orgulloso de continuar.

A mi esposa Lcda. Ashly Elizabet Rivadeneira Mora, quien con su ayuda que me ha brindado en el transcurso de este tiempo ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más tormentosas, siempre ayudándome, motivándome, siendo esperanzadora, me decías que lo lograría perfectamente.

A mis hijos Enrique y Matteo que son mi orgullo y gran motivación quienes impulsan cada día a superarme en la carrera de ofrecerles siempre lo mejor. No es fácil, eso lo sé, pero tal vez si no estuvieran, no habría logrado tantas grandes cosas.

A mis hermanos, que en el día a día, con su presencia, respaldo y cariño me impulsan para salir adelante, además de saber que mis logros también son los suyos.

A todos los pacientes, desde el cariño, esperando que todo esto sirva para algo.

Henry Fernando Guerrero Arellano

## Índice General

Índice General .....	VIII
Índice de Tablas .....	XI
Índice de Figuras .....	XII
Resumen .....	XIV
Abstract .....	XV
Introducción .....	1
Antecedentes .....	3
Planteamiento del Problema.....	4
Formulación del problema .....	7
Justificación.....	7
Preguntas de Investigación.....	9
Objetivos .....	10
Objetivo general .....	10
Objetivos específicos .....	10
Hipótesis.....	10
Capítulo I.....	11
Marco Teórico y Conceptual.....	11
Cuidado Humanizado.....	11
Dimensiones del cuidado humanizado.....	14
Características del cuidado humanizado .....	17
Principios del cuidado humanizado .....	18
El paradigma holístico del cuidado .....	19
El acto del cuidado humano .....	20
Dimensiones de cuidado humanizado contempladas en el estudio.....	21
Servicios de Salud.....	25
Atención de Enfermería en Hospitales.....	26
Cuidado de Enfermería .....	29
Factores Sociodemográficos .....	30
Marco Conceptual .....	31
Capítulo II .....	37

Marco Referencial.....	37
Evidencias Científicas y Académicas .....	37
Situación Actual del Hospital Público de la Ciudad de Guayaquil.....	41
Marco Legal .....	42
Capítulo III.....	45
Marco Metodológico.....	45
Enfoque Cuantitativo de la Investigación .....	45
Alcance de la Investigación .....	46
Diseño de la Investigación .....	46
Método de la Investigación.....	47
Población y Muestra.....	47
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos .....	48
Operacionalización de las Variables .....	50
Procedimientos.....	52
Herramientas de Análisis de Datos .....	52
Técnicas de Análisis de Datos.....	53
Resultados .....	55
Análisis General de Resultados.....	80
Capítulo IV.....	90
Propuesta.....	90
Actividades.....	93
Dimensión 1: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas ....	93
Dimensión 2: Instalación de fe y esperanza.....	98
Dimensión 3: Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.....	100
Dimensión 4: Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza .....	101
Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos .....	102
Dimensión 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.....	103
Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal .....	105

Dimensión 8: Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.....	106
Dimensión 9: Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas .....	107
Dimensión 10: Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas .....	110
Materiales y Presupuesto Gerencial .....	112
Matriz de Riesgo del Proyecto .....	113
Cronograma de Actividades.....	113
Efectividad del Proyecto .....	114
Conclusiones .....	116
Recomendaciones.....	120
Referencias .....	121
Apéndices .....	136
Apéndice A. Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en Pacientes Hospitalizados .....	136

## Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Operacionalización de las variables</i> .....	50
Tabla 2 <i>Promedios dimensiones cuidado humanizado</i> .....	84
Tabla 3 <i>Rango cuidado humanizado</i> .....	85
Tabla 4 <i>Cruce de variables entre género y niveles del cuidado humanizado</i> .....	85
Tabla 5 <i>Cruce de variables entre edad y niveles del cuidado humanizado</i> .....	86
Tabla 6 <i>Cruce de variables entre estado civil y niveles del cuidado humanizado</i>	86
Tabla 7 <i>Cruce de variables entre lugar de procedencia y niveles del cuidado humanizado</i> .....	87
Tabla 8 <i>Cruce de variables entre autoidentificación y niveles del cuidado humanizado</i> .....	87
Tabla 9 <i>Cruce de variables entre nivel de instrucción y niveles del cuidado humanizado</i> .....	88
Tabla 10 <i>Cruce de variables entre ingreso familiar y niveles del cuidado humanizado</i> .....	89
Tabla 11 <i>Actividades propuestas según dimensiones</i> .....	91
Tabla 12 <i>Temas de asesoría</i> .....	95
Tabla 13 <i>Temas de capacitación</i> .....	96
Tabla 14 <i>Materiales de apoyo</i> .....	112
Tabla 15 <i>Responsables de las actividades</i> .....	112
Tabla 16 <i>Matriz de Riesgo del Proyecto</i> .....	113
Tabla 17 <i>Calendario de actividades</i> .....	114

## Índice de Figuras

Figura 1 <i>Género</i> .....	56
Figura 2 <i>Edad</i> .....	56
Figura 3 <i>Estado civil</i> .....	57
Figura 4 <i>Lugar de procedencia</i> .....	57
Figura 5 <i>Etnia</i> .....	58
Figura 6 <i>Nivel de instrucción</i> .....	58
Figura 7 <i>Ingreso familiar</i> .....	59
Figura 8 <i>Trato amable</i> .....	60
Figura 9 <i>Actitud de la enfermera</i> .....	60
Figura 10 <i>Entrega algo de sí mismo</i> .....	61
Figura 11 <i>Distinción del cuidado</i> .....	61
Figura 12 <i>Consideración de preferencias religiosas</i> .....	62
Figura 13 <i>Ayudan a fortalecer su fe</i> .....	63
Figura 14 <i>Esperanzas</i> .....	63
Figura 15 <i>Relación con la enfermera</i> .....	64
Figura 16 <i>Su situación de salud</i> .....	64
Figura 17 <i>Pregunta cómo se siente</i> .....	65
Figura 18 <i>Comunicación verdadera</i> .....	66
Figura 19 <i>Identifica cómo se siente la enfermera</i> .....	66
Figura 20 <i>Sabe cómo se siente el paciente</i> .....	67
Figura 21 <i>Expresar los sentimientos</i> .....	67
Figura 22 <i>Confianza mutua</i> .....	68
Figura 23 <i>Empatía</i> .....	68
Figura 24 <i>Expresión de sentimientos</i> .....	69
Figura 25 <i>Tiempo</i> .....	70
Figura 26 <i>Escucha más allá</i> .....	70
Figura 27 <i>Cuidado basado en conocimientos</i> .....	71
Figura 28 <i>Procedimientos adecuados</i> .....	72
Figura 29 <i>Cuidados diferentes</i> .....	72
Figura 30 <i>Información</i> .....	73

Figura 31 <i>Opinión en los procedimientos</i> .....	73
Figura 32 <i>Razón de los cuidados</i> .....	74
Figura 33 <i>Participación</i> .....	74
Figura 34 <i>Inclusión de su entorno</i> .....	75
Figura 35 <i>Trato digno</i> .....	76
Figura 36 <i>Respecto a su personalidad y cuerpo</i> .....	76
Figura 37 <i>Necesidades físicas</i> .....	77
Figura 38 <i>Necesidades sociales</i> .....	77
Figura 39 <i>Necesidades espirituales</i> .....	78
Figura 40 <i>Entendimiento de su condición</i> .....	78
Figura 41 <i>Comunicación con la enfermera</i> .....	79
Figura 42 <i>Comprensión de sí mismo y los demás</i> .....	80
Figura 43 <i>Banner publicitario</i> .....	94
Figura 44 <i>Modelo ficha de inscripción</i> .....	95
Figura 45 <i>Diseño de invitación</i> .....	97
Figura 46 <i>Modelo tríptico 1</i> .....	99
Figura 47 <i>Modelo tríptico 2</i> .....	99
Figura 48 <i>Modelo de plataforma de evaluación digital</i> .....	104
Figura 49 <i>Modelo de ejercicios</i> .....	108
Figura 50 <i>Diseño de instrucción médica</i> .....	109

## Resumen

El cuidado humanizado debe relacionarse con el profesional y el paciente, junto a lo que percibe, el tiempo y requerimientos de estos. El objetivo general fue analizar la incidencia de los factores sociodemográficos en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados del Hospital General del Norte de la ciudad de Guayaquil, para el desarrollo de un plan de acción. La metodología de investigación implicó un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, diseño no experimental, método deductivo, cuya muestra estuvo compuesta por 374 pacientes a través de la técnica encuesta y su instrumento de recolección cuestionario agrupando 35 preguntas divididas en diez dimensiones. Los resultados reflejaron que, gran parte eran del género femenino con un nivel etario de 40 a 49 años, casado y perteneciente al área urbana. En cuanto a los criterios, el 44.1% casi siempre recibe un trato amable de parte de la enfermera y el 30.2% manifestó que casi siempre siente que el cuidador trabaja para satisfacer sus necesidades físicas; por otro lado, se identificó un nivel medio de cuidado humanizado (3.46). La propuesta estuvo estructurada en un plan de acción para la mejora del cuidado humanizado incluyendo la capacitación, manuales, evaluaciones y demás características junto a un calendario de actividades programado. Se concluye que, factores como la edad y el género influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado ( $P=0.000$ ).

**Palabras Clave:** Cuidado humanizado, Personal de enfermería, Factores sociodemográficos, Percepción y Pacientes.

### **Abstract**

Humanized care must relate to the professional and the patient, along with what they perceive, their time, and their requirements. The overall objective was to analyze the incidence of sociodemographic factors in the perception of humanized care in patients hospitalized at the Hospital General del Norte in the city of Guayaquil, in order to develop an action plan. The research methodology involved a quantitative approach, descriptive in scope, non-experimental design, deductive method, whose sample consisted of 374 patients through the survey technique and its questionnaire collection instrument grouping 35 questions divided into ten dimensions. The results showed that most of the patients were female, aged 40 to 49, married, and living in urban areas. In terms of criteria, 44.1% almost always receive friendly treatment from nurses, and 30.2% stated that they almost always feel that caregivers work to meet their physical needs. On the other hand, an average level of humanized care (3.46) was identified. The proposal was structured around an action plan for improving humanized care, including training, manuals, evaluations, and other features, along with a scheduled calendar of activities. It was concluded that factors such as age and gender significantly influence the perception of humanized care ( $P=0.000$ ).

**Keywords:** Humanized care, Nursing staff, Sociodemographic factors, Perception and Patients.

## **Introducción**

El proceso de hospitalización es un evento estresante, tanto para el paciente como para los familiares y amigos. Un paciente hospitalizado no solo lo aqueja la enfermedad como tal, sino que se encuentra expuesto a una dimensión psicosocial; debido a que es un ser humano que siente y que se amolda a lo que es social o culturalmente aceptado en su enfermedad. Cabe destacar que, en muchas ocasiones las personas hospitalizadas sienten tristeza o sufrimiento por su cuadro clínico, lo que exige al personal sanitario, habilidades humanas que generen un entorno de optimismo para con el paciente (Medina et al., 2024).

La continua demanda de pacientes provoca que el evento se vuelva rutinario para el personal médico y enfermero, lo que puede implicar a una mecanización de acciones y prácticas del cuidado. Actualmente, la humanización en el campo de la salud es un tema muy demandado y creciente en el contexto mundial y regional; los usuarios sanitarios muchas veces se quejan por la ausencia de una atención adecuada a las necesidades humanas (C. Cruz, 2020).

El campo sanitario necesita de personal cada vez más capacitado, debido a cambios en el perfil epidemiológico y la complejidad de los cuidados que los pacientes requieren. Esto no se limita a la biomedicina, ni a cambios netamente fisiológicos, sino que se inmiscuye en aspectos humanos y espirituales de las personas atendidas (Porrás & Herrera, 2022). En este punto se destaca el análisis del cuidado humanizado en las instituciones de salud nacionales, cumpliendo así con el principio de calidad y calidez que demanda la Constitución de la República del Ecuador. La presente investigación tiene como objetivo general analizar la incidencia de los factores sociodemográficos en la percepción del cuidado humanizado en

pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil, para el desarrollo de un plan de acción.

En el primer capítulo de la investigación se ahonda en diversos temas con referencia al marco teórico, dicha información encapsula dos variables de estudio como son los factores sociodemográficos y el cuidado humanizado en pacientes; para efecto del mismo, se examinaron las bases teóricas que se han efectuado en torno a las variables, los elementos influyentes y las respectivas dimensiones. Además, se detalla el marco conceptual que agrupa conceptos reincidentes durante toda la investigación con la finalidad de comprender de manera más específica las variables trazadas.

En el segundo capítulo se evidencia el marco referencial que engloba distintos estudios publicados por diferentes autores de naturaleza internacional y nacional, toda esta recopilación de información genera soporte a la presente investigación; no obstante, se muestran los principales resultados con el objetivo de analizar si dicha problemática se visualiza en el objeto de estudio. Por otra parte, se exhibe la situación actual del Hospital Público de la ciudad de Guayaquil, finalizando con el marco legal que evidencia varios artículos en torno a las leyes aprobadas y que aduce de forma jurídica la investigación.

En el tercer capítulo se muestra el marco metodológico que desglosa la metodología investigativa como el diseño, método utilizado, enfoque y alcance, a su vez, se detalla la población muestral a estudiar, el desarrollo de los datos, la recopilación de datos, la operacionalización de las variables, los resultados; por último, el análisis general de los resultados. En el cuarto capítulo se considera la propuesta que cuenta con información de las actividades a implantar, iniciando con la

institución y objetivos de la propuesta junto a la justificación, las funciones que puntualizan las acciones a seguir, las herramientas, funcionarios, entre otros; a su vez, se determina de forma general los recursos financieros de la propuesta y se culmina con el programa de actividades.

### **Antecedentes**

El cuidado humanizado ha sido abordado desde las teorías de la enfermería, donde han existido diversos autores que han centrado sus estudios en la persona, en ser y espíritu, como parte primordial del cuidado de enfermería. Entre los teóricos que han abordado esta temática se encuentran Paterson y Zderad que estudiaron los sentimientos de los pacientes y su necesidad de comprensión por parte de los colaboradores sanitarios, para esto los teóricos determinaron que se necesitaba de ciertos comportamientos y actitudes como la escucha activa, empatía y presencia. El modelo teórico se centra en la relación entre el individuo que recibe el cuidado y el enfermero, buscando llegar a inferencias desde un paradigma fenomenológico. La relación entre estas dos personas va más allá de asuntos técnicos, llegando a transformarse en una experiencia existencial para ambos. Este enfoque teórico comprendía a tres componentes macro que eran los seres humanos, la salud y la enfermería, de allí existían subcampos como la enfermería fenomenológica, la comunidad y el diálogo; a su vez, dentro del diálogo se extendía a llamado, respuesta, presencia, relaciones y encuentro (Ghanbari et al., 2022).

Sin embargo, esta teoría humanista fue contextualizada y evaluada por medio de evidencia científica, teniendo una importante evolución que marcó un hito con la teoría del Cuidado Humano de una de las grandes referentes de este modelo teórico más conocida como Jean Watson con respecto al cuidado humanizado de enfermería.

La Dra. Jean Watson se destacó como docente emérita ocupando el decanato de la Universidad de Colorado, fundando el Centro de Cuidado Humanizado, de igual forma, tuvo ocho doctorados honoríficos. La teoría del cuidado humano se desarrolló entre 1975 y 1979, mientras enseñaba en la Universidad de Colorado (Murali, 2020). Esta teoría involucra factores de cuidado, los cuales están orientados al contexto social y al cuidado de la persona, desde una perspectiva holística; no obstante, esta teoría le brindó a la enfermería una posición disciplinaria, científica y profesional (Allande et al., 2021).

### **Planteamiento del Problema**

El objeto de estudio del presente trabajo se centra en los factores sociodemográficos y su incidencia en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados. Por otro lado, el campo de acción de esta investigación se ubica en un hospital público de nivel dos de la ciudad de Guayaquil. Este hospital busca mantener altos estándares de calidad, a través de un personal comprometido con su trabajo; sin embargo, dada la emergencia sanitaria se ha experimentado un incremento en las atenciones diarias del área de hospitalización, lo que provoca que en ciertas ocasiones se cosifique la atención, dejando a un lado el cuidado humanizado.

Wang et al. (2024) señalaron que la percepción del cuidado humanizado puede afectar la satisfacción de los pacientes, también, pueden inferir en el acceso y la calidad de la atención médica; por ende, es importante asegurarse de que el personal está dispuesto a adaptar el cuidado a las necesidades individuales de los pacientes. En este punto, Navarrete et al. (2021) informan que elementos como la edad, el estatus socioeconómico, la educación, entre otros factores son claves para

que el proceso de salud se desarrolle de la mejor manera, ya que son criterios que pueden incidir en la opinión que se forma el paciente acerca de la atención prestada por el profesional de salud.

A nivel de Ecuador, en una investigación realizada a 200 pacientes del hospital de Machala, se identificó que el 93% tuvo muy alto su grado de satisfacción en cuanto al cuidado humanizado recibido, en tanto que el 0.5% señaló que el trato fue no adecuado. Se determinó que las principales dimensiones de esta variable fueron la comunicación, empatía y escucha. Aun así, el propio artículo recoge antecedentes de otros servicios del mismo hospital y de instituciones afines donde se describen diferencias entre áreas, lo que sugiere variaciones en la forma en que se concreta el cuidado humanizado según las características del servicio y la población atendida (Cruz et al., 2024).

Con respecto a la problemática del estudio, a través de la observación se ha identificado que la atención no es individualizada, cosificando en muchas ocasiones al paciente, por lo cual la percepción varía, siendo las personas más jóvenes las que más se quejan dadas sus expectativas más altas; en tanto que, las personas de más edad muchas veces callan, pero igual de manera verbal suelen quejarse de la atención poco humanizada que se les brinda. De igual forma, se ha identificado que los pacientes pocas veces perciben que existe una relación cercana con el personal de salud, por lo cual, no reconocen como estos se sienten cuando entregan los cuidados debido a la falta de confianza. Asimismo, se evidenció que los profesionales de enfermería no brindan el tiempo suficiente para que los pacientes expresen sus emociones, y cuando lo hacen, el personal no se pone en el lugar de este cuando

manifiesta sus sentimientos; de tal modo, consideran que el profesional no escucha más allá de lo que representa la enfermedad de la persona.

Por otro lado, se destaca que en ciertas ocasiones el personal no informa o educa al paciente sobre los cuidados que recibe, considerando, además, que no se incluye ni al paciente o familia en el desarrollo de estos, estableciéndose como un factor negativo dado que se excluye la participación de tales actores, afectando la percepción sobre su condición y el proceso de recuperación. Otro punto por abordar implica el hecho de que los profesionales no contemplan con efectividad las necesidades físicas, sociales o espirituales de los pacientes. Asimismo, existen ocasiones donde la enfermera no ayuda a la persona a comprenderse mejor, ni establece una comunicación eficaz que permita al paciente entender cuál es el significado de su vida.

Para finalizar, se han identificado cuestiones negativas referentes a la entrega de un cuidado humanizado, destacando ciertos casos donde el paciente no recibe un trato afable por parte del personal, los profesionales no ofrecen algo de sí mismos durante los cuidados, no efectúan acciones que se orienten al fortalecimiento de la fe de la persona o transmitan esperanza durante el desarrollo de los cuidados. En definitiva, todos estos criterios tienden a mermar la humanización en el cuidado, afectando sobre todo, la percepción que tienen los pacientes sobre este elemento, lo cual puede diferir conforme la edad, el género, el nivel de educación, entre otros factores sociodemográficos de las personas.

En consecuencia, para identificar la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado, se enfatiza la importancia de analizar los 10 factores de cuidado que conforman el proceso de caritas procedente de la teoría del cuidado de Watson,

mismos que representan las dimensiones de estudio. A continuación, se especifica la formulación del problema conforme el planteamiento de una interrogante.

### ***Formulación del problema***

¿Qué factores sociodemográficos inciden en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil?

### **Justificación**

El presente trabajo de investigación tiene su pertinencia al abordar un tema actual dentro del campo de la gestión de salud como es el cuidado humanizado. A pesar de que las teorías con respecto a este tema tienen varios años de antigüedad, es relativamente novedoso dentro del campo local, por lo cual es pertinente. Esta investigación se articula con la línea de investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud denominada Planeamiento Estratégico en Organizaciones de Salud. Esto debido a que se van a proponer acciones estratégicas en función de garantizar un servicio de calidad y calidez que otorgue a todos los usuarios, independientemente de su condición sociodemográfica, un cuidado humanizado. A su vez, se destaca la aplicación de diversas temáticas estudiadas a lo largo del proceso académico, lo cual favorecerá al empoderamiento de conocimientos por parte del autor del presente trabajo.

El eje principal del objeto de estudio se ciñe a un hospital público de nivel dos de la ciudad de Guayaquil, donde se recopilan datos de gran importancia para el sistema de salud público. Además, los resultados servirán de efecto analítico para la intervención del personal de salud desde el campo de humanización en el cuidado y atención de pacientes durante su proceso hospitalario. Asimismo, con la ayuda del

plan de acción los pacientes podrán acceder a un servicio técnico con calidad, calidez, efectivo y atento, sin discriminación de ningún tipo. No obstante, los profesionales de salud gozarán de un mejor soporte en los cuidados del usuario desde la rama humanizada, garantizando la atención y mejor toma de decisiones en el futuro en torno a los medios de gestión sanitaria.

Esta investigación tiene un gran impacto social, debido a que los cuidados humanizados se relacionan con tres ejes esenciales como salud mental, cuerpo y alma desde una perspectiva individualizada. Además, al relacionarse con los factores sociodemográficos se crea una complementación medicalizada durante todo el ciclo hospitalario. Estas dimensiones le permiten al sistema sanitario un panorama visionario y estadístico, en cuanto a características específicas de los usuarios asistidos, manteniendo un orden en sus procesos y mejorando la percepción de los pacientes en cuanto a la atención médica pública. Este objeto de estudio se sustenta en la Constitución de la República del Ecuador que aboga por un servicio humanizado, donde no solo se asegure un tratamiento médico efectivo, sino que también se preocupa por la parte humana. Asimismo, se incluye al Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025, contemplando el sexto objetivo que alude a la garantía de una salud de calidad, donde se establece que el sistema de salud debe brindar un servicio de excelencia con iguales oportunidades para todas las personas.

Los beneficiarios directos los obtendrán los pacientes hospitalizados del hospital público objeto de estudio, los cuales, a más de recibir una atención biomédica de calidad, van a disponer de un servicio con calidez. Los beneficiarios indirectos son los colaboradores del hospital y la institución, al poseer información primaria sobre los factores sociodemográficos y su incidencia en el cuidado

humanizado, esto le permitirá la mejor toma de decisiones en el futuro en cuestiones de gestión.

En conclusión, el presente trabajo de investigación será de gran utilidad para estudios posteriores, debido que servirá como fundamentación para el planteamiento y desarrollo de los mismos, dado que otorgará una mejor perspectiva acerca de cómo los pacientes perciben el cuidado y si están satisfechos con él. Además, este análisis investigativo ayudará a la comunidad científica a identificar áreas en las que se puede mejorar el cuidado en el campo de salud. A su vez, el estudio dispone de bases teóricas y metodológicas fundamentadas que sustentarán que el cuidado humano es vital dentro del sistema sanitario, ya que se considera un elemento clave para brindar una atención de calidad hacia los pacientes.

### **Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son los fundamentos teóricos del cuidado humanizado?

¿Qué marco referencial se evidencia en cuanto a los factores sociodemográficos y su influencia en el cuidado humanizado en personas hospitalizadas?

¿Qué metodología permite la identificación de la influencia de los factores sociodemográficos en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuál es el plan de mejora continua adecuado para mejorar el cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil?

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Analizar la incidencia de los factores sociodemográficos en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil, para el desarrollo de un plan de mejoras.

### ***Objetivos específicos***

1. Revisar los fundamentos teóricos del cuidado humanizado.
2. Analizar resultados de trabajos referenciales sobre factores sociodemográficos y su incidencia en el cuidado humanizado en pacientes hospitalizados.
3. Determinar el marco metodológico para identificar la incidencia de los factores sociodemográficos sobre la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil.
4. Desarrollar un plan de mejoras para la mejora del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil.

## **Hipótesis**

**Ho (nula):** Los factores sociodemográficos no influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil.

**Hi (nula):** Los factores sociodemográficos influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil.

## **Capítulo I**

### **Marco Teórico y Conceptual**

Este capítulo cuenta con información necesaria en torno a las variables de estudio que, en este caso recae sobre los factores sociales y demográficos, y su asociación con el cuidado humanizado en pacientes, cada variable es estudiada a partir de distintas bases teóricas, diversos autores que han analizado cada terminología; además, se añade el cuidado de enfermería, cuidado humanizado, dimensiones del cuidado humanizado y atención de enfermería en hospitales. Asimismo, se detallan ciertas referencias teóricas en el marco conceptual siendo importantes, ya que le genera valor al estudio y mayor comprensión de este.

#### **Cuidado Humanizado**

El cuidado humanizado debe ser abordado desde la administración de los hospitales, sean públicos o privados, para esto se considera pertinente forjar relaciones internas del equipo médico y enfermero, con el fin de analizar situaciones y proponer soluciones que aseguren una atención de calidad y calidez para el paciente (Chamba, 2020).

La humanización del cuidado de enfermería es una respuesta de los valores de los profesionales que conlleva a un compromiso ético; bajo este enfoque, se pueden desarrollar programas, políticas y acciones que permitan garantizar un cuidado de calidad que respete la dignidad de cada persona sin distinción. El cuidado humanizado incluye otorgar información concisa y clara, respetar la dignidad humana, brindar una atención de excelencia que proporcione bienestar de la salud, manteniendo las funciones psicológicas, fisiológicas y sociales (Villa et al., 2023).

La humanización es importante dentro del ejercicio del enfermero, ya que su enfoque se orienta en torno al acompañamiento y cuidados asistenciales a terceros, en la acción del cuidado. Hoy en día, se relatan diversas hipótesis o teorías en torno a las dolencias o malestares en la salud, incluyendo ciertos rasgos característicos como el comportamiento del individuo, del profesional y la proyección a ejecutar en este campo, desembocando en un sinnúmero de situaciones que culminan en el cuidado efectivo al paciente. Posterior a aquello, en el sistema de salud se debe otorgar una atención sujeta al buen trato de forma cordial, vínculos comunicacionales efectivos y atención en torno a las emociones y sentimientos del mismo (Riveros, 2020).

El accionar del cuidado humanizado debe entrelazarse entre el profesional y el paciente, junto a la apreciación, el ciclo y la necesidad de este; por otro lado, cada uno debe disponer de sentido propio según el cargo funcional que cumpla, mutando en una serie de acciones en torno a la reciprocidad entre los agentes involucrados otorgando un beneficio mutuo. Es importante acotar que, todo este accionar debe estar asociado a la responsabilidad, desempeño y compromiso de brindar lo mejor en la comunidad, de forma individual cada uno debe asumir su rol según sus funciones y en el caso del profesional la ayuda idónea para la pronta mejoría de la salud del usuario. Todas las características detalladas deben suplir las necesidades, dejando a un lado las rutinas y con el respeto que se merecen ambos; además, de valorizarse a fin de cumplir con los objetivos trazados y los diferentes patrones categorizados que ayude al calendario de los cuidados en el sistema sanitario (Rojas et al., 2020).

La acción del cuidado humanizado se centra en el vínculo comunicativo entre el profesional e individuo, incluyendo la percepción, espacio, lapso de tiempo y necesidades del mismo; por otra parte, cada persona debe tener valor y sentido de

propio según la actividad que desempeña, generando patrones de correlación, y las respectivas ventajas entre ambos. Es importante acotar que la gestión de cuidados humanizados debe estar sujeta a la responsabilidad, ética profesional, compromiso y el buen servicio brindando el mejor cuidado posible a los usuarios, toda la ayuda que brinde el profesional impactará positivamente en la pronta mejoría del individuo. Los lazos deben estar enfocados en la satisfacción de ambos participantes, dejando a un lado la rutina y con el respectivo respeto, valor que se merecen ambos (Riveros, 2020).

El cuidado humanizado se centra en los procesos transpersonales que brinda un cuidado especializado en torno a la calidad moral, ética y responsabilidad que determine el profesional hacia su paciente. Todas estas variables atribuyen un mejor apoyo en el cuidado humanizado. No obstante, la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson, manifiesta el cometido en la interacción y dinamismo sujeto en la percepción del paciente, siendo corroborada como un ejercicio profesional motivador, y comprometido en la atención médica a través de los rasgos moralistas, humanísticos y decentes. El personal debe contar con un poder espiritual susceptible con capacidades y habilidades prácticas, artísticas y teóricas que difundan la continua mejora, protección y confianza en la salud de los pacientes y el entorno perjudicado (Becerra et al., 2023).

Jean Watson en su teoría del cuidado humanizado también manifiesta el compromiso con la salud mental, cuerpo y espíritu, suscitando soporte al individuo que requiere de los cuidados y el cuidador, desde una perspectiva espiritual, determinando que el cuidador debe poseer compromiso a fin de dar seguridad y confianza al usuario, así como la mejora del estado anímico del mismo. Este modelo

teórico posee gran amplitud visionaria sustentándose no solo en la evidencia médica, ya que también considera la experiencia, captación y el apego en torno al paciente. Para un correcto cuidado humanizado, se debe disponer de integridad y comportamiento moral en el caso del personal de salud durante cada atención dada al paciente, sin importar la condición del mismo, ya que sus prioridades radican en la calidad, solidaridad, cordialidad y eficacia en el servicio y salud, a su vez estos indicadores acrecientan las expectativas del paciente durante toda su estancia hospitalaria (Espinoza et al., 2024).

