



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA:

**Conocimientos de los internos de enfermería sobre el
cuidado humanizado en pacientes pediátricos.**

AUTORES:

**Cañar Santana, Hellen Aurora
Iñiguez Parrales, María Fernanda**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lic. Rivera Salazar, Geny Margoth, PhD.

**Guayaquil, Ecuador
01 septiembre del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cañar Santana, Hellen Aurora** y **Iñiguez Parrales, María Fernanda** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTORA



f. _____

Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, PhD

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Cañar Santana, Hellen Aurora

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**. Previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA

f. Hellen Cañar S.
Cañar Santana, Hellen Aurora



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Iñiguez Parrales, María Fernanda

DECLARO QUE:

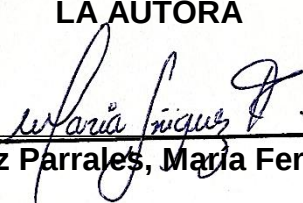
El Trabajo de Titulación, **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**. Previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA

f.


Iñiguez Parrales, María Fernanda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cañar Santana, Hellen Aurora**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA:

f. Hellen Cañar S.
Cañar Santana, Hellen Aurora



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

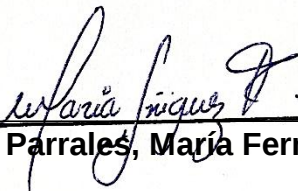
AUTORIZACIÓN

Yo, Iñiguez Parrales, María Fernanda

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA:

f. 
Iñiguez Parrales, María Fernanda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

CAÑAR E IÑIGUEZ TESIS

ID : db29b3f5ba7b5dfb7eaa698316147d10b1693531



2%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : CAÑAR E IÑIGUEZ TESIS.txt
Tamaño del archivo original : 530,6 kB
Número de palabras : 16.975

Depositante : Geny Margoth Rivera Salazar
Fecha de depósito : 17 de agosto de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 17 de agosto de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 2%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 8%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos 12%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas 0%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.



AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios por brindarme salud, sabiduría y fortaleza para culminar esta importante meta.

Expreso mi profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por los conocimientos impartidos durante mi formación profesional y al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo por permitirnos desarrollar nuestro internado, brindándonos experiencias que fortalecieron nuestro aprendizaje y empatía.

A nuestra tutora, Licenciada Geny Rivera, gracias por su dedicación, paciencia y guía durante el desarrollo de este proyecto.

Finalmente, agradezco a mi compañera de tesis, María Fernanda Iñiguez Parrales, por su esfuerzo, compromiso y por compartir conmigo cada desafío hasta alcanzar esta meta.

Cañar Santana, Hellen Aurora

AGRADECIMIENTO

Al culminar esta importante etapa de mi vida, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, por guiar mi camino y permitirme alcanzar esta meta. A mi familia, especialmente a mi hermana, por su amor, apoyo y por ser un pilar fundamental durante este camino.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la Carrera de Enfermería, y a su directora Mgs. Angela Mendoza Vines por abrirme las puertas del conocimiento y brindarme una formación académica y humana. Por permitirme crecer como profesional comprometida con el cuidado de la vida y el bienestar de las personas.

A mi tutora de tesis, Mgs. Geny Rivera Salazar por su guía, paciencia, y valiosos conocimientos. Su orientación y confianza hicieron posible la culminación de este trabajo. A mi tutora de internado, Mgs. Ylenia Viscarra Beltrán por compartir su experiencia, pero sobre todo por enseñarme con su ejemplo que la enfermería no solo se ejerce con conocimiento, sino también con empatía y humanidad.

A mi jefa laboral Mgs. Giomara Panchano, por su invaluable apoyo, comprensión y disposición durante este proceso académico, contribuyendo significativamente al cumplimiento de esta meta.

A mi compañera de tesis por acompañarme en este proceso, por compartir conocimientos, esfuerzos y aprendizajes.

A todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este proceso, cada muestra de apoyo fue importante y valiosa.

Iñiguez Parrales, María Fernanda

DEDICATORIA

Dedico este logro profesional que marca la culminación de una nueva etapa y mucha experiencia a DIOS por concederme la fuerza, la sabiduría para culminar un logro más de mi vida y no decaer en el momento de cansancio físico y emocional y por guiarme siempre en todo momento.

A mi madre por ser el pilar fundamental de mi vida y el amor incondicional que guió en cada paso que di por su motivación para perseguir mis metas por su sacrificio inalcanzable este logro académico es el fruto de su entrega y el reflejo del ejemplo de muchas luchas que me ha heredado.

A mi abuela quien me cuida desde el cielo que sé que está orgullosa de mi porque tu recuerdo vive en cada paso que doy y sé que hoy celebras este logro conmigo siempre me cuidas donde quieras que yo esté.

A mi abuelo quien asumió el rol de padre y me crió con el amor y la dedicación como si fuera su hija a él le debo mis valores por su presencia y su amor incondicional y la fortaleza para enfrentar la vida por ser ese pilar fundamental.

A mi esposo por su comprensión absoluta paciencia incondicional y por compartir conmigo el peso del sacrificio por su entrega invaluable al asumir el cuidado de nuestro hijo durante mi extensa jornada laboral y por sostener mi mano en este camino y apoyarme a nunca rendirme.

A mi hijo mi mayor motivación inspiración y mi alegría diaria y la razón principal de superación constante este título profesional es el testimonio del esfuerzo con el que le deseo heredar un ejemplo de perseverancia este título es por ti para demostrarte que los sueños se cumplen y que con esfuerzo y fe es posible alcanzar cualquier meta.

Cañar Santana, Hellen Aurora

DEDICATORIA

A Dios, por ser el pilar de mi vida y sostener cada uno de mis pasos, porque fue la fortaleza que sostuvo mi fe y la esperanza que nunca permitió que renunciara a este sueño.

A mi hermana, Silvia Caiche, la persona que más ha creído en mí, gracias por abrirme la puerta a un mundo que me parecía inalcanzable, por tu amor y sacrificio este logro también es tuyo.

A mis hijos Sebastián y Lucas, quienes son el motor de mi vida y la inspiración que me impulsó a continuar siempre. Quiero dejarles el ejemplo de una madre que decidió no rendirse, convencida de que el esfuerzo y la constancia siempre encuentran su recompensa.

A mis padres Carlos y Fanny, este logro también les pertenece, porque estuvieron conmigo en cada paso que di, con su apoyo incondicional y el inmenso amor con el que siempre me sostuvieron. Mamá gracias por elevar cada una de tus oraciones por mí; este es el resultado de tu fe.

A mi compañero de vida, porque este sueño también forma parte de nuestra historia. Quien nunca limitó mis aspiraciones, sino que creyó en ellas y me impulsó a seguir adelante, gracias por sostenerme.

A mi familia, a mis amigos, y a todas aquellas personas que Dios puso en mi camino con un propósito, gracias, muchos no imaginan cuánto significó para mí cada gesto de apoyo, me dieron la energía que tanto necesitaba.

Y a mi que ahora estoy aquí porque me negué a rendirme, porque mi corazón se aferró a un sueño. Nunca permitan que las dificultades decidan hasta dónde pueden llegar. Porque los sueños no se cumplen para quienes nunca caen; se cumplen para quienes, aun con el alma cansada, eligen levantarse una y otra vez.

Iñiguez Parrales, María Fernanda



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR, PHD.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. SILVIA MARIA CEPEDA LOPEZ, MGS
OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VIII
AGRADECIMIENTO	IX
DEDICATORIA	X
DEDICATORIA	XI
ÍNDICE	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XVI
ÍNDICE DE FIGURAS	XVII
RESUMEN.....	XVIII
ABSTRACT	XIX
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1. Planteamiento del Problema	4
1.1. Preguntas de Investigación	5
1.2. Justificación.....	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General:	6
1.3.2. Objetivos Específicos:.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1. Antecedentes de la Investigación	8
2.2. Marco Conceptual	12

2.2.1. Cuidado humanizado	12
2.2.2. Conocimiento.....	25
2.2.3. Internos de enfermería.....	26
2.2.4. Pacientes pediátricos	26
2.3. MARCO LEGAL	27
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador	27
2.3.2. Código de la Niñez y Adolescencia	28
2.3.3. Ley Orgánica de Salud	29
2.3.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales	30
2.3.5. Norma técnica para la implementación del internado rotativo en establecimientos de salud.....	30
CAPITULO III.....	32
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. Tipo de Estudio	32
3.2. Diseño de la investigación.....	32
3.3. Población y muestra.....	32
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.5. Procedimientos para la recolección de información	32
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	33
3.7. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	34
3.8. Operacionalización de variables.....	34
CAPÍTULO IV	36

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
4.1. Caracterización del perfil sociodemográfico	36
4.2. Manifestaciones de cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento.....	37
4.3. Dimensiones afectiva, educativa y espiritual del cuidado humanizado	42
5. DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS	52
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de Variables	34
Tabla 2	Perfil sociodemográfico de los internos de enfermería.....	36
Tabla 3	Vivencia de la enfermedad y acompañamiento	37
Tabla 4	Atención y procedimientos personalizados	39
Tabla 5	Compromiso personal y confianza.....	40
Tabla 6	Diferenciación en la entrega del cuidado	41
Tabla 7	Proceso de enseñanza-aprendizaje.....	42
Tabla 8	Expresión de sentimientos en la interacción	43
Tabla 9	Consideración de la dimensión espiritual.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Distribución del perfil sociodemográfico	37
Figura 2	Vivencia de la enfermedad y acompañamiento	38
Figura 3	Atención y procedimientos personalizados	39
Figura 4	Compromiso personal y confianza	40
Figura 5	Diferenciación en la entrega del cuidado	41
Figura 6	Proceso de enseñanza-aprendizaje	42
Figura 7	Expresión de sentimientos en la interacción	43
Figura 8	Consideración de la dimensión espiritual	44

RESUMEN

Introducción: El conocimiento en prácticas humanizadas pediátricas integra aspectos como la presencia, trato individual, educación, apoyo emocional y respeto espiritual. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil. **Metodología:** Se efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal con 67 internos que otorgaron consentimiento. Se aplicó un cuestionario autoadministrado de 36 reactivos con cinco opciones de Likert; se calcularon frecuencias y porcentajes. **Resultados:** El 87% fueron mujeres y 52% tenía de 20 a 25 años. Respecto al conocimiento, en acompañamiento, atención personalizada y confianza, 86% de las respuestas reflejó aplicación habitual y 14% aplicación ocasional o ausente; las variaciones incluyeron presentación profesional, valoración del malestar e incorporación de preferencias. En cuanto al conocimiento en diferenciación, educación, expresión emocional y espiritualidad, 87% indicó aplicación habitual y 13% aplicación ocasional o ausente; la consideración espiritual reunió 22% de respuestas problemáticas. **Conclusión:** Los conocimientos de las prácticas de cuidado humanizado mostraron una orientación favorable, con menor constancia en la exploración y coordinación de necesidades espirituales.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Estudiantes de Enfermería, Humanización de la Atención, Pediatría, Práctica Profesional.

ABSTRACT

Introduction: Knowledge of humanized pediatric practices integrates aspects such as presence, individualized treatment, education, emotional support, and spiritual respect. **Objective:** To determine the level of knowledge of nursing interns regarding humanized care for pediatric patients in a hospital in Guayaquil. **Methodology:** A quantitative, descriptive, non-experimental, and cross-sectional study was conducted with 67 interns who provided informed consent. A self-administered questionnaire of 36 items with a five-point Likert scale was used; frequencies and percentages were calculated. **Results:** 87% were women, and 52% were between 20 and 25 years old. Regarding knowledge of accompaniment, personalized attention, and trust, 86% of responses reflected habitual application, and 14% occasional or absent application; variations included professional presentation, assessment of distress, and incorporation of preferences. Regarding knowledge of differentiation, education, emotional expression, and spirituality, 87% indicated habitual application, and 13% occasional or absent application. Spiritual considerations accounted for 22% of problematic responses. **Conclusion:** Knowledge of humanized care practices showed a favorable orientation, with less consistency in the exploration and coordination of spiritual needs.

Keywords: Humanization of Assistance, Nursing Care, Nursing Students, Pediatrics, Professional Practice.