### ***Dimensiones del cuidado humanizado***

Las dimensiones del cuidado humanizado se basan en el modelo teórico de Jean Watson formulando diversos indicadores de análisis. Una de las primeras dimensiones se centra en la satisfacción de las necesidades en el sistema sanitario, abarcando información, como la situación anímica de este, dolencias, conductas, prestando mayor apoyo en el desempeño, habilidades, capacidades, conocimiento y técnica del profesional de salud. En cuanto a las destrezas que debe tener el profesional de enfermería, se considera el autocontrol, automotivación, autoconocimiento, calidez, paciencia y empatía. Estos indicadores deben ser parte del entorno y a su vez genera resultados óptimos en el caso de presentarse algún conflicto en el transcurso de la aplicación de las actividades. Estos estándares deben ser parte esencial del profesional con el fin de brindar una mejor atención médica, fortalecer la calidad del servicio, rendimiento laboral y situación anímica positiva (Guamuse & Cambizaca, 2025).

Otra dimensión, radica en el vínculo entre el personal de salud y el paciente trazado en la comunicación, esto genera lazos efectivos con el profesional,

repercutiendo beneficiosamente en el estado actual de salud del usuario; además, debe darle a conocer el proceso del tratamiento por su enfermedad o afección. Para efecto, de este campo es indispensable la susceptibilidad del profesional en torno a la honestidad, realismo, sentido de veracidad e integridad. En el caso de la dimensión del autocuidado su focalización se da en la razón de ser del profesional, y su forma de gesticulación en la salud de su paciente. El cuidado debe ser ejecutado solo por profesionales de la salud con el respectivo conocimiento teórico y técnico, adquiriendo mayor experiencia en el caso del cuidador, favoreciendo en la salud de los usuarios y su entorno (Ponce & Contreras, 2024).

En las dimensiones espirituales es importante la intimidad y la profundidad espiritual, ya que para algunos pacientes las creencias religiosas son esenciales para la mejoría en su salud; no obstante, se debe estimar la noción de fortaleza, amparo, fe, seguridad y confianza a fin de que el paciente le dé significado a su vida. Posterior a aquello, el cuidado espiritual que brinde el personal de la salud debe segmentarse en parámetros de paciencia, cordialidad, responsabilidad, respeto y el periodo de tiempo que se da al usuario; sin embargo, se debe prestar mayor interés a pacientes terminales con el fin de dar una mejor atención en las últimas etapas de este. Por otra parte, se encuentra la dimensión ética del cuidador sujeta a las esquematizaciones del comportamiento en la práctica médica; dado eso, los cuidados deben ejecutarse de forma efectiva y bajo el marco integral, acrecentando el rendimiento y buen desempeño en el cuidado junto a la satisfacción de necesidades (Sánchez et al., 2024).

El apoyo espiritual es de gran ayuda al paciente, ya que mantiene el equilibrio mediante sus creencias; además, facilita el crecimiento espiritual, la capacidad del paciente para determinar, comunicarse y recordar la raíz de significado, identidad,

propósito, aliento y esperanza con respecto a su vida. El personal de salud posee la responsabilidad de no dejar de lado la elección espiritual del usuario, ya que esa decisión le permite al cuidador poner en marcha tácticas estratégicas, desarrollando apegos afectivos entre ambos. Es importante mencionar que, el tema de la espiritualidad para muchos usuarios puede ser rehabilitador y terapéutico; por lo antes expuesto, si el paciente se encuentra en una etapa terminal y no nota el interés por parte del cuidador, su situación anímica empeorará, por eso el personal de salud debe poseer sentido de protección, afectividad, amor y empatía durante los servicios de atención hospitalaria (Morales & Palencia, 2021).

Del mismo modo, se debe involucrar acompañamiento, calidad en el servicio y sentido común al usuario; por lo general, los profesionales deben contar con susceptibilidad en cuanto a las necesidades espirituales de los usuarios y desarrollar bajo esta dimensión una correcta comunicación dando paso a las variables de la confianza, apego y estima en la relación de ambos. Con todo este contexto, se determina a los cuidados humanizados como un espacio de filosofía de vida e indicadores principales del usuario designado, con el objetivo de brindar un cuidado adecuado (Tarrida et al., 2020).

La quinta dimensión se refiere a las habilidades técnicas, la cual se centra en que la enfermera debe estar familiarizada con una variedad de procedimientos, así como poseer la capacidad de seleccionar y aplicar las técnicas adecuadas en cada situación. Algunas de estas habilidades pueden ser la toma de signos vitales, administración de medicamentos, cuidado de heridas y la administración de terapias. Por ende, esta profesional debe desarrollar una buena comprensión de la anatomía y

la fisiología humana, así como de los procesos patológicos, dado que esto le permitirá brindar un cuidado efectivo a los pacientes (Verdezoto et al., 2025).

Finalmente, los aspectos éticos del cuidado se basan en la premisa de que este factor debe ser brindado de manera humana y con respeto por la dignidad de la persona. Watson también enfatiza en aspectos éticos como la autonomía y la justicia, dado que el enfermero debe respetar las decisiones del paciente y brindar un cuidado justo a todos los usuarios, independientemente de su raza, religión o estatus social. También, es indispensable que el profesional de enfermería tenga una actitud de apertura y disponibilidad, por ende, debe estar dispuesto a aprender y aceptar los nuevos retos que surjan en el proceso de cuidado (Romero & Díaz, 2021).

### ***Características del cuidado humanizado***

Las características del cuidado humano son la capacidad de establecer relaciones afectivas con otras personas, además, se debe comprender y responder a sus necesidades y prestar atención a los detalles, dado que, este factor requiere una sensibilidad especial y una disposición a prestar atención a las señales no verbales de otras personas. Por ende, se debe tener como objetivo principal satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente, ya que esto es esencial para su recuperación. Por otra parte, es importante indicar que los profesionales que proporcionan cuidado humano deben tener un buen conocimiento de la anatomía y la fisiología humana, así como de los principios de la enfermería. Asimismo, esta función requiere habilidades de comunicación, interpersonales y de liderazgo, puesto que el personal de salud debe ser capaz de trabajar en equipo, además de estar dispuesto a aprender nuevas habilidades y tecnologías (Martínez & Herrera, 2023).

Es fundamental indicar que Watson sustentó su teoría en diez características, los mismos que implican que la enfermera debe poseer una base filosófica y moral que le permita comprender el significado de la asistencia y la importancia de prestar atención a las personas que requieren cuidados. También, creer y esperar que el paciente responda positivamente a los cuidados de enfermería, a su vez, debe estar comprometida con el bienestar del paciente y prestar atención a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales (Sánchez et al., 2024).

Además, estos profesionales deben proporcionar cuidados de enfermería seguros y eficientes, demostrar respeto y consideración por el paciente, mantener una actitud positiva y optimista, al igual que, estar dispuesta a colaborar con el equipo de salud. Por otra parte, los enfermeros deben estar preparados para responder a las emergencias, mantener la confidencialidad de la información del paciente y estar capacitados para proporcionar cuidados de enfermería a las personas de todas las culturas (Cortez, 2022).

### ***Principios del cuidado humanizado***

Los principios del cuidado humano según Jean Watson son la empatía, conexión, dignidad, autonomía, integridad y responsabilidad. En cuanto a la empatía se trata de poder colocarse en el lugar de la otra persona y comprender sus sentimientos y perspectivas. En cuanto a la conexión, esto se refiere a establecer una relación con el paciente a nivel emocional; dignidad, se trata del respeto y la consideración hacia el usuario. Por otro lado, autonomía es la capacidad que tiene el sujeto de tomar sus propias decisiones; mientras que, la integridad tiene que ver con que un individuo sea honesto consigo mismo y con los demás. Por último, la

responsabilidad se trata del compromiso que tiene el profesional de hacerse cargo de sus actos y de las consecuencias de ellos (Méndez, 2025).

Watson determinó que el cuidado humano es una respuesta a las necesidades básicas del paciente, por ende, es una tarea moral y espiritual, además, que este proceso involucra tanto el cuerpo como la mente. Así es como, esta autora plantea que dicho tipo de cuidado debe basarse en diez normas que aluden a que el cuidado es interpersonal y humanizado. Asimismo, es una respuesta a la necesidad humana básica de amor y pertenencia, a su vez, debe considerarse como una tarea moral, espiritual, física, psicológica, social, intelectual y estética (Valderrama et al., 2023).

En consecuencia, el objetivo de estos principios es ayudar a los cuidadores a concientizar que todos los seres humanos merecen ser tratados con respeto y dignidad. Esto significa que todos los usuarios deben ser tratados de manera justa y equitativa, por ende, el profesional debe tener claro el no realizar acciones que puedan herir a otra persona. También, incluye la idea de que todos deben tener acceso a los cuidados médicos necesarios para mantenerse saludables y que todas las personas deben ser tratadas con amor y compasión. Por esta razón, el personal de salud debe tener cuidado de no hacer nada que pueda lastimar a otra persona de manera emocional (Gómez, 2023).

### ***El paradigma holístico del cuidado***

El paradigma del cuidado holístico es un modelo de atención médica que se centra en la atención a la persona como un todo, considerando sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Esta teoría se basa en la creencia de que todos los individuos tienen un potencial para la salud y el bienestar, y que el cuidado debe abordar todos los aspectos de la persona para ayudarla a alcanzar su máximo

potencial. A su vez, la meta de este tipo de cuidado es la mejora de la calidad de vida de la persona, lo que no se encasilla en tratamientos o prevención de la enfermedad, asimismo, se determina que esta visión es más eficaz al considerar la salud y bienestar del individuo (Álvarez, 2023).

El modelo se basa en la atención médica de diversas disciplinas, educación del paciente, investigación en función de las evidencias y ayuda entre médicos y pacientes. La atención médica integrativa se centra en el uso de una variedad de enfoques para tratar a los pacientes; la educación busca enseñar a los usuarios acerca de su salud y cómo pueden mejorarla. La investigación basada en la evidencia tiene como objetivo el desarrollo de nuevas formas de diagnóstico y tratamiento, mientras que la colaboración entre médicos y pacientes se trata de fomentar una relación más cercana y abierta entre ellos. Así es como, esta filosofía permite tratar a los pacientes de manera más completa, asimismo, se centra en la prevención, curación y el bienestar, basándose en la idea de que todos estos aspectos están interrelacionados (Souza et al., 2020).

### ***El acto del cuidado humano***

El acto del cuidado humano se debe llevar a cabo por el personal de salud con mucha atención y cariño, de esta manera el personal se asegura de que el paciente esté cómodo y seguro. Por ende, implica que el enfermero trate de comprender las necesidades de la persona y luego se esfuerce por satisfacerlas; también es importante que se incluya la educación como uno de los atributos de este acto médico, dado que el usuario debe participar en el proceso salud-enfermedad, así como conocer sobre su condición y cómo cuidarse mejor. Por último, es el deber del personal de enfermería

proporcionar apoyo emocional al ser cuidado y a su familia durante este tiempo difícil (Villa et al., 2023).

En consecuencia, el acto del cuidado implica ciertos pasos a cumplir como considerar el contexto en el que se encuentra el paciente y sus necesidades específicas. Después, establecer una relación de confianza y respeto, además, es importante que el personal de salud escuche activamente a los usuarios para de esta forma comprender sus necesidades. También, el personal sanitario debe ofrecer cuidados específicos y personalizados, así como, asegurarse de que el sujeto esté involucrado en el proceso de cuidado y tome decisiones sobre dicho procedimiento. Por último, el enfermero debe evaluar los resultados del cuidado proporcionado y hacer los ajustes necesarios de acuerdo con las necesidades del paciente (Núñez et al., 2023).

### ***Dimensiones de cuidado humanizado contempladas en el estudio***

En el presente estudio, la evaluación del cuidado humanizado se efectúa a través de 10 dimensiones, que son los factores de cuidado que conforman el proceso de caritas procedente de la teoría del cuidado transpersonal o humano de Watson. A continuación, se detalla cada elemento.

#### **Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas**

En primera instancia, se contempla la formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, lo cual se centra en el desarrollo de la capacidad del individuo de preocuparse por los demás y de actuar de una manera que tenga en cuenta el bienestar de los otros. Este factor se trata de un enfoque centralizado en el ser humano que se basa en la idea de que todos los individuos son dignos de ser cuidados y que todos tienen el potencial de desarrollar una sensibilidad hacia el

bienestar de los demás, garantizando la entrega de un trato amable, una actitud positiva y un aspecto propio que diferencie los cuidados que el profesional brinde en comparación con los demás (Espinosa et al., 2023).

### **Instalación de la fe y la esperanza**

Esta dimensión se basa en la religión y aspectos espirituales en el cuidado de los pacientes. En este sentido, se proporciona esperanza y fe en el individuo, con lo cual puede afrontar enfermedades, con su comprensión y aceptación. Se destaca que estos enfoques son un apoyo en casos de incertidumbre y dolor, siendo un campo subjetivo para el cuidador y el cuidado (Reyes et al., 2024).

### **Desarrollar una sensibilidad hacia la propia persona y hacia otras personas**

Esto infiere en que la persona debe mostrarse de forma abierta al hecho de encargarse de las necesidades de otros, incluyendo factores como el dolor o sufrimiento. Es decir, se priorizan las necesidades de los demás de modo desinteresado, de modo que se pueda ofrecer un cuidado de la manera más efectiva y sensible posible, logrando establecer una relación efectiva con los cuidadores, quienes deberán reconocer el estado físico y emocional de la persona a través de una comunicación eficaz. También, implica estar atento a lo que se siente y lo que piensa uno mismo, así como lo que sienten y piensan los demás, esto requiere una cierta habilidad para escuchar y comprender lo que no se dice explícitamente, además, de ser capaz de reconocer y respetar los límites de los demás (Momeni et al., 2022).

### **Establecer un lazo de cuidado humano sustentado en apoyo y confianza**

Esto significa establecer una relación interpersonal, en la cual se establece una confianza mutua y se fomenta el bienestar de la otra persona. De acuerdo con

Watson, el cuidado es una interacción interpersonal basada en la confianza y el respeto, en la que se busca el bienestar de otros individuos. En este marco, el paciente puede expresar sus sentimientos y el profesional ubicarse en su lugar, con lo cual se puede contribuir en la mejora de la comunicación, influyendo de forma positiva en la calidad de los cuidados que se brindan (Ganán & Chasillacta, 2023).

### **Impulsar y acoger la expresión de sentimientos**

Este es un factor que indica que el cuidador debe ser capaz de reconocer y responder a los sentimientos de la persona que está siendo cuidada. Esto es importante porque ayuda a establecer una relación de confianza y respeto, y también contribuye a que la persona logre manejar sus emociones de manera más efectiva, mismas que pueden ser expresadas a los profesionales de enfermería (Perkins, 2021).

### **Aplicación del método científico en la resolución de problemas y en la toma de decisiones**

Este es un proceso que se basa en la observación y la experimentación para el descubrimiento de nuevos conocimientos y la solución de problemas. Watson propone que el método científico también puede aplicarse al cuidado humano, lo que permite a los cuidadores analizar y comprender mejor las necesidades de los pacientes, de esta forma, el cuidado se vuelve más eficiente, efectivo y organizado (C. E. Delgado, 2024).

### **Integrar la enseñanza y el aprendizaje de carácter transpersonal en el cuidado**

Dentro del cuidado, esto implica la búsqueda de fomentar una mayor conciencia y aceptación de uno mismo, así como también de los demás. Es decir, se busca que las personas sean más conscientes de sus propias necesidades y de cómo

pueden satisfacerlas, así como de cómo pueden apoyar a los demás en el cumplimiento de las mismas, informando todo lo relacionado con los cuidados y sus procedimientos. Se destaca que esta dimensión busca el brindar una educación donde se incentive el desarrollo personal y espiritual de los alumnos de enfermería, recalcando la importancia de cuidar a otros; para esto, se debe dar la importancia necesaria a la mente, cuerpo y espíritu en el proceso de aprender (Curcio et al., 2024).

**Construir un ambiente de apoyo y de conexión mental, física, social, cultural y espiritual.**

En cuanto a este factor, en la teoría de Watson se enfatiza la idea de que el cuidado es un proceso interactivo entre el cuidador y el cuidado. El primero proporciona el cuidado físico y afectivo, mientras que el cuidado es el proceso de nutrición, curación y protección, siendo este indispensable para la salud y el bienestar de todos los seres humanos. El entorno debe estar caracterizado por el confort, seguridad, pulcritud, privacidad, el resguardo de la integridad, la entrega de un trato digno, el apoyo, la inclusión de los pacientes y familiares, entre otros criterios que garanticen el bienestar espiritual y mental de las personas (Najeh & Ghazi, 2020).

**Conllevar a la satisfacción de las necesidades humanas**

Esta dimensión es una parte importante del cuidado, ya que este no puede brindarse si la persona que lo requiere no tiene satisfechas sus necesidades espirituales, sociales o físicas. En este sentido, se incluyen cuestiones fisiológicas como comer o dormir, así como aspectos de seguridad que es estar lejos de peligros. A su vez, se determinan indicadores de amor y aceptación, así como de estimulación que consiste en tener una vida interesante y activa (Gunawan et al., 2022).

### **Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas**

Finalmente, la aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas en la teoría de Watson implica el reconocimiento de que hay una serie de fuerzas que influyen en la forma de ser y estar en el mundo. Estas incluyen la biología, la historia, la cultura, las relaciones interpersonales, las circunstancias, las condiciones, el significado de la vida y el azar. Watson sostuvo que el cuidado humano debe tomar estas fuerzas en cuenta y trabajar con ellas de una manera que sea beneficiosa para el cuidado del paciente (Božek et al., 2020; Murali, 2020).

### **Servicios de Salud**

La necesidad de obtener más información de la población se ha convertido en pieza esencial dentro del sistema sanitario, su objetivo se sustenta en torno a los fines políticos, científicos, técnicos y administrativos; los datos suelen ser recolectados a través de cuestionarios individuales. El sistema sanitario suministra la información para eventos vinculados con la salud, por lo general, estos sistemas pueden contener subcategorías que engloban eventos puntuales sobre la salud con la finalidad de incluir el índice de mortalidad, tasa sobre nacidos vivos, enfermedades catastróficas como informes de cáncer y otras patologías. Los indicadores demográficos y de salud suelen ser semejantes, pero focalizados desde distintas percepciones, ya que en algunos casos su impacto se da en la dinámica y la planificación de la economía (Olazabal et al., 2022).

Dentro de las funciones habituales, los servicios de salud brindan datos importantes acerca de la prestación de servicios como las hospitalizaciones, las consultas, el proceso quirúrgico, entre otros; por otro lado, se estiman las coberturas médicas, el talento humano y sus recursos, como los médicos, número de enfermeros,

capacidad de camas y gastos en el sistema sanitario. La información derivada de establecimientos de salud es la raíz principal de distintos indicadores, como el acceso a atenciones médicas; por otro lado, las instituciones de salud son necesarias, ya que abarcan datos subnacionales, por provincia, capital región o distrito, vinculadas directamente a las decisiones de gestión (D'Agostino et al., 2022).

Existen ciertos factores externos delimitantes de la felicidad, como los ingresos, el cargo laboral, la satisfacción de la sociedad, los valores éticos y morales y la creencia religiosa; no obstante, los factores personales reposan en la salud física, mental, los hábitos familiares, nivel de instrucción, el sexo, el género y la edad. Los países con mayor nivel económico suelen tener mayores ingresos y los factores sociales como el soporte social y el libertinaje personal influyen en las respuestas en cuanto a los indicadores. Las enfermedades patológicas demandan gran influencia en estos factores, un claro ejemplo, es el cáncer siendo un proceso de alto impacto emocional y sentimental, a su vez trae consigo consecuencias físicas y hasta mentales. Por ende, el nivel de satisfacción en este tipo de usuarios puede estar sujeto a trastornos clínicos, como la ansiedad, la depresión y los miedos causados por los tratamientos tan agresivos que reciben y que, obviamente, influyen en la experiencia adquirida durante los procesos de asistencia clínica (Saavedra, 2020).

### **Atención de Enfermería en Hospitales**

En el sistema hospitalario, el personal de enfermería cumple con varias funciones y pone en funcionamiento distintos procedimientos, tales como: entrega de turno, administración de fármacos e informes de información específica, desarrollo de muestras de laboratorios, diagnóstico del usuario según lo determine el médico; además, priorizan los cuidados según el tipo de enfermedad o dolencia. Por otro lado,

promueve ciertos manuales protocolarios establecidos por el servicio, brinda una atención individualizada con calidad, calidez y empatía, imparte conocimiento sobre el cuidado de la salud en pacientes y difusión de la misma (Sanmartín et al., 2020).

El personal de enfermería es el principal encargado de orientar al paciente y su familia sobre los distintos cuidados y tratamientos, a través de los servicios adecuados y destinarlos a los respectivos profesionales. La gestión de los casos se efectúa a partir del enfermero; cuya actividad se enfoca en la guía entre atención primaria y especializada para proceder a la continuidad de los cuidados. Además, es importante que el equipo sea en torno a los ejes de lo interdisciplinario e intersectorial participando activamente en el cuidado integral de los usuarios, las familias y los grupos. También, es necesaria la promoción de cuidados personalizados, continuos y darle valor propio a las diferentes costumbres, tradiciones y creencias del mismo (Turkson et al., 2022).

Otras de las funciones en la atención que brinda el personal de enfermería reposa en la identificación de personas vulnerables e indicadores de riesgo, a fin de ejecutar acciones correctivas para la disminución o evasión de la misma. Su atención involucra la ejecución de los programas de salud con el fin de dar solución a los conflictos sociales. Otro indicador es el registro o informe clínico que recopila toda la información acerca de los conflictos identificados en los usuarios y su entorno. Todos estos datos le permiten al personal valorizar con la finalidad de efectuar acciones de enfermería. Por último, se estima como parte de la atención la evaluación de las respuestas del usuario y entorno sobre el tratamiento y los cuidados (Sorrentino & Remmert, 2020).

Las intervenciones del profesional de enfermería se centran en torno a los principios científicos, humanísticos y éticos, priorizando el respeto a la vida y a la integridad humana. Un enfermero responsable y comprometido con los cuidados debe ser capaz de proteger, velar y promover la salud de los pacientes y la autonomía de sus actividades, considerando el carácter humano en los estándares psicológicos, sociales, financieros y hasta culturales, como parte de sus funciones están la educación y capacitación provista al usuario y la familia para que asuma el compromiso en el cuidado de la salud, seguido de la rehabilitación a cada paciente, emplear técnicas y tratamientos en el campo de su competencia, implantar acciones dirigidas hacia un entorno saludable y bienestar, impulsar el trabajo en conjunto de manera multidisciplinaria, hallar las necesidades esenciales y desarrollar programas de educación para la salud, con el objetivo de mejorar la atención del paciente, los servicios y la calidad de la vida del mismo (Reyes et al., 2024).

La atención del enfermero está sujeta a la continua promoción de la salud, la protección, mejoría y tratamiento terapéutico de las enfermedades, y en efecto los servicios se sitúan de forma individual, familiar y comunitario. La prevención se sitúa en la transformación o implementación de nuevos parámetros sociales, económicos y culturales que aportan a la disminución de enfermedades y mejor calidad de vida del individuo. Por ende, al otorgar atenciones preventivas provoca el desarrollo de acciones individuales y colectivas desde un panorama más específico (Enebeli et al., 2024).

Actualmente, la variabilidad social producida junto a las necesidades de atenciones médicas demandadas, se han convertido en características de alta complejidad, condicionando directamente la calidad de vida de personas, familias y

hasta la misma comunidad; por tal motivo, se requiere de una perspectiva más profunda, que integren los patrones de protección, información y la educación de individuos. Es importante mencionar que, el profesional de enfermería, manifiesta la mayor intervención en todos los procesos de atención sanitaria, generando en estos profesionales mayor cercanía y apego con los pacientes, convirtiéndolos en representantes primordiales en la seguridad de estos junto a la identificación a tiempo de situaciones adversas (Peitz et al., 2024).

### **Cuidado de Enfermería**

El cuidado de enfermería cimienta sus bases en una visión humana de su labor, la cual se fundamenta en la teoría de Jean Watson quien afirmó que la enfermería es ciencia y arte, que permite cuidar a otros. Esto involucra diversos aspectos como la relación con el paciente, responsabilidad, atención individualizada, empatía, entre otros. Por otro lado, se considera que el cuidado debe ser integral, involucrando aspectos humanos y técnicos (Curcio et al., 2024).

El personal de enfermería como parte de sus roles debe otorgar cuidados preventivos, terapéuticos, curativos durante todo el tratamiento del paciente, a su vez se debe involucrar al equipo de trabajo con el fin de realizar acciones correctivas a tiempo frente a conflictos, a partir de este enfoque es reconocida la labor del personal de enfermería. El compromiso ético del enfermero no solo debe ser individual, sino que debe ir junto a la colaboración de todo el personal de salud que brinde asistencia al paciente (Espinosa et al., 2023).

El personal de enfermería debe ser polifuncional, bajo los estándares teóricos y prácticos junto a la susceptibilidad del trato humanizado, según el diagnóstico o estado del paciente. Los miembros del personal de enfermería circulan a un ritmo

pausado y, por lo general, disponen de un tiempo para comunicarse con el paciente, visitar a la familia y responder interrogantes; por otra parte, más allá del ajetreo diario al que se enfrenta durante la praxis, los cuidados que brinda el profesional deben estar segmentados en la motivación e impulso de mejora en la salud, adquiriendo mejor disciplina profesional. El equipo de enfermería debe evaluar los síntomas del paciente ingresado, el seguimiento del mismo y el cumplimiento oportuno del tratamiento (Andrade et al., 2023).

Estos profesionales deben brindar apoyo a cada paciente en épocas difíciles, todos los cuidados a emplear deben ser desde el marco de la innovación, investigación y comprensión de las políticas del sistema de salud. Los cuidados deben ser bajo los estándares de la humanización y la calidad, el saber profesional de cómo enfrentar y lidiar con disputas, dificultades y la conducta dentro de su entorno laboral; a partir de esto buscar alternativas que no perjudique en la calidad y cuidado del paciente. Puntualmente, los cuidados se centran en la persona, la familia, la convivencia diaria y la disposición de los recursos. Con esos patrones, el enfermero garantizará mejor rendimiento, cobertura de las necesidades y experiencia del usuario (Castillo et al., 2023).

### **Factores Sociodemográficos**

La Organización Panamericana de Salud determina que los datos demográficos recopilados deben estar vinculados a las características de la población. Dichos datos son indispensables y necesarios para el desarrollo de indicadores y la estructura de intervenciones en el campo de la salud. Dicha información es importante, ya que permite calcular varios de los indicadores en torno a la salud. Entre la información que se suele recolectar, se encuentran: la población general, el

sexo, la edad, el tipo de comunidad o etnia; la clase de población como rural o urbana, y la razón de dependencia. No obstante, estos datos pueden estar segmentados en indicadores secundarios de salud, tales como el índice de mortalidad; incidencia y predominio de enfermedades, emergencias y sucesos de agresión; índice de predominio de factores de peligro y efectos de accidentes y episodios de violencia; y capacidad de camas hospitalarias por ciudadano o usuario (Saavedra, 2020).

Otros autores acreditan las particularidades o factores que están relacionados al cuidado humanizado; identificando notablemente acciones como escuchar y dialogar, así como factores inmateriales como la presencia real, el refugio, la relación y la acción familiar. A su vez, se señala que el cuidado humanizado enfermero guarda relación según la información sociodemográfica que incluye la edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción e ingresos mensuales de cada paciente y estado de pareja, induciendo que existe una incidencia de estos últimos sobre la primera variable (Melita et al., 2021).

Otros factores condicionantes, recaen en las diversas características en torno a la edad o el nivel de instrucción y la estrecha vinculación que existe en las expectativas de los usuarios y, posteriormente, en su satisfacción. Por otro lado, el conocimiento de la incidencia de los factores sociodemográficos en cuanto a la satisfacción de los pacientes deriva de gran importancia para la adaptación, los procesos de la información destinada o la situación física de las consultas (Valderrama et al., 2023).

### **Marco Conceptual**

El hospital es un espacio público o privado donde se brinda atención a pacientes enfermos, en especial a individuos que carecen de economía. Es un

establecimiento dirigido por un talento humano capacitado y especializado, con el fin de brindar una atención técnica y eficiente de forma gratuita o con bajo presupuesto monetario, debe contar con recursos oportunos para el diagnóstico y el tratamiento de calidad de distintas enfermedades junto a la solución de conflictos en el marco de salud y social (Organización Panamericana de la Salud, 2021). La importancia de un hospital radica en proveer a los usuarios una atención de salud excelente y bajo todos los estándares de calidad. Además, dicha asistencia debe estar en conjunto con el marco social y comunitario, junto al conocimiento científico, la innovación y creatividad (Melita et al., 2021).

Los factores sociodemográficos en el campo de la salud, por lo general, son empleados en el diagnóstico de las condiciones de salud y planificación psicosocial. Para ejecutar una descripción sociodemográfica es importante hacer uso de recursos de investigación dentro de los colaboradores. El instrumento más común es la recopilación de información a través de encuestas. Los patrones involucrados radican en el agrupamiento de datos cuantitativos, que permiten proyectar los patrones más primordiales de la población. La descripción sociodemográfica permite profundizar el modo de vivir de los usuarios encuestados. Con los datos se puede percibir pautas, como identificación de ejes de vulnerabilidad, factores de riesgo y programas según trace la organización (Saavedra, 2020).

La percepción es un proceso donde se estimula la energía que penetra a través de los sentidos. Dicha información recibida es analizada e interpretada por los sentidos, también es definida como la acción y efecto de captar sucesos (Cortez, 2022). Analizar las percepciones de los pacientes con referencia al cuidado otorgado permitirá mejorar la praxis médica profesional de enfermería a partir de las

experiencias y recuerdos creados por los propios usuarios, además repercute positivamente en la salud, calidad de atención, convivencia diaria, comunicación efectiva y lazos sentimentales con su entorno (Herrera et al., 2020).