INTRODUCCIÓN

La enfermería tiene como centro disciplinar el cuidado de la persona, con atención a sus necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Desde esta perspectiva, la teoría del cuidado humano de Jean Watson propone una relación transpersonal basada en presencia, sensibilidad, comunicación y ayuda, elementos que orientan la humanización del cuidado en los servicios pediátricos (1). En el análisis conceptual de Ghanbari-Afra et al. se describe el cuidado humano como una integración de ciencia, arte y humanidad, con una interacción interpersonal que protege la dignidad del paciente (2).

En la hospitalización pediátrica, la calidad del cuidado requiere adaptar la comunicación a la edad, preservar la seguridad emocional y reconocer la participación de la familia en la experiencia del niño. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las necesidades físicas, psicosociales, del desarrollo y de comunicación de la niñez difieren de las de las personas adultas; por ello recomienda servicios amigables para niños, adolescentes y familias (3). Sillero et al. identificaron que los niños hospitalizados valoran recibir información clara, tener contacto con su familia y ser tratados con respeto durante los procedimientos (4).

El cuidado centrado en la familia es una expresión operativa del cuidado humanizado en pediatría, debido a su relación con acompañamiento, educación, comunicación comprensible y participación del cuidador. Con este punto de vista, Hodgson et al. informaron que las intervenciones centradas en la familia mejoran el bienestar, el conocimiento y la participación parental en la hospitalización pediátrica (5). En tanto que Khan et al. registraron avances en participación familiar, comunicación estructurada y clima de seguridad tras aplicar una intervención de rondas centradas en familia en hospitales pediátricos (6).

Por ende, la formación clínica de los internos de enfermería exige integrar habilidades técnicas con trato digno, empatía, escucha, educación al

cuidador y consideración espiritual. Aun con esta premisa, Sutil-Rodríguez et al. reportaron niveles bajos a medios de humanización en estudiantes de enfermería con práctica clínica y una relación positiva entre empatía y humanización (7). Mientras que otros trabajos plantean que la educación humanística, la preparación para la práctica y la competencia espiritual forman parte de la formación que permite cuidar con respeto, claridad y sensibilidad (8,9,10).

El propósito de este trabajo fue determinar el nivel de conocimiento de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

A nivel mundial, la hospitalización de niñas, niños y adolescentes exige un cuidado seguro, oportuno y ajustado a la edad; de acuerdo con la OMS, los servicios de salud pediátricos deben responder a las necesidades físicas, psicosociales, del desarrollo y de comunicación de la niñez, con participación de la familia y personal competente (3). Esta orientación ubica el cuidado humanizado como un componente necesario en la atención de enfermería pediátrica, en especial durante procedimientos, administración de tratamientos y educación al cuidador.

En Europa, la humanización de la atención pediátrica se ha revisado con énfasis en la comunicación, acompañamiento familiar, ambiente seguro y respuesta emocional durante la hospitalización. En esa perspectiva, García-Fernández et al. describieron que las unidades de cuidados intensivos pediátricos requieren prácticas humanizadas que protejan la dignidad, reduzcan el sufrimiento y mejoren la calidad del contacto entre profesionales, niños y familias (11). Además, Sillero et al. mostraron que los niños hospitalizados necesitan información comprensible, presencia familiar, trato respetuoso y participación acorde con su edad (4).

Por otra parte, en América el cuidado centrado en la familia se ha usado como estrategia para mejorar la experiencia pediátrica hospitalaria, en el estudio de Hodgson et al. revisaron intervenciones centradas en la familia y reportaron beneficios en el conocimiento, participación y bienestar de padres de niños hospitalizados (5). Para Khan et al. quienes evaluaron una intervención en 21 hospitales pediátricos de Estados Unidos, con 4.557 observaciones de rondas, registraron mejoras en la participación familiar, participación de enfermería, lenguaje claro y clima de seguridad (6).

En Ecuador, la atención pediátrica se vincula con derechos de la niñez reconocidos en la Constitución de la República, entre ellos la salud,

dignidad, participación, convivencia familiar y protección preferente (12). El Código de la Niñez y Adolescencia establece la protección de niñas, niños y adolescentes con responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia. Estas disposiciones suponen una obligación ética y formativa para que los internos de enfermería sean conscientes de la manera de aplicar el cuidado humanizado en la atención pediátrica hospitalaria.

En Guayaquil, en las prácticas preprofesionales en un servicio de pediatría, se constató que existen diferencias respecto a la manera de presentarse, de explicar los procedimientos, de mostrar las emociones, de incorporar a la familia, de tener en cuenta las necesidades espirituales. El problema se concretó en la falta de información organizada sobre la regularidad con que los internos declaraban estas conductas. Tal vacío limitaba la planificación de tutorías clínicas dirigidas a situaciones relacionales del cuidado pediátrico.

1.1. Preguntas de Investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado que brinda el interno de enfermería a los pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil?

¿Cuáles son las características del perfil sociodemográfico del interno de enfermería?

¿Cuál es el nivel de conocimiento del interno de enfermería en referencia a las manifestaciones del cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento?

¿Cuál es el nivel de conocimiento del interno de enfermería en referencia a las dimensiones afectivas, educativa y espiritual del cuidado humanizado?

1.2. Justificación

La conveniencia de esta investigación radicó en describir el nivel de conocimiento de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil. El trabajo de

evaluación permitió evidenciar la regularidad de acciones como el presentarse, explicar los procedimientos, acompañar los momentos de angustia, incluir preferencias y respetar la participación de la familia (14).

Se relacionó la relevancia social con la experiencia misma del niño hospitalizado y su familia desde el mismo momento en que las conductas de comunicación, acompañamiento y respeto aseguraban proteger la dignidad de la atención. El personal de enfermería, los educadores clínicos y las autoridades del hospital podrían contar con información para guiar su propia actividad de formación.

En las implicaciones prácticas, se permitió colocar variaciones sobre el acompañamiento, la personalización, la educación familiar, el apoyo emocional y la atención espiritual. Los resultados se podrían utilizar para planificar tutorías, simulaciones y retroalimentación en la rotación pediátrica.

El valor teórico estuvo soportado en la organización del cuidado pediátrico humanizado a partir de conocimiento sobre el acompañamiento, la relación de confianza, la enseñanza, la expresión emocional y el respeto espiritual. Esta estructura vinculó la teoría del cuidado humano con situaciones reconocibles en la práctica clínica.

La utilidad metodológica consistió en aplicar un cuestionario ordinal de 36 reactivos adaptado al contexto pediátrico. La escala permitió describir la regularidad de cada conducta y comparar los componentes sin convertirlos en una prueba de conocimiento ni asignar niveles carentes de puntos de corte validados.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Caracterizar el perfil sociodemográfico del interno de enfermería.
2. Identificar el nivel de conocimiento del interno de enfermería en referencia a las manifestaciones del cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento.
3. Analizar el nivel de conocimiento del interno de enfermería en referencia a las dimensiones afectivas, educativa y espiritual del cuidado humanizado.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la Investigación

En este subapartado, se presentan estudios vinculados con el conocimiento, la percepción, la autoeficacia y las competencias de los estudiantes e internos de enfermería frente al cuidado humanizado. Se busca con esto reconocer cómo se ha medido el fenómeno en distintos contextos académicos y clínicos, además de ubicar los principales resultados relacionados con empatía, comunicación terapéutica, formación humanística, práctica clínica, dimensión espiritual y atención centrada en la persona. Se hace énfasis en las dimensiones que orientan el acompañamiento, la educación familiar y el trato digno durante la hospitalización.

El estudio de Sutil-Rodríguez et al. tuvo como objetivo analizar la relación entre empatía y humanización en estudiantes de enfermería con experiencia clínica en España. El contexto correspondió a universidades con estudiantes en prácticas; la metodología fue cuantitativa, transversal, multicéntrica y correlacional, con 369 participantes, mediante la Healthcare Professional Humanization Scale y la Jefferson Scale of Empathy. Los resultados registraron niveles bajos de empatía y niveles bajos a medios de humanización; además, la atención compasiva y la capacidad empática disminuyeron con mayor experiencia clínica. La relación entre empatía y humanización fue positiva, de modo que la formación práctica requiere acompañamiento ético y afectivo durante las rotaciones (7).

Para Zhang y Tian que plantearon como objetivo valorar la percepción de estudiantes del último año de enfermería sobre la educación humanística recibida en la universidad y el hospital en China. El escenario de la investigación fue una escuela de enfermería del lado este del país, con rotación clínica por siete hospitales municipales y seis universitarios; la

metodología fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal con 107 estudiantes a partir de un cuestionario estructurado con confiabilidad alfa de Cronbach de .869. Los resultados mostraron puntajes mayores a 4.0 respecto a la importancia de la educación humanística; sin embargo, la iniciativa del estudiante fue baja, el 62.6% llegó a solicitar mejorar el ambiente humanístico, el 63.6% a señalar monotonía docente, el 64.5% solicitó mejores métodos de enseñanza. La conclusión indicó necesidad de fortalecer currículo y práctica clínica (8).

Además, Kocaağalar Akince et al. que buscaron determinar el efecto de la preparación para la práctica sobre la habilidad de práctica humanística y el aprendizaje permanente en estudiantes de enfermería de último año en Turquía. El método fue cuantitativo, descriptivo y correlacional, con 287 estudiantes de una universidad pública, mediante formulario sociodemográfico, Casey-Fink Readiness for Practice Scale, Humanistic Practice Ability of Nursing Scale y Lifelong Learning Scale. Los resultados mostraron preparación para la práctica de 45.61 ± 5.99 , conducta humanística de 121.21 ± 15.48 y aprendizaje permanente de 118.14 ± 14.00 ; además, la preparación se correlacionó con habilidad humanística y aprendizaje permanente. La conclusión indicó que la seguridad para la práctica fortalece el cuidado humanizado (9).

De igual forma, Hu et al. plantearon como objetivo evaluar la competencia de cuidado espiritual y su relación con la salud espiritual en internos de enfermería de China. La investigación tuvo como contexto tres hospitales generales de la provincia de Henan; la metodología fue cuantitativa, de tipo transversal y correlacional, con 361 internos/as que contestaron cuestionarios en línea sobre competencia de cuidado espiritual y salud espiritual. Los resultados obtuvieron una competencia $107,24 \pm 21,67$ sobre 135 y una salud espiritual de $95,37 \pm 20,87$ sobre 120; además la competencia presentó correlación positiva con la salud espiritual, además la regresión explicó un 30,0% de la varianza. La formación previa en cuidado espiritual y la salud espiritual fueron factores asociados. La

conclusión planteó integrar educación espiritual en las prácticas clínicas (15).

Asimismo, Quintana Honores y Canova-Barrios analizaron la autoeficacia percibida para proporcionar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes en estudiantes de pregrado de enfermería de Buenos Aires, Argentina. La metodología fue cuantitativa, descriptiva y transversal, con 66 estudiantes, mediante Caring Efficacy Scale en español y análisis con Infostat. Los resultados mostraron edad media de 32.38 ± 10.73 años, 87.88% de mujeres, 51.52% con hijos, 42.42% de primer año y 53.03% sin experiencia laboral en salud; la media de autoeficacia fue 136.62 ± 18.61 sobre 180. El 63.64% tuvo autoeficacia alta, con relación entre año académico, experiencia laboral y percepción global. La conclusión indicó mayor seguridad en estudiantes con avance curricular (16).

Mientras tanto, Yurquina et al. evaluaron la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados en estudiantes del último año de Licenciatura en Enfermería de una institución privada de Buenos Aires, Argentina. La metodología fue cuantitativa, descriptiva y transversal, con 67 estudiantes, mediante Caring Efficacy Scale en español. Los resultados mostraron edad media de 35.54 ± 7.89 años, 74.63% de mujeres, 58.21% solteros, 64.18% con hijos, 68.66% en áreas abiertas, 82.09% con un empleo y 55.22% con carga laboral alta. La autoeficacia fue positiva y alta en 68.66% de participantes. La conclusión indicó relación entre variables laborales, sociodemográficas y capacidad percibida para cuidar con trato humanizado (17).

En lo que respecta a Manzur et al. estudiaron la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados en estudiantes de enfermería de una institución confesional adventista de Entre Ríos, Argentina. La metodología fue cuantitativa, descriptiva y transversal, con 90 estudiantes de Licenciatura en Enfermería, mediante Caring Efficacy Scale de Coates. Los resultados mostraron mediana de autoeficacia de 145.00 puntos, con rango intercuartílico de 30; la dimensión relación interpersonal obtuvo los puntajes

más altos y la empatía los puntajes más bajos. Además, la percepción positiva se vinculó con formación previa en cuidado humanizado y estado civil. La conclusión señaló una autoeficacia favorable, aunque la empatía requiere refuerzo durante la formación clínica (18).

De igual manera, Ortega López et al. tuvieron como objetivo identificar la percepción de estudiantes de enfermería sobre la formación académica recibida en humanización de los cuidados en Ecuador. El contexto fue una carrera de enfermería universitaria; la metodología fue cuantitativa, descriptiva y transversal, con 73 estudiantes, mediante el instrumento de Oliveira y Vianna, organizado en conocimiento sobre humanización hospitalaria, relevancia de la humanización y percepción curricular. Los resultados mostraron que 96% consideró muy importantes los cuidados humanizados, 71% se sintió preparado para brindarlos, 47% valoró como suficiente la formación académica y 58% reconoció el respeto como atributo central. Además, 64% percibió prácticas humanizantes en áreas hospitalarias. La conclusión indicó necesidad de fortalecer estrategias curriculares (19).

En el estudio de Moncayo Barragan et al. analizaron el efecto de estrategias pedagógicas innovadoras en el desarrollo de competencias para el cuidado humanizado en estudiantes de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, Ecuador. La metodología fue un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transeccional, con 243 estudiantes mediante la encuesta estructurada de tipo Likert y un posterior análisis con el programa estadístico SPSS. Los resultados mostraron que el 52.7% de los estudiantes siempre integró algunas estrategias de cuidado humanizado en la práctica clínica, el 46.1% lo hizo a veces y el 1.2% nunca. La retroalimentación inmediata fue valorada por el 42.8%, la simulación clínica por el 35.0%, el aprendizaje basado en problemas por el 22.2%, la conclusión fue que las metodologías activas favorecen una empatía principal en la comunicación terapéutica y el respeto por la dignidad (20).

Por último, Rea Parco & Velasco Acurio plantearon como objetivo evaluar el desempeño de los estudiantes de enfermería en prácticas clínicas mediante la escala CIBISA, en Ecuador. El contexto se correspondió con los estudiantes de tercero a séptimo semestre de la Universidad Indoamérica en prácticas clínicas a hospitales y centros de salud de Ambato; la metodología fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transeccional, con 113 estudiantes mediante la escala CIBISA con 28 ítems en cuatro dimensiones. Los resultados indicaron 55.8% de participantes entre 21 y 23 años, 77.9% mujeres, bienestar de 58.4%, cuidados invisibles de 57.5%, seguridad de 54.0% y autonomía de 66.4%. La conclusión mostró formación humanizada favorable, con necesidad de reforzar juicio clínico y autonomía técnica (21).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Cuidado humanizado

Se entiende como una práctica profesional que une competencia técnica, respeto por la dignidad, sensibilidad ante el sufrimiento y reconocimiento de la persona como sujeto con historia, emociones, creencias y vínculos familiares. En enfermería esta forma de cuidado requiere presencia, una comunicación explícita, escucha, trato cuidadoso y respuesta ante necesidades físicas, afectivas, sociales y espirituales. Así, carecer con humanidad nos lleva a entender el contacto clínico como una oportunidad para proteger la vida, poder aliviar el malestar y el saber preservar la confianza durante la atención (22).

La humanización del cuidado incluye actos evidentes y no evidentes que forman parte de la experiencia vivida por la persona intervenida. Los actos evidentes incluyen higiene personal, administración de tratamientos seguros, control del dolor, la observación y el registro; los actos no evidentes hacen referencia a cercanía, modulación de la voz, mirada, espera, intimidad, consuelo y respeto por las decisiones familiares. El cuidado humanizado gana claridad cuando la persona recibe la información

adecuada, siente interés y reconoce que su edad, tipo de cultura, y estado emocional van en función de la atención que recibe. Esta comprensión resulta necesaria en pacientes pediátricos por su dependencia y vulnerabilidad (23).

2.2.1.1. Perspectiva teórica de Jean Watson

Esta perspectiva ubica el cuidado como una relación humana que supera la acción técnica y reconoce la interacción entre conciencia, valores, sensibilidad y presencia. Desde esta mirada, la enfermería trabaja con la persona y no sobre la persona, porque el paciente conserva dignidad, voluntad, emociones y sentido de vida aun durante la enfermedad. En pediatría, este planteamiento permite que la enfermera o el interno de enfermería observe al niño como sujeto activo, con capacidad de expresar temor, dolor, curiosidad y necesidad de compañía familiar durante la hospitalización (24).

La propuesta de Watson orienta la atención hacia una relación transpersonal, entendida como encuentro de cuidado donde el profesional se compromete con la experiencia humana del paciente. En ese encuentro, la técnica conserva valor, aunque se integra con comunicación, respeto, seguridad emocional y comprensión de los significados que la enfermedad adquiere para el niño y su familia. Por consiguiente, la atención pediátrica exige adaptar las palabras, los tiempos y las intervenciones a la edad del paciente, sin perder la calidad científica ni la calidez del contacto (25).

El cuidado humano en Watson requiere que la enfermería reconozca sus propias emociones antes de acompañar a otros. Esta autorreflexión ayuda a evitar respuestas frías, trato mecánico o silencio ante la angustia del paciente. Asimismo, permite que el interno de enfermería identifique cómo su tono, su postura y su disposición influyen en la seguridad percibida por el niño. En la práctica pediátrica, la presencia del cuidador, la explicación de cada acción y la validación de sentimientos construyen un ambiente donde la intervención técnica se vive con menor temor (7).

2.2.1.2. Factores del cuidado humanizado

Estos elementos agrupan acciones, valores y habilidades que guían el encuentro entre enfermería, paciente y familia. En la teoría de Watson, estos factores orientan la formación de valores altruistas, la esperanza, la sensibilidad, la confianza, la expresión emocional, la resolución creativa de problemas, la enseñanza transpersonal, el entorno protector, la atención de necesidades humanas y la apertura a dimensiones existenciales y espirituales. En pacientes pediátricos, tales factores permiten traducir la teoría a conductas observables durante procedimientos, educación familiar, control del dolor y acompañamiento emocional (8).

2.2.1.2.1. La formación de un sistema humanístico altruista de valores

Significa desarrollar una disposición de cuidado guiada por respeto, solidaridad, responsabilidad y consideración por la vida del otro. En enfermería, estos valores no se reducen a normas aprendidas; se expresan cuando el profesional protege la dignidad del paciente, evita juicios, ofrece ayuda y mantiene un trato respetuoso aun bajo presión asistencial. En el interno de enfermería, tal formación requiere contacto temprano con escenarios clínicos donde la técnica se una con sensibilidad, porque la atención pediátrica demanda paciencia, prudencia y compromiso con el bienestar del niño (26).

Los valores humanísticos orientan decisiones diarias que pueden parecer simples, aunque influyen en la calidad del cuidado. Saludar al niño, llamar por su nombre, cuidar su privacidad, explicar un procedimiento y evitar comentarios que generen miedo son acciones que muestran altruismo profesional. En el aprendizaje clínico, estos valores se consolidan cuando docentes y tutores modelan conductas de respeto, escucha y trato digno. Por ello, la formación del interno requiere evaluación de conocimientos, pero también observación de actitudes durante la relación con el paciente pediátrico y su familia (19).

2.2.1.2.2. Inculcación de la fe-esperanza

La fe-esperanza se refiere a la capacidad de acompañar a la persona y a su familia mediante confianza, ánimo realista y apoyo ante la incertidumbre. En enfermería pediátrica implica ayudar al niño y al cuidador a enfrentar la hospitalización con información clara, calma y presencia. La esperanza se fortalece cuando el interno responde preguntas, explica el sentido de una intervención y reconoce los avances del paciente. Así, el cuidado humanizado permite que la familia mantenga participación y seguridad durante la estancia hospitalaria (5).

La esperanza también se vincula con la forma en que el equipo de enfermería comunica cambios, procedimientos y cuidados de continuidad. Una palabra serena, una explicación honesta y una actitud de apoyo pueden disminuir la angustia de la familia sin ocultar la condición clínica. En pacientes pediátricos, la fe-esperanza se alimenta por medio de rutinas que ofrecen previsibilidad, tales como anticipar el procedimiento, permitir objetos de apego y favorecer la presencia del cuidador. Esta práctica protege la confianza y mejora la aceptación de la atención (6).

2.2.1.2.3. El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás

La sensibilidad hacia uno mismo permite al interno reconocer cansancio, temor, inseguridad o tensión emocional durante la práctica clínica. Esa conciencia ayuda a regular la respuesta profesional ante el sufrimiento del niño y la preocupación familiar. La sensibilidad hacia los demás exige observar signos verbales y no verbales de dolor, miedo, incomodidad o tristeza. En pediatría, muchos pacientes aún no expresan sus necesidades con palabras completas, por tanto la enfermería debe leer gestos, llanto, silencio, rechazo al contacto y cambios de conducta durante la atención (27).

El cultivo de la sensibilidad se relaciona con empatía, autoconocimiento y capacidad de escucha. Una enfermería sensible no invade el espacio íntimo del niño, no minimiza el miedo del mismo y tampoco desatiende las preguntas del cuidador del mismo. Reconoce, a su vez, que la familia puede

sentir sentimientos de culpabilidad, de cansancio o de confusión durante la hospitalización. El aprendizaje del interno la refuerza con la simulación, la reflexión guiada y la retroalimentación clínica porque éstas contribuyen a transformar experiencias de tipo emocional en aprendizaje ético y relacional para el cuidado pediátrico (28).

2.2.1.2.4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

La relación de ayuda-confianza se forma cuando el paciente y su familia perciben coherencia entre palabras, acciones y actitudes del personal de enfermería. En pediatría, la confianza se inicia con una presentación clara, explicación adaptada a la edad, respeto por el cuidador y cumplimiento de lo informado. También exige privacidad, paciencia y disposición para responder dudas. El interno de enfermería necesita entender que cada procedimiento puede confirmar o deteriorar la confianza del niño, en especial cuando existen dolor, temor o experiencias previas negativas (21).

La confianza en el ámbito de la enfermería pediátrica se consiente de manera persistente, de un modo tranquilo y respetando la participación de la familia; cuando el pequeño percibe que el interno no actúa de forma brusca, anticipa cada paso y permite cuatro veces la presencia del cuidador, la atención genera más confianza emocional. Esta relación de ayuda facilita el trabajo en conjunto durante la ejecución de los procedimientos e impide las comunicaciones obstinadas. En la misma medida, la familia confía más cuando recibe instrucciones comprensibles, identifica responsabilidad profesional y percibe interés por lo que necesita el niño, no solo por la tarea técnica (11).

2.2.1.2.5. La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos

La expresión de sentimientos positivos y negativos forma parte del cuidado humanizado porque el paciente pediátrico puede manifestar miedo, enojo, tristeza, vergüenza, alivio o gratitud durante la hospitalización. Aceptar estas expresiones exige escuchar sin burla, evitar amenazas y responder

con palabras acordes a la edad. El interno de enfermería debe reconocer que el llanto o la resistencia no son conductas de desobediencia, sino respuestas ante dolor, separación, desconocimiento o pérdida de control. Por ello, la atención humanizada valida emociones y proporciona apoyo sin disminuir la seguridad clínica (4).

La aceptación emocional incluye a la familia, dado que el cuidador vive preocupación, agotamiento y dudas sobre el pronóstico o el tratamiento. Enfermería puede contribuir a expresar estos sentimientos mediante preguntas directivas, buena escucha y orientación. En el cuidado pediátrico, permitir que la familia exprese temor nos dará información sobre necesidades educativas y permitirá identificar preventivamente errores en el cuidado posterior. Del mismo modo, reconocer sentimientos positivos fortalece la confianza y permite que el niño asocie el entorno hospitalario con protección, no solo con procedimientos dolorosos (29).

2.2.1.2.6. El uso de sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo

El proceso sistemático de cuidado implica valorar, planificar, intervenir y evaluar las respuestas del paciente con base científica y sensibilidad humana. La creatividad aparece cuando el interno adapta la forma de explicar, acompaña el procedimiento con recursos lúdicos o modifica el orden de actividades para reducir ansiedad sin comprometer la seguridad. En pediatría, la resolución de problemas supone realizar un esfuerzo por tener en cuenta la edad, la etapa del desarrollo, el diagnóstico, el dolor, la familia y el medio ambiente. El efecto de la combinación de los elementos anteriores es que se evitan las rutinas generales aplicadas a todos los niños, y se logra con la característica de ofrecer un cuidado ajustado a las necesidades verdaderas (30).