El plan de acción es una herramienta que identifica las necesidades urgentes de la organización; además, enfoca cada fase hacia las metas trazadas para la institución (T. Flores et al., 2023). Para efectuar un adecuado plan de acción se debe detallar patrones de la organización de forma que involucre sus productos, los valores, las habilidades, las capacidades y el rol que ejerce en el mercado trazado. Además, debe determinar las oportunidades y fortalezas generando un punto de partido en torno a los beneficios para la organización, a su vez, debe estimar las alianzas estratégicas para el alcance de un mejor rendimiento organizacional (Suárez et al., 2024).

El cuidado humanizado se centra en el estado del paciente de forma general y como parte de un todo, conociendo el problema, para enunciar la hipótesis y finalizar interactuando en el ambiente laboral, y visualizar las expresiones del paciente para sujetarse en la humanidad del mismo, a la vez el vistazo del usuario indaga la interrogante a su situación física y emocional. Por otro lado, el cuidado humanizado se centra en la protección de la comunicación integral, junto a todas las dimensiones comunicativas, como los gestos, miradas, palabras, que permite el acceso a la autonomía, vínculo de paz y amor; para efecto de aquello, es necesario el empujón del profesional de salud (Meneses et al., 2025). Esta conceptualización se emplea para manifestar las ganas de que algo sea bueno, conforme al estado del individuo y que brinde respuestas a la dignidad del mismo.

La atención del personal de enfermería consiste en la implementación de la técnica científica durante la atención, otorgándole a los profesionales de enfermería la prestación de cuidados al paciente según sus necesidades, de manera que sea estructural, lógica y siguiendo un sistema específico. Los cuidados de enfermería en la actualidad están en constante evolución basándose en la esquematización de protocolos planificados y estructurados, para tener una uniformidad. El proceso de atención de enfermería es un elemento vital y fundamental dentro de la rama de la profesión de enfermería, y a su vez aporta en torno a un cuidado individualizado y personalizado a cada usuario (Østensen et al., 2021).

El establecimiento de un sistema de valores de carácter humanista y altruista de acuerdo con Akbari y Nasiri (2022) es el proceso mediante el cual se enseña a las personas a valorar el bienestar de los demás por encima de su propio bienestar. A su vez, Conte et al. (2021) señalaron que se basa en la educación moral centrada en la compasión, empatía y habilidades de ayuda hacia los demás. En cambio, la fe y esperanza de los cuidados se enfoca en la confianza que se ganan los cuidadores, así como el respeto hacia los pacientes y sus familias, dando una esperanza real de mejora (Doe, 2020). Para Valle y Lohne (2021) la fe y esperanza son elementos claves que pueden permitir que los pacientes y sus familias puedan afrontar el proceso de enfermedad y el tratamiento de la misma.

El cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás implica ser consciente de los estados de ánimo propios de una persona y de cómo estos pueden afectar la capacidad de prestar atención y cuidar a otros (Black & Kern, 2020). También significa estar dispuesto a recibir y responder a las necesidades de los demás de una manera sensible (Moudatsou et al., 2020).

Por otro lado, para Adam y Donelson (2022) el desarrollo de un cuidado humano basado en la confianza y ayuda significa establecer una relación de respeto y comprensión mutuos entre pacientes y personal de salud. En tanto que, Castillo et al. (2023) indicó que se trata de establecer un lazo en la que el paciente se sienta seguro y valorado, y en la que el profesional de la salud se comprometa a proporcionar el mejor cuidado posible.

En cuanto a la aceptación de sentimientos negativos y positivos, Liu et al. (2023) señala que en este caso el cuidador tiene la predisposición de escuchar y atender a las necesidades emocionales y de otra índole que la persona requiera. Para Lundberg et al. (2020) quien cuida debe identificar y respetar las emociones de sus pacientes, así no estén de acuerdo.

Por otro lado, el uso de la evidencia científica para decidir y resolver problemas se refiere a conocer y utilizar técnicas científicas para los problemas que se generan en la atención de salud (Shafaghat et al., 2022). De acuerdo con Ghorbanian et al. (2022) esto incluye el uso de la investigación para comprender las causas de los problemas, el desarrollo de nuevas soluciones y el seguimiento de los resultados.

Con respecto a promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, esto se define como la capacidad de una persona de comprender y experimentar su propia conciencia más allá de los límites del ego (Delgado et al., 2023). Según Da Cruz y Ferreira (2020) este factor incluye la capacidad de experimentar la conciencia de otras personas y de la naturaleza, y de comprender la interconexión de todas las cosas.

El crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual significa crear un ambiente que sea acogedor, en el que la persona se sienta

respetada y conectada (Bangcola, 2021). Para Bjørlykhaug et al. (2021) la creación de este entorno debe generar una sensación de cuidado y aceptación, para que la persona sea libre de expresar sus necesidades y deseos.

El ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas se define como la capacidad de un individuo o un grupo de satisfacer sus necesidades básicas, emocionales y sociales (Vujaníc et al., 2022). Este factor se refiere a ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades principales, como la comida, el agua, el refugio y el afecto.

De acuerdo con Muslu et al. (2022) la aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas se refiere a la idea de que los seres humanos están influenciados por una serie de fuerzas, incluyendo la historia personal, el contexto social, las relaciones interpersonales, las expectativas y los valores. Por otro lado, según Haufe et al. (2020) estas fuerzas pueden ser positivas o negativas, y pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de una persona.

## Capítulo II

### Marco Referencial

Dentro del marco referencial se evidencian estudios similares sobre el tema a desarrollar, siendo de guía para el desarrollo del plan de acción en la presente investigación.

#### **Evidencias Científicas y Académicas**

A nivel internacional, Correa et al. (2025) tuvo como propósito describir la percepción de los pacientes adultos hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en un hospital del sur de Chile y examinar su relación con datos sociodemográficos. La metodología consistió en un diseño transversal, se realizó una encuesta con un instrumento validado de Cuidado humanizado de enfermería, mismo que fue aplicado a 61 pacientes. Se obtuvo un valor general de 3.74 con desviación estándar de 0.36. La dimensión calidad tuvo un promedio de 3.84 y la de comunicación 3.65. Conforme al sexo, el 79.31% de los hombres señaló tener siempre cuidado humanizado, ante un 62.50% de las mujeres. En cuanto al grado de educación, las personas con primaria tuvieron un 84% en esa categoría. Por servicio hubo contrastes: en la unidad de tratamiento intermedio el 100% respondió siempre, en medicina 52.94% y en cirugía 71.43%. La conclusión señala que la comunicación enfermera paciente presentó el margen más bajo y demanda seguimiento.

El artículo de Wang et al. (2024) se hizo con el objetivo de describir la satisfacción de los pacientes atendidos en servicios de emergencia de China con el cuidado humanizado y relacionarla con características sociodemográficas y de atención. La metodología se basó en un estudio transversal con 3,490 cuestionarios, de los cuales se analizaron 3,003. La escala de cuidado humanizado tuvo un promedio

de 4.67, a su vez, las seis dimensiones tuvieron valores entre 4.61 y 4.71. Por otro lado, se reflejaron promedios más altos en personas con edades de 46 a 49 años, atención hospitalaria terciaria y de servicios especializados. Los mejores promedios se dieron en pacientes acompañados y en tiempos de espera inferiores a 10 minutos. En cambio, se evidenciaron valores similares entre ellos en sexo, estado civil, nivel de estudio, ocupación e ingreso.

Flores et al. (2023) realizaron una investigación con el fin de valorar el cuidado humanizado de enfermería según factores sociodemográficos de pacientes de un hospital público de segundo nivel de México. La metodología fue transversal y descriptiva, se aplicó la escala PCHE a 52 personas en servicios de medicina interna, cuidados intensivos, ortopedia, traumatología y cirugía. Se determinó mayoría en hombres con 51.9%, estado civil casado 65.4% y nivel de estudio primaria 48.1%. A su vez, se identificó que el 63.5% tuvo cuidado de forma constante, siendo los puntajes más altos en cuidados intensivos y medicina interna. Se concluye una relación del cuidado humanizado con aspectos sociales y educativos del paciente.

En el estudio de Melita et al. (2021) se analizó el cuidado humanizado en tres centros de salud chilenos en el área médica y quirúrgica. La metodología del trabajo se hizo bajo un estudio descriptivo, transversal y correlacional. Además, se aplicó la escala de percepción de comportamientos de cuidado humanizado a una muestra de 150 pacientes y cuyos resultados revelaron que el cuidado humanizado que brindaban las enfermeras tenía una percepción favorable entre ellos. También se encontró que la dimensión calidad del quehacer de enfermería fue la mejor valorada, en cambio, con menor percepción y valoración más baja se identificó la comunicación. Así mismo, no se halló correlación entre los factores sociodemográficos y la percepción del

cuidado humanizado, pero se exhortó a mejorar los vínculos comunicativos enfermera-paciente.

Blanco et al. (2021) investigaron la percepción de los pacientes en materia de cuidados de enfermería en la situación de la pandemia por COVID-19 en España. La investigación se efectuó como un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se aplicaron tres instrumentos, el primero fue por medio de entrevistas telefónicas a una muestra de 357 personas que tuvieran mínimo un día de hospitalización en el Hospital de León. El segundo fue la escala de percepción de conductas del cuidado humanizado de enfermería y el tercero fue un cuestionario que medía la satisfacción del hospital y la calidad de la atención al cliente en el área de hospitalización. Entre los resultados, se obtuvo que cada dimensión de la escala es puntuada como “siempre” en un 91.2% la práctica de enfermería; 81.4% la comunicación enfermera-paciente; y 87.8% la disposición al cuidado, de cuyo análisis posterior se obtuvo un promedio de 4.6 sobre 5. Esto indicó que sin importar el efecto perjudicial del COVID-19 en el sistema de salud, la enfermería humanizada hacia los pacientes fue vista muy satisfactoria.

A nivel nacional, Vargas et al. (2024) se propusieron determinar el efecto del cuidado humanizado en la satisfacción del paciente y de su familia en un hospital de Guayaquil. Se empleó un estudio no experimental de corte transversal con aplicación de dos cuestionarios a 92 usuarios, uno para satisfacción y otro para cuidado humanizado. Los resultados mostraron que 61.2% expresó satisfacción alta con la atención recibida y 78.3% identificó presencia de cuidado humanizado. En cuanto a la edad, se evidenció que las personas de mayor edad tuvieron un 85% de satisfacción ante el 70% de los más jóvenes. La comunicación tuvo calificación de buena o

excelente en el 80% de los pacientes y 76% de familiares. Se concluye que el apoyo y aspectos personales influyen en la percepción de cuidado.

En el trabajo de Holguín et al. (2023) se analizó el cuidado humanizado desde la percepción del personal de enfermería en la unidad de cuidados intermedios de un hospital de Macas. Se aplicó una metodología con enfoque mixto y diseño descriptivo transversal, dirigida a la totalidad de 14 profesionales de enfermería de la unidad. El instrumento reportó que 43% se ubicó en nivel alto de cuidado humanizado, 29% en nivel bajo y 28% en nivel medio; estos valores se interpretaron junto con la información cualitativa obtenida en las entrevistas, que describió interés por el trato digno y por la comunicación con el paciente. Se identificó también una atención respetuosa y apoyo emocional a la persona. Se concluye que los profesionales reconocen que existe un cuidado humanizado.

Por otro lado, Cortez (2022) evaluó el cuidado humanizado en pacientes de emergencias del hospital de Atacames. El marco metodológico consistió en un enfoque mixto transversal y descriptivo, con una encuesta y guía de observación a 183 pacientes. Se observó una mayoría del grupo adulto joven del cantón, a su vez, se identificó un trato respetuoso, información clara y respuesta a tiempo como los valores más altos de cuidado siendo superiores al 70%, en cambio, las conductas expresivas tuvieron porcentajes entre 55% y 65%. El análisis indicó correspondencia entre ciertos datos personales y los puntajes del cuidado humanizado. La conclusión afirma que el servicio mantiene una imagen positiva entre los pacientes.

Herrera et al. (2020) desarrollaron un trabajo que tuvo como objetivo general describir la percepción de cuidado humanizado de enfermería en un grupo de pacientes con IRC que asistían a la Unidad de Diálisis del Hospital General de

Machala Ecuador, la metodología utilizada tuvo un enfoque cuantitativo, método deductivo, de alcance descriptivo y corte transversal, se desarrolló una encuesta a 72 pacientes. Se identificó que existe un cuidado humanizado adecuado según la percepción de los usuarios. Las dimensiones con deficiencias fueron promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos, así como fomento de fe y esperanza.

Cevallos (2020) llevó a cabo una investigación, cuyo objetivo general fue evidenciar el cuidado humanizado y la satisfacción en pacientes puérperas de un centro de salud de Durán Ecuador, 2019, la metodología se basó en el paradigma positivista, con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional. Se realizó una encuesta a 90 pacientes. Los resultados mostraron que existe una relación positiva y significativa entre el cuidado humanizado y la satisfacción de las mujeres. A su vez, se identificó que el trato brindado fue el principal aspecto del cuidado que influyó en la satisfacción.

### **Situación Actual del Hospital Público de la Ciudad de Guayaquil**

El hospital público es una institución que pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) construido con la finalidad de beneficiar a 800 000 asegurados, el terreno es aproximado a los 160 000 m<sup>2</sup> con un espacio total de infraestructura de 72 000 m<sup>2</sup>, generando una extensión de 400 camas y 160 consultorios de especialidades. Los servicios que otorgan son consulta externa, hospitalización, servicio de asistencia como laboratorio, rayos X e imagenología; además, brindan tratamientos únicos como sala de quemados, servicio de urgencia 24 horas, hemodiálisis, medicina transfusional, farmacia, pediatría y neonatología. Por

otra parte, cuenta con sala de morgue y servicios como programas educativos y telemedicina (IESS, 2020).

Esta institución posee la infraestructura más grande y amplia del sistema público y privado, la atención empezó el 31 de marzo del 2017; dispone de 37 especialidades, desde sus inicios ha brindado asistencia médica a un total de 16 693 usuarios con acceso a las diferentes especialidades como ginecología, neumología, alergología, pediatría, oftalmología, oncología, traumatología, odontología, cardiología, ortopedia, cirugía plástica, medicina familiar, fisioterapeuta, geriatría, psicología, urología, nefrología, gastroenterología y neumología; posterior aquello, dispone del departamento de imagen, radiología y laboratorio. Este hospital tiene aproximadamente 975 funcionarios, de los cuales 925 son profesionales médicos y el restante funcionarios administrativos, de los colaboradores de salud 318 son doctores generales y el resto médicos especialistas (IESS, 2020).

### **Marco Legal**

Como parte de la base legal se considera las diversas políticas empleadas en torno al profesional de enfermería, entre ellas: La Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador, expresa que todas las enfermeras y enfermeros poseen la responsabilidad de brindar educación asociada a la mejora, junto a la protección, seguridad y promoción de buenas prácticas, otorgándole a los usuarios bienestar y mejoría en la salud, esta normativa también está relacionada a la sociedad, familia y el paciente; además, el profesional debe emplear una adecuada atención dejando a un lado los perjuicios (Asamblea Nacional Constituyente, 2018).

En el marco de esta ley hace referencia en que los enfermeros y enfermeras deben desarrollar la profesión, a través de la modalidad de la ética con juicio de valor

y respeto según los derechos que respaldan al paciente. Por otro lado, se detalla la función de otorgar servicios personalizados de calidad al usuario, y el respectivo monitoreo del diagnóstico y tratamientos médicos.

Por otro lado, en el artículo 10 manifiesta que, los agentes que son parte del Sistema Nacional de Salud implementarán las normativas, programas y reglamentos de atención universal y de calidad, incluyendo patrones de protección, difusión, prevención, seguridad, mejora, terapias y cuidados de la salud de manera individual y del marco colectivo, mediante el empleo de los principios y ejes focalizados en el artículo 1 argumentando que el Ecuador es un sistema constitucional de derechos y justicia, con enfoque social y equitativo, plurinacional y libertario (Asamblea Nacional Constituyente, 2018).

Este artículo se encuentra vinculado con la presente investigación, ya que manifiesta la responsabilidad que posee el personal o profesional de salud dentro del Sistema Nacional Sanitarios; además, dichos profesionales tienen el compromiso de brindar al usuario atención de calidad en torno a las políticas o protocolos desarrollados por el MSP o la entidad que lo represente. Por otro lado, el sistema nacional otorga dicha atención desde el marco personal, social, familiar y el entorno donde se desenvuelva el individuo.

La Constitución de la República del Ecuador expresa en el artículo 35, los derechos que todo individuo y sociedad cuenta en torno a la atención médica especializada según sus necesidades, incluyendo a los siguientes participantes: tercera edad, menores de edad, discapacitados, embarazadas, adolescentes, personas privadas de libertad e individuos que requiera atención especializa según el tipo enfermedad sea crónica, leve o terminal. La asistencia médica debe cubrir las necesidades de este

grupo en especial, por ser considerado como vulnerables la atención se puede ejecutar en los sectores sanitarios tanto públicos, como privados (Asamblea Nacional Constituyente, 2018).

Bajo este contexto, se puede definir que el Estado posee la máxima responsabilidad y compromiso de brindar seguridad, protección y promoción de la atención óptima en torno a la salud; además de dar mayor interés al ciudadano estimado como vulnerable según las necesidades de los mismos; por otro lado, todos los procesos empleados en cada individuo atendido se ejecutan a través de la modalidad de gratuidad.

## Capítulo III

### Marco Metodológico

En esta sección del estudio se describe la metodología que se usó en la investigación, empezando con el establecimiento del enfoque, alcance, diseño y método de la investigación, para seguir con la elección de la técnica e instrumento de recolección de datos, que permitirá efectuar la operacionalización de las variables que son los factores sociodemográficos y los cuidados humanizados, Después se determinó la población de estudio que son los pacientes hospitalizados y se calculó la muestra bajo la fórmula de población finita, posteriormente se detalló el procesamiento de los datos donde se describe cada paso que se realizó, en este caso se hizo uso de la estadística inferencial y descriptiva, por último, se presentan los resultados y su análisis general.

#### **Enfoque Cuantitativo de la Investigación**

El enfoque cuantitativo proviene del paradigma positivista, este se basa en mediciones numéricas que permiten cuantificar el fenómeno estudiado; entre sus principales características se encuentra su objetividad, ser secuencial, probatorio, con un énfasis en la parte estadística, este enfoque se utiliza para demostrar relaciones o comprobar hipótesis (Barroga et al., 2023).

En la presente investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, dado que se realizarán mediciones estadísticas de las variables de estudio que son los factores sociodemográficos y el cuidado humanizado, desde lo cual se busca definir si existe algún tipo de asociación. Para esto, se deben tabular los datos de manera numérica.

### **Alcance de la Investigación**

El alcance descriptivo caracteriza la problemática estudiada, entre sus ventajas se encuentra el mostrar claramente la problemática estudiada evidenciando patrones de comportamiento de las variables; por otro lado, el correlacional mide las relaciones entre variables o dimensiones estudiadas, siendo muy utilizado para comprobar hipótesis que buscan evaluar asociaciones entre variables (Fox et al., 2022).

En el estudio se aplicó el alcance descriptivo, porque permite describir las características de la población de estudio y su percepción acerca del cuidado humanizado proporcionado por el personal de enfermería mientras se encontraban hospitalizados en un hospital público. De igual forma, es correlacional, dado que se busca asociar ambas variables entre sí para constatar si tienen algún grado de relación.

### **Diseño de la Investigación**

El diseño no experimental utiliza la información en su ambiente natural, por lo que no se presta para modificaciones o aplicaciones de estímulos sobre las variables; a su vez la investigación transversal es la que se realiza en una sola ocasión sin estudios longitudinales, es decir, toma la información actual de la muestra estudiada, dejando fuera la evolución de la variable en el tiempo (Pérez et al., 2024).

En este trabajo se utilizó el diseño no experimental, ya que no se modificaron los datos obtenidos de la muestra, más bien se observó el fenómeno tal cual se dio, para así conocer la percepción de los pacientes sobre los cuidados humanizados brindados por el personal de enfermería. El trabajo a su vez fue transversal, porque los datos fueron tomados en una sola ocasión a los pacientes hospitalizados de un hospital público con el fin de identificar su situación en ese momento.

## **Método de la Investigación**

El método deductivo en las ciencias formales, suele demostrar por medio de la lógica conclusiones que parten de premisas, lo cual le permite garantizar que las conclusiones cuentan con veracidad; es decir, va de lo general a lo particular, donde prueba la revisión bibliográfica y referencial en un contexto determinado (Tiberius, 2020).

En el estudio se usó el método deductivo, debido a que mediante la revisión bibliográfica se verifican teorías y definiciones sobre los factores sociodemográficos y los cuidados humanizados, para con dicha información y los datos recabados se aplique el razonamiento con el fin de llegar a conclusiones adecuadas sobre la población de estudio que son los pacientes hospitalizados de un hospital público de Guayaquil.

## **Población y Muestra**

La población o universo se refiere al conjunto finito o infinito de acontecimientos, ideas u objetos, que tienen en entre sí las mismas características. La población finita es aquella que se caracteriza por tener datos que pueden contarse. En cambio, la muestra es una parte de la población, la cual no contiene características esenciales que le permitan distinguirla de las demás, por lo que esta se utiliza cuando se requiere una parte representativa de la población (Hossan et al., 2023).

La población de estudio fueron los pacientes hospitalizados sin diagnóstico de Covid-19 de un hospital público de Guayaquil. En el período de enero a julio de 2021 se han atendido 14 651 personas según información interna del hospital. Para determinar la muestra se realiza su cálculo a través de la fórmula para población finita, la misma que se presenta a continuación.

$$n = \frac{N * Z^2 * q * p}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * q * p}$$

Una vez establecida la ecuación se procedió a reemplazar los datos que comprende como población (N) 1 000 personas (pacientes), se aplicó una probabilidad de fracaso y éxito (q,p) del 50%, el error muestral (d) fue del 5% y el nivel de confianza (Z) fue del 95% que corresponde al valor de 1.96.

$$n = \frac{14\ 651 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{0.05^2 * (14\ 651 - 1) + 1.96^2 * 0.50 * 0.50}$$

La ecuación determinó como muestra 374 pacientes a encuestar. El criterio de inclusión es que desee participar del estudio, mientras que el criterio de exclusión es el tener COVID-19 y no tener voluntad de participar de la investigación.

El muestreo aleatorio simple es aquel que le proporciona a toda la muestra la misma probabilidad de ser elegidos (Stratton, 2023). Se utilizó en la investigación el muestro aleatorio simple por permitir que toda la población tenga la posibilidad de ser elegido como parte de la muestra, que en este caso son los pacientes hospitalizados de un hospital público de Guayaquil.

### **Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

De acuerdo con O'Connor (2022) la encuesta es una técnica que permite la recolección de información a través de un cuestionario, aspecto que le ayuda a conseguir una gran serie de información, mediante las preguntas sobre un tema específico.

La técnica que se usó en la investigación fue la encuesta y su instrumento de recolección fue el cuestionario preestructurado, elaborado por Quispe (2020). Para evaluar los factores sociodemográficos se consultó el género de los pacientes, la edad,

su estado civil, la forma cómo se autoidentifica y sus ingresos familiares. En cambio, para evaluar el cuidado humanizado se utilizó un cuestionario compuesto de 35 preguntas que se dividen en diez dimensiones que son:

“Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas (Del ítem uno al cuatro), instalación de fe y esperanza (Del ítem cinco al siete), cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás (Del ítem ocho al 13). Además, desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza (Del ítem 14 al 16), promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos (Del ítem 17 al 19), uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones (Del ítem 20 al 22), promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal (Del ítem 23 al 26), crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual (Del ítem 27 al 29), ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas (Del ítem 30 al 32) y aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas (Del ítem 33 al 35). En cuanto a las alternativas de respuestas del cuestionario, se basó en la escala de Likert con cinco opciones que fueron: nunca = 1, a veces = 2, regularmente = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5” (Quispe, 2020, p. 51-54).

## Operacionalización de las Variables

**Tabla 1**

*Operacionalización de las variables*

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Ítems	Tipo de variable	Escala
Factores sociodemográficos	Los datos demográficos deben estar vinculados a las características de la población, ya que son indispensables y necesarios para el desarrollo de indicadores y la estructura de intervenciones en el campo de la salud (Starling et al., 2024).	Género.	Ítem 1	Nominal	Masculino; femenino
		Edad.	Ítem 2	Ordinal	18 a 29 años; 30 a 39 años; 40 a 49 años; 50 a 59 años y más de 60 años.
		Estado civil.	Ítem 3	Nominal	Soltero; casado/unido; divorciado; viudo
		Lugar de Procedencia	Ítem 4	Nominal	Rural; urbano
		Autoidentificación	Ítem 5	Nominal	Negro/mulato; mestizo; blanco; indígena; montubio; otro.
		Nivel de instrucción	Ítem 6	Ordinal	Primaria; secundaria; tercer nivel; cuarto nivel
		Ingreso familiar.	Ítem 7	Ordinal	\$400 a \$999; \$1,000 a \$1,999; \$2,000 a 2,999 y \$3,000 o más.
Cuidados humanizados	La humanización del cuidado de enfermería es una respuesta de los valores de los profesionales que conlleva a un compromiso ético; bajo este enfoque, se pueden desarrollar programas, políticas y acciones que permitan garantizar un cuidado de	Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.	Ítem del 1 al 4	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= En desacuerdo, ni de acuerdo; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo
		Instalación de fe y esperanza.	Ítem del 5 al 7	Ordinal	
		Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.	Ítem del 8 al 13	Ordinal	
		Desarrollo de una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.	Ítem del 14 al 16	Ordinal	
		Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.	Ítem del 17 al 19	Ordinal	
Uso sistemático del método científico de la solución de problemas y para la toma de decisiones.	Ítem del 20 al 22	Ordinal			

calidad que respete la dignidad de cada persona sin distinción (Villa et al., 2023).	Promoción de la enseñanza aprendizaje transpersonal.	Ítem del 23 al 26	Ordinal
	Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física sociocultural y espiritual.	Ítem del 27 al 29	Ordinal
	Ayudar a la satisfacción de necesidades humanas.	Ítem del 30 al 32	Ordinal
	Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.	Ítem del 33 al 35	Ordinal

---

Tomado de *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2020*; por Quispe (2020). Repositorio de la Universidad Peruana Unión.

## **Procedimientos**

Para llevar a cabo el estudio se solicitó una reunión con la dirección del hospital objeto de estudio para que autorice la investigación, cuando se obtuvo la afirmación de la misma se procedió a solicitar los datos de los pacientes hospitalizados, para con dicha información determinar la población que ayude a conseguir la muestra que se eligió mediante un muestreo probabilístico.

Después se contactó con los pacientes y se les pidió su colaboración para el estudio dando su autorización de manera verbal, por lo cual, se envió la encuesta mediante Google Form para que puedan contestarla. Una vez que se recolectó la misma, se tabularon los datos de forma ordenada por medio del Programa Microsoft Excel, donde se realizaron tablas de frecuencia de datos y diagramas circulares para su representación gráfica, permitiendo de esta forma sintetizar la información que ayudo a su comprensión.

Por último, pero no menos importante se ingresaron los datos al Programa SPSS, pero reemplazando las respuestas a la numeración de la escala, para con ello obtener promedios de cada ítem, dimensión y variable; mismas que sirvieron para desarrollar la función de correlación de Pearson, la cual se estableció mediante una tabla donde se muestra la significancia y el grado de relación.

## **Herramientas de Análisis de Datos**

Las herramientas de análisis de datos que se aplicaron en la investigación fueron mediante el Programa Microsoft Excel y SPSS versión 25, el primero se utilizó porque tienen varias funciones esenciales que ayudan a ordenar y tabular la información para con ello presentarlo por medio de tablas de frecuencia y gráficos estadísticos que les dan a los datos una síntesis de la información y un mayor

entendimiento del mismo. Después se usó el programa SPSS donde se asociaron las variables factores sociodemográficos con la percepción del cuidado humanizado, además de ayudar a verificar la confiabilidad del instrumento.

### **Técnicas de Análisis de Datos**

La estadística inferencial es aquella que dispone de un conjunto de técnicas y métodos que son usados para llegar a conclusiones acerca de las características de una población por medio del estudio de una muestra representativa (Rovetta et al., 2024). La estadística descriptiva es aquella rama de las matemáticas que interpreta y define los valores que describen un conjunto de datos de manera concisa, los cuales son de diferentes tipos como son las medidas de correlación, medidas de posición, medidas de dispersión, medidas de centralización, entre otros (Ó. Moreno, 2020).

En el estudio, mediante la estadística inferencial, se puede apreciar de mejor forma los resultados recabados durante la encuesta. Esta se expresa por medio de tablas de frecuencia y gráficos estadísticos, permitiendo con ello que se logre una mejor comprensión acerca de la percepción que tienen los pacientes sobre los cuidados humanizados propiciados por el personal de enfermería de un hospital público de Guayaquil, a su vez, permitió conocer sus factores sociodemográficos. En tanto que, por medio de la estadística descriptiva es posible hallar la fuente del problema y facilita establecer promedios que representen a cada dimensión y variable de estudio, permitiendo con ello hacer comparaciones entre las dimensiones que ayuden a localizar la fuente del problema. Asimismo, facilita la verificación de la existencia de una relación significativa entre ambas variables de estudio.

Las tablas de frecuencia son una herramienta que permite organizar los datos que se recabaron en un estudio estadístico, lo cual le facilita ordenarlos para su

posterior tratamiento, en ella contiene la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa (Velasco, 2020). La frecuencia absoluta ( $n$ ) es el número de veces que un dato se repite; mientras que, la frecuencia relativa ( $f$ ) se refiere a la proporción de veces que un dato se repite, se lo suele conseguir al dividir cada una de las frecuencias absolutas para el total de los datos (Moreno, 2023).