La resolución de problemas de forma creativa en enfermería no es sinónimo de improvisar sin más, sino aplicar el conocimiento, el juicio clínico y la comunicación para dar respuesta a situaciones cambiantes. Un niño que

rechaza una práctica puede requerir detenerse, explicar la práctica con un material visual, la presencia del cuidador o la técnica de distracción. El interno necesita aprender que la creatividad debe estar guiada por seguridad, norma institucional y evaluación permanente. Así, el proceso de cuidado integra datos clínicos con comprensión de la experiencia infantil y permite tomar decisiones prudentes durante la atención (31).

2.2.1.2.7. La promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal

La enseñanza-aprendizaje transpersonal se refiere a una educación que reconoce al paciente y a la familia como participantes activos del cuidado. En el ámbito de la pediatría no enseñar implica simplemente el hecho de dar indicaciones de forma mecánica, es necesario transformar todas estas indicaciones en conocimientos previos, nivel de comprensión del niño, lengua o idioma, creencias del niño o padres, edad del niño o recursos de la familia. Deberá el interno de enfermería explicarle al niño o al cuidador los procedimientos, cuidados domiciliarios, signos de alarma y medidas de confort con palabras claras y evidenciar mediante preguntas o demostraciones simples (25).

El aprendizaje transpersonal también ocurre cuando el niño participa según su edad y desarrollo. Un escolar puede entender instrucciones básicas sobre higiene, medicación o preparación para un procedimiento; un adolescente puede aportar decisiones sobre privacidad, acompañamiento y autocuidado. La familia aprende mejor cuando recibe información repetida, coherente y respetuosa por parte del equipo. En este sentido, el interno de enfermería requiere habilidades educativas para transformar el contacto asistencial en un momento de orientación, seguridad y continuidad del cuidado después del egreso (29).

2.2.1.2.8. La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual

Un entorno de apoyo y protección incluye condiciones físicas seguras, ambiente emocional estable, respeto social y apertura espiritual. En

pediatría, el ambiente hospitalario puede generar temor por ruidos, equipos, luces, separación familiar y contacto con personas desconocidas. Enfermería contribuye a reducir esta carga mediante higiene, orden, control de estímulos, prevención de caídas, respeto por objetos de apego y comunicación serena. Además, el interno tiene que intentar que la atención no produzca humillación, exhibición corporal innecesaria o exclusión de familia en momentos de angustia (11).

El ambiente protector también está relacionado con cultura, convivencia familiar y espiritualidad. Todos los niños ingresan al hospital con una red a la que están adheridos, compuesta por madre, padre, abuelos, hermanos o personas que son el principal cuidador. La enfermería humanizada tiene por objetivo la sistematización de reconocer esa red y propiciar ese rol familiar en aquellas circunstancias en las que lo permita la situación clínica. Asimismo, considera prácticas espirituales o rituales familiares sin afectar la seguridad. En la formación clínica, el interno debe aprender que el ambiente no es solo el espacio físico; también incluye el clima relacional creado por palabras, gestos y decisiones del equipo (10).

2.2.1.2.9. La asistencia en la gratificación de necesidades humanas

La gratificación de necesidades humanas supone ayudar al paciente a cubrir requerimientos físicos, emocionales, sociales y espirituales durante la enfermedad. En los niños hospitalizados estas necesidades son alimentación, descanso, higiene, control del dolor, juego, información apropiada para la edad, contacto personal, afecto y seguridad. El interno de enfermería debe evaluar continuamente estas áreas puesto que un procedimiento correcto pierde calidad si el niño permanece con un miedo intenso, si un dolor no ha sido valorado o si una incomodidad no ha sido atendida. La humanización aparece cuando la técnica se une a la respuesta sensible ante las necesidades concretas (21).

La atención de las necesidades humanas requiere establecer prioridades sin perder la individualidad del paciente. El lactante necesita sencillamente

contención y presencia del cuidador; un niño preescolar puede necesitar juego simbólico para entender la intervención; un adolescente necesita mantener la privacidad y la participación en decisiones. La familia también necesita educación y apoyo para integrar la colaboración al cuidado. Además, el conocimiento del interno debe incluir la capacidad para dominar los principios del desarrollo infantil, la comunicación terapéutica y la seguridad clínica, dado que la atención humanizada se expresa a través de las respuestas necesarias y adaptadas a la etapa vital y a la situación familiar (4).

2.2.1.2.10. La permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas – espirituales

La apertura a fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales reconoce que la enfermedad genera preguntas sobre sentido, miedo, esperanza, muerte, dolor y continuidad de la vida. En pediatría, estas preguntas suelen expresarse mediante la familia y, según la edad, por el propio niño. Enfermería no necesita imponer creencias ni ofrecer respuestas religiosas; su responsabilidad consiste en escuchar, respetar, facilitar apoyo y proteger la dignidad. Los internos han de identificar necesidades espirituales cuando la familia solicite oración, silencio, presencia de un referente y/o respeto por símbolos y prácticas culturales (32).

La dimensión existencial del cuidado nos invita a reflexionar sobre la experiencia del paciente desde su vivencia personal. Un niño hospitalizado no percibe solo una enfermedad, sino que vive también la separación, la pérdida de rutinas, el miedo a los procedimientos médicos y la dependencia adulta. La familia se hace una interpretación de la hospitalización basándose en las creencias, la propia historia y las expectativas de recuperación. Por ello, la enfermería humanizada respeta significados, escucha relatos y facilita apoyo psicosocial o espiritual cuando corresponde. La formación del interno debe incluir esta sensibilidad, porque

la atención pediátrica requiere cuidar cuerpo, emoción, vínculo y sentido (15).

2.2.1.3. Dimensiones operativas del cuidado humanizado

Las dimensiones operativas del cuidado humanizado permiten pasar de conceptos a conductas sobre la práctica clínica. En este trabajo se organizaron en manifestaciones vinculadas al acompañamiento y en componentes afectivos, educativos y espirituales. Esta división facilitó examinar la frecuencia con que los internos comunicaban, acompañaban, personalizaban el cuidado, generaban confianza, enseñaban a la familia y respetaban necesidades espirituales (20).

2.2.1.3.1. Manifestaciones de cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento

Estas se expresan en la presencia activa del personal de enfermería durante momentos de vulnerabilidad. Acompañar no significa estar en silencio al lado del paciente, significa observar, escuchar, explicar, anticipar molestias, rebajar el miedo, facilitar el apoyo familiar... En el contexto de la hospitalización en niños hay que destacar el acompañamiento por el hecho de que la edad dificulta la comprensión del procedimiento y potencia la dependencia emocional, por tanto el interno debe saber preparar al niño, gestionar la comunicación empática y saber coordinarse con el cuidador principal sin alterar las normas de seguridad (5).

También hay continuidad y disponibilidad por parte del profesional. Un niño puede necesitar conocimiento antes, durante y después de un procedimiento, y la familia necesita conocimiento para colaborar en el cuidado. Importante: el interno de enfermería ha de diferenciar entre asistencia técnica=poder ejecutar una tarea, y acompañar=incorporar la presencia, el respeto y la lectura de las necesidades emocionales. La presencia de la práctica pediátrica es evidente cuando el interno no aleja el cuidado del paciente tras acabar la intervención, sino que chequea dolor, confort, dudas y respuesta familiar (19).

2.2.1.3.1.1. Acompañamiento durante procedimientos y comunicación empática

El acompañamiento durante procedimientos requiere comunicación empática antes de iniciar cualquier intervención. El interno debe presentarse, explicar qué hará, usar palabras acordes a la edad, evitar amenazas y permitir preguntas. Durante el procedimiento, la comunicación ayuda a disminuir temor y facilita cooperación; después, permite valorar molestias, dudas o necesidad de consuelo. En pediatría, la empatía se manifiesta al reconocer el miedo del niño y al coordinar la presencia del cuidador cuando la condición clínica lo permite. Esta acción convierte el procedimiento en un acto de cuidado y no solo en una tarea técnica (6).

2.2.1.3.1.2. Presencia activa y apoyo emocional al niño y su familia

La presencia activa implica estar disponible de forma consciente durante la atención, con mirada, escucha, respuesta y seguimiento. En los niños que se encuentran hospitalizados, el apoyo emocional se expresa a través de validar el miedo, ofrecer calma, validar el esfuerzo del paciente y guiar a la familia. La presencia no se mide por el tiempo pasivo, sino que se evalúa por la calidad de contacto y por los esfuerzos para poder dar respuesta a las señales de angustia. El interno de enfermería tiene que dar entender que el cuidador también requiere de apoyo, ya que su tranquilidad alimenta la colaboración y la seguridad emocional del niño (33).

2.2.1.3.1.3. Personalización del cuidado según las necesidades del paciente

Consiste en adaptar intervenciones a edad, diagnóstico, dolor, desarrollo, cultura, preferencias y condición familiar del paciente. En pediatría, esta adaptación puede incluir lenguaje sencillo, horarios que respeten descanso, participación del cuidador, medidas de confort y recursos lúdicos. El interno de enfermería debe evitar respuestas uniformes, porque cada niño afronta la hospitalización de forma distinta. La personalización también exige valorar riesgos y prioridades clínicas, de modo que la

atención mantenga seguridad y respeto. Así, el cuidado humanizado reconoce necesidades individuales sin separar técnica y vínculo (30).

2.2.1.3.1.4. Relación de confianza y respeto en la interacción enfermero-paciente

Surge cuando el niño y su familia perciben honestidad, prudencia, trato digno y coherencia en la interacción. El interno de enfermería debe evitar expresiones que generen miedo o vergüenza, cuidar la privacidad y reconocer la participación del cuidador. El respeto se expresa al solicitar permiso cuando corresponde, llamar al niño por su nombre, escuchar dudas y mantener información clara. En pediatría, la confianza puede perderse con rapidez si se promete ausencia de dolor sin certeza; por ello, la comunicación debe ser amable, realista y protectora (16).

2.2.1.3.2. Dimensiones afectiva, educativa y espiritual del cuidado humanizado

Amplían la atención más allá de la intervención física. La dimensión afectiva permite reconocer emociones del niño y la familia; la educativa promueve conocimiento para participar en el cuidado; la espiritual respeta creencias, sentido y prácticas familiares. Estas dimensiones son interdependientes; por ejemplo, la información clara puede disminuir la ansiedad, mientras que el apoyo afectivo puede mejorar la disposición a aprender; y el respeto en lo espiritual puede aumentar la confianza. Dentro de los internos de enfermería, su evaluación se traduce en la posibilidad de valorar si el saber satisface necesidades humanas mientras se lleva a cabo la atención de pediatría (22).

La dimensión afectiva se hace evidente con palabras de apoyo, paciencia, empatía y validación emocional; la educativa se observa en instrucciones que se entienden, demostraciones y verificación del aprendizaje; la espiritual hace su aparición cuando se reconocen creencias pero no se imponen. En pacientes pediátricos, estas dimensiones deben adaptarse a la edad y al entorno familiar, porque el niño depende del cuidador para

entender y continuar indicaciones. La formación del interno debe integrar estas áreas de forma práctica, mediante casos clínicos, simulación y retroalimentación, con el fin de unir conocimiento, conducta y actitud durante la atención (18).

2.2.1.3.2.1. Expresión emocional del personal de enfermería durante la atención

Esta debe ser regulada, respetuosa y coherente con la situación clínica. El interno puede mostrar cercanía, alegría ante la recuperación y preocupación prudente o apoyo ante el dolor, todo ello sin trasladar ansiedad al niño o a la familia. En pediatría la expresión emocional adecuada del profesional ayuda a establecer confianza, mientras que el tono brusco o indiferente puede empeorar el miedo. Esta dimensión exige autoconocimiento pues el profesional que sabe cuáles son sus emociones responde con mayor tranquilidad. El cuidado humanizado exige presencia afectiva sin pérdida de criterio técnico ni de seguridad (27).

2.2.1.3.2.2. Orientación y enseñanza dirigida al paciente y su familia

Este elemento transforma la información clínica en conocimiento útil para el cuidado. El interno de enfermería debe explicar diagnóstico de enfermería, procedimientos, medidas de seguridad, signos de alarma, higiene, alimentación, medicación y cuidados posteriores con lenguaje comprensible. En el niño, la enseñanza se adapta a la edad y puede usar juegos, dibujos o frases simples; en la familia, requiere verificar comprensión y corregir errores. La educación humanizada reconoce al cuidador como aliado de la recuperación y reduce incertidumbre durante la hospitalización y el egreso (26).

2.2.1.3.2.3. Consideración y respeto por la dimensión espiritual del niño y su entorno familiar

Se incluye creencias, valores, esperanza, sentido de vida y prácticas que brindan consuelo durante la enfermedad. El interno de enfermería no

evalúa la validez de esas creencias; respeta su expresión y coordina apoyo cuando la familia lo solicita y la condición clínica lo permite. En pediatría, la espiritualidad puede aparecer en oraciones, símbolos, silencio, música o presencia de un referente familiar. Considerar esta dimensión ayuda a proteger la dignidad y mejora la relación de confianza con la familia durante la hospitalización (10).

2.2.2. Conocimiento

El conocimiento en enfermería se entiende como el conjunto de saberes científicos, técnicos, éticos y relacionales que permiten tomar decisiones de cuidado. En internos de enfermería, este conocimiento se forma en aulas, laboratorios, simulación y práctica clínica supervisada. En el contexto del cuidado humanizado pediátrico, el conocimiento no es una simple memorización de conceptos, sino que implica saber entender y saber desplegar situaciones de comunicación, de acompañamiento, de educación familiar, de alcance del respeto espiritual y de la seguridad durante la asistencia. Por tanto, el hecho de medir los conocimientos permite saber si el interno cuenta con bases para actuar con criterio ante las necesidades físicas y emocionales de la niña o del niño hospitalizado (29).

El conocimiento puede asimilarse a respuestas correctas, pero también puede verse como la capacidad de transferir lo que se conoce a las situaciones reales que se dan en el medio. Un interno puede saber cómo definir el cuidado humanizado, pero al explicar un procedimiento puede mostrarse inseguro expresando la forma de auscultar a la persona niña o al enfrentarse a un llanto de un niño. Por lo cual, la evaluación debe organizar dimensiones que permitan vincular teoría y práctica: acompañamiento, comunicación, relación de confianza, enseñanza y dimensión espiritual. En pediatría, el conocimiento debe incluir el desarrollo infantil, la participación de la familia y la seguridad clínica, porque dichos elementos condicionan la concepción que se tenga de los cuidados y de la forma de evitar los daños durante el tiempo de hospitalización (9).

2.2.3. Internos de enfermería

Son estudiantes en la fase final de formación, integrados a escenarios asistenciales bajo supervisión docente y clínica. Durante el internado, aplican conocimientos, desarrollan habilidades y enfrentan situaciones reales de cuidado. Esta etapa permite consolidar juicio clínico, comunicación, responsabilidad, ética y trabajo con familias. En servicios pediátricos, el interno requiere mayor sensibilidad debido a la edad del paciente, la presencia del cuidador y la necesidad de adaptar cada intervención. Su desempeño académico depende de la preparación académica, de seguimiento tutorial, de la cultura institucional y de sus experiencias previas en el aprendizaje (31).

El internado de enfermería favorece la transición entre la formación universitaria y la práctica profesional, ya que el estudiante aprende a priorizar necesidades, a organizar su tiempo, a documentar cuidados y a relacionarse con el equipo, así como a desarrollar identidad profesional al observar modelos de atención y a recibir retroalimentación del mismo. Cuando el entorno clínico prioriza solo tareas, el interno puede reproducir cuidado mecánico; cuando el entorno integra trato digno y comunicación, aprende a cuidar con mayor sensibilidad. Por ello, medir conocimientos sobre cuidado humanizado permite orientar tutorías y fortalecer la práctica en servicios pediátricos.

2.2.4. Pacientes pediátricos

Este tipo de pacientes incluyen niñas, niños y adolescentes con necesidades de cuidado relacionadas con crecimiento, desarrollo, dependencia familiar y capacidad progresiva para participar en decisiones. La hospitalización tiene capacidad de modificar rutinas, sueño, alimentación, juego, escolaridad y vínculo familiar. A su vez, el niño puede conceptualizar los procedimientos desde el miedo, la fantasía o experiencias anteriores relacionadas con el dolor. Este aspecto, entonces, implica que la atención de enfermería pediátrica regule la comunicación, el ambiente, el confort y la participación familiar según la edad y la condición clínica. El

cuidado humanizado considera esas particularidades y respeta la dignidad de la persona que padece enfermedad durante cada una de las intervenciones (4).

El paciente pediátrico no puede ser el mismo que una persona adulta pero de menor tamaño, pues su desarrollo físico, cognitivo y emocional determina la forma de entender la enfermedad. El cuidado requiere entonces valorar el dolor con escalas adecuadas, explicarle los procedimientos con lenguaje accesible, permitir el apoyo del cuidador y resguardar la intimidad. En adolescentes, por otro lado, también se considera la privacidad, la autonomía progresiva y la participación en las decisiones. La familia es parte del cuidado, pues aporta información, consuelo y continuidad. Así, el conocimiento del interno debe integrar desarrollo infantil, comunicación y acompañamiento familiar.

2.3. MARCO LEGAL

La organización de este espacio se realiza siguiendo el criterio de la pirámide de Kelsen, con el nivel constitucional, códigos y leyes orgánicas, y normativa técnica sectorial. Las normas corresponden a textos legales vigentes o reformados.

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (12)

Art. 44.- “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.” (12)

Estos preceptos guían la investigación y permiten entender que la salud es un derecho, y que las niñas, niños y adolescentes estén en situación de protección prioritaria. Desde este punto, dar cuenta del conocimiento que poseen los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pediatría no constituye únicamente una necesidad académica; corresponde a una manera de revisar si la formación clínica responde al trato digno, a la calidad, a la bioética y a la protección preferente que debe recibir la niñez hospitalizada.

2.3.2. Código de la Niñez y Adolescencia

Art. 11.- “El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento. Para apreciar el interés superior se considerará la necesidad de mantener un justo equilibrio entre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes, en la forma que mejor convenga a la realización de sus derechos y garantías.” (13)

Art. 27.- “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende: 1. Acceso gratuito a

los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable; 2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;" (13)

Estos artículos respaldan el trabajo porque la atención pediátrica debe orientarse por el interés superior del niño, la información según su nivel evolutivo, el ambiente afectivo y el vínculo familiar. Bajo esta orientación, el cuidado humanizado no queda como un ideal abstracto, sino como una exigencia práctica que se expresa en comunicación, acompañamiento, respeto, educación y protección emocional durante la hospitalización.

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

Art. 1.- "La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético." (34)

Art. 3.- "La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables." (34)

La investigación se apoya en estos artículos porque el cuidado pediátrico debe responder a una idea de salud que incluye bienestar físico, mental y social. En consecuencia, medir el conocimiento de los internos sobre cuidado humanizado permite revisar si la formación asistencial incorpora

calidad, bioética, participación familiar y trato que protege el bienestar completo del niño hospitalizado.

2.3.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales

Art. 7.- “Tratamiento legítimo de datos personas.-El tratamiento será legítimo y lícito si se cumple con alguna de las siguientes condiciones: 1) Por consentimiento del titular para el tratamiento de sus datos personales, para una o varias finalidades específicas; 2) Que sea realizado por el responsable del tratamiento en cumplimiento de una obligación legal; 3) Que sea realizado por el responsable del tratamiento, por orden judicial, debiendo observarse los principios de la presente ley;” (35)

Art. 8.- “Consentimiento.-Se podrán tratar y comunicar datos personales cuando se cuente con la manifestación de la voluntad del titular para hacerlo. El consentimiento será válido, cuando la manifestación de la voluntad sea: 1) Libre, es decir, cuando se encuentre exenta de vicios del consentimiento; 2) Específica, en cuanto a la determinación concreta de los medios y fines del tratamiento; 3) Informada, de modo que cumpla con el principio de transparencia y efectivice el derecho a la transparencia, 4) Inequívoca, de manera que no presente dudas sobre el alcance de la autorización otorgada por el titular.” (35)

Estos artículos dan soporte al manejo ético de la información obtenida de los internos de enfermería. La aplicación de encuestas requiere consentimiento informado, claridad sobre el uso académico de los datos, reserva de identidad y protección de respuestas. Por tanto, el estudio debe usar códigos, evitar nombres en matrices, limitar el acceso a la información y conservar los datos solo para fines declarados.

2.3.5. Norma técnica para la implementación del internado rotativo en establecimientos de salud

Art. 1.- “Del objeto.- La presente Norma tiene por objeto establecer la base normativa, técnica y procedimental para la vinculación de las y los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud de las instituciones del

sistema de educación superior en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, a través de un convenio individualizado de Internado Rotativo.” (36)

Art. 3.- “Definiciones.- Para efectos de la aplicación de la presente Norma, se considerarán las siguientes definiciones: a) Internado Rotativo: Es un programa del área de integración docente asistencial de las instituciones del sistema de educación superior, que tiene como objetivo aplicar y profundizar los conocimientos, habilidades y destrezas, proporcionados a las y los estudiantes en los diez niveles anteriores de la carrera. Para el cumplimiento de su objetivo, el Programa de Internado Rotativo se efectuará en el último nivel de las carreras de ciencias de la salud, que tiene la duración de un año calendario. Se iniciará y terminará en las fechas fijadas en la programación de la Autoridad Sanitaria Nacional y se desarrollará con la modalidad de pasantías obligatorias, bajo el régimen de internado, en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.” (36)

Esta normativa respalda la selección de internos de enfermería como población de estudio, debido a que reconoce su vinculación asistencial-docente en establecimientos de salud. Además, permite justificar que el conocimiento sobre cuidado humanizado debe evaluarse durante la etapa en que el estudiante aplica saberes, habilidades y destrezas en escenarios reales, bajo apoyo, supervisión y evaluación académica.

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

Nivel: Descriptivo

Métodos: Cuantitativo

3.2. Diseño de la investigación

Diseño: No experimental

Según el tiempo: De corte transversal

Según la naturaleza de los hechos: Prospectivo

3.3. Población y muestra

La población accesible estuvo integrada por internos de enfermería en rotación por el servicio de pediatría. Se recogieron en total 67 formularios, por lo que quedó conformada por esa cantidad de participantes. El reclutamiento fue no probabilístico por disponibilidad y participación voluntaria.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión: Estudiantes de internado rotativo de enfermería, que realizan su rotación en el servicio de pediatría. Estudiantes que acepten participar de forma voluntaria en el estudio mediante el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión: Profesionales de la salud. Interno de enfermería que no se encuentre rotando por el servicio de pediatría. Interno de enfermería que no deseen participar en el estudio.

3.5. Procedimientos para la recolección de información

Técnica: encuesta autoadministrada.

Instrumento: se utilizó un cuestionario autoadministrado de conocimiento de prácticas de cuidado humanizado, adaptado al contexto pediátrico a partir del instrumento de Hermosilla Ávila et al. (37). La redacción se orientó a conocimiento aplicado por internos de enfermería durante la rotación clínica.

El cuestionario reunió 36 reactivos con cinco opciones: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre. Las respuestas recibieron de 0 a 4 puntos, respectivamente. El instrumento se administró mediante un formulario que incorporó el consentimiento y las variables sociodemográficas.

El primer conjunto correspondió a las manifestaciones de cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento que incluyó vivencia de la enfermedad y acompañamiento, atención y procedimientos personalizados, compromiso personal y confianza, además de diferenciación en la entrega del cuidado. Estos cuatro componentes comprendieron 26 reactivos.

El segundo conjunto se centró en las dimensiones afectiva, educativa y espiritual del cuidado humanizado, que comprendió el proceso de enseñanza-aprendizaje, la expresión de sentimientos en la interacción y la consideración espiritual. Los tres componentes reunieron 10 reactivos.

Técnica	Instrumento
Encuesta	Cuestionario de conocimientos teórico-procedimentales sobre cuidado humanizado en pacientes pediátricos

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos se depuraron en una hoja de cálculo y se analizaron con estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias, porcentajes enteros, media, mediana, desviación estándar y promedios por reactivo. La

representación gráfica utilizó barras apiladas para las opciones de respuesta y barras simples.

3.7. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

La participación se sustentó en el consentimiento informado y la voluntariedad. Los dos formularios que expresaron negativa fueron excluidos antes del procesamiento. La base se trabajó sin nombres ni identificadores directos, con acceso limitado a las investigadoras y uso exclusivo para los fines académicos declarados.

3.8. Operacionalización de variables

Variable general: Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos.