En la presente investigación se utilizó la tabla de frecuencia, porque esta permite ordenar los datos recabados sobre los factores sociodemográficos y los cuidados humanizados, para luego expresarlos en frecuencias absolutas y relativas con el fin de poder sintetizar la información para una mejor interpretación sobre las percepciones de los pacientes humanizados sobre los cuidados que le brindó el personal de enfermería.

Según Olowe et al. (2024) los gráficos estadísticos son considerados un complemento de los cuadros o tablas estadísticas, ya que estos se originan de ellas al ser la fuente de donde provienen los datos. Estos gráficos deben poder explicar la información por sí solos y no se les debe sobrecargar innecesariamente, porque podría afectar su comprensión. El diagrama circular es usado para la representación de características de las variables, para confeccionar este diagrama se subdivide la circunferencia de acuerdo con el porcentaje de cada una de las clases de las características (Hill, 2025).

Como una forma de presentar los resultados se usó los gráficos estadísticos, que para el estudio se eligió el diagrama circular o de pastel que muestra los resultados en particiones representativas las diferentes respuestas que se han captado en la investigación presentadas en porcentajes.

Las medidas de tendencia central son un importante estadístico que busca el valor central relevante, siendo las más utilizadas la moda, la mediana y la media, las cuales son de gran utilidad para hacer comparaciones, exponer los datos, la síntesis, entre otros (Sial & Abid, 2023). La media aritmética o promedio es una medida de posición, la cual proporciona una descripción sobre la forma cómo los datos están centrados, además sirve de base para evaluar valores raros o extremos que ayuda a realizar comparaciones (Castro, 2020).

Se aplicó en la investigación las medidas de tendencia central, optando por la media aritmética, debido a que esta permite conseguir un valor central del total de los datos que represente a las variables de estudio. Esto ayuda a que se puedan comparar las dimensiones de las variables para identificar aquellas con mayor problema; así como facilitar evaluar la asociación de los factores demográficos con la variable cuidados humanizados.

Al final se utiliza la prueba Chi Cuadrado, para determinar la relación entre los factores sociodemográficos y los cuidados humanizados, por medio de tablas cruzadas entre cada factor y el nivel de cuidado humanizado. Se utilizará un intervalo de confianza del 95%, por lo que la significancia debe ser menor a 0.05 para que se consideren asociados.

## **Resultados**

### **Factores sociodemográficos:**

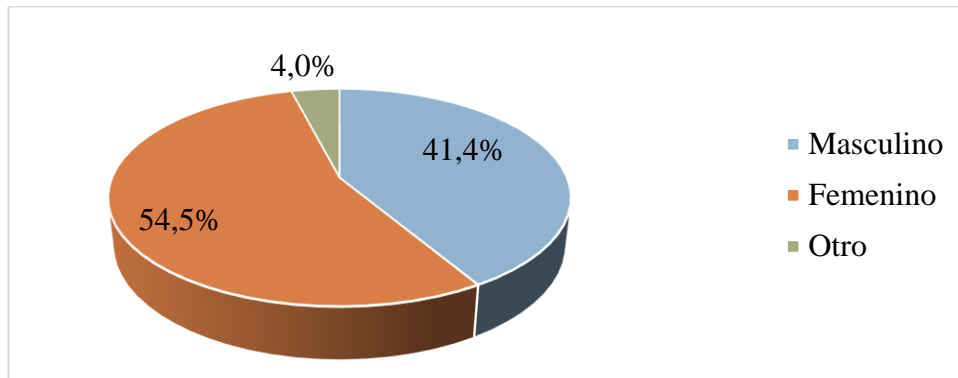
#### **Género**

Del total de pacientes hospitalizados que participaron de la encuesta, el 54.5% indicó ser del género femenino, el 41.4% señaló masculino, mientras que el 4% se

identificó con otro género. Se evidencia que entre los encuestados hubo más mujeres que estuvieron hospitalizadas.

**Figura 1**

*Género*

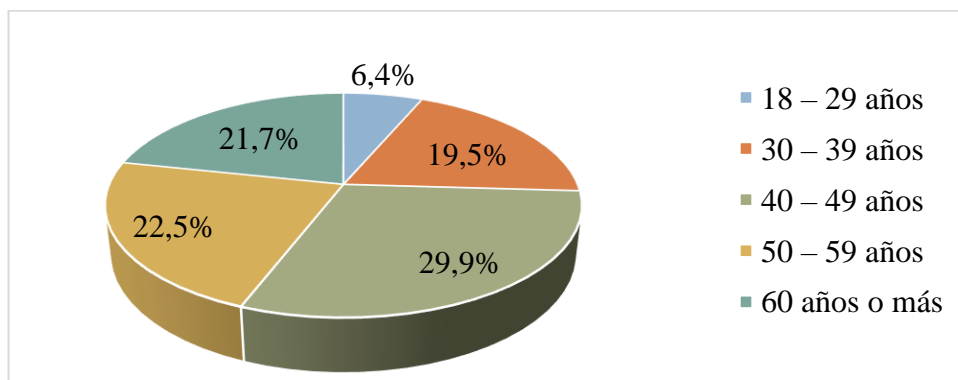


### **Edad**

Según intervalos de edad establecidos, el 29.9% representó a los pacientes de 40 – 49 años; el 22.5% correspondió a pacientes de 50 – 59 años; el 21.7% a quienes tenían 60 años o más; el 19.5% a quienes 30 – 39 años; mientras que el 6.4% era entre quienes tenían 18 – 29 años. Se puede evidenciar que la muestra estuvo compuesta en mayor proporción por adultos medios.

**Figura 2**

*Edad*

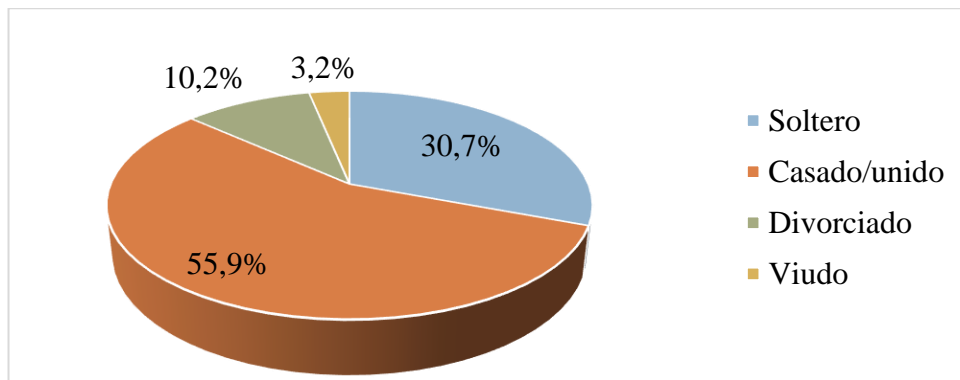


### Estado civil

Del total de la muestra, el 55.9% indicó tener un estado civil casado o unido; el 30.7% expresó estar soltero; el 10.2% señaló estar divorciado; en tanto que el 3.2% dijo estar viudo. De los resultados se identificó que la muestra se caracterizó por estar en estado casado o unido.

#### Figura 3

*Estado civil*

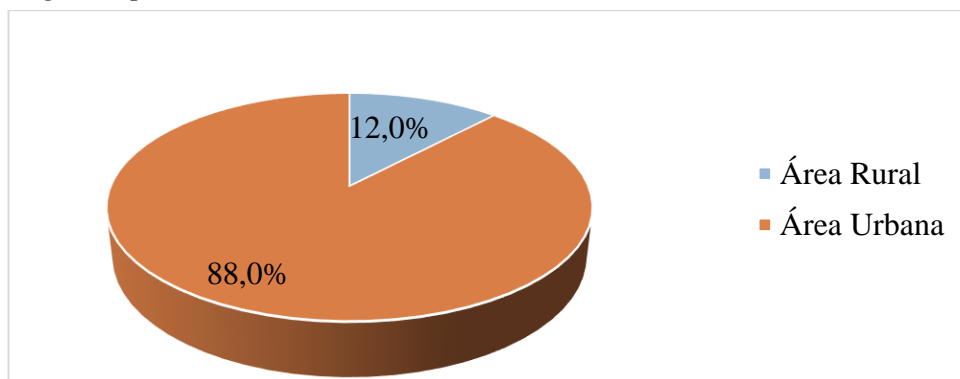


### Lugar de procedencia

De la mayor parte de los encuestados, el 88% reconoció proceder del área urbana, en tanto que, el 12% procedía del área rural. Se demostró así que al hospital público acuden más habitantes de las zonas urbanas.

#### Figura 4

*Lugar de procedencia*

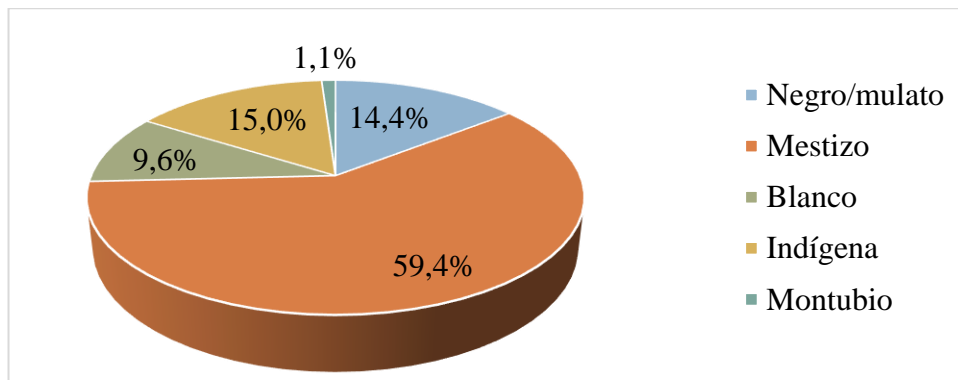


### ¿Cómo se auto identifica?

El 59.4% se identificó dentro del grupo mestizo el 15% lo hizo como indígena; el 14.4% dijo ser negro o mulato; el 9.6% indicó ser blanco; en cambio, el 1.1% era montubio. Se pone de manifiesto que mayormente en el grupo encuestado hubo más presencia de personas mestizas.

**Figura 5**

*Etnia*

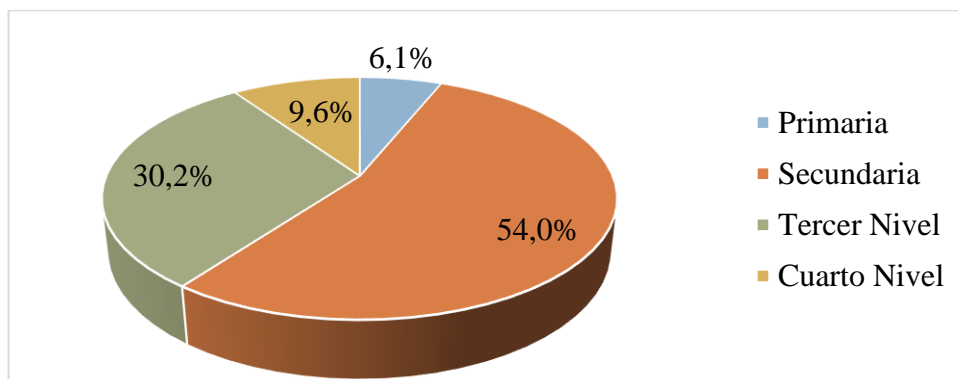


### Nivel de Instrucción

Respecto al nivel de instrucción, el 54% expresó que sus estudios llegaron hasta la secundaria; el 30.2% señaló que habían alcanzado el tercer nivel de instrucción; el 9.6% consiguió el cuarto nivel, en cambio, el 6.1% dijo haber llegado solo hasta la primaria. Se evidencia que los pacientes tienen mayor instrucción secundaria.

**Figura 6**

*Nivel de instrucción*

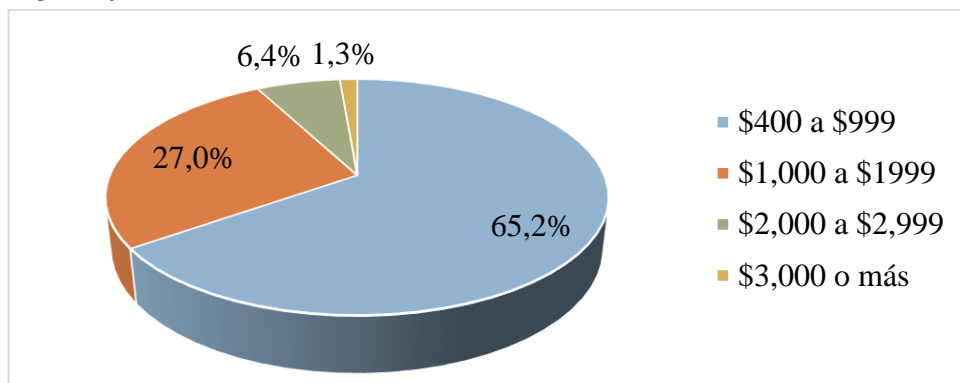


### Ingreso familiar

Entre los pacientes encuestados el 65.2% señaló que sus ingresos iban de \$400 a \$999; el 27% marcó sus ingresos de \$1 000 a \$1 999; el 6.4% indicó entre \$2 000 y \$2 999; mientras que el 1.3% dijo que iban de \$3,000 o más. Con base en estos resultados, la muestra encuestada percibe como sueldo mayoritariamente el salario básico unificado sin exceder \$1 000.

### Figura 7

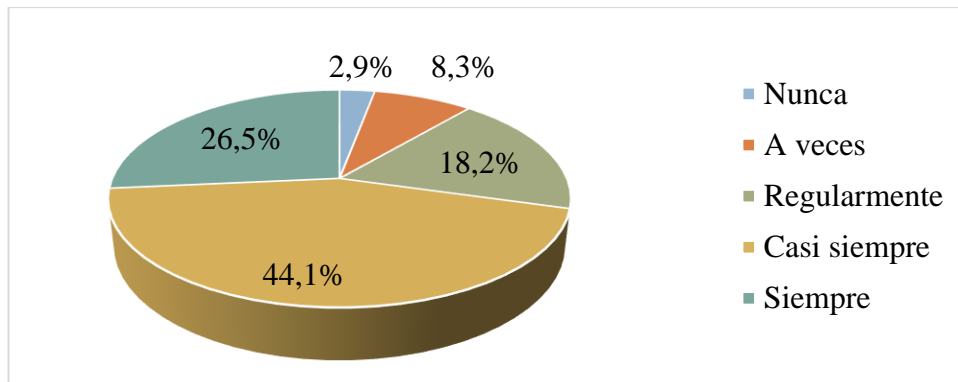
*Ingreso familiar*



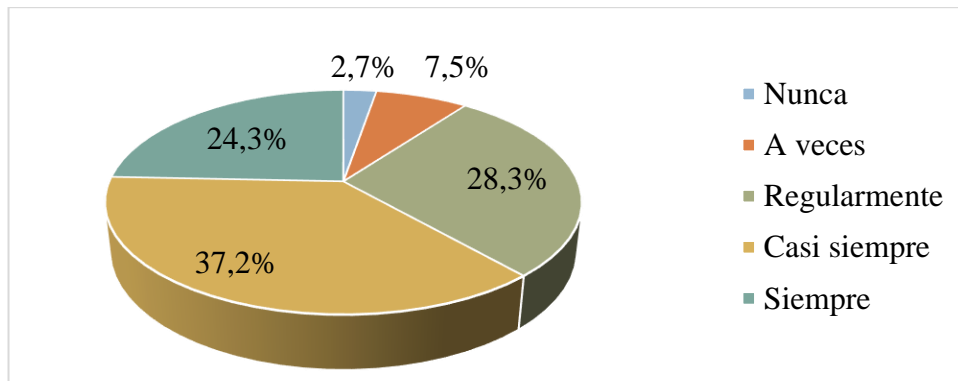
### Dimensión 1: Formación de sistema de valores humanísticos y altruistas

#### Recibe un trato amable de parte de la enfermera.

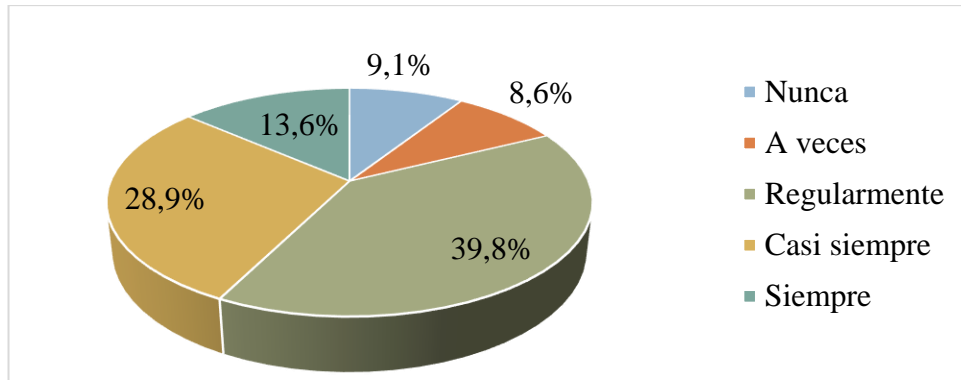
Del total de encuestados, el 44.1% de pacientes manifestaron casi siempre recibir un trato amable; el 26.5% afirmó que siempre; el 18.2% dijo que regularmente; el 8.3% a veces; mientras que el 2.9% expresó nunca. Por consiguiente, se infiere que mayormente las enfermeras tratan amablemente a los pacientes hospitalizados.

**Figura 8***Trato amable***Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted.**

Sobre esta proposición, el 37.2% afirmó casi siempre sentirlo; el 28.3% señaló regularmente; el 24.3% marcó siempre; el 7.5% a veces, en tanto que el 2.9% expresó nunca sentirlo. Se evidencia que en general, los pacientes sienten un efecto positivo en ellos cuando la actitud de la enfermera es agradable.

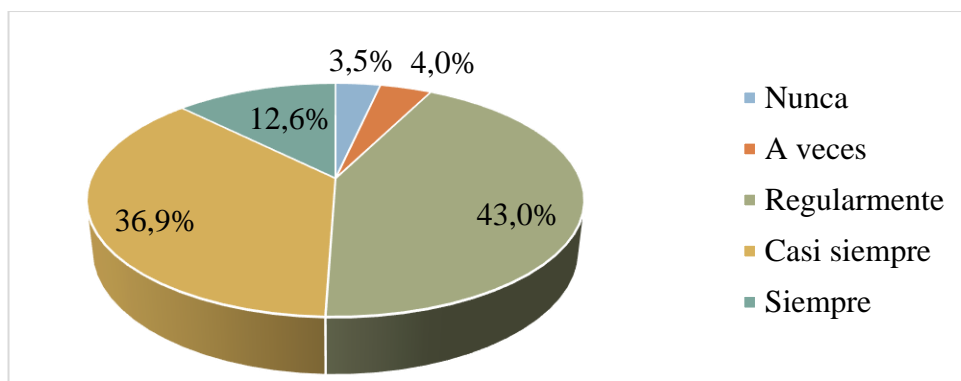
**Figura 9***Actitud de la enfermera***Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo de sí mismo.**

Al respecto, el 39.8% puntualizó que regularmente; el 28.9% indicó que casi siempre; el 13.6% denotó siempre, el 9.1% nunca, en tanto que el 8.6% señaló a veces. Por ende, los pacientes consideran que las enfermeras que los cuidan son regulares en entregar algo de sí mismas.

**Figura 10***Entrega algo de sí mismo*

**Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo propio que las distingue de otras.**

Sobre este planteamiento, la opción regularmente llegó al 43%; quienes eligieron casi siempre correspondieron al 36.9%; los que señalaron siempre concentraron el 12.6%; los que respondieron a veces el 4%, en cambio, los que optaron por nunca representaron solo el 3.5%. Esto demuestra que los pacientes reconocen que el cuidado es inconsistente en las enfermeras al entregar algo propio para distinguirse de otras.

**Figura 11***Distinción del cuidado*

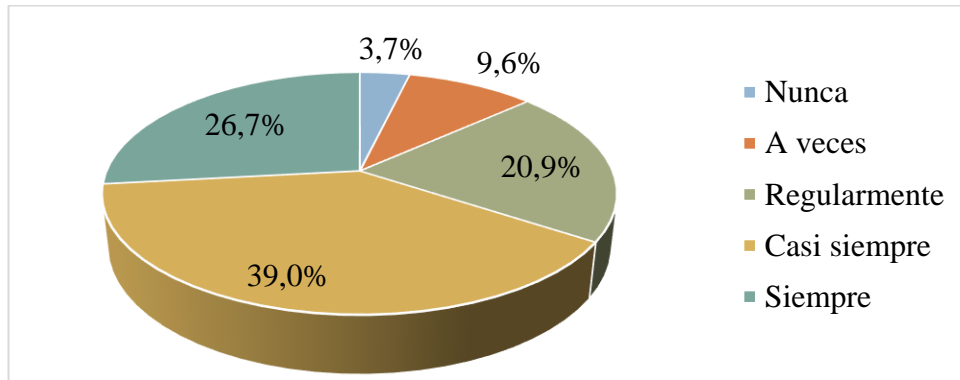
## Dimensión 2: Instalación de fe y esperanza

### La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.

Las respuestas a esta consulta muestran que el 39% de los pacientes eligió casi siempre; el 26.7% señaló siempre; el 20.9% votó regularmente; el 9.6% a veces; en cambio, solo el 3.7% optó por nunca. Por tanto, los pacientes afirman que las enfermeras sí consideran sus preferencias religiosas en la atención dada.

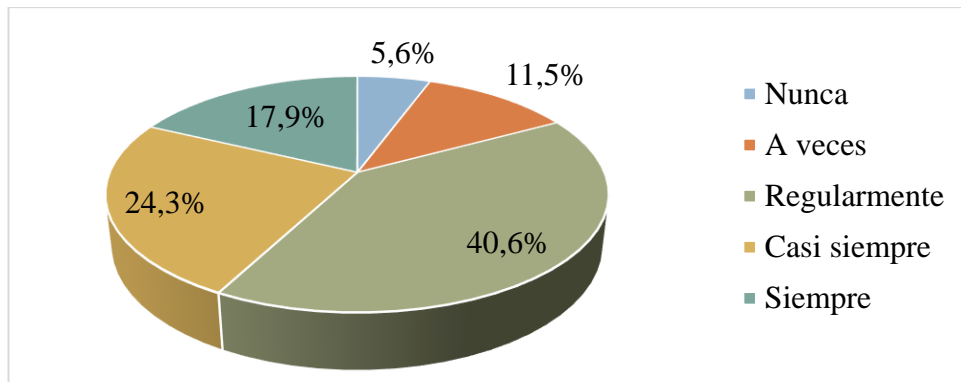
**Figura 12**

*Consideración de preferencias religiosas*



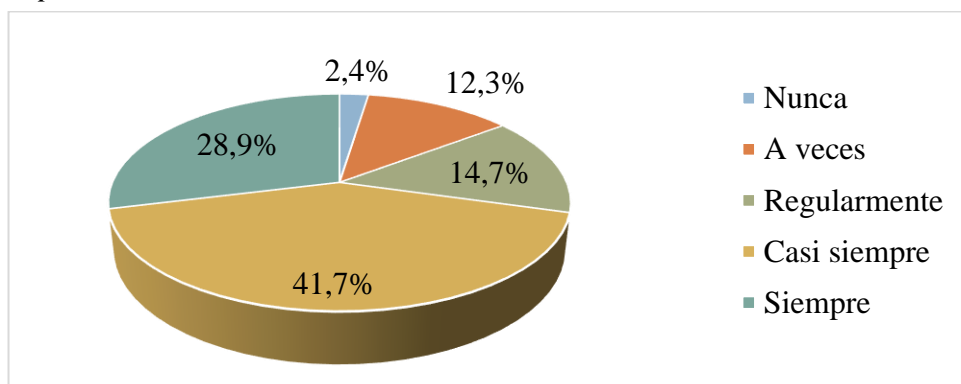
### Siente que las acciones de enfermera ayudan a fortalecer su fe.

La distribución de los resultados revela que el 40.6% de los pacientes creyó regularmente en lo analizado; el 24.3% consideró casi siempre; el 17.9% dijo siempre; el 11.5% a veces; en cambio, el 5.6% nunca lo sintió. Por ello, se puede interpretar que con las acciones de enfermera no hay certeza de ayuda al fortalecimiento de la fe en los pacientes.

**Figura 13***Ayudan a fortalecer su fe*

**Siente que la enfermera al cuidado le transmite esperanza (formas de sentirse mejor).**

Entre los pacientes encuestados se encontró que el 41.7% especificó concebir lo propuesto; el 28.9% manifestó hacerlo siempre; el 14.7% indicó regularmente; el 12.3% a veces, mientras que el 2.4% dijo nunca. En relación con lo planteado, se establece que las enfermeras encargadas del cuidado buscan constantemente formas de hacer sentir mejor a los pacientes.

**Figura 14***Esperanzas*

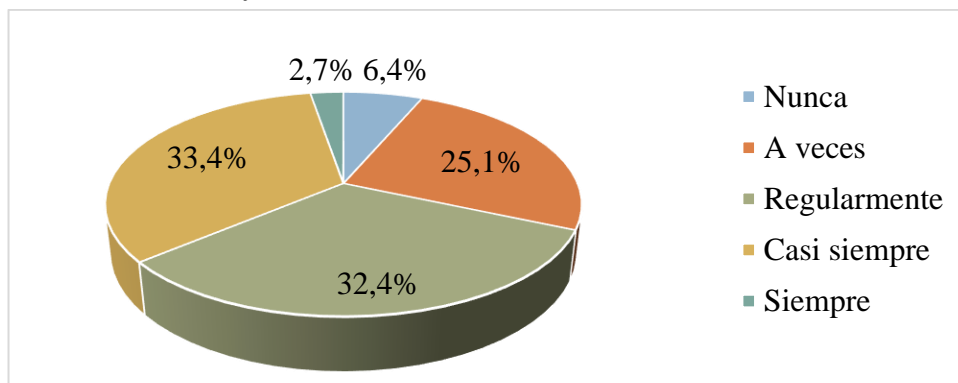
### Dimensión 3: Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás

#### Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.

El 33.4% de los encuestados expresó que casi siempre; el 32.4% indicó regularmente; el 25.1% dijo que a veces; el 6.4% nunca; mientras que el 2.7% expuso siempre. Se puede evidenciar que las enfermeras casi siempre tienen una relación cercana con los pacientes hospitalizados.

**Figura 15**

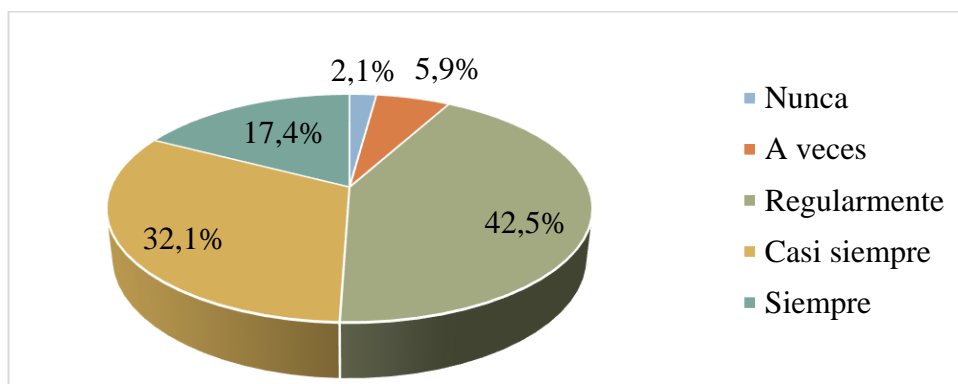
*Relación con la enfermera*



#### Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud.

**Figura 16**

*Su situación de salud*



Del total de la muestra, el 45.5% detalló tener una percepción regular; el 32.1% especificó casi siempre; el 17.4% dijo siempre; el 5.9% a veces en tanto que el

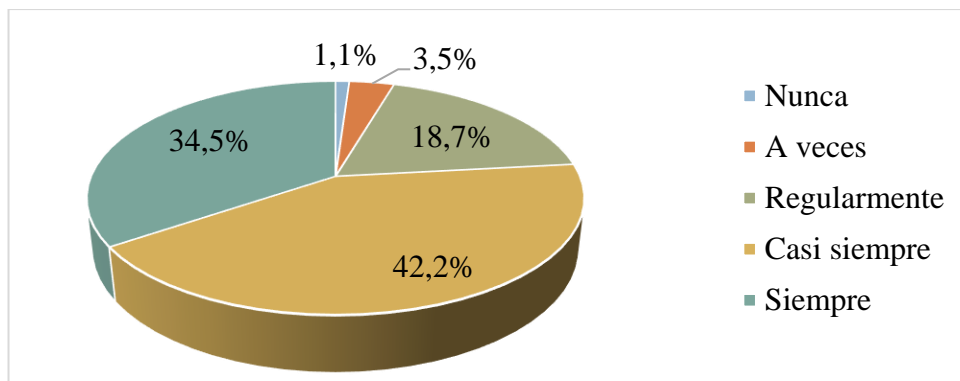
2.1% expresó que nunca. De estos resultados, es posible inferir que las enfermeras tienden a conmovirse con la situación del momento de cada paciente.

**La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.**

Esta consulta tuvo una afirmación en casi siempre del 42.2% de la muestra; en siempre del 34.5%; además, el 18.7% asumió una percepción regular; el 3.5% a veces; en tanto que el 1.1% manifestó nunca. Con base en los datos mayores, se demuestra que las enfermeras generalmente saben cómo se siente el paciente, por ello preguntan al respecto.

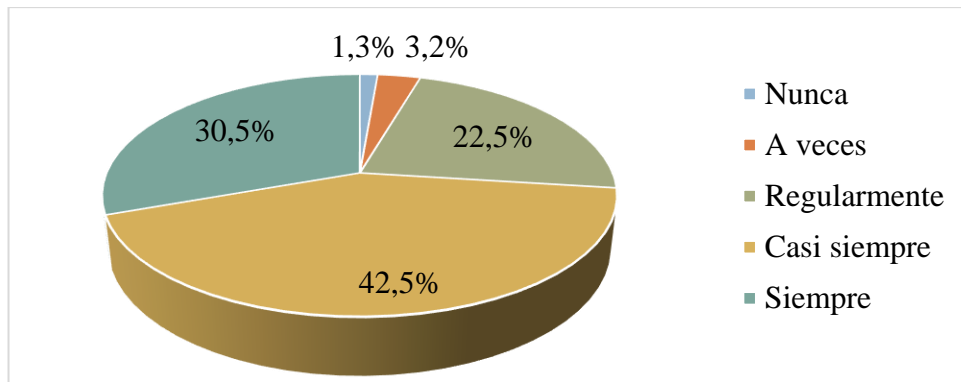
**Figura 17**

*Pregunta cómo se siente*



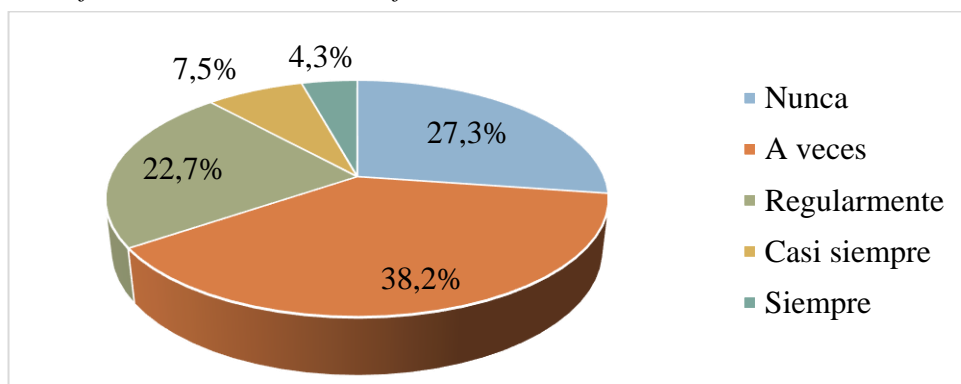
**Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.**

La distribución de respuestas indicó que el 42.5% de los encuestados aseguró casi siempre; el 30.5% aseveró siempre; el 22.5% regularmente; el 3.2% a veces; en cambio, el 1.3% dijo nunca. Esto expone que los pacientes consideran que hay una verdadera comunicación con las enfermeras.

**Figura 18***Comunicación verdadera*

**Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.**

Entre los pacientes que participaron en la encuesta, el 38.2% dijo que a veces puede; el 27.3% indicó que nunca; el 22.7% manifestó regularmente; el 7.5% declaró casi siempre; en cambio, el 4.3% expuso siempre. Por ende, se puede evidenciar que los pacientes no pueden identificar cómo se siente la enfermera y lógicamente no pueden manifestarlo con confianza.

**Figura 19***Identifica cómo se siente la enfermera*

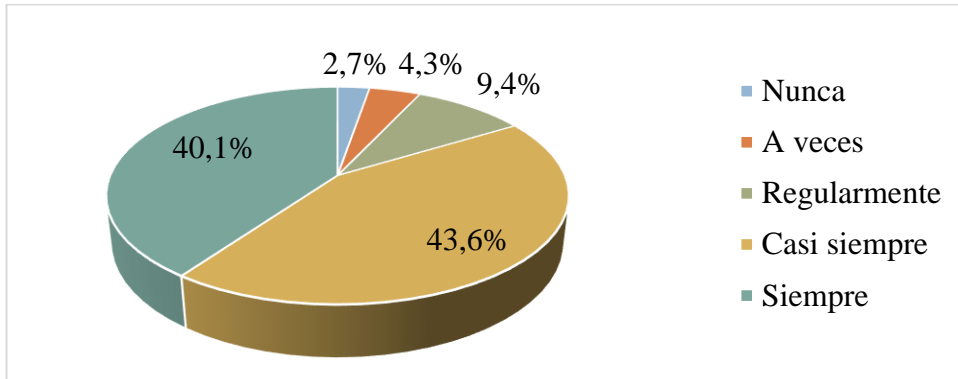
**La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.**

El 43.6% indicó casi siempre; el 40.1% expuso siempre; el 9.4% regularmente; el 4.3% a veces, mientras que el 2.7% exteriorizó que nunca. En

consecuencia, esto demuestra que los pacientes perciben favorablemente que la enfermera sea capaz de saber cómo se sienten.

**Figura 20**

*Sabe cómo se siente el paciente*



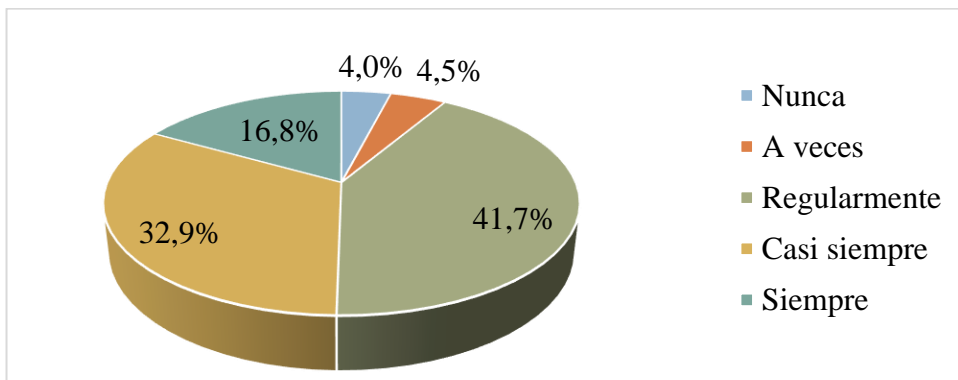
#### **Dimensión 4: Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda**

##### **Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos.**

Los pacientes indicaron que regularmente es posible (41.7%), aunque unos expresaron que casi siempre pueden hacerlo (32.9%); otros que siempre (16.8%); algunos que a veces (4.5%); mientras que los demás dijeron que nunca (4%). Se puede observar que los pacientes se sienten en confianza para expresarle a la enfermera sus sentimientos.

**Figura 21**

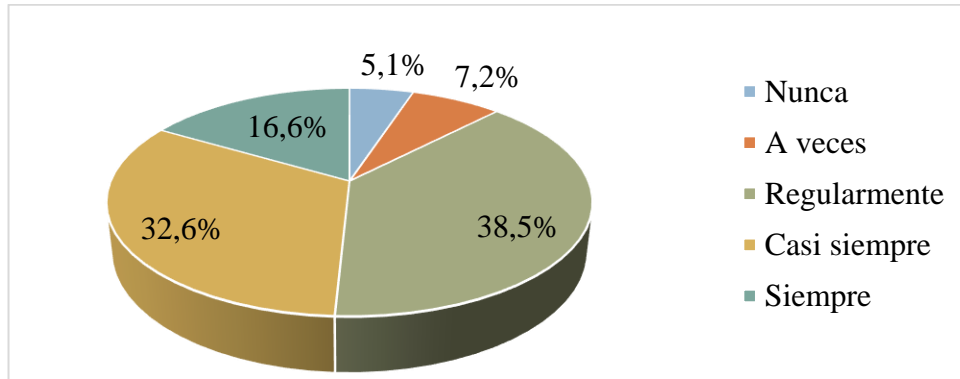
*Expresar los sentimientos*



### Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted.

**Figura 22**

*Confianza mutua*

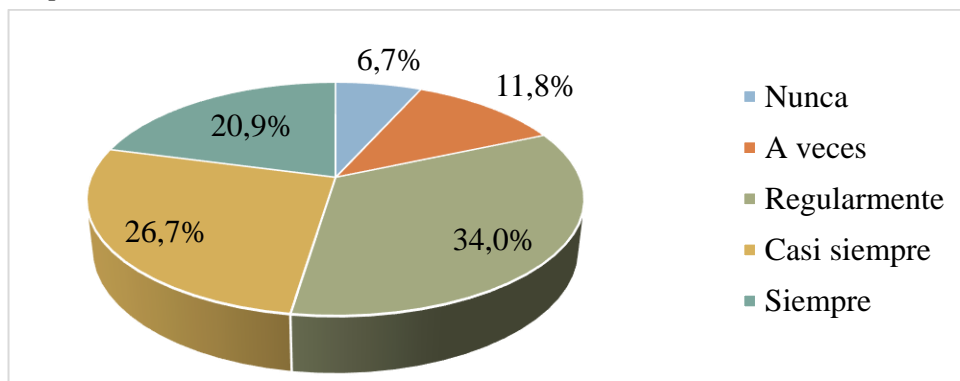


Los participantes expresaron en un 38.5% regularmente sentirla; en un 32.6% casi siempre; en un 16.6% siempre; en un 7.2% a veces, en tanto que el 5.1% enunció nunca. En función de estos porcentajes, son más los pacientes que consideran sentir confianza mutua entre la enfermera y ellos.

### La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.

**Figura 23**

*Empatía*



Al respecto, el 34% de los encuestados señalaron que regularmente sucede esto; el 26.7% indicó que siempre; el 11.8% dijo que a veces, en tanto que el 6.7% expuso que nunca. Por ello, se puede interpretar que la empatía está presente en la

labor profesional de las enfermeras, ya que suelen ponerse en su lugar cuando el paciente expresa lo que siente.

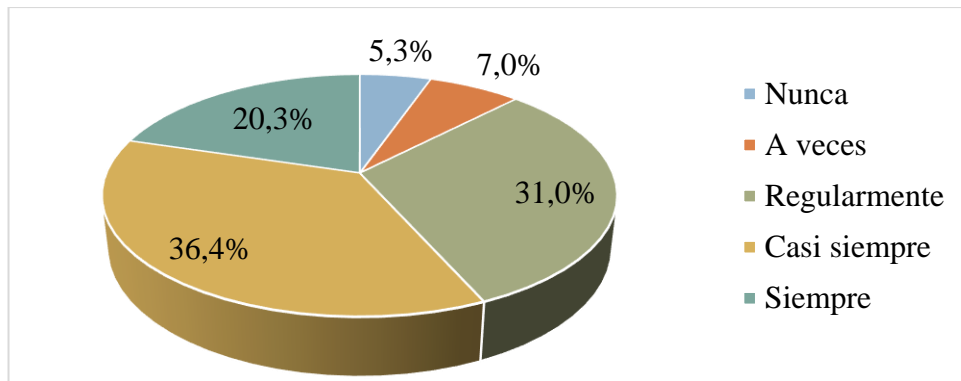
#### **Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos**

##### **La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.**

Del total de la muestra, el 36.4% indicó que la enfermera sí lo permite; el 31% señaló que regularmente; el 20.3% expuso que siempre; el 7% a veces, en cambio el 5.3% expresó que nunca. Por ende, se puede evidenciar que los pacientes tienen a su favor la posibilidad de expresar sus sentimientos.

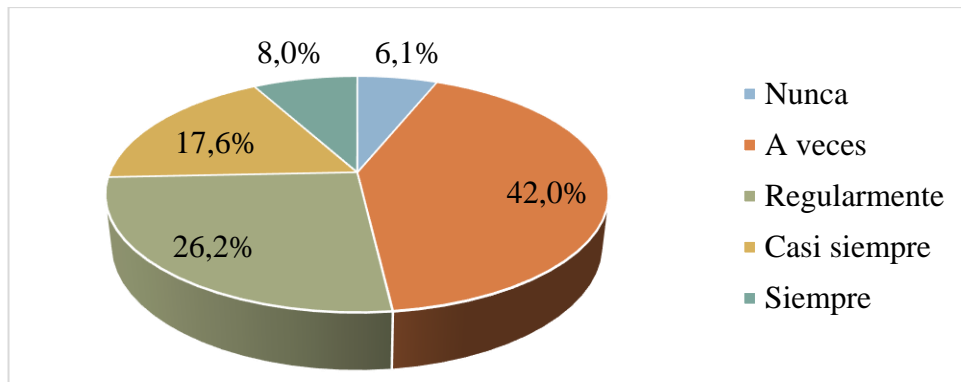
**Figura 24**

*Expresión de sentimientos*



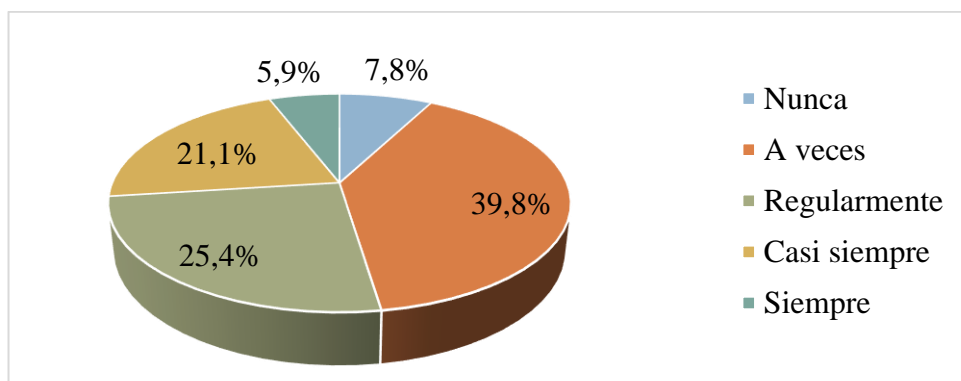
##### **La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones.**

Sobre esta consulta, el 42% de los encuestados señalaron percibirlo a veces; el 26.2% indicó regularmente; el 17.6% expuso casi siempre; el 8% siempre, en cambio, el 6.1% dijo nunca. Se puede observar que los pacientes creen que las enfermeras no les dan tiempo para expresar sus emociones, puesto que es uno de los personales más ocupados de un hospital.

**Figura 25***Tiempo*

**La enfermera lo escucha más allá de los que le pasa con su enfermedad.**

De las encuestas aplicadas, se encontró mayor concentración de respuestas para la frecuencia a veces con 39.8% del total; para la opción regularmente 25.4%; en la respuesta casi siempre el 21.1%; en nunca el 7.8%; en tanto que la alternativa siempre llegó al 5.9%. Se demuestra que los pacientes perciben que la enfermera no los escucha más allá de los que les pasa con su enfermedad.

**Figura 26***Escucha más allá*

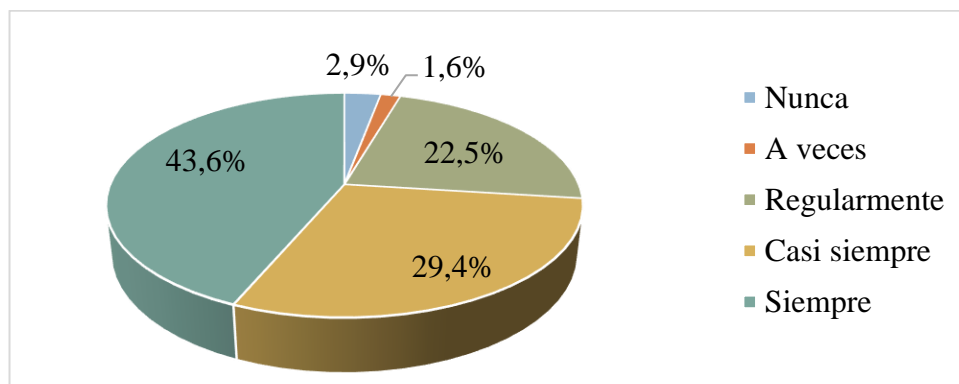
**Dimensión 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.**

**Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos.**

El 43.6% de los encuestados dijeron que siempre es así, el 29.4% indicó casi siempre; el 22.5% mencionó que regularmente se da; el 2.9% expresó que nunca; en tanto que el 1.6% expuso que a veces. Queda evidenciado que la mayoría de los pacientes hospitalizados califican favorablemente el cuidado entregado, dado que perciben es organizado y basado en conocimientos.

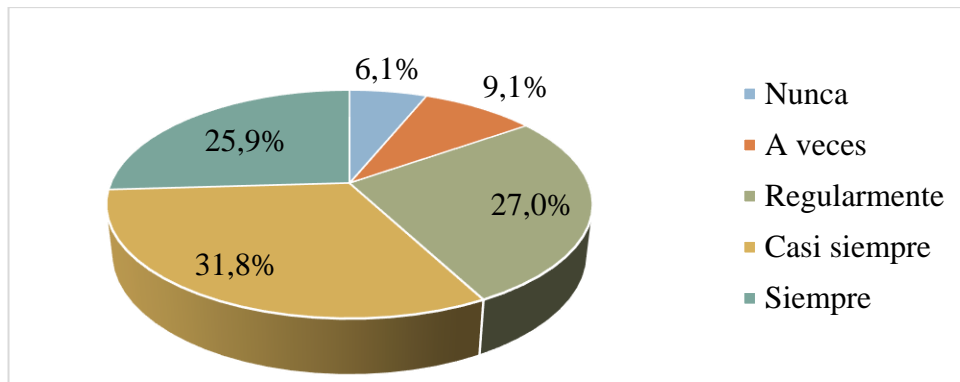
**Figura 27**

*Cuidado basado en conocimientos*



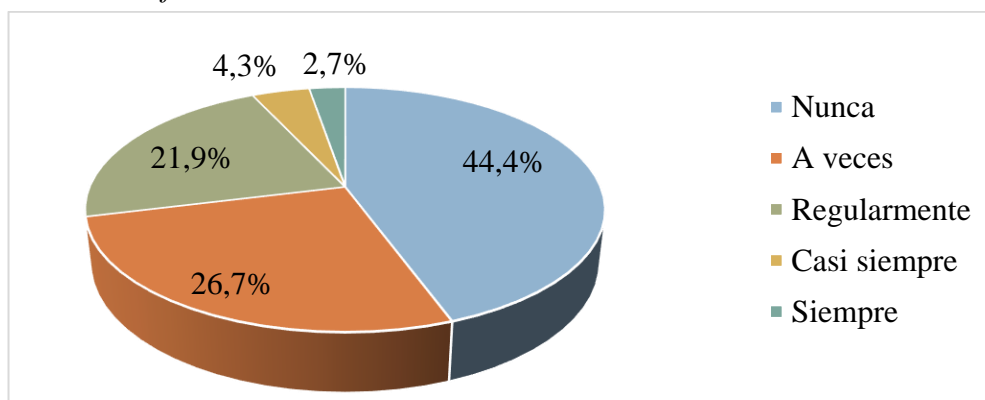
**Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.**

La muestra dejó marcado con un 31.8% casi siempre; con un 27% regularmente; con un 25.9% siempre; con un 9.1% a veces, mientras que con un 6.1% algunos dijeron nunca. Se puede observar que la proporción más grande de la muestra siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.

**Figura 28***Procedimientos adecuados*

**Siente que los cuidados que se le proporciona son diferentes a lo entregado a las demás personas.**

Al respecto, el 44,4% expuso nunca sentirlo de esa manera; el 26,7% dijo a veces; el 21,9% expresó percibirlo regularmente; el 4,3% casi siempre, mientras que solo el 2,7% dijo siempre. Esto prueba que en general los pacientes no sienten que sus cuidados sean diferentes a otras personas, a menos que el procedimiento lo requiera.

**Figura 29***Cuidados diferentes*

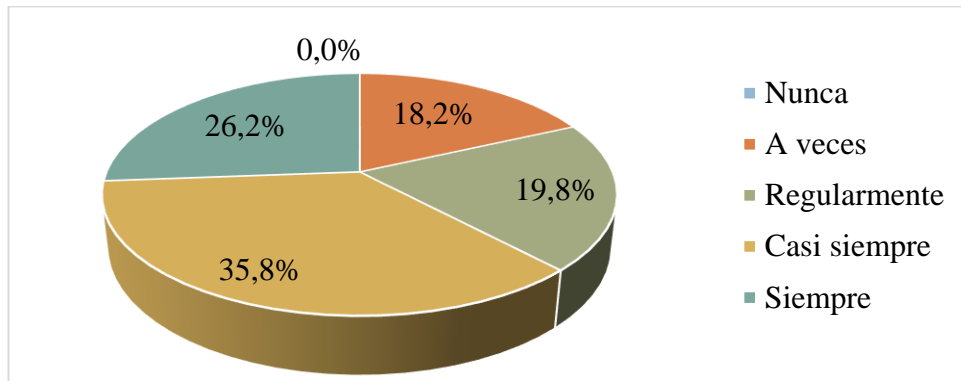
**Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.**

**Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.**

El 35,8% mencionó casi siempre estar informado; el 26,2% lo estuvo siempre; el 19,9% regularmente; en cambio, el 18,2% a veces. Para la frecuencia nunca no

hubo registro de respuestas. Por tanto, las enfermeras del hospital informan constantemente los cuidados que entregan a los pacientes.

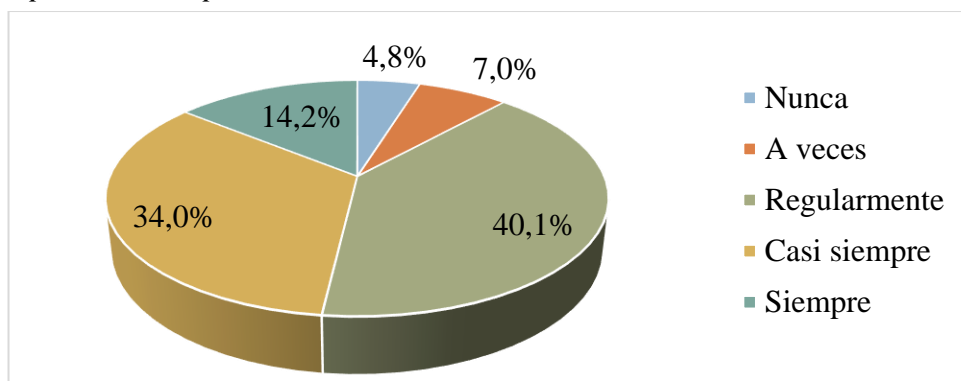
**Figura 30**  
*Información*



**Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.**

Sobre esta consulta, el 40.1% indicó que regularmente; el 34% expuso casi siempre; el 14.2% señaló siempre; el 7% a veces, mientras que el 4.8% dijo que nunca. Estos resultados refieren que los pacientes tienen una percepción indecisa, no obstante, la suma de las tendencias positivas supera ese umbral y deja ver que las enfermeras sí les consulta su opinión en los procedimientos que les realizan.

**Figura 31**  
*Opinión en los procedimientos*

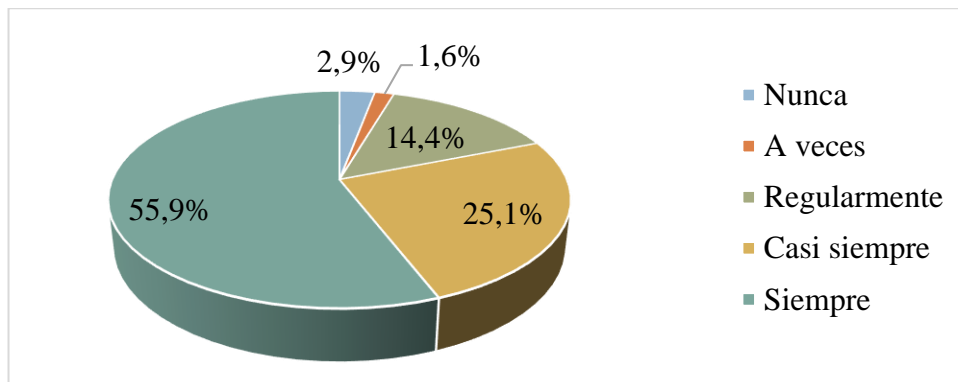


### Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.

El 55.9% afirmó que siempre conoce; el 25.1% indicó que casi siempre; el 14.5% expuso que regularmente; el 2.9% expresó que nunca; mientras que el 1.6% señaló nunca. Se deja en prueba que los pacientes tienen conocimiento de los motivos de sus cuidados.

**Figura 32**

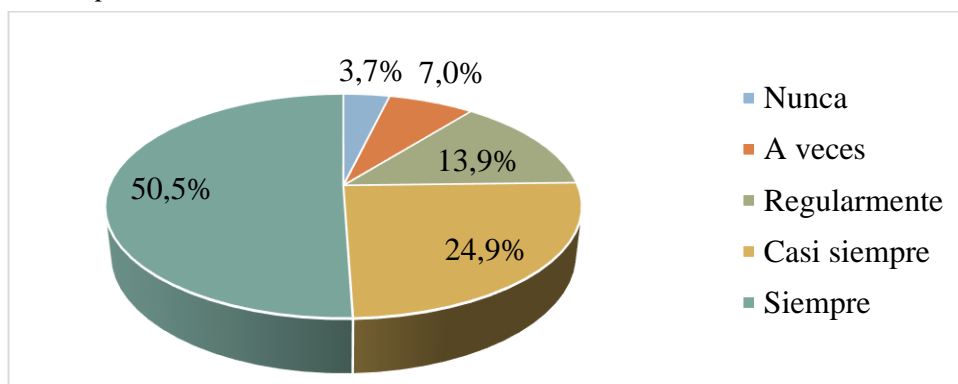
*Razón de los cuidados*



**Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.**

**Figura 33**

*Participación*



El 50.5% de la muestra expuso que siempre lo reconoce; el 24.9% casi siempre; el 13.9% regularmente; el 7% a veces, en tanto que el 3.7% señaló que

nunca. Por ende, es evidente que los pacientes reconocen que su participación es importante para la recuperación de su condición de salud.

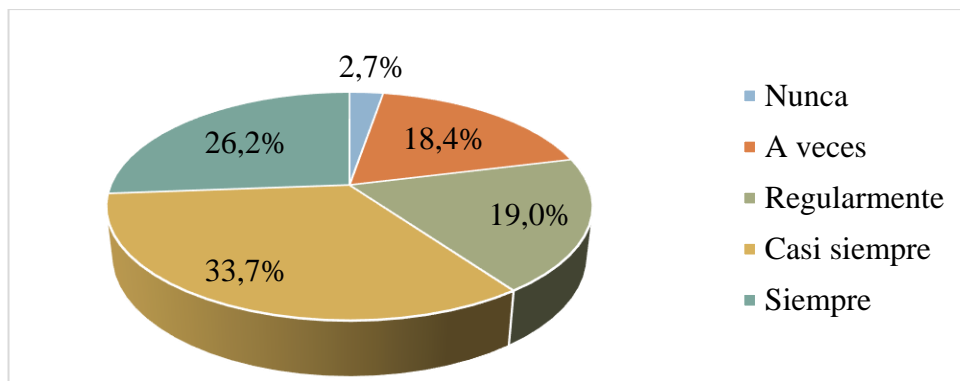
**Dimensión 8: Apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.**

**Se ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.**

Los resultados de la encuesta aplicada exponen que el 33.7% manifestó casi siempre sentirlo; el 26.2% sintió que siempre; el 19% regularmente; el 18.4% a veces; en tanto que el 2.7% señaló nunca. Se demuestra que los pacientes sí han sido incluidos en los cuidados de su salud al igual a que su familia.

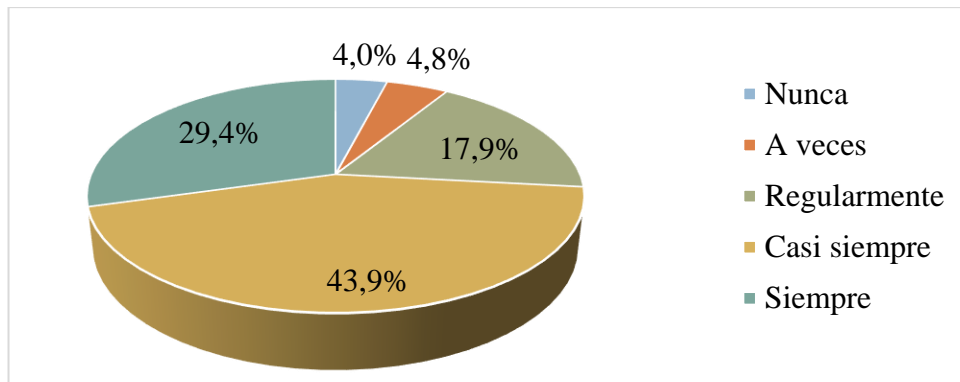
**Figura 34**

*Inclusión de su entorno*

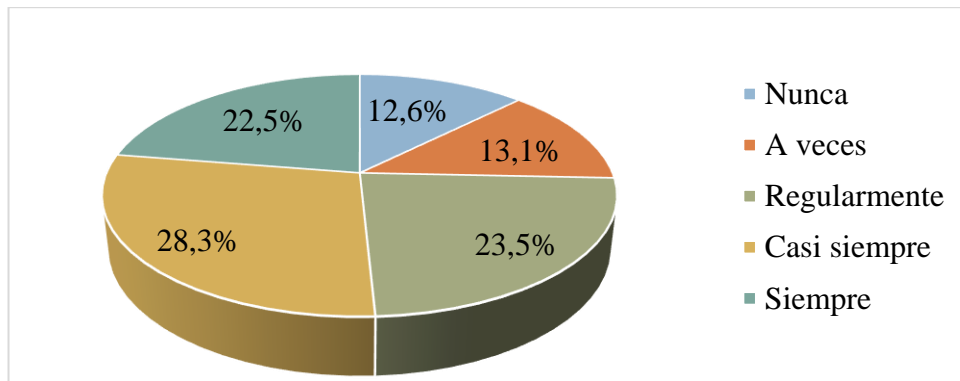


**Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.**

Del total de la muestra el 43.9% especificó que casi siempre aprecia lo consultado, el 29.4% indicó que siempre; el 17.9% regularmente; el 4.8% a veces, a diferencia del 4% que expresó nunca. Se puede observar que en el hospital sí existe un trato con dignidad para los pacientes, así como el resguardo de su integridad.