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Variable General: Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos			
Dimensión	Indicador	Escala	Técnica e Instrumento
Perfil sociodemográfico	Edad	20-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 >60	Técnica: Observación directa Instrumento: Check List de O.D.
	Sexo	Hombre Mujer	
	Horas de turno	6 horas 8 horas 12 horas 24 horas	
	Turno de trabajo	Matutino Vespertino Nocturno	

Manifestaciones de cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento	Acompañamiento durante procedimientos y comunicación empática	Ordinal: Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	
	Presencia activa y apoyo emocional al niño y su familia		
	Personalización del cuidado según las necesidades del paciente		
	Relación de confianza y respeto en la interacción enfermero-paciente		
Dimensiones afectiva, educativa y espiritual del cuidado humanizado	Expresión emocional del profesional de enfermería durante la atención	Ordinal: Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	
	Orientación y enseñanza dirigida al paciente y su familia		
	Consideración y respeto por la dimensión espiritual del niño y su entorno familiar		

FUENTE: Cuestionario autoadministrado de conocimiento de prácticas de cuidado humanizado, adaptado al contexto pediátrico a partir del instrumento de Hermosilla Ávila et al. (37).

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo presenta los hallazgos obtenidos tras el procesamiento de la información. Los datos se organizan conforme a los objetivos del estudio mediante tablas y figuras.

4.1. Caracterización del perfil sociodemográfico

Tabla 2

Perfil sociodemográfico de los internos de enfermería

Variable	Categoría	f	%
Edad	De 20-25 años	35	52%
	De 26-30 años	18	27%
	De 31-35 años	6	9%
	De 36-40 años	6	9%
	Mayor a 40 años	2	3%
Género	Mujer	58	87%
	Hombre	9	13%
Horas de turno	12 horas	51	76%
	8 horas	12	18%
	6 horas	3	4%
	24 horas	1	1%
Turno	Matutino	53	79%
	Nocturno	7	10%
	Vespertino	7	10%
Universidad	UCSG	51	76%
	UNEMI	6	9%
	UEES	2	3%
	UBE	4	6%
	Católica de Cuenca	1	1%
	UG	3	4%

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

En la tabla 2, la cual hace referencia del perfil sociodemográfico, se hizo visible un grupo mayoritariamente femenino, joven, con jornadas matutinas de doce horas, con la procedencia restringida a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Este entorno pudo haber influido las rutinas manifestadas, ya que los turnos extensos mezclan procedimientos, educación familiar y coordinación del servicio en un mismo tiempo. La concentración institucional, también limitó la variedad de los modelos de enseñanza representados. Rea y Velasco refieren similitud en estudios

ecuatorianos en prácticas clínicas, contexto que ofreció un referente cercano para interpretar la composición observada (21).

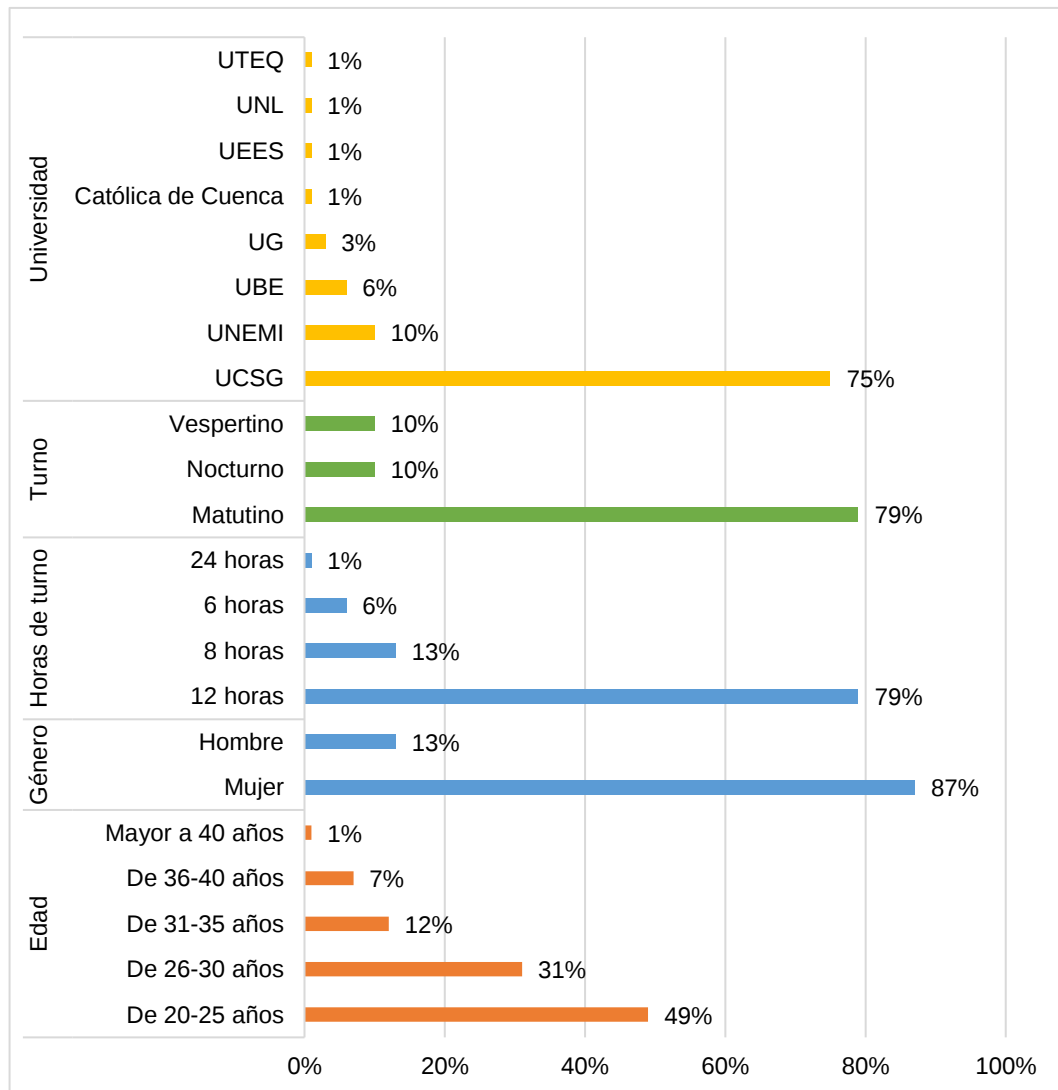


Figura 1
Distribución del perfil sociodemográfico

4.2. Manifestaciones de cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento

Tabla 3
Vivencia de la enfermedad y acompañamiento

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
1	Presentación profesional	0 (0%)	4 (6%)	9 (13%)	11 (16%)	43 (64%)
2	Explicación adaptada	0 (0%)	4 (6%)	5 (7%)	14 (21%)	44 (66%)
3	Valoración de malestar	3 (4%)	2 (3%)	8 (12%)	15 (22%)	39 (58%)

4	Cercanía en procedimientos	0 (0%)	2 (3%)	8 (12%)	12 (18%)	45 (67%)
5	Presencia del cuidador	0 (0%)	2 (3%)	9 (13%)	12 (18%)	44 (66%)
6	Respeto de señales	0 (0%)	2 (3%)	8 (12%)	12 (18%)	45 (67%)
7	Alternativas de confort	0 (0%)	2 (3%)	9 (13%)	11 (16%)	45 (67%)
8	Cierre participativo	0 (0%)	3 (4%)	9 (13%)	15 (22%)	40 (60%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

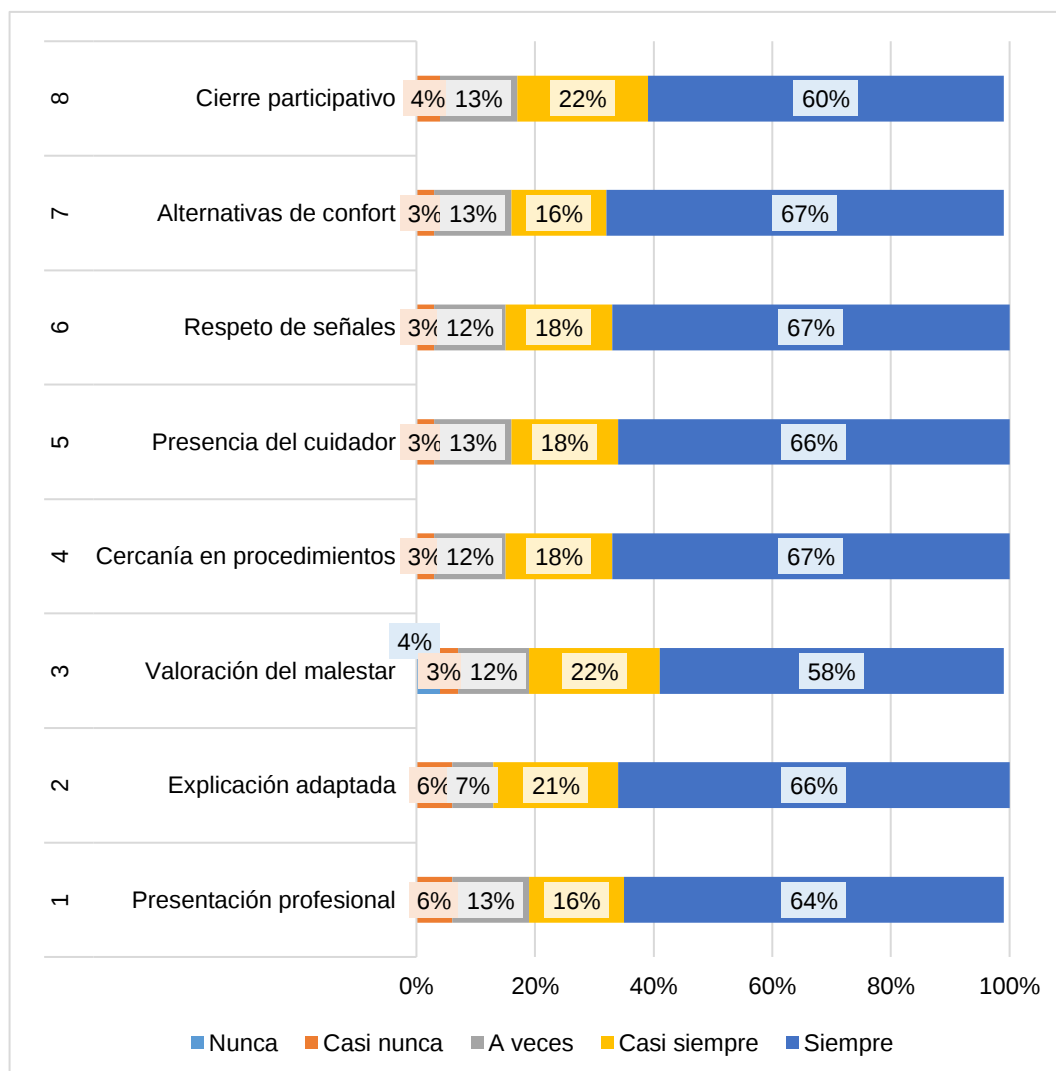


Figura 2

Vivencia de la enfermedad y acompañamiento

La tabla 3, sobre vivencia de la enfermedad y acompañamiento, mostró menor constancia al averiguar sobre el dolor, miedo o molestias y al presentarse al paciente con el nombre y función del interno. Omitir estas acciones puede debilitar la seguridad inicial del niño y limitar la información necesaria para adaptar el procedimiento. Esta variación se asocia con una atención centrada en la tarea o con la presión temporal del turno. Sillero et

al. sugieren que los niños hospitalizados valoran recibir explicaciones comprensibles, conservar el contacto familiar y participar según su edad, necesidades que confirman el valor clínico de una presentación clara y una valoración previa (4).