**Figura 35***Trato digno***Siente que se apoya con respecto a su personalidad y cuerpo.**

Al respecto, la distribución de las respuestas agrupó para la frecuencia casi siempre el 28.3%; en regularmente el 23.5%; en siempre el 22.5%; a veces el 13.1%, a diferencia de nunca que solo concentró el 12.6%. En general, los pacientes sienten el apoyo de las enfermeras respecto a su personalidad y cuerpo.

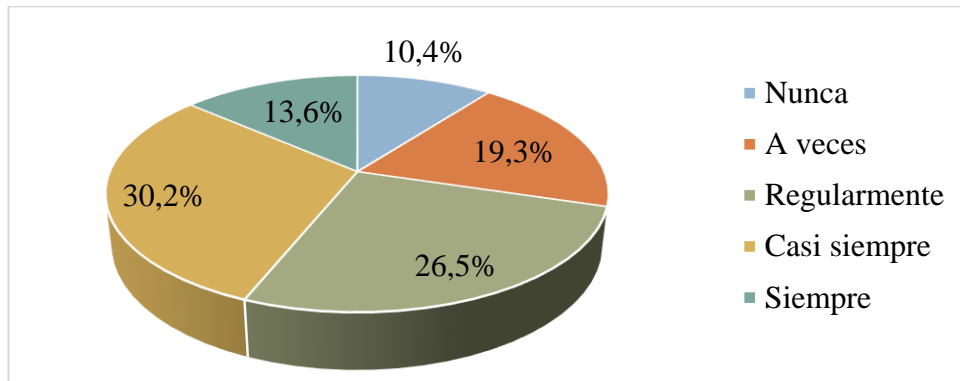
**Figura 36***Respecto a su personalidad y cuerpo***Dimensión 9: Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.****Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.**

De las personas encuestadas, el 30.2% afirmó que casi siempre; el 26.5% regularmente; el 13.6% siempre; el 19.3% a veces; en tanto que el 10.4% expuso que nunca. Se puede evidenciar una división de criterios en los pacientes, sin embargo,

resaltan más quienes sienten que sus necesidades físicas son satisfechas por el personal de enfermería.

**Figura 37**

*Necesidades físicas*

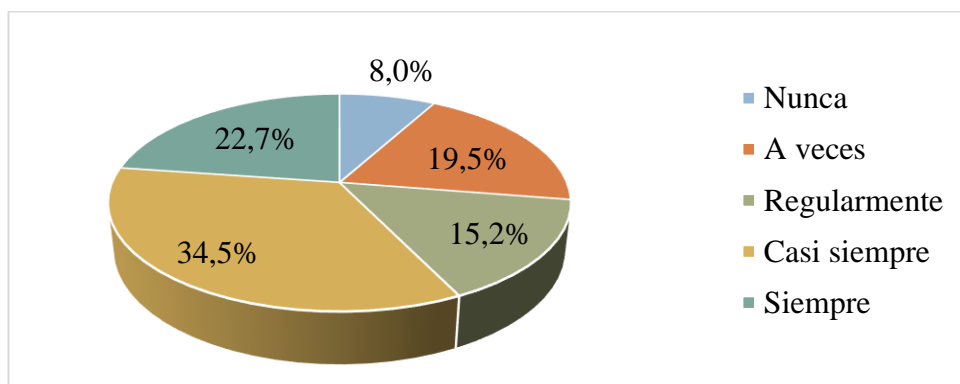


**Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.**

El 34.5% afirmó que casi siempre se tienen en cuenta; el 22.7% indicó que siempre; el 19.5% que a veces; el 15.2% regularmente, en cambio, el 8% señaló que nunca. Se puede observar que los pacientes perciben la preocupación de las enfermeras por sus necesidades sociales.

**Figura 38**

*Necesidades sociales*



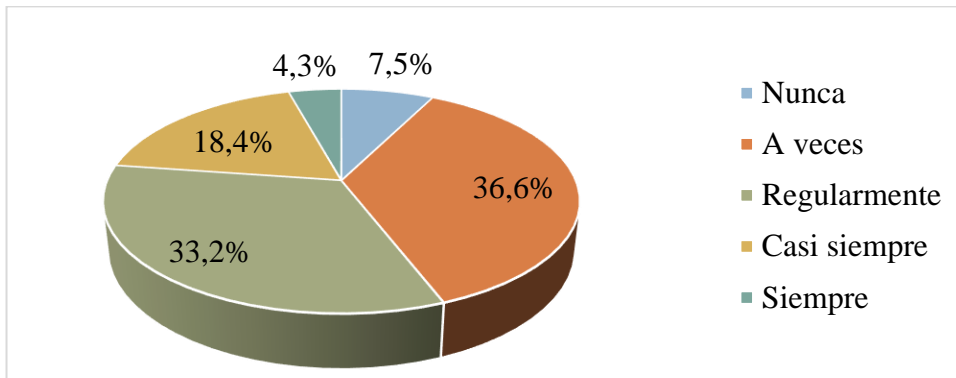
**La enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.**

Del total de encuestas aplicadas, el 36.6% señaló a veces; el 33.2% indicó regularmente; el 18.4% casi siempre; el 7.5% nunca y apenas un 4.3% expuso

siempre sentirlo. Estos resultados indican que el personal de enfermería no incorpora en los cuidados las necesidades espirituales de los pacientes.

**Figura 39**

*Necesidades espirituales*



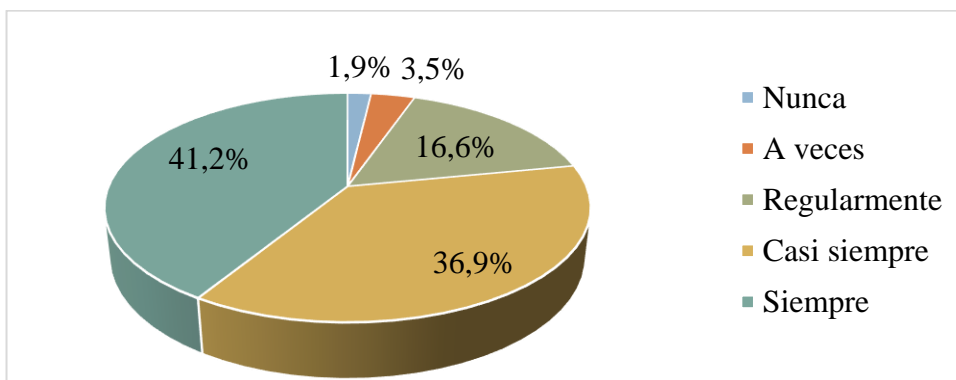
#### **Dimensión 10: Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.**

**La enfermera le ayuda a entender por qué está en esa condición, lugar o estado.**

Al respecto se obtuvo que el 41.2% siempre recibe la ayuda; el 36.9% dijo casi siempre; el 16.8% regularmente; el 3.5% a veces mientras que el 1.9% señaló que nunca. Los datos revelan que las enfermeras ayudan a entender la condición de los pacientes y la actualización de su estado siempre.

**Figura 40**

*Entendimiento de su condición*

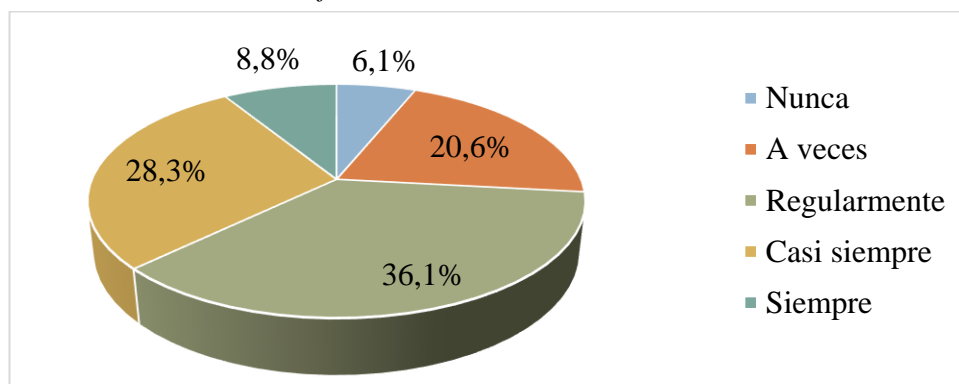


**Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.**

El 36.1% de los pacientes indicó que regularmente logra comprenderlo, el 28.3% indicó que casi siempre; el 20.6% a veces; el 8.8% siempre mientras que el 6.1% dijo nunca. Se puede observar muchos de los pacientes encuestados lograron comprender el significado de su vida gracias a la comunicación con la enfermera, en cambio, otros no estaban seguros.

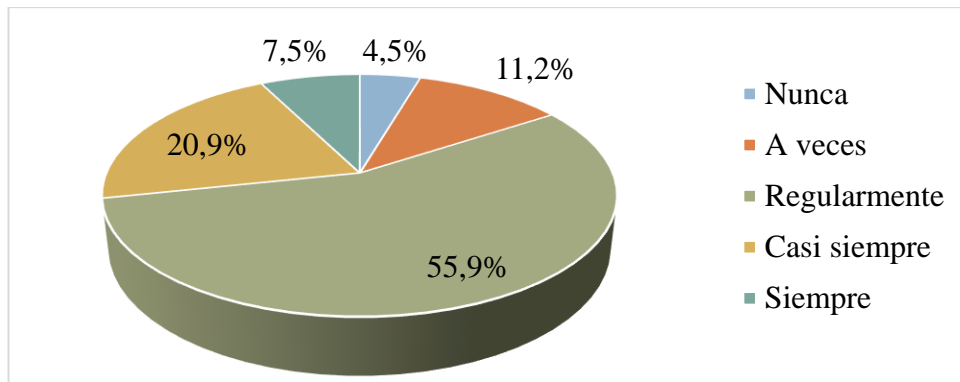
**Figura 41**

*Comunicación con la enfermera*



**La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás.**

Según los datos recogidos, el 55.9% indicó que regularmente recibe esa ayuda, el 20.9% expuso que casi siempre, el 11.2% a veces; el 7.5% siempre, en tanto que solo el 4.5% señaló que nunca. Es decir, que los pacientes hospitalizados no estaban seguros si experimentaron que la enfermera lo ayudara a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás.

**Figura 42***Comprensión de sí mismo y los demás***Análisis General de Resultados**

En el análisis de la incidencia de los factores sociodemográficos y su relación con la percepción del cuidado humanizado en pacientes de un hospital público de la ciudad de Guayaquil, se evaluó el perfil sociodemográfico de la muestra basándose en siete factores. El primero, género, determinó que entre los encuestados había más representación de mujeres que de las otras identificaciones de género. La segunda, edad, señaló que, dentro de la muestra tomada, los pacientes que estaban hospitalizados eran adultos medios con edad de 40 a 60 años en general. El tercero, estado civil, denotó que en estas personas mayormente eran casadas o unidas. El cuarto, lugar de procedencia, expuso que los pacientes provenían de zonas urbanas. El quinto, identificación étnica, señaló que los encuestados correspondieron más a los mestizos. El sexto, nivel de instrucción, especificó que mayormente sus estudios eran hasta secundaria. Y el séptimo, ingreso familiar, presentó que los pacientes generalmente perciben el salario básico unificado sin exceder \$1 000.

Con base en estos resultados, los pacientes hospitalizados sin diagnóstico de Covid-19 de un hospital público de Guayaquil, establecen la incidencia en la capacidad de un individuo para adquirir conocimientos, entender su situación,

comunicarse de manera efectiva con sus proveedores de atención médica y obtener un apoyo social efectivo en torno a su diagnóstico.

Por otro lado, para el análisis de la percepción del cuidado humanizado se consultó diferentes dimensiones de este. Respecto a la formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, los pacientes afirmaron recibir un trato amable de parte de la enfermera, además de sentir que su actitud generaba un efecto positivo en ellos. Esto, debido a que todo profesional de la salud es formado bajo el fundamento filosófico de la ciencia del cuidado, implicando a su vez el aspecto humanístico de su profesión. La relación entre estas dos consultas es directa, puesto que la segunda es la descripción efecto de la primera, fomentando a su vez el sentir que la enfermera al cuidado entrega algo propio que las distingue de otras.

En cuanto a la instalación de fe y esperanza, los resultados marcan que en esta institución está presente la consideración de sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada. Sobre todo, porque los pacientes hospitalizados presentaban diversas condiciones de salud, de los cuales cuando la medicina no tiene nada más que prometer, la enfermera puede continuar aprovechando la fe-esperanza para ofrecer un efecto de bienestar por medio de creencias que son importantes para el individuo. En este último punto, los resultados marcaron una tendencia positiva sobre las acciones de las enfermeras puesto que ayudan a fortalecer su fe y transmite esperanza. En la dimensión cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, se evidenció una tendencia positiva, señalando la existencia de relaciones cercanas, comunicación verdadera, comprensión de la situación de salud, preocupación y capacidad de saber cómo se siente el paciente. Se evidencia así que en la atención de

enfermería el desarrollo de los propios sentimientos es preciso para interactuar de forma genuina y sensible con los demás.

En la dimensión desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza los pacientes indicaron que ellos pueden expresarle a la enfermera sus sentimientos. La razón es porque sienten una confianza mutua entre ella y ellos, por lo tanto, desde la interpretación de los resultados se asienta que la empatía está presente en la labor profesional de las enfermeras, ya que suelen ponerse en su lugar cuando el paciente expresa lo que siente. En relación con promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, el comportamiento del cuerpo de enfermería está orientado a la comprensión, pues los pacientes tienen a su favor la posibilidad de expresar sus sentimientos. No obstante, se debe entender que el quehacer de estas profesionales de la salud es arduo y atareado, por ello no siempre tienen el tiempo disponible para que se suceda, aunque en la medida de lo posible se intenta fomentar la escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.

En la dimensión del uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, se evidenció que los pacientes sienten que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos; llevan a cabo procedimientos adecuados y sin distinción entre los demás. En función de ello, se reconoce que el método científico de resolución de problemas es el único método que consiente el control y la predicción asumiendo que es posible la autocorrección. En este sentido, es necesario tener en cuenta que la atención en enfermería no debe ser siempre neutral y objetiva. Respecto a promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, se demostró que las enfermeras del hospital informan constantemente los cuidados que entregan a los pacientes, que acceden abiertamente a la consulta de

su opinión en los procedimientos que se le realizan con el fin de que conozcan la razón de los cuidados que se le proporcionan. Es importante que en la atención sea bidireccional, es decir, no únicamente de la enfermera al paciente, sino que este último reconozca cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.

En la dimensión crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, el proceso de atención involucra además a la familia en los cuidados de salud, considerando que los ambientes tanto externos como internos deben permanecer interdependientes. Estos aspectos expresaron una tendencia positiva, pero no implica un inmiscuido absoluto, ya que el cuidado debe perpetrar recibimiento de un trato digno, que resguarde la integridad, y exprese apoyo con respecto a su personalidad y cuerpo.

Los resultados además demostraron que en la dimensión ayudar en la satisfacción de las necesidades humanas, el sentir de los pacientes que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas evidencia una división de criterios, sin embargo, resaltan más quienes sienten que sus necesidades físicas son satisfechas por las profesionales. Esto se debe principalmente a que el cuidado no es propio de una sola persona, por el contrario, esta profesión es una de las que más alto índice de rotación de puestos presentan. En este sentido, no se puede generalizar el trabajo de una enfermera para todas, dado que en la hospitalización el cuerpo de enfermería es numeroso. No obstante, esta apreciación no disminuye la preocupación por sus necesidades sociales. Finalmente, en relación con la aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas, la comunicación con la enfermera no tiene una certeza establecida, dado que al consultar a los pacientes si logran comprender el

significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera la mayoría respondió regularmente.

En el análisis de los promedios de las dimensiones de la percepción del cuidado humanizado se identificó que la dimensión con menor valor fue la de promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos con 3.05, seguida de ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas con 3.12 y uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones con 3.22. La más puntuada fue promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal con 3.89. El promedio de la variable fue de 3.46, siendo ligeramente superior al valor medio de 3.0, lo que denota que falta trabajo para mejorar el cuidado humanizado.

**Tabla 2**

*Promedios dimensiones cuidado humanizado*

<b>Dimensiones</b>	<b>Promedios</b>
1. Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas	3.59
2. Instalación de fe y esperanza	3.65
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás	3.50
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza	3.49
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	3.05
6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	3.22
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	3.89
8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual	3.62
9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas	3.12
10. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas	3.47
<b>Variable: Percepción del cuidado humanizado</b>	<b>3.46</b>

Para el cruce de variables se estableció la siguiente categorización de los valores encontrados.

**Tabla 3**

*Rango cuidado humanizado*

<b>Categoría de cuidado humanizado</b>	<b>Rango</b>
Cuidado humanizado bajo	1 - 2.33
Cuidado humanizado medio	2.34 – 3.66
Cuidado humanizado alto	3.67 - 5

La variable cuidado humanizado se ubicó como cuidado humanizado medio; sin embargo, se va de identificar el comportamiento con respecto a las variables sociodemográficas determinadas en el instrumento de recolección de datos.

**Tabla 4**

*Cruce de variables entre género y niveles del cuidado humanizado*

<b>Género</b>	<b>Cuidado humanizado</b>			<b>Total</b>
	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	
Masculino	18	133	4	155
Femenino	9	151	44	204
Otro	1	13	1	15
Total	28	297	49	374
Significancia: P<0.05		Hay correlación		

Según los resultados establecidos en la tabla 4 se determina que el nivel de cuidado humanizado que predomina sobre el género de los encuestados corresponde al grado medio, donde el 40.4% correspondió a las mujeres. Cabe mencionar que, se realizó la prueba de chi-cuadrado, cuyos hallazgos permitieron reconocer una relación significativa entre las variables de estudio (P<0.05), es decir que, se brinda un mayor cuidado humanizado en el género femenino en comparación con el masculino.

**Tabla 5***Cruce de variables entre edad y niveles del cuidado humanizado*

Edad	Cuidado humanizado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
18 – 29 años	1	21	2	24
30 – 39 años	4	64	5	73
40 – 49 años	5	102	5	112
50 – 59 años	8	39	37	84
60 años o más	9	38	34	81
Total	27	264	83	374

Significancia:  $P < 0.05$ 

Hay correlación

En la tabla 5 se evidencia el cruce de las variables edad y cuidado humanizado, cuyos resultados permitieron reconocer que, a mayor edad del paciente, el personal de salud brinda un cuidado humanizado alto ( $P < 0.05$ ); en este caso, el 21.7% de la población pertenece a la población adulta mayor.

En el diseño de la propuesta se consideran de forma explícita estos resultados, ya que las actividades se organizan de modo que favorezcan la atención integral de las mujeres y de las personas adultas y adultas mayores, en especial en las dimensiones que obtuvieron promedios más bajos, como la expresión de sentimientos, la satisfacción de necesidades humanas y el uso sistemático del método científico para la resolución de problemas.

**Tabla 6***Cruce de variables entre estado civil y niveles del cuidado humanizado*

Estado civil	Cuidado humanizado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Soltero	10	84	21	115
Casado/unido	27	142	35	204
Divorciado	6	23	9	38
Viudo	1	9	2	12
Total	44	258	67	369

Significancia:  $P > 0.05$ 

No hay correlación

Los resultados determinados en la tabla 6 permitieron reconocer que no existe relación alguna entre el estado civil de los pacientes y el nivel del cuidado humanizado, dado la tenencia de una significancia (P) mayor a 0.05. En este ámbito, independientemente del estado de la persona, se registró un nivel medio de cuidado humanizado.

**Tabla 7**

*Cruce de variables entre lugar de procedencia y niveles del cuidado humanizado*

Lugar de procedencia	Cuidado humanizado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Área Rural	3	34	8	45
Área Urbana	22	289	18	329
Total	25	323	26	374
Significancia: P>0.05		No hay correlación		

Los hallazgos planteados en la tabla 7 determinan la existencia de un nivel perceptivo medio sobre el cuidado humanizado independientemente del área de procedencia de los pacientes. Cabe mencionar que, se identificó la inexistencia de una relación entre las variables lugar de procedencia y el cuidado humanizado debido a la prevalencia de un valor P>0.05.

**Tabla 8**

*Cruce de variables entre autoidentificación y niveles del cuidado humanizado*

Auto identificación	Cuidado humanizado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Negro/mulato	4	39	11	54
Mestizo	11	182	29	222
Blanco	2	21	13	36
Indígena	9	32	15	56

Montubio	0	3	1	4
Otro	1	1	0	2
Total	27	278	69	374
Significancia: $P>0.05$		No hay correlación		

Según los resultados de la tabla 8, la mayoría de los pacientes perciben la entrega de un cuidado humanizado medio, predominando la etnia mestiza con el 48.7% del total de la población. Cabe resaltar que, no se identificó una relación entre la auto identificación de los pacientes y el cuidado humanizado, debido a la tenencia de un valor  $P>0.05$ .

**Tabla 9**

*Cruce de variables entre nivel de instrucción y niveles del cuidado humanizado*

Nivel de Instrucción	Cuidado humanizado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Primaria	4	13	6	23
Secundaria	15	151	36	202
Tercer Nivel	11	82	20	113
Cuarto Nivel	9	16	11	36
Total	39	262	73	374
Significancia: $P>0.05$		No hay correlación		

Por otro lado, los hallazgos establecidos en la tabla 9 permitieron reconocer un enfoque perceptivo medio del cuidado humanizado siendo representado por el 74.3% del total de la población. En cuanto a la aplicación de la prueba de chi-cuadrado, se obtuvo un valor  $P>0.05$ , lo que indicó que no existe relación entre el nivel de instrucción del paciente y los niveles del cuidado humanizado.

**Tabla 10***Cruce de variables entre ingreso familiar y niveles del cuidado humanizado*

<b>Ingreso familiar</b>	<b>Cuidado humanizado</b>			<b>Total</b>
	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	
\$400 a \$999	19	198	27	244
\$1,000 a \$1999	10	76	15	101
\$2,000 a \$2,999	3	12	9	24
\$3,000 o más	0	3	2	5
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>289</b>	<b>53</b>	<b>374</b>

Significancia:  $P > 0.05$ 

No hay correlación

Finalmente, en la tabla 10 se identificó un nivel perceptivo medio del cuidado humanizado independientemente de los ingresos familiares de la persona, siendo representada por el 77.3% de la población total analizada. Posterior a la aplicación de la prueba chi-cuadrado, se obtuvo una significancia con un valor  $P > 0.05$ , lo cual indicó la ausencia de una relación entre las variables ingreso familiar y el nivel del cuidado humanizado.

Conforme los resultados analizados, se da paso a la comprobación de la hipótesis, generando el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alternativa. Bajo este enfoque, se determina que los factores sociodemográficos como la edad y el género ( $P < 0.05$ ) influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de un hospital público de la ciudad de Guayaquil.

## Capítulo IV

### Propuesta

El cuidado humanizado debe ser analizado desde el marco de la administración de cualquier institución sanitaria, por ende, es importante estimar lazos comunicacionales internos del equipo profesional junto al resto de colaboradores, con el objetivo de analizar sucesos y que, a su vez, puedan brindar soluciones en torno a una atención de calidad y calidez para el usuario. Además, este acto es indispensable dentro de la labor del enfermero, debido que, se orienta a prácticas como el acompañamiento y cuidados a terceros.

Por otro lado, el cuidado humanizado debe relacionarse con el profesional y el paciente, junto a lo que percibe, el tiempo y requerimientos de estos, adicional cada uno debe disponer de sentido propio de acuerdo con la función que desempeñe, recayendo en diversas acciones con respecto a la reciprocidad entre el grupo de interés desencadenando beneficios para ambas partes. Es esencial aludir que, todas las actividades deben estar orientadas a la responsabilidad, compromiso y desempeño de dar lo mejor a la sociedad, de manera individual se debe hacer cargo de sus funciones.

En resumen, el cuidado humanizado se enfoca en las gestiones transpersonales que proporciona un cuidado único según la calidad moral y ética, lo cual caracteriza al profesional en torno a su paciente; por lo general, la misma debe ir acorde a factores sociodemográficos focalizados en datos específicos de la población en general como el sexo, la edad, etnia, la condición de la comunidad; por ejemplo, el sector sea rural o urbana, y el sentido de dependencia. Todo lo antes mencionado, se debe hacer sin distinción y respetando siempre los derechos de la ciudadanía, conllevando a desarrollar la siguiente propuesta centrada en la asesoría personalizada,

capacitaciones, canales informativos y demás alternativas, es importante mencionar que cada actividad incluirá la descripción de los materiales a usar, costos, responsables, entre otras características, finalizando en el desarrollo del cronograma, el cual detallará las fechas aproximadas para desarrollar cada estrategia a emplear como parte de la propuesta.

Las medidas para mejorar el cuidado humanizado en pacientes hospitalizados pueden variar dependiendo del contexto en el cual se encuentren. Sin embargo, para la presente investigación se propone 17 actividades segmentadas en las 10 dimensiones analizadas previamente.

**Tabla 11**

*Actividades propuestas según dimensiones*

<b>Dimensiones</b>	<b>Actividades</b>
Dimensión 1	1. Crear un ambiente acogedor y de confianza. 2. Proporcionar una atención individualizada.
Dimensión 2	3. Respetar las creencias y valores de los pacientes.
Dimensión 3	4. Prestar atención a las necesidades emocionales de estos. 5. Ofrecer una comunicación clara y comprensible.
Dimensión 4	6. Mostrar un interés genuino por el bienestar de los individuos.
Dimensión 5	7. Escuchar atentamente a las personas.
Dimensión 6	8. Trabajar en equipo para mejorar el cuidado de estos. 9. Supervisar la calidad del cuidado.
Dimensión 7	10. Ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas.
Dimensión 8	11. Respetar la intimidad y la privacidad de los usuarios. 12. Proporcionar un entorno seguro y comfortable.

---

Dimensión 9	13. Prestar atención a las necesidades físicas.
	14. Ofrecer apoyo emocional a los familiares.
Dimensión 10	15. Mantener una actitud respetuosa y empática.
	16. Evaluar el impacto de la humanización en los usuarios.
	17. Mejorar continuamente el cuidado humanizado de los hospitalizados.

---

Los resultados del capítulo III mostraron que la percepción del cuidado humanizado se relaciona de forma significativa con el género y la edad, con mayor presencia de cuidado humanizado alto en mujeres y en personas de 50 años o más. Estos resultados sustentan la propuesta, ya que las dimensiones con mayores correlaciones con el cuidado humanizado son la base de la misma.

En lo que refiere a la comunicación, se identificó que en las mujeres la expresión de emociones y acompañamiento espiritual fueron las experiencias más frecuentes, tanto a nivel familiar como individual. De igual forma, las acciones relacionadas con la escucha activa, el apoyo emocional, la organización del entorno físico y el diseño de ejercicios se estructuran según las características de las personas adultas y adultas mayores, que concentran los porcentajes más altos de cuidado humanizado alto. Esta orientación se refleja en la programación de las asesorías personalizadas, en la priorización de este grupo etario en el uso de los recursos de apoyo y en la distribución de las actividades dirigidas a la familia y cuidadores.

## **Actividades**

A continuación, se detallan las actividades presentadas por dimensión en la tabla 11 para mejorar el cuidado humanizado en los pacientes hospitalizados.

### ***Dimensión 1: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas***

#### **Crear un ambiente acogedor y de confianza**

En este punto se sugiere crear una atmósfera de aceptación y confianza, mostrar interés por el usuario, escuchar activamente, mantener una actitud de calidez, ofrecer apoyo emocional, promover la independencia de la persona, respetar la privacidad de este, fomentar la participación del individuo en las decisiones relativas a su cuidado, brindar una atención individualizada y dar seguridad al mismo. Todo esto sin importar sus características sociodemográficas.

En la presente sección se plantea fomentar asesoría personalizada a través del apoyo de la psicóloga de la institución dos veces por semana para que cubra un aproximado de pacientes que estén interesados en mejorar su actitud y emociones frente a su padecimiento. La atención del profesional será sin ningún costo, ya que es parte del equipo de profesionales de la institución, los dos días disponibles serán en horario matutinos y vespertinos previa inscripción con el personal de enfermería de turno, la cual tendrá una hoja de anotación usuaria asegurando un máximo de 30 pacientes inscritos por día. Además, se realizará un banner publicitario sobre las asesorías individuales a los pacientes para que conozcan de los servicios extras que oferta la unidad hospitalaria. A continuación, se detalla lo antes descrito.

**Figura 43***Banner publicitario*

INSTITUTO ECUATORIANO DE  
SEGURIDAD SOCIAL

**ASESORÍA PERSONALIZADA  
GRATUITA**

**PARA** PACIENTES DE  
CUALQUIER ÁREA  
DE LA INSTITUCIÓN

NO TE PREOCUPES!  
En el caso de no poder  
asistir a oficina del  
profesional, puede acudir  
al área de hospitalización  
NOS PREOCUPAMOS POR  
EL BIENESTAR DE  
NUESTROS USUARIOS!

Dispone de servicios en  
línea como: llamada  
telefónica o  
videoconferencia

Por otro lado, el banner tendrá un costo de \$10 cada uno, en este caso se usará tres ubicados estratégicamente en la institución. Asimismo, se incluirá el servicio de asesoría online a través de llamadas o videollamada con la finalidad de que los usuarios que padezcan de incapacidad puedan acceder a dicha atención según sus necesidades. Los principales responsables de la gestión serán las enfermeras y la psicóloga quienes estarán al tanto del usuario, incluyendo el respectivo seguimiento

del paciente. Por ende, se evidencia el modelo de la ficha de inscripción y el cronograma de los responsables y temas que debe enfocarse el profesional sanitario.

### Figura 44

#### Modelo ficha de inscripción

#### Ficha de inscripción

Fecha:

Área:

Paciente 1	Paciente 2
Nombre:	Nombre:
Edad:	Edad:
Otras indicaciones:	Otras indicaciones:
Paciente 3	Paciente 4
Nombre:	Nombre:
Edad:	Edad:
Otras indicaciones:	Otras indicaciones:

En la tabla 12 se evidencian cuatro temas esenciales que se proponen para otorgar la asesoría a los usuarios mediante el apoyo de la psicóloga de la institución.

### Tabla 12

#### Temas de asesoría

Temas	Responsable
Apoyo emocional	Psicóloga y enfermeras
Lazos comunicacionales	
Actitud de calidez	
Aceptación y confianza	

#### Proporcionar una atención individualizada

En este ítem se propone mantener una comunicación fluida y continua con el paciente, escuchar activamente las necesidades y preocupaciones de estos, ayudar al

usuario a identificar y expresar sus sentimientos, proporcionar apoyo emocional, favorecer la participación activa en el cuidado de sí mismo, respetar la dignidad y el autocuidado, ofrecer un ambiente seguro y acogedor, ayudarlo a establecer relaciones con el personal de salud.

La siguiente sección será un refuerzo de la estrategia anterior, donde se le proporcionará al paciente una asesoría personalizada con la finalidad de brindarle un apoyo a su estado de salud tanto física como mental; no obstante, en este caso el soporte será por parte del personal de enfermería y médico tratante directo. Estos reforzarán la asistencia dada por la psicóloga, para efecto del mismo, se realizará una capacitación al profesional para fortalecer temas como necesidades del paciente, apoyo emocional, escucha activa, ambiente seguro y acogedor, relaciones entre ambas partes y demás características.

Los temas serán impartidos durante dos semanas en la jornada laboral, con la finalidad de no sobrecargar con actividades al profesional, tal acción estará a cargo de la Psicóloga y jefe de área junto al apoyo de cinco enfermeras, se enviará una invitación virtual para que el personal conozca de los talleres y no incurrirá en costos extras a la institución. A continuación, se detalla el calendario con la respectiva descripción de las operaciones y el modelo de invitación a enviar a los profesionales sanitarios.

**Tabla 13**

*Temas de capacitación*

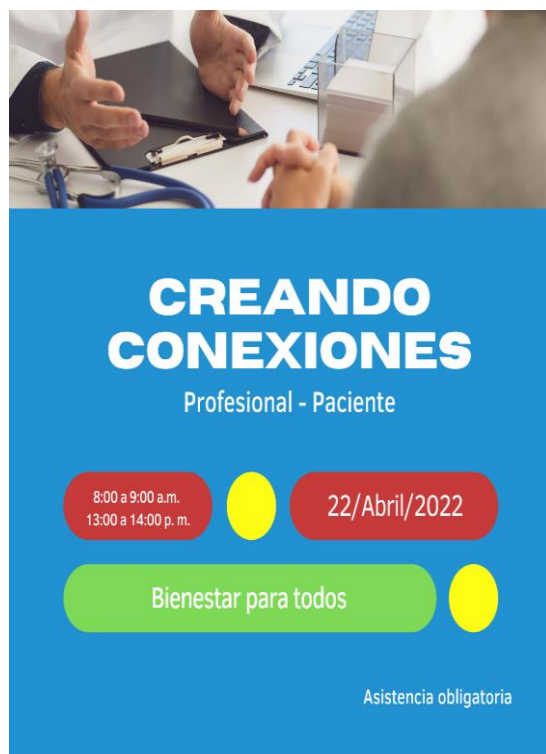
<b>Tema</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsables</b>
Necesidades del paciente	Laptop	Psicólogo/a
Apoyo emocional	Auditorio	Jefe de área

Escucha activa	Proyector	Auxiliares de enfermería
¿Cómo brindar un ambiente seguro y acogedor al usuario?	Suministros	
¿Cómo promover buenas relaciones entre profesional y paciente?		

La capacitación se dará en el auditorio con recursos propios de la institución, la duración será de una hora por tema pasando un día con la finalidad de involucrar a todo el profesional de salud durante quince días. Además, los horarios estarán programados en jornada matutina y vespertina; a continuación, se evidencia el diseño de invitación a compartir con el personal de salud.

#### Figura 45

*Diseño de invitación*



## ***Dimensión 2: Instalación de fe y esperanza***

### **Respetar las creencias y valores de los pacientes**

El hospital objeto de estudio debería tener una política clara respecto a cómo respetar las creencias y valores de los pacientes. La mayoría de las instituciones sanitarias tienen una política de respeto a las creencias y valores, pero no todos los hospitales la implementan adecuadamente. Dicho patrón antes mencionado, puede incluir su religión, cultura, y filosofía de vida. La unidad hospitalaria objeto de estudio deberá tratar a todos los pacientes de forma respetuosa y equitativa, independientemente de su religión, cultura, o filosofía de vida.

Por ende, se propone proporcionar a los pacientes información sobre sus derechos y respetar las creencias y valores de estos. También, se deberá proporcionar a las personas una oportunidad para expresar sus principios. Si un usuario tiene una perspectiva distinta de dogmas que el hospital no puede respetar, la institución deberá buscar una solución que sea lo más respetuosa posible para el paciente.

Parte de la estrategia de este apartado estará sujeta a la entrega de un tríptico, el cual contendrá información puntual sobre los derechos de los pacientes, los principios de la institución en cuanto a creencias y valores de estos, adicional la entrega se realizará durante la visita del médico tratante, mismo que tiene como responsabilidad entregar el folleto, el costo será para 1 000 unidades a full color en papel bond con un total de \$100. A continuación, se muestra el modelo a entregar a los usuarios.

**Figura 46***Modelo tríptico 1*


**Importancia**



El principal objetivo es velar por los derechos del usuarios respetando sus creencias, principios y valores.

**Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador**

Todas las enfermeras y enfermeros poseen la responsabilidad de brindar educación asociada a la mejora, junto a la protección, seguridad y promoción de buenas prácticas, otorgándole a los usuarios bienestar y mejoría en la salud.

**Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Guayaquil**

**Figura 47***Modelo tríptico 2*

<p style="text-align: center;"><b>Artículo 10</b></p> <p>Los agentes que son parte del Sistema Nacional de Salud implementarán las normativas, programas y reglamentos de atención universal y de calidad, incluyendo patrones de protección, difusión, prevención, seguridad, mejora, terapias y cuidados de la salud de manera individual y del marco colectivo.</p> 	<p><b>Principios de la Institución de Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respetar a todas las personas.</li> <li>• Respetar la dignidad del paciente y entorno.</li> <li>• Respetar la privacidad de cada usuario durante todo el proceso asistencial.</li> <li>• Respetar las creencias religiosas.</li> <li>• Brindar asistencia médica asegurando la ausencia de discriminación por razones de género, orientación sexual, etnia, religión, edad o condición económica.</li> <li>• Facilitar la comunicación.</li> </ul>	
--	---	--

### ***Dimensión 3: Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás***

#### **Prestar atención a las necesidades emocionales de los pacientes**

Algunas maneras de prestar atención a las necesidades emocionales de los usuarios hospitalizados son visitar a estos a menudo, mantener una actitud amable y de apoyo, escuchar atentamente a lo que tienen que decir, ayudar a las personas a sentirse seguros y tranquilos, ofrecer soporte para lidiar con el estrés y la ansiedad, asistir a los individuos a mantener una rutina diaria, a comunicarse con sus familiares y amigos, a sustentar un sentido de identidad, a sentirse útiles y productivos, a tener una buena imagen de sí mismos, ofrecer colaboración emocional durante el proceso de recuperación.

#### **Ofrecer una comunicación clara y comprensible**

A través de una comunicación clara y comprensible, los pacientes hospitalizados podrán entender mejor lo que les está pasando, las instrucciones que se

les dan y los tratamientos que se les van a aplicar. Para ofrecer una comunicación clara y comprensible a estos, se debe hablar lentamente y utilizar un lenguaje sencillo, especificar cuáles son las preocupaciones del usuario, explicar el diagnóstico, el tratamiento y las posibles consecuencias, responder a todas las preguntas que pueda tener, explicar el objetivo de cada procedimiento o tratamiento, mostrar empatía y comprensión hacia este. A su vez, animar al internado a expresar sus sentimientos, respetar su privacidad, utilizar un tono de voz calmado y sereno, mantener una actitud positiva.

Como parte de las estrategias en esta premisa, en la toma de datos del paciente se apuntará el correo electrónico, el cual servirá para compartir información con aquel individuo sobre lo estipulado durante su atención médica como diagnóstico, tratamiento, despeje de dudas, entre otros aspectos. La persona responsable de compartir la información será la jefa del área de enfermería como apoyo de dos auxiliares, donde su función recae en compartir datos diarios a los correos de los usuarios, esto no incurrirá en gastos extras para la institución, ya que usará los mismos recursos del establecimiento.

#### ***Dimensión 4: Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza***

##### **Mostrar un interés genuino por el bienestar de los pacientes**

Los colaboradores sanitarios pueden mostrar un interés genuino por el bienestar de los usuarios mediante el respeto y la compasión. Es importante escuchar a los pacientes y tratarlos con dignidad. Los profesionales sanitarios también deben estar dispuestos a ayudar a los pacientes a resolver cualquier problema que puedan tener.

***Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos***

**Escuchar atentamente a los pacientes**

El objetivo de este plan es escuchar atentamente a los hospitalizados. Para esto se debe prestar atención a las necesidades de los pacientes, escuchar atentamente, respetar sus requerimientos, ayudar a los usuarios a expresar sus prioridades, resolver las mismas, ayudar a las personas a sentirse cómodos, seguros, respetados e importantes.

Es importante emplear la escucha activa con los pacientes, ya que es un recurso vital que mejora las habilidades comunicativas, lo cual conlleva a una mejor calidad de atención y, por ende, mayores resultados de satisfacción de usuarios. Una vez implementadas las estrategias anteriores se realizará un informe de evaluación con la finalidad de que el paciente evidencie sus opiniones acerca de las relaciones y de qué forma enfrentar las barreras de la comunicación. Los aspectos valorados en este punto recaen en los siguientes puntos:

- El tiempo dedicado al usuario durante las visitas.
- El lenguaje aplicado por parte del personal de salud.
- Las recomendaciones y aclaración de dudas que el paciente formule.
- El grado de empatía evidenciado en el usuario.

El objetivo final es que se asocie una mejor comunicación y atención durante la presencia del personal, además que se le brinde al usuario información útil, de manera clara y concisa, en el caso de encontrar anomalías efectuar las respectivas correcciones encaminadas a alcanzar una comunicación adecuada entre ambas partes.

***Dimensión 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones***

**Trabajar en equipo para mejorar el cuidado de los pacientes**

Las principales recomendaciones para gestionar el trabajo en equipo a fin de mejorar el cuidado de los pacientes hospitalizados son: definir claramente las funciones de cada integrante, establecer objetivos comunes y coordinar las acciones a alcanzar, comunicarse de manera efectiva con la finalidad de intercambiar información, colaborar para solucionar problemas y mejorar el cuidado de los pacientes, motivar y apoyar el trabajo en equipo, evaluar el desempeño del equipo y mejorar continuamente su funcionamiento.

En este punto, se aplicará un informe de evaluación digital compartido con los jefes de áreas de la institución para que califiquen de manera mensual al personal, asimismo el resto de los colaboradores tendrá acceso a la plataforma para que evalúe la gestión de su jefe con la finalidad de mejorar el desempeño en equipos, en el caso de encontrar falencias o errores se efectuará una reunión cada tres meses a fin de brindar soluciones en equipo, el principal beneficiado de este proceso será el paciente, seguido de la unidad, hospitalidad y cordialidad entre compañeros de trabajo en la siguiente sección se evidencia el modelo de la plataforma.

**Figura 48***Modelo de plataforma de evaluación digital*

La app no tendrá un costo, ya que su creación se realizará a través de plataformas gratuitas, la cual se compartirá mediante un link a cada colaborador. La forma de calificar es con porcentajes, mismo que estará categorizado en la plataforma desde el 10% hasta el puntaje máximo del 100%; además, tendrá múltiples ventajas para la institución, debido que mejorará cada uno de los procesos sanitarios.

### **Supervisar la calidad del cuidado de los pacientes**

Las personas hospitalizadas requieren un cuidado especial para asegurar que estén lo más cómodas y seguras posibles. La supervisión de la calidad del cuidado de los pacientes hospitalizados es una tarea importante para asegurar que estén recibiendo el cuidado adecuado.

Algunas cosas que se pueden hacer para supervisar la calidad del cuidado de los pacientes hospitalizados incluyen entrevistar a usuarios y familiares sobre el indicador antes mencionado, observar lo que se está brindando a las personas, evaluar los registros de enfermería y otros documentos que describen la atención que reciben los internados, reunirse con el personal de enfermería para discutir la ayuda clínica que se está brindando, realizar auditorías para verificar que la asistencia hospitalaria que se está dando a las personas cumple con los estándares establecidos.

En esta premisa, la persona responsable de efectuar la respectiva supervisión será el jefe de talento humano, el cual realizará monitoreos mensuales para conocer a profundidad la atención que brinda el personal al paciente y en el caso que sea necesario hacer reuniones con la finalidad de proporcionar mejores alternativas en cuanto al cuidado, hospitalidad, trato del paciente, entre otros aspectos que fomenten altos estándares de calidad en la atención sanitaria.

### ***Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal***

#### **Ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas**

Los pacientes hospitalizados tienen el derecho de participar en las decisiones que los afectan. Para ayudar a los usuarios a tomar juicios informados, los colaboradores deben explicar las opciones de tratamiento y sus consecuencias, detallar los riesgos y beneficios de cada opción, permitir que las personas tomen criterios concisos, ayudar a aquellos a comprender las consecuencias de sus decisiones.

Por otro lado, los pacientes deben preguntar todas las interrogantes que tengan, tomar en cuenta todos los factores, incluyendo los riesgos y beneficios,

decidir basados en sus propias creencias y preferencias, confiar en sus propios juicios; si tiene dudas, hablar con el médico.

***Dimensión 8: Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual***

**Respetar la intimidad y la privacidad de los pacientes**

Para esto se propone: mantener a la persona hospitalizada en la mayor intimidad posible, evitar hablar en voz alta alrededor del internado, no entrar en la habitación de la persona sin previo aviso, no mirar ni tocar sin su consentimiento, respetar la privacidad en todo momento, no comentar las cosas que se vean o escuchen en el hospital con nadie. A su vez, si el usuario hospitalizado pide que se le hable de algo en privado, acceder a su petición, intentar no interferir en las rutinas diarias de esta, no tomar fotografías ni grabar vídeos sin su consentimiento, respetar la opinión sobre su privacidad, mantener la habitación del paciente ordenada y limpia.

**Proporcionar un entorno seguro y confortable**

Entre las principales medidas para brindar un entorno seguro y confortable para pacientes hospitalizados está proporcionar una habitación adecuada en la que la persona se sienta cómoda, iluminación adecuada en la habitación, temperatura acorde, buena ventilación, evitar la contaminación, entorno tranquilo. A su vez, garantizar una buena comunicación con este, buena atención, alimentación, hidratación y limpieza de la sala de descanso.

En este punto se empleará un análisis de la condición del usuario a fin de priorizar su estancia, sin descartar las comodidades de los pacientes menos vulnerables, toda esta recopilación de datos se efectuará a través del informe médico y estará a cargo del jefe de área. Este dará las respectivas indicaciones al personal de

enfermería sobre la ubicación de los usuarios desde las necesidades más emergentes. Es importante acotar que, toda esta gestión se realizará según la disponibilidad de los recursos de la institución.

### ***Dimensión 9: Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas***

#### **Prestar atención a las necesidades físicas de los pacientes**

Las principales necesidades físicas de un paciente hospitalizado son la alimentación, en este punto debe recibir una dieta y nutrición adecuada, que incluya todos los nutrientes necesarios, beber abundante agua a fin de mantenerse hidratada, dormir lo suficiente con la finalidad de recuperar las energías. Por otro lado, realizar ejercicio físico moderado, para mantenerse sano, amplitud de movimientos, es decir, poder moverse libremente evitando la rigidez, control de temperatura adecuada, para evitar enfermedades. Asimismo, estar limpio para prevenir infecciones; privacidad, el internado debe recibir un trato respetuoso y privado; estar protegido de posibles accidentes, estar cómodo en todo momento.

Como soporte a la siguiente estrategia se adjunta un manual de ejercicio a emplear para el usuario con la finalidad de ayudar a su pronta recuperación, los responsables serán el personal de enfermería, los cuales le dedicarán por lo mínimo 15 minutos al paciente para que realice los ejercicios; las mismas instrucciones deberá recibir el usuario una vez dada de alta para que su salud física sea completa y eficiente. Por consiguiente, se evidencia la serie de ejercicios básicos y prácticos que deberá realizar la persona durante su estancia hospitalaria (ver figura 48).

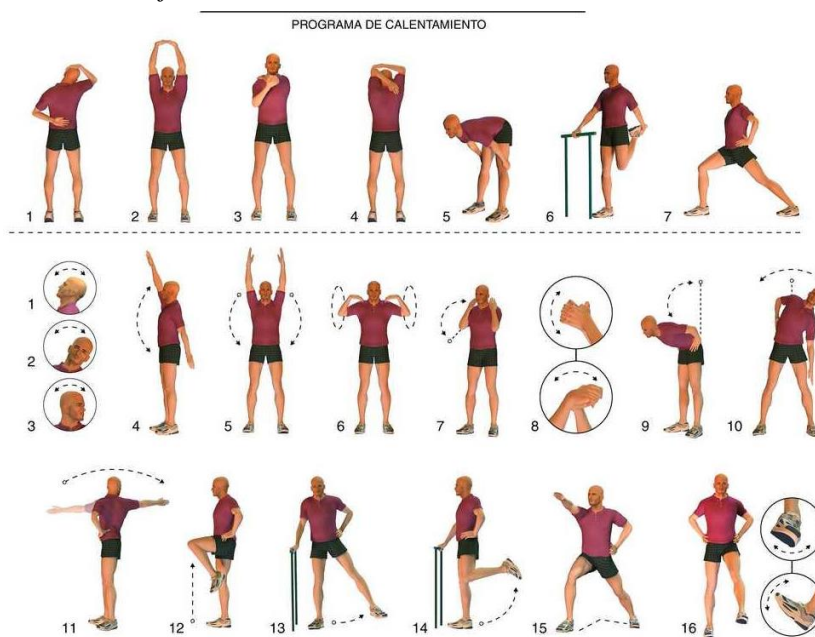
#### **Ofrecer apoyo emocional a los familiares de los pacientes**

Los familiares de los pacientes hospitalizados pueden sentirse solos, ansiosos y preocupados. El apoyo emocional ofrecido puede ayudarles a mejorar su condición.

Algunas cosas para hacer en el soporte emocional recaen en mantener una comunicación abierta con el entorno, escuchar a los familiares y estar dispuesto a ofrecerles apoyo, ayudar a los familiares a estar en contacto con otros como los amigos, los cuales le pueden dar apoyo, cooperar con los familiares a encontrar información sobre el estado de salud del usuario, asistir al entorno en cuanto a la organización en el tiempo libre, encontrar asistencia psicológica si lo necesitan. A su vez, asesorar a los familiares a prepararse para el retiro de este del hospital, colaborar a establecer una rutina después de la salida de la persona de la institución.

### Figura 49

#### Modelo de ejercicios



Nota. Tomado de Google Imágenes.

En este caso, es indispensable entregarle al familiar del paciente un documento con diversas instrucciones, donde indique paso a paso la rutina de este, como alimentación, cuidados, ejercicios, terapia, próximas consultas, entre otras indicaciones. El responsable de tal actividad será el médico tratante, ya que es el único destinatario para recomendar o sugerir algo al usuario, seguido el personal de

enfermería que le extenderá el informe final detallado al familiar de este.

Posteriormente, se muestra el diseño del formato a entregar.

### Figura 50

*Diseño de instrucción médica*



#### **INSTRUCCIONES MÉDICAS - PACIENTE**

<b>NOMBRE:</b>		
<b>RESPONSABLE:</b>		
<b>ÁREA DEL HOSPITAL:</b>		
<b>PLAN NUTRICIONAL</b>	<b>PLAN DE EJERCICIOS</b>	<b>OTRAS INDICACIONES:</b>
<b>FIRMA DE RESPONSABLE:</b>		

El modelo de instrucciones no incurrirá en costos extras para la institución, ya que se usará los recursos del hospital como impresora y hojas, toda esta estrategia es aplicada con la finalidad que el paciente sin distinción de nacionalidad, género, edad, entre otros, perciba una buena atención de la unidad sanitaria, además de mejorar el reconocimiento del establecimiento, fomentar las capacidades del personal de salud y valores, tales como empatía, compromiso, cordialidad y demás.

### ***Dimensión 10: Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas***

#### **Mantener una actitud respetuosa y empática**

El personal sanitario debe mantener una actitud respetuosa y empática con los pacientes hospitalizados asegurándose de que se sienten escuchados y comprendidos. Las interacciones entre el paciente y el personal sanitario son fundamentales para mejorar el estado de ánimo de este y reducir el estrés. Por ello, es importante que el personal sanitario sepa estar atento a las señales de los pacientes y responder de forma adecuada.

Algunas pautas que pueden ayudar a mantener una actitud respetuosa y empática son escuchar atentamente y mostrar interés por lo que tienen que decir, asegurarse de que la persona se siente comprendido, no interrumpir, no juzgar, no emitir opiniones personales, no dar órdenes al individuo, mostrar respeto y cortesía.

#### **Evaluar el impacto del cuidado humanizado en los pacientes**

Las evaluaciones del impacto del cuidado humanizado en los pacientes hospitalizados pueden incluir medidas de satisfacción del paciente, calidad de vida, mortalidad, morbilidad, duración de la estancia hospitalaria, readmisión y costos. En el caso de la satisfacción se incluirán encuestas sobre el grado de esta con respecto al cuidado, la confianza en el personal de salud, las competencias de este y la empatía. Para la calidad de vida se incluyen encuestas sobre salud física y psicológica, bienestar y calidad de vida de forma general. Conforme la mortalidad se puede definir la tasa de esta en el hospital, de igual manera, 30 días luego de la hospitalización y un año posterior a esta.

En cambio, la morbilidad establece la cantidad de pacientes con recaída o rehospitalización, así como la cantidad de visitas a la sala de urgencia. La estancia

hospitalaria debe evaluarse con la cantidad de pacientes que se encuentran en un período de tiempo y los días de estancia. En readmisión se incluye los pacientes reinternados en un tiempo determinado. La evaluación de montos incluye el costo de la atención médica en la hospitalización, las cantidades luego de la admisión clínica y el precio de atención en el largo plazo.

### **Desarrollo continuo del cuidado humanizado de los pacientes**

El objetivo de la mejora continua es asegurar que el cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados se mantenga o mejore en el tiempo. Para ello, se pueden seguir diversos pasos. La primera fase es definir qué se entiende por cuidado humanizado, para poder medirlo y evaluarlo posteriormente; después, es indispensable determinar objetivos a fin de mejorar el cuidado humanizado y categorizar las medidas requeridas para alcanzarlos. Por último, es importante monitorear y evaluar periódicamente el grado de cumplimiento de estos objetivos. De esta forma, se puede garantizar que el cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados se mantenga o mejore en el tiempo.

Con todas las estrategias antes plasmadas se refuerza este punto, el cual es clave para el bienestar del paciente y el posicionamiento de la institución a través del tiempo, además que todo este modelo puede ser replicado en otras unidades hospitalarias que requieran mejorar sus gestiones de salud y que todos los involucrados consigan ventajas y beneficios en común en el ámbito de recuperación de salud, competencia ética y reconocimiento institucional.

De esta manera, la propuesta se desarrolla sobre el perfil sociodemográfico identificado en la población de estudio e integra de forma explícita los factores que se relacionan positivamente con la percepción del cuidado humanizado.

## Materiales y Presupuesto Gerencial

Los materiales de apoyo empleados para poner en marcha la propuesta recaen sobre una laptop, tarjeta de invitación, tríptico, suministro, proyector, información, informe de evaluación, plataforma virtual, entre otros objetos, algunos serán gestionados por el establecimiento sanitario y otro cubierto por el investigador.

**Tabla 14**

*Materiales de apoyo*

<b>Cantidad</b>	<b>Detalle</b>	<b>Precio</b>	<b>Total</b>
1	Trípticos (1000 unidades)	\$100.00	\$100.00
3	Banners publicitarios (1.80*1.50)	\$10.00	\$30.00
1	Laptop	\$0.00	\$0.00
1	Proyector	\$0.00	\$0.00
1	Auditorio	\$0.00	\$0.00
1	Resma papel bond	\$0.00	\$0.00
2	Marcadores	\$0.00	\$0.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$130.00</b>

En el caso de los responsables requeridos para llevar a cabo cada una de las actividades de la propuesta son los jefes de área, Psicólogo/a, personal de enfermería y jefe de talento humano del hospital objeto de estudio cada uno situado estratégicamente según la función a realizar. Todo esto, se ejecuta con el propósito de que los procesos se apliquen adecuadamente dentro de la institución, sobre todo velando por el bienestar del usuario.

**Tabla 15**

*Responsables de las actividades*

<b>Cantidad</b>	<b>Personal</b>
1	Jefe de Talento Humano
1	Psicólogo/a
5	Jefes de áreas
10	Licenciadas y auxiliares de enfermería

## Matriz de Riesgo del Proyecto

A continuación, se presenta la matriz de riesgo del proyecto de estudio.

**Tabla 16**

*Matriz de Riesgo del Proyecto*

Matriz de Consecuencia		
Consecuencia	Significado	Valor
Catastrófico	Crítico, existen importantes amenazas, severos incumplimientos.	1
Peligroso	Amenazas significativas continuas.	2
Moderado	Amenazas significativas ocasionales.	3
Menor	Existen amenazas en algunos puntos, sin embargo, no constituyen un riesgo importante.	4

<b>PROBABILIDAD</b>	Constante					Factor tiempo	
	Moderado	Escasez de recursos					
	Ocasional						
	Posible	Falta de claridad		Personal Enfermo	Contratamientos operativos		
	Improbable					Costos Elevados	
		Insignificante	Menor	Crítica	Mayor	Catastrófico	
		<b>IMPACTO</b>					

## Cronograma de Actividades

Las múltiples actividades que se van a aplicar en la institución sanitaria objeto de estudio agrupan las siguientes fechas en el calendario. Finalmente, se entregará evidencia de lo realizado durante todo el desarrollo de los procesos a través de fotos y videos al director del hospital como constancia de lo trabajado durante la estancia en la institución.

**Tabla 17**  
**Calendario de actividades**

Detalle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunión con el director del hospital	*											
Exponer la propuesta al director		*										
Recopilación de información para banner, capacitación y trípticos			*									
Diseño de folletos informativos e invitaciones				*								
Realizar cotizaciones de impresión de trípticos, banner, entre otros					*							
Elaborar plataforma digital de evaluación						*						
Enviar invitación virtual al personal							*					
Desarrollar capacitación a todo el personal del hospital								*				
Entrega de manual de ejercicios									*			
Compartir plataforma digital de evaluación con el personal										*		
Supervisión del cumplimiento de la actividad trato al usuario											*	
Monitoreo del cumplimiento de las estrategias y entrega de evidencia al director de la institución												*

### **Efectividad del Proyecto**

El presente proyecto podrá tener un impacto social y profesional trascendental, ya que ayudará a mejorar el cuidado humanizado dentro del Hospital General del Norte. Además, contribuirá en gestionar de mejor manera la calidad de atención y el bienestar de los pacientes dentro de la institución médica. De esta forma, los pacientes y sus familiares tendrán grandes beneficios dado que recibirán una atención justa, empática y afectiva que les proporcionará un bienestar físico y

emocional. De igual manera, este plan de mejora busca tener buenas opiniones de los pacientes sobre el hospital, con miras a una recomendación futura.

Por otro lado, se espera una mayor motivación y satisfacción del personal, esta propuesta se espera sea una base de referencia para otras instituciones sanitarias que deseen mejorar el cuidado humanizado en su atención de salud. Este modelo tiene un impacto profesional en el personal de salud, dado que puede agregar a su quehacer diario un mayor aprendizaje acerca de este tipo de cuidados. De igual forma, otorgará a los profesionales mayores capacidades, destrezas y habilidades para saber manejar situaciones interpersonales al momento de brindar atención a los usuarios. Por consiguiente, estos tendrán mayor experticia para proporcionar cuidados holísticos e individualizados que ofrezcan al usuario un bienestar total en su proceso de salud-enfermedad.

## Conclusiones

Las fuentes teóricas evidenciaron que, el cuidado humanizado debe relacionarse con el profesional y el paciente, junto a lo que percibe, el tiempo y requerimientos de estos, adicional cada uno debe disponer de sentido propio de acuerdo con la función que desempeñe; por lo general, dicha variable debe ir acorde a factores sociodemográficos focalizados en datos específicos de la población general como el sexo, la edad, etnia, la condición de la comunidad sea en el sector rural o urbana, y el sentido de dependencia con la finalidad de profundizar la información y brindar mejores atenciones en torno al marco de la calidad, calidez, comunicación y compromiso.

En este apartado, los resultados de investigaciones referenciales acerca de las variables objeto de estudio reflejaron que, gran parte de los participantes consideró como excelente el cuidado humanizado del personal de enfermería; no obstante, en los factores sociodemográficos, se identificó correlación entre edad con proactividad y deber enfermero, el sexo se correlacionó con empatía, apoyo físico y hacer enfermero. Otro estudio evidenció que, la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería fue medianamente favorable, donde la dimensión con mayor porcentaje negativo fue la característica de la enfermera, mientras que, la más acertada fue priorizar al ser cuidado.

El marco metodológico estuvo centrado en identificar los factores sociodemográficos y la influencia en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados, donde la mayoría pertenece al género femenino con un nivel etario de 40 a 49 años, casado y perteneciente al área urbana. Cabe destacar que, se identificó un nivel medio del cuidado humanizado, donde las dimensiones que

presentaron un promedio mayor fueron la promoción del aprendizaje y enseñanza transpersonal, la instauración de la esperanza y fe en conjunto con la creación de un entorno de conexión mental y apoyo. Por otro lado, se determinó que factores como la edad y sexo influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado. Ante tales aseveraciones, es indispensable que se empleen futuras estrategias que mejoren algunos de los indicadores en torno a los criterios de los pacientes.