Tabla 4
Atención y procedimientos personalizados

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
9	Verificación y consentimiento	0 (0%)	2 (3%)	7 (10%)	10 (15%)	48 (72%)
10	Higiene de manos	0 (0%)	1 (1%)	6 (9%)	11 (16%)	49 (73%)
11	Explicación del procedimiento	0 (0%)	1 (1%)	7 (10%)	12 (18%)	47 (70%)
12	Técnica adaptada	0 (0%)	1 (1%)	7 (10%)	11 (16%)	48 (72%)
13	Protección de privacidad	0 (0%)	1 (1%)	5 (7%)	10 (15%)	51 (76%)
14	Valoración del dolor	0 (0%)	1 (1%)	5 (7%)	13 (19%)	48 (72%)
15	Reevaluación posterior	0 (0%)	1 (1%)	6 (9%)	13 (19%)	47 (70%)
16	Registro de atención	0 (0%)	1 (1%)	5 (7%)	15 (22%)	46 (69%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

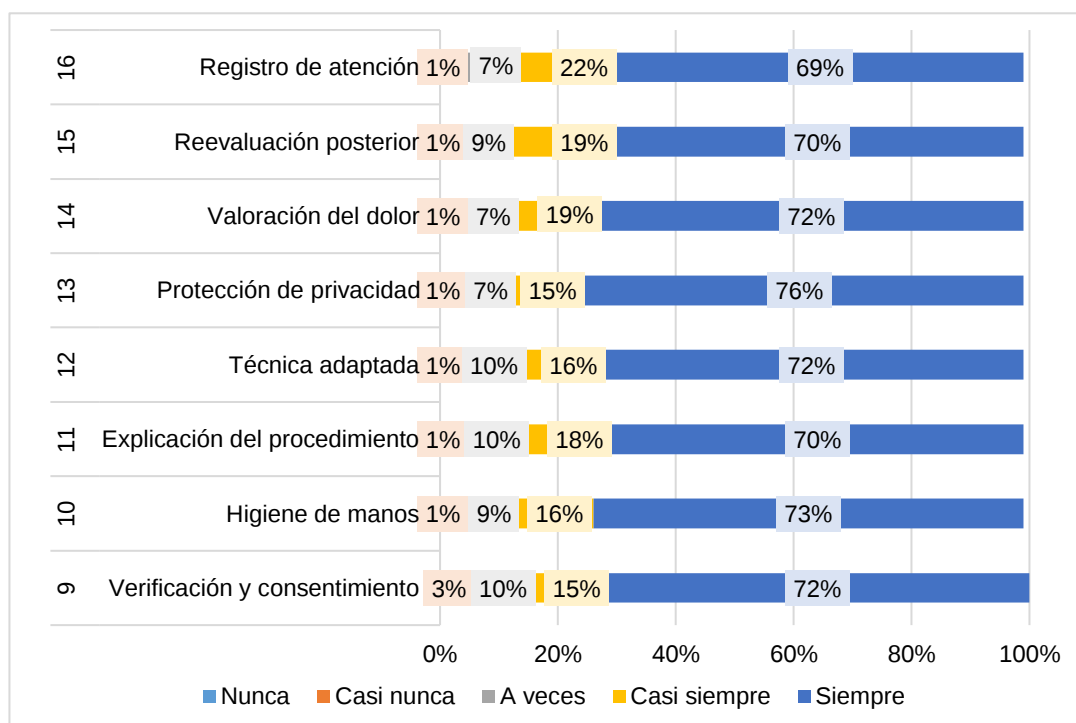


Figura 3
Atención y procedimientos personalizados

En la tabla 4, vinculada con la atención y los procedimientos personalizados, las variaciones se concentraron en verificar la identidad y consentimiento, además de explicar la intervención antes de iniciarla.

Aunque el bloque reflejó una aplicación habitual de estas actividades, esas omisiones pueden exponer al niño a una experiencia poco previsible y reducir la participación familiar. De este modo la personalización exige integrar seguridad, edad, preferencias y comprensión en cada contacto con el menor. La comunicación, la dignidad y la reducción del sufrimiento están deben estar presente como componentes de humanización en unidades pediátricas de cuidado intensivo (11).

Tabla 5
Compromiso personal y confianza

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
17	Nombre y contacto visual	0 (0%)	1 (1%)	9 (13%)	12 (18%)	45 (67%)
18	Tono sereno	0 (0%)	3 (4%)	7 (10%)	10 (15%)	47 (70%)
19	Respuestas claras	0 (0%)	2 (3%)	8 (12%)	11 (16%)	46 (69%)
20	Disponibilidad familiar	0 (0%)	2 (3%)	8 (12%)	13 (19%)	44 (66%)
21	Interacción sin interrupciones	0 (0%)	2 (3%)	10 (15%)	14 (21%)	41 (61%)
22	Incorporación de preferencias	0 (0%)	2 (3%)	10 (15%)	14 (21%)	41 (61%)
23	Coherencia informativa	0 (0%)	2 (3%)	8 (12%)	10 (15%)	47 (70%)
24	Decisión con cuidador	0 (0%)	2 (3%)	9 (13%)	11 (16%)	45 (67%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

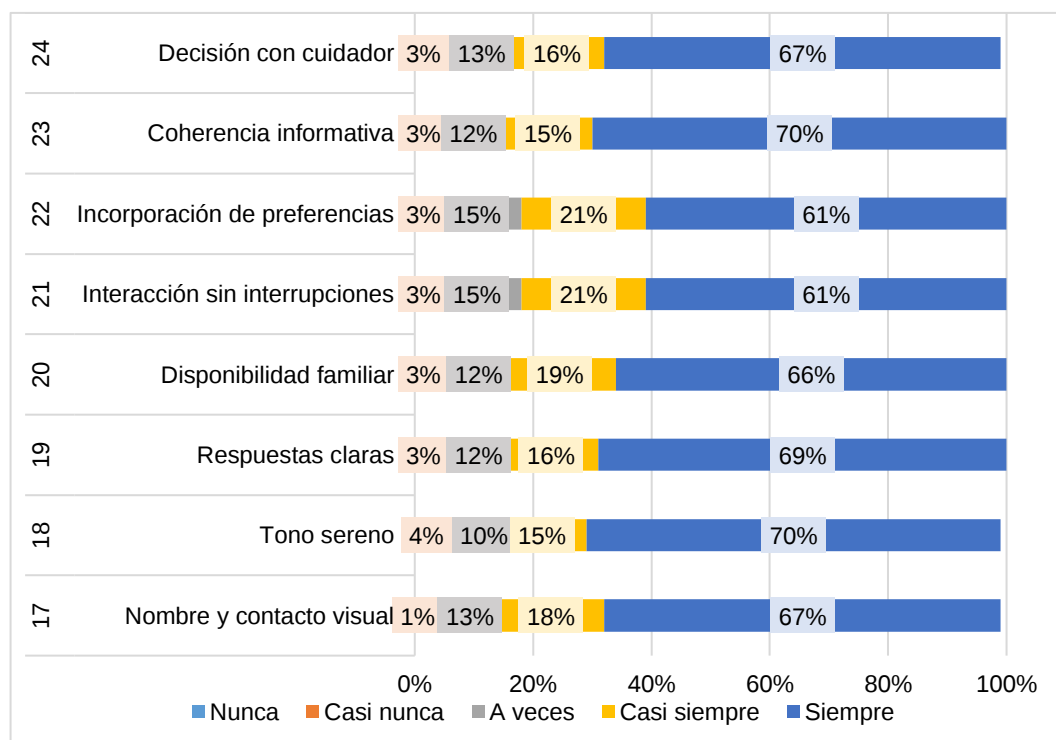


Figura 4
Compromiso personal y confianza

Según la tabla 5, acerca del compromiso personal y la confianza, las conductas menos estables fueron mantener una interacción sin interrupciones e incorporar las preferencias del niño y la familia. La discontinuidad del contacto puede transmitir prisa o escasa disponibilidad, mientras la omisión de preferencias reduce la individualización del cuidado. Estas situaciones surgen por demandas simultáneas del servicio, aunque la relación terapéutica requiere de momentos breves de atención plena. Las intervenciones centradas en la familia favorecen la participación, el conocimiento y el bienestar parental durante la hospitalización pediátrica (5).

Tabla 6
Diferenciación en la entrega del cuidado

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
25	Priorización individualizada	1 (1%)	0 (0%)	6 (9%)	19 (28%)	41 (61%)
26	Continuidad del cuidado	1 (1%)	0 (0%)	6 (9%)	19 (28%)	41 (61%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

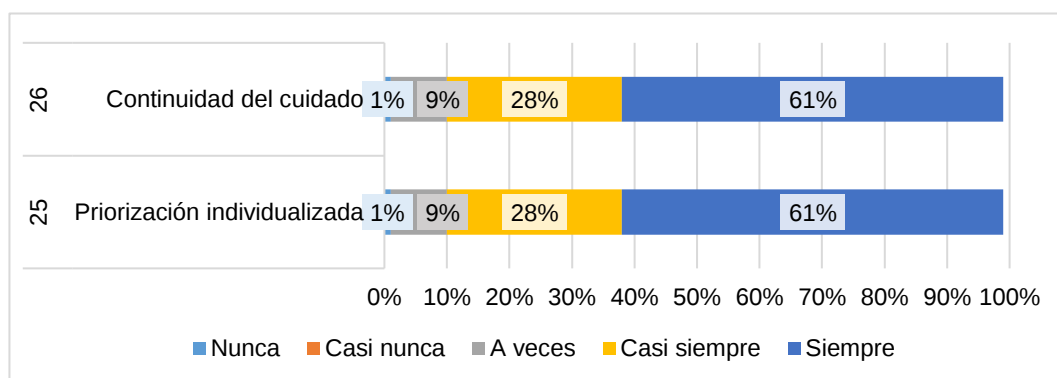


Figura 5
Diferenciación en la entrega del cuidado

La tabla 6, relativa a la diferenciación en la entrega del cuidado, reveló cierta irregularidad al priorizar necesidades individuales y mantener continuidad entre intervenciones. La repetición de rutinas iguales del interno de enfermería para todos los pacientes puede pasar por alto el desarrollo, el dolor, la cultura o el apoyo familiar disponible. Aun cuando el grupo de estudiantes presentó pocas respuestas problemáticas, la

consecuencia de una aplicación inconstante sería un cuidado menos ajustado a la experiencia particular del niño. Las diferencias entre bienestar, seguridad, autonomía y cuidados invisibles en estudiantes de enfermería muestran la naturaleza diversa del desempeño clínico (21).

4.3. Dimensiones afectiva, educativa y espiritual del cuidado humanizado

Tabla 7
Proceso de enseñanza-aprendizaje

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
27	Valoración del conocimiento	0 (0%)	0 (0%)	7 (10%)	14 (21%)	46 (69%)
28	Indicaciones para el hogar	0 (0%)	0 (0%)	8 (12%)	13 (19%)	46 (69%)
29	Verificación de comprensión	0 (0%)	0 (0%)	6 (9%)	16 (24%)	45 (67%)
30	Material y contacto	0 (0%)	0 (0%)	8 (12%)	15 (22%)	44 (66%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

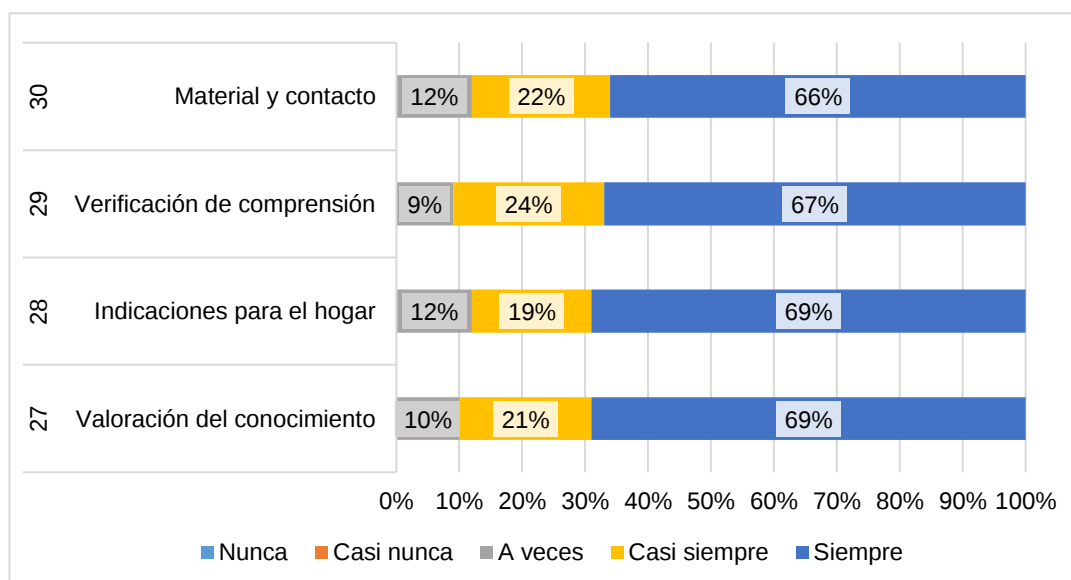


Figura 6
Proceso de enseñanza-aprendizaje

En la tabla 7, sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, la entrega de material educativo y las indicaciones para el hogar no se mantuvieron con igual regularidad. La educación verbal sin apoyos o sin una orientación de continuidad puede perderse al finalizar la hospitalización y dejar al cuidador con dudas sobre signos de alarma o medidas de confort. Esta debilidad

puede obedecer a la ausencia de recursos uniformes en el servicio. En estudiantes del último año los métodos de enseñanza adecuados y un ambiente humanístico fortalecido son demandas congruentes con una preparación educativa aplicada (8).

Tabla 8

Expresión de sentimientos en la interacción

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
31	Validación emocional	0 (0%)	0 (0%)	7 (10%)	13 (19%)	47 (70%)
32	Palabras de apoyo	0 (0%)	0 (0%)	8 (12%)	11 (16%)	48 (72%)
33	Comunicación sin descalificación	0 (0%)	0 (0%)	8 (12%)	13 (19%)	46 (69%)
34	Detección de angustia	0 (0%)	0 (0%)	7 (10%)	13 (19%)	47 (70%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

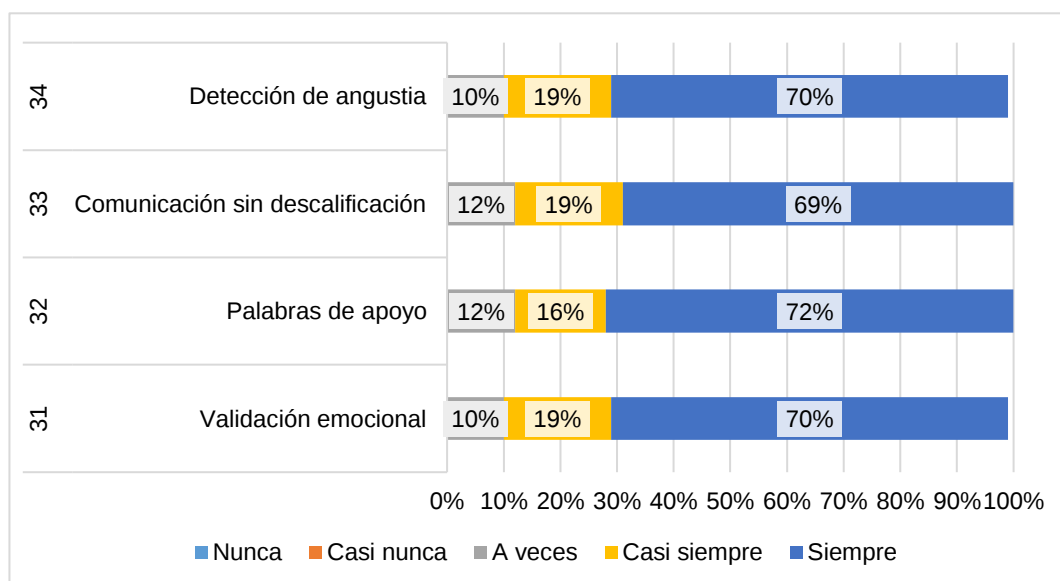


Figura 7

Expresión de sentimientos en la interacción

La tabla 8, referida a la expresión de sentimientos, evidenció menor constancia al ofrecer palabras de apoyo y mantener una comunicación libre de culpa o descalificación. Esta variación limita la expresión emocional del niño o de la familia, en especial durante presencia de dolor, temor o incertidumbre. Además, el apoyo afectivo no requiere de discursos extensos, sino de escucha, reconocimiento de la emoción y un tono respetuoso. La empatía tiene relación con la humanización en estudiantes

de enfermería, de modo que las estrategias pedagógicas se deben orientar a mejorar las competencias emocionales durante la formación (7,27).

Tabla 9
Consideración de la dimensión espiritual

Ítem	Indicador	Nunca f (%)	Casi nunca f (%)	A veces f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)
35	Valoración espiritual	1 (1%)	2 (3%)	12 (18%)	18 (27%)	34 (51%)
36	Facilitación espiritual	1 (1%)	1 (1%)	12 (18%)	20 (30%)	33 (49%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

En la tabla 9, sobre la consideración espiritual, se observó menor regularidad al preguntar si la familia deseaba acompañamiento o rituales y al facilitar la intervención de un referente. El temor a invadir creencias, la falta de alternativas de derivación o el predominio de necesidades físicas explican esta omisión. Su consecuencia se centra en que se deja sin respuesta una fuente de consuelo relevante para algunas familias. La competencia espiritual de los internos se asocia con la formación previa y la salud espiritual, relación que respalda una enseñanza con límites profesionales y procedimientos de coordinación definidos (15).

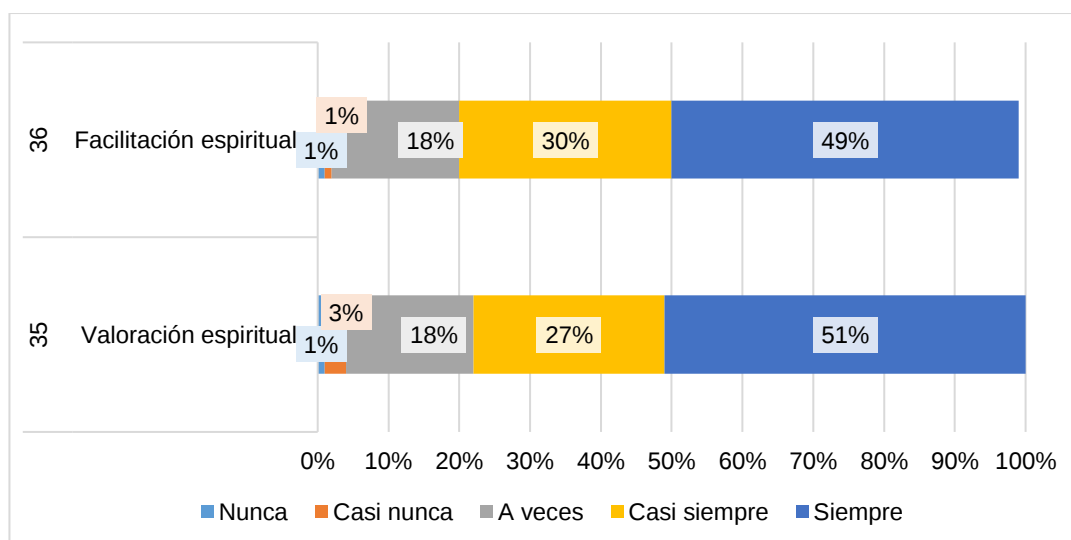


Figura 8
Consideración de la dimensión espiritual

5. DISCUSIÓN

En relación con la caracterización de los 67 internos, el 87% correspondió a mujeres, el 52% tuvo entre 20 y 25 años y el 27% se ubicó entre 26 y 30 años; además, el 76% cumplió turnos de 12 horas, el 79% trabajó en jornada matutina y el 76% perteneció a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La composición por edad y género guardó cercanía con Rea Parco y Velasco Acurio (21), quienes registraron 55,8% de estudiantes entre 21 y 23 años y 77,9% de mujeres en prácticas clínicas de enfermería en Ecuador; la coincidencia mostró que la atención pediátrica evaluada recayó en una población joven y con predominio femenino, rasgos comunes en los grupos universitarios de formación clínica. En otro contexto, Yurquina et al. (17) informaron 74,63% de mujeres, 82,09% de participantes con empleo y 55,22% con carga laboral alta entre estudiantes del último año en Argentina, resultados que permitieron relacionar la extensión de la jornada observada con las exigencias simultáneas de la formación y la actividad asistencial, aunque ambos trabajos estudiaron instituciones y condiciones laborales distintas. La concentración de participantes en turnos prolongados y matutinos pudo condicionar el tiempo disponible para la comunicación con el niño, la educación familiar y el registro del cuidado, pues los periodos reunieron procedimientos, visitas, indicaciones y coordinación con otros integrantes del servicio; a su vez, la procedencia universitaria dominante señaló que los resultados describieron con mayor precisión la experiencia formativa de una institución.

En cuanto al conocimiento de las prácticas de los internos en acompañamiento, atención personalizada, confianza y diferenciación, se destacó que las respuestas de los 26 ítems que plantearon una aplicación habitual fueron del 86%, mientras que las que evidenciaron prácticas ocasionales o ausentes fueron del 14%; en cuanto a los bloques, las respuestas problemáticas en vivencia y acompañamiento, así como en compromiso y confianza, alcanzaron el 17% y el 16%; la atención personalizada fue del 11% y la diferenciación fue del 10%. Las debilidades

se aglutinaban en la valoración del dolor, los miedos o las molestias y en la presentación con nombre y función, ambas con un 19%; también se evidenciaron interrupciones durante la interacción y una mala incorporación de las preferencias del niño, ambas con el 18%, mientras que la verificación de identidad y consentimiento alcanzó el 13%. Con respecto a los datos sobre la percepción del grado de preparación de los estudiantes, Ortega López et al. (19) afirmaron que el 71% se sentía preparado para ofrecer un cuidado humanizado, el 64% percibió prácticas humanizadas en áreas hospitalarias y el 58% consideró el respeto como una característica fundamental, siendo la proporción favorable del presente trabajo, por tanto, superior a las anteriores, si bien los errores evidenciados en forma de omisiones pusieron de manifiesto que una autopercepción positiva no garantizaba una aplicación constante en cada encuentro pediátrico. En la experiencia de los niños hospitalizados, Sillero-Sillero et al. (4) constataron la necesidad de recibir información que sea comprensible, de mantener y establecer contacto con la familia, de participar en función de la edad, lo cual se corresponde con las áreas en las que se describían las respuestas con menor consistencia en la explicación, las preferencias y el acompañamiento. La discrepancia entre una valoración global positiva y la variación de ciertas conductas podría estar ligada a turnos extensos, interrupciones del servicio, o una supervisión centrada en tareas técnicas; así, la calidad relacional estuvo condicionada de que la presentación, la valoración emocional, el consentimiento, la comunicación adaptada y la participación familiar se incorporaran como actuaciones regulares y que puedan ser verificables.

Respecto al conocimiento de las prácticas educativas, emocionales y espirituales de los 67 internos, el 87% de las respuestas a los 10 reactivos reflejaron la existencia de una aplicación habitual y el 13% de una aplicación ocasional o inexistente; la dimensión espiritual con 22% de respuestas problemáticas, 11% en la enseñanza y 11% en la expresión de los sentimientos; la valoración del acompañamiento espiritual o rituales con 22% y la promoción de la práctica con 21%; a la vez, el suministro de

material educativo, las instrucciones para la casa, las palabras de aliento y la comunicación sin descalificaciones llegaron hasta 12% de los que reflejaron una aplicación que mostró menos regularidad cuando la atención demandó explorar creencias, verificar recursos familiares o acompañar las emociones. Moncayo Barragán et al. (20) encontraron que 52,7% de los estudiantes integraron estrategias humanizadas como forma constante, 46,1% las utilizaron con intermitencia y 1,2% nunca las integraron; en el mismo sentido, también consideraron la retroalimentación inmediata, la simulación clínica y el aprendizaje basado en problemas como recursos formativos; la distribución en este capítulo de los internos evaluados fue menos favorable a la resultado que obtuvieron, aunque corroboraron que la práctica humanizada depende de la preparación y de las oportunidades para ponerla en práctica. En el componente espiritual, Hu et al. (15) indicaron que el registro de la competencia fue media, 107,24 sobre 135, y demostraron que la preparación previa y la salud espiritual se relacionan con los resultados en los internos de enfermería y por lo tanto corroboró la necesidad de formular preguntas de respeto y de derivación, coordinadas con referentes espirituales durante la enseñanza clínica. La distancia existente entre el rendimiento técnico y la atención espiritual, podría haberse originado en la existencia de contenidos del currículum limitados, en el temor a invadir creencias ajenas o en la falta de la existencia de rutas en el ámbito institucional, con el riesgo de dejar en el olvido preocupaciones expresadas por el niño o su familia.

Se evidenciaron ventajas de conexión entre el estudio y el instrumento que permitió explorar comportamientos propios de la atención o acompañamiento como la atención personal, la confianza, la enseñanza, la expresión emocional y la espiritualidad, con una escala de cinco opciones para el reconocimiento de grados de regularidad y la ubicación de prácticas que pueden ser mejoradas; la participación de internos de diferentes universidades favoreció a su vez la diversidad