Por otro lado, conforme los resultados de cada dimensión, se identificó lo siguiente; en la dimensión formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, se observó que los pacientes reciben un trato amable por parte de la enfermera y perciben que la actitud del profesional genera un efecto positivo en la persona. Sin embargo, regularmente sienten que en el cuidado entregan algo de sí mismas o un criterio propio que las diferencias de las demás profesionales.

En la dimensión instalación de fe y esperanza se identificó que las enfermeras consideran las preferencias espirituales y religiosas de los pacientes en la entrega de atención, además, de transmitir esperanza en los cuidados que brindan.

En la dimensión cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, se observó que la enfermera se conmueve por la salud de los pacientes, reconociendo cómo estos se sienten, además, de establecer una comunicación verdadera. No obstante, se identificaron deficiencias en cuanto a la tenencia de una relación cercana entre enfermera-paciente y el no saber cómo se siente el profesional.

En la dimensión desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza, se identificó que regularmente el paciente puede expresar sus sentimientos a la enfermera, percibir una confianza mutua y reconocer como el profesional se pone en el lugar de la persona cuando este expone lo que siente.

En la dimensión promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, se observó que, pese a que la enfermera permite que el paciente exprese sus sentimientos, no se le otorga el tiempo suficiente para esta actividad, además, de que no son escuchados más allá de lo que representa su enfermedad.

En la dimensión uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, se reconoció que los cuidados de enfermería son otorgados de forma organizada y adecuados a la forma de ser de la persona.

En la dimensión promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, se observó que los pacientes han sido informados sobre los cuidados que reciben, conocen la razón por las cuales se otorgan y reconocen la importancia que tienen durante el desarrollo de los cuidados.

En la dimensión crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, se evidenció que en los cuidados otorgados se incluye tanto al paciente como a la familia, han percibido un trato digno, se ha resguardado la integridad de las personas y existe un apoyo referente al cuerpo y la personalidad de las personas.

En la dimensión ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas, se observó que las enfermeras trabajan para satisfacer las necesidades físicas de los pacientes y existe una preocupación de las necesidades sociales de las personas, aunque, se identificó que regularmente la enfermera integra las necesidades espirituales en los cuidados.

Finalmente, en la dimensión aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas, se reconoció que las enfermeras ayudan a los pacientes a comprender su enfermedad y estado; sin embargo, con regularidad, la enfermera a

través de la comunicación logra que la persona entienda el significado de su vida o se comprenda a los demás como a sí mismo.

De acuerdo con, el plan de mejoras para el cuidado humanizado, este estuvo centrado en brindar distintas alternativas que promuevan la buena atención, sin distinción de género, edad, economía y demás factores, involucrando tanto a profesionales como pacientes en torno a la capacitación, manuales, evaluaciones y demás características, también se describe los materiales de apoyo donde gran parte será por autogestión de la institución junto a los respectivos responsables, finalizando con un calendario de actividades.

## **Recomendaciones**

Efectuar futuros estudios de manera periódica que profundicen las variables de la temática con la finalidad que brinde soporte al estudio y pueda ser de referencia para próximas investigaciones. Además, al ampliar el marco temporal se puede llegar a analizar posibles variaciones suscitadas a través del tiempo y tomar decisiones en la brevedad posible.

Investigar mediante proyectos referenciales relaciones del cuidado humanizado con otras variables, para poner en marcha propuestas específicas que permitan mejorar la percepción del cuidado de una manera integral.

Tomar como punto de origen para futuras investigaciones la metodología investigativa del presente estudio, ya que agrupa diversos indicadores, generando datos concisos en los resultados recopilados. Además, puede servir de réplica para otras instituciones que manifiesten la misma problemática que se plantea en el proyecto.

Ejecutar futuros planes de acción actualizados en el campo de salud, con el objetivo de brindar mejores alternativas de solución a la gestión sanitaria en beneficio de los pacientes y del personal de salud, lo cual implicará aumento del reconocimiento de la institución.

Monitorear la propuesta planteada a través de indicadores controlados por medio de recursos tecnológicos.

## Referencias

- Adam, M., & Donelson, A. (2022). Trust is the engine of change: A conceptual model for trust building in health systems. *Systems Research and Behavioral Science*, 39(1), 116-127. <https://doi.org/10.1002/sres.2766>
- Akbari, A., & Nasiri, A. (2022). A concept analysis of Watson's nursing Caritas process. *Nursing Forum*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/nuf.12771>
- Allande, R., Navarro, C., & Porcel, A. M. (2021). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: A propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, 31(1), S62-S67. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
- Álvarez, L. L. (2023). Una mirada al cuidado holístico de enfermería. *AlfaPublicaciones*, 5(3.1), 60-75. <https://doi.org/10.33262/ap.v5i3.1.386>
- Andrade, L. M., Bustamante, J. S., Viris, S. M., & Noboa, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14), 41-53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2018). *Ley 57. Ley de ejercicio profesional de enfermeras*. vLex. <https://vlex.ec/vid/ley-57-ley-ejercicio-643461489>
- Bangcola, A. (2021). The development of Spiritual Nursing Care Theory using deductive axiomatic approach. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 1-8. <https://doi.org/10.33546/bnj.1456>
- Barroga, E., Matanguihan, G. J., Furuta, A., Arima, M., Tsuchiya, S., Kawahara, C., Takamiya, Y., & Izumi, M. (2023). Conducting and Writing Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Korean Medical Science*, 38(37). <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e291>

- Becerra, M. G., Baltazar, R. M., & Arias, J. (2023). El rol de la enfermería en la atención amigable durante el trabajo de parto en América Latina: La teoría del cuidado humanizado de Jean Watson como base teórica. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 12(23), 111-116.  
<https://doi.org/10.29057/icsa.v12i23.10869>
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S., & Kleppe, L. (2021). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 1-32. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Black, B., & Kern, M. (2020). A qualitative exploration of individual differences in wellbeing for highly sensitive individuals. *Palgrave Communications*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-0482-8>
- Blanco, M. M., Tortajada, M., Rodriguez, Z., Puente, M. T., Méndez, C., & Fernández, J. A. (2021). Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enfermería Global*, 20(64), 26-60. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479441>
- Bożek, A., Nowak, P., & Blukacz, M. (2020). The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01997>
- Castillo, L. M., Delgado, G. S., Briones, B. M., & Santana, M. E. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(13), 40-49. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>
- Castro, L. E. (2020). *Probabilidad y estadística I*. Klik.

- Cevallos, C. (2020). *Percepción del cuidado humanizado y satisfacción de las pacientes puérperas atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil “Alfonso Oramas González” Duran—Ecuador, 2019* [Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/46832>
- Chamba, B. (2020). ▷ *Cuidado humanizado de Enfermería en pacientes ingresados en el área de Cirugía del Hospital Militar 7BI de la ciudad de Loja desde Diciembre 2019- Febrero 2020—Ocronos—Editorial Científico-Técnica. 3(2)*. <https://revistamedica.com/cuidado-humanizado-enfermeria-cirugia/>
- Conte, B., Hahnel, U., & Brosch, T. (2021). The dynamics of humanistic and biospheric altruism in conflicting choice environments. *Personality and Individual Differences, 173*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110599>
- Correa, K., Osorio, X., Bustos, L., Toffoletto, M. C., & Barrios, S. (2025). Perception of patients in relation to the humanized care provided by nursing. *Revista Cuidarte, 16(2)*, e4477. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4477>
- Cortez, C. J. (2022). Percepción del Cuidado de Enfermería Humanizado en Pacientes del Área de Emergencias del Hospital Juan Carlos Guasti del Cantón Atacames. *Revista Científica Hallazgos21, 7(2)*, 176-188. <https://doi.org/10.69890/hallazgos21.v7i2.575>
- Cruz, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 9(1)*, 21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- Cruz, K., Ramón, J., & Saraguro, S. (2024). Percepción del cuidado humanizado en pacientes en el Hospital General—Machala. *Polo del Conocimiento, 9(5)*. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i5.7220>

- Curcio, F., Lommi, M., Zambrano Bermeo, R. N., Esteban-Burgos, A. A., Pucciarelli, G., & Avilés González, C. I. (2024). Identifying and Exploring Jean Watson's Theory of Human Caring in Nursing Approaches for Patients with Psychoactive Substance Dependence in Medical and Surgical Acute Wards. *Nursing Reports*, *14*(3), 2179-2191. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030162>
- Da Cruz, J., & Ferreira, S. (2020). The application of transpersonal and spiritual care for older adults receiving palliative care. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *22*(5). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190186>
- D'Agostino, M., Marti, M. C., Jaime, F., & Garcia Saiso, S. (2022). Sistemas de información para la salud: Un análisis del diseño desde la perspectiva de las políticas públicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *46*, e35. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.35>
- Delgado, C. E. (2024). La enfermería basada en evidencia: Aplicación práctica en la toma de decisiones clínicas. *Revista Pulso Científico*, *2*(2), 29-42. <https://doi.org/10.70577/rps.v2i2.22>
- Delgado, M., Ibáñez, L. E., Villamizar, B., & Durán de Villalobos, M. M. (2023). Transpersonal Caritas Relationship: A new concept from the unitary caring science framework of Jean Watson. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, *41*(3), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e02>
- Doe, M. (2020). Conceptual Foreknowings: An Integrative Review of Hope. *Nursing Science Quarterly*, *33*(1), 55-64. <https://doi.org/10.1177/0894318419881805>
- Enebeli, M. O., Saint, V., & Hämel, K. (2024). Nurses' health promotion practices in rural primary health care in Nigeria. A qualitative study. *Health Promotion International*, *39*(5), daae120. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae120>

- Espinosa, A., Oria, M., Ruíz, G. C., Oscar, C., Simeoni, I. A., Caballero, R., Duré, Z. E., & Fleitas, L. D. (2023). Nursing care and its humanization from the ethical and an esthetic. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*, 2, 466-466. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023466>
- Espinoza, D. J., Guerra, V. T., & Poblete, M. (2024). Proyecciones del cuidado disciplinar de enfermería desde la filosofía de Jean Watson: Una revisión sistemática. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(2). <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.4058>
- Flores, A. G., Zorrilla, L. B., Araujo, R., Reveles, E., Trejo, P. M., & Calderon, A. (2023). Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado de Enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 8859-8869. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i6.9836](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9836)
- Flores, T., Barrios, E. E., Morán, J., & Guerrero, J. A. (2023). Actitud hacia la investigación de estudiantes de enfermería en un contexto de educación a distancia. *Sanus*, 8. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.320>
- Fox, M. P., Murray, E. J., Lesko, C. R., & Sealy-Jefferson, S. (2022). On the Need to Revitalize Descriptive Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 191(7), 1174-1179. <https://doi.org/10.1093/aje/kwac056>
- Ganán, K., & Chasillacta, F. (2023). Communication in the humanized care provided by the nursing professional. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 505-505. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023505>
- Ghanbari, L., Adib, M., & Dianati, M. (2022). Human Caring: A Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences*, 11(4), 246-254. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.21>

- Ghorbanian, M., Huvila, I., & Nikou, S. (2022). Health literacy, health literacy interventions and decision-making: A systematic literature review. *Journal of Documentation*, 78(7), 405-428. <https://doi.org/10.1108/JD-01-2022-0004>
- Gómez, M. del C. (2023). Cuidado humanizado del profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico hospitalizado. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(1), 31-46. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i1.421>
- Guamuse, M. C., & Cambizaca, G. del P. (2025). Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 10785-10811. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1.16670](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670)
- 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>
- Haufe, M., Leget, C., Potma, M., & Teunissen, S. (2020). How can existential or spiritual strengths be fostered in palliative care? An interpretative synthesis of recent literature. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002379>
- Herrera, V., Tandazo, B., & Idrovo, M. (2020a). Percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Científica «“Conecta Libertad”»*, 4(1), Article 1.
- Herrera, V., Tandazo, B., & Idrovo, M. (2020b). Vista de Percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica | *Revista Científica «“Conecta Libertad”»* ISSN 2661-6904. *Revista Cuatrimestral «Conecta Libertad»*, 4(1), 1-10.

- Hill, A. (2025). Are pie charts evil? An assessment of the value of pie and donut charts compared to bar charts. *Information Visualization*, 24(1), 3-23.  
<https://doi.org/10.1177/14738716241259432>
- Holguín, M. Á., Encalada, P. F., & Bermeo, F. C. (2023). Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios. Hospital General de Macas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 1552-1570. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i6.8792](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8792)
- Hossan, D., Mansor, Z. D., & Jaharuddin, N. S. (2023). Research Population and Sampling in Quantitative Study. *International Journal of Business and Technopreneurship (IJBT)*, 13(3), 209-222.  
<https://doi.org/10.58915/ijbt.v13i3.263>
- IESS. (2020). *Hospital IESS norte beneficiará a más de 800 mil asegurados—Sala de prensa—IESS*. [https://www.iess.gob.ec/es/sala-de-prensa/-/asset\\_publisher/4DHq/content/hospital-iess-norte-beneficiara-a-mas-de-800-mil-asegurados/10174?\\_101\\_INSTANCE\\_4DHq\\_redirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fsala-de-prensa%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_4DHq%26p\\_p\\_li](https://www.iess.gob.ec/es/sala-de-prensa/-/asset_publisher/4DHq/content/hospital-iess-norte-beneficiara-a-mas-de-800-mil-asegurados/10174?_101_INSTANCE_4DHq_redirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fsala-de-prensa%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_4DHq%26p_p_li)
- Liu, L., Xiao, Y.-H., & Zhou, X.-H. (2023). Effects of humanized nursing care on negative emotions and complications in patients undergoing hysteromyoma surgery. *World Journal of Clinical Cases*, 11(28), 6763-6773.  
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i28.6763>
- Lundberg, K., Jong, M., Jong, M. C., & Porskrog, L. (2020). Patients' experiences of the caring encounter in health promotion practice: A qualitative study in

Swedish primary health care. *BMC Family Practice*, 21(1), 232.

<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01296-6>

Martínez, L., & Herrera, E. (2023). Cuidado Humanizado: Propuestas Para La Formación Profesional De Enfermería. *Benessere. Revista de Enfermería*, 8(1). <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3819>

Medina, G. R., Miniguano, D. X., & Gómez, N. (2024). Cuidado humanizado de enfermería para pacientes en estado de agonía. *Revista Información Científica*, 103, e4845. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13899597>

Melita, A., Jara, P., & Moreno, M. G. (2021). Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 89-105.

<https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2481>

Méndez, J. R. (2025). Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: Revisión narrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 14(1).

<https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4309>

Meneses, M. E., Fernández, V. H., Suyó, J. A., Ocupa, H. G., & Paredes, S. E. (2025). Humanized Care in Nursing Practice: A Phenomenological Study of Professional Experiences in a Public Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8), 1223.

<https://doi.org/10.3390/ijerph22081223>

Momeni, G., Hashemi, M. S., & Hemati, Z. (2022). Barriers to Providing Spiritual Care from a Nurses' Perspective: A Content Analysis Study. *Iranian Journal*

*of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 575-580.

[https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_422\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_422_21)

Morales, B. N., & Palencia, J. J. (2021). Dimensión Espiritual En El Cuidado

Enfermero. *Enfermería Investiga*, 6(2), 51-59.

<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i2.1073.2021>

Moreno, A. (2023). *Descriptive statistics: Organizing, summarizing, describing, and*

*presenting data*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31782.91203>

Moreno, Ó. (2020). *La investigación científica en el aula: De la transmisión a la*

*creación del conocimiento*. Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of

Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26.

<https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>

Murali, K. (2020). Toma de decisiones al final de la vida: Teoría del cuidado humano

de Watson. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 73-78.

<https://doi.org/10.1177/0894318419881807>

Muslu, L., Kolutek, R., & Fidan, G. (2022). Experiences of COVID-19 survivors: A

qualitative study based on Watson's Theory of Human Caring. *Nursing &*

*Health Sciences*, 24(3), 774-784. <https://doi.org/10.1111/nhs.12979>

Najeh, K., & Ghazi, O. (2020). Jean Watson's Middle Range Theory of Human

Caring: A Critique. *International Journal of Advanced Multidisciplinary*

*Scientific Research*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.31426/ijamsr.2020.3.1.3011>

Navarrete, T., Fonseca, F., & Barría, R. M. (2021). Humanized Care from the

Perception of Oncology Patients from Southern Chile. *Investigación y*

*Educación En Enfermería*, 39(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04>

- Núñez, S., Ramírez, P., Gil, M., Abarca, M. L., & Solís, J. F. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*.  
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3555>
- O'Connor, S. (2022). Designing and Using Surveys in Nursing Research: A Contemporary Discussion. *Clinical Nursing Research*, 31(4), 567-570.  
<https://doi.org/10.1177/10547738211064739>
- Olazabal, D. J., Constanten, S. B., & Tabares, Z. E. M. (2022). Sistemas de Información en Salud para la toma oportuna de decisiones: Ejemplo de Cuba. *Serie Científica de la Universidad de las Ciencias Informáticas*, 15(11), 12-23. <https://publicaciones.uci.cu/index.php/serie/article/view/1167>
- Olowe, K. J., Edoh, N. L., Zouo, S. J. C., & Olamijuwon, J. (2024). Conceptual Review on the Importance of Data Visualization Tools for Effective Research Communication. *International Journal Of Engineering Research And Development*, 20(11), 1259-1268.  
[https://www.researchgate.net/publication/387033162\\_Conceptual\\_Review\\_on\\_the\\_Importance\\_of\\_Data\\_Visualization\\_Tools\\_for\\_Effective\\_Research\\_Communication](https://www.researchgate.net/publication/387033162_Conceptual_Review_on_the_Importance_of_Data_Visualization_Tools_for_Effective_Research_Communication)
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Hospitales Seguros—OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud*.  
<https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>
- Østensen, E., Hardiker, N. R., & Hellesø, R. (2021). Facilitating the Implementation of Standardized Care Plans in Municipal Healthcare. *Computers, Informatics, Nursing*, 40(2), 104-112. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000798>

- Peitz, J., Zhong, M., Adebamowo, C., & Adebamowo, S. N. (2024). Impact of Social Determinants of Health on Health-Related Quality of Life Among Cancer Survivors in the United States. *Research Square*, rs.3.rs-4797703.  
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4797703/v1>
- Pérez, E. E., Guillén, M. R., Márquez, F., Vera, J. M., Gallegos, M. P., Rico, M. A., Aguilar, J. A., & Gutiérrez, I. A. (2024). Methodological and Statistical Considerations for Cross-Sectional, Case–Control, and Cohort Studies. *Journal of Clinical Medicine*, 13(14), 4005.  
<https://doi.org/10.3390/jcm13144005>
- Perkins, J. (2021). Watson’s Ten Caritas Processes with the Lens of Unitary Human Caring Science. *Nursing Science Quarterly*, 34(2), 157-167.  
<https://doi.org/10.1177/0894318420987176>
- Ponce, Y. M., & Contreras, J. I. (2024). El Cuidado Humanizado De Enfermería En Un Hospital Del Sur Ecuatoriano. *Arandu UTIC*, 11(2), 1718-1738.  
<https://doi.org/10.69639/arandu.v11i2.367>
- Porras, M. S., & Herrera, P. J. (2022). Desafíos en la Formación y Capacitación de Enfermeras en el Sistema de Salud Ecuatoriano. *Revista Científica Zambos*, 1(3), 60-75. <https://doi.org/10.69484/rcz/v1/n3/33>
- Quispe, C. (2020). *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2020* [Universidad Peruana Unión].  
[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3095/Carlos\\_Trabajo\\_Especialidad\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3095/Carlos_Trabajo_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Reyes, Á., González, A., Martín, A., Gázquez, M., Martínez, E., & García, I. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, *11*, 1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Riveros, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *9*(1), 21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- Rojas, O., Godínez, M., & Regalado, L. (2020). Cuidado humanizado de enfermería: ¿utopía o realidad? *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*, *15*(11), 473.
- Romero, D. M., & Díaz, R. A. (2021). Humanizando el cuidado. Reflexión ética y docente. *SALUD, ARTE Y CUIDADOS. Revista Venezolana de Enfermería & Ciencias de la Salud*, *14*(2), 81-88. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7019279>
- Rovetta, A., Mansournia, M. A., & Vitale, A. (2024). For a proper use of frequentist inferential statistics in public health. *Global Epidemiology*, *8*, 100151. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2024.100151>
- Saavedra, J. (2020). Factores sociodemográficos y eventos de vida tempranos asociados con la felicidad en adultos de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *37*(1), 42-50. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4580>
- Sánchez, G. K., Huertas, F. M. D. R., & Andrade, R. M. (2024). Cuidado Espiritual Desde Caritas Veritas De Watson En Enfermeras De Un Hospital Distrital En Perú. *Ciencia y enfermería*, *30*. <https://doi.org/10.29393/ce30-19cegr30019>
- Sanmartín, T., Ordoñez, H., & Villafuerte, K. (2020, abril 1). ▷ *Rol del interno rotativo de Enfermería en los procesos de atención hospitalaria y comunitaria. Una perspectiva real*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica.

<https://revistamedica.com/interno-rotativo-enfermeria-procesos-atencion-hospitalaria-comunitari/>

Shafaghat, T., Bastani, P., Nasab, M. H. I., Bahrami, M. A., Montazer, M. R. A., Zarchi, M. K. R., & Edirippulige, S. (2022). A framework of evidence-based decision-making in health system management: A best-fit framework synthesis. *Archives of Public Health*, 80, 96. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00843-0>

Sial, M., & Abid, A. (2023). Measurement of Central Tendencies. *Journal for Research in Applied Sciences and Biotechnology*, 2(3), 212-214. <https://doi.org/10.55544/jrasb.2.3.29>

Sorrentino, S., & Remmert, L. (2020). *Manual Mosby de Cuidados Básicos de Enfermería*. Elsevier Health Sciences.

Souza, A., Almeida, M., & Martins, S. (2020). PARADIGMA DO CUIDADO COMPLEXO EM SAUDE: Produção de conhecimento no campo da enfermagem. *EDUCAÇÃO*, 8(3), Article 3. <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p27-40>

Starling, C. M., Smith, M., Kazi, S., Milicia, A., Grisham, R., Gruber, E., Blumenthal, J., & Arem, H. (2024). Understanding social needs screening and demographic data collection in primary care practices serving Maryland Medicare patients. *BMC Health Services Research*, 24, 448. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10948-7>

Stratton, S. J. (2023). Population Sampling: Probability and Non-Probability Techniques. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(2), 147-148. <https://doi.org/10.1017/S1049023X23000304>

- Suárez, J. C., Abeldaño, R. A., & Díaz, L. (2024). Strategic Alliances in Global Health: Innovative Perspectives in the Era of Sustainable Development. *Healthcare*, 12(12), 1198. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121198>
- Tarrida, Á., Romero, V., Martín, T., López-Tarrida, Á. C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: La atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94(13), 1-25.
- Tiberius, J. (2020). *El Método Científico Global*. Molwick.
- Turkson, R.-A. N., Nkimbeng, M., Erol, D., Hwang, D. A., Aryitey, A. A., & Hughes, V. (2022). Strategies for Providing Culturally Sensitive. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 39(1), 16-21. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000900>
- Valderrama, M. L., Leal, P. C., & Caicedo, L. D. (2023). Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(2), 76-86. <https://doi.org/10.22463/17949831.3793>
- Valle, M., & Lohne, V. (2021). The significance of hope as experienced by the next of kin to critically ill patients in the intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 521-529. <https://doi.org/10.1111/scs.12864>
- Vargas, C. E., Morán, R. P., López, M. I., & Sánchez, K. A. (2024). Impacto de humanización en la satisfacción del paciente y su familia. *Revista Social Fronteriza*, 4(5), e454990-e454990. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(5\)490](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(5)490)
- Velasco, A. (2020). *Matemáticas 2º ESO (2020)—Trimestral*. Editex.

- Verdezoto, C. L., Betancourt, S. V., Macías, K. G., & Coello, M. F. (2025).  
Competencias Esenciales en la Práctica de Enfermería. *Dominio de las Ciencias*, 11(1), 21-40. <https://doi.org/10.23857/dc.v11i1.4194>
- Villa, L. F., Chuquimarca, M. J., Egas, F. P., Yazuma, J. E., Carrera, L. de los Á., & Quispe, M. A. (2023). Cuidado humanizado aplicado en enfermería: Una revisión sistemática. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 5711-5725. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1012>
- Vujaníc, J., Mikšić, Š., Barác, I., Vcev, A., & Lovrić, R. (2022). Patients' and Nurses' Perceptions of Importance of Caring Nurse–Patient Interactions: Do They Differ? *Healthcare*, 10(554), 1-16.  
<https://doi.org/10.3390/healthcare10030554>
- Wang, W., Liu, X., Shen, X., Zhang, J., Zhang, F., Liao, L., He, X., & Liu, Y. (2024). Emergency patients' satisfaction with humanistic caring and its associated factors in Chinese hospitals: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1414032>

## Apéndices

### Apéndice A. Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en Pacientes

#### Hospitalizados



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**Tema:** Factores sociodemográficos y su relación con la percepción del cuidado humanizado en pacientes de un hospital público de la ciudad de Guayaquil.

#### Factores sociodemográficos:

##### Género:

- Masculino  
 Femenino  
 Otro

##### Edad:

- 18 – 29 años  
 30 – 39 años  
 40 – 49 años  
 50 – 59 años  
 60 años o más

##### Estado civil:

- Soltero  
 Casado/unido  
 Divorciado  
 Viudo

##### Lugar de procedencia:

- Área Rural  
 Área Urbana

##### ¿Cómo se auto identifica?

- Negro/mulato  
 Mestizo  
 Blanco  
 Indígena  
 Montubio  
 Otro

##### Nivel de Instrucción:

- Primaria  
 Secundaria  
 Tercer Nivel  
 Cuarto Nivel

##### Ingreso familiar:

- \$400 a \$999  
 \$1,000 a \$1999  
 \$2,000 a \$2,999  
 \$3,000 o más

N°	Preguntas	1	2	3	4	5
	<b>Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas</b>					
1	Recibe un trato amable de parte de la enfermera.					
2	Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted.					
3	Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo de sí mismo.					
4	Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo propio que las distingue de otras.					
	<b>Instalación de fe y esperanza</b>					
5	La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.					
6	Siente que las acciones de enfermera ayudan a fortalecer su fe.					
7	Siente que la enfermera al cuidado le transmite esperanza (formas de sentirse mejor).					
	<b>Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás</b>					
8	Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.					
9	Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud.					
10	La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.					
11	Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.					
12	Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.					
13	La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.					
	<b>Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza</b>					
14	Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos.					
15	Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted.					
16	La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.					
	<b>Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos</b>					
17	La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.					
18	La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones.					
19	Siente que la enfermera lo escucha más allá de los que le pasa con su enfermedad.					
	<b>Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones</b>					
20	Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos.					

21	Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.					
22	Siente que los cuidados que se le proporciona son diferentes a lo entregado a las demás personas.					
	<b>Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal</b>					
23	Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.					
24	Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.					
25	Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.					
26	Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.					
	<b>Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual</b>					
27	Siente que se ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.					
28	Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.					
29	Siente que se apoya con respecto a su personalidad y cuerpo.					
	<b>Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas</b>					
30	Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.					
31	Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.					
32	Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.					
	<b>Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas</b>					
33	La enfermera le ayuda a entender por qué está en esa condición, lugar o estado.					
34	Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.					
35	La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás.					

Tomado de Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes Hospitalizados. Opciones de respuesta: nunca = 1, a veces = 2, regularmente = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5. Tomado de *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2020*; por Quispe (2020). Repositorio de la Universidad Peruana Unión.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Guerrero Arellano Henry Fernando, con C.C: # 0201998630 autor del trabajo de titulación: *Factores sociodemográficos y su relación con la percepción del cuidado humanizado en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil* previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de febrero de 2026

f.

---

Nombre: Henry Fernando Guerrero Arellano

C.C: 0201998630



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Factores sociodemográficos y su relación con la percepción del cuidado humanizado en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Guerrero Arellano Henry Fernando		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Navarro Orellana Andrés		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	27 de febrero de 2026	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	120
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Gerencia en Salud, Cuidados de enfermería, Humanización de cuidados, Salud Pública		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Cuidado humanizado, Personal de enfermería, Factores sociodemográficos, Percepción y Pacientes.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>	<p>El cuidado humanizado debe relacionarse con el profesional y el paciente, junto a lo que percibe, el tiempo y requerimientos de estos. El objetivo general fue analizar la incidencia de los factores sociodemográficos en la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados del Hospital General del Norte de la ciudad de Guayaquil, para el desarrollo de un plan de acción. La metodología de investigación implicó un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, diseño no experimental, método deductivo, cuya muestra estuvo compuesta por 374 pacientes a través de la técnica encuesta y su instrumento de recolección cuestionario agrupando 35 preguntas divididas en diez dimensiones. Los resultados reflejaron que, gran parte eran del género femenino con un nivel etario de 40 a 49 años, casado y perteneciente al área urbana. En cuanto a los criterios, el 44.1% casi siempre recibe un trato amable de parte de la enfermera y el 30.2% manifestó que casi siempre siente que el cuidador trabaja para satisfacer sus necesidades físicas; por otro lado, se identificó un nivel medio de cuidado humanizado (3.46). La propuesta estuvo estructurada en un plan de acción para la mejora del cuidado humanizado incluyendo la capacitación, manuales, evaluaciones y demás características junto a un calendario de actividades programado. Se concluye que, factores como la edad y el género influyen significativamente en la percepción del cuidado humanizado (P=0.000).</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 99 916 6336	E-mail: <a href="mailto:henry.guerrero@cu.ucsg.edu.ec">henry.guerrero@cu.ucsg.edu.ec</a> <a href="mailto:fernan231988@gmail.com">fernan231988@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> María de los Ángeles Núñez Lapo		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec">maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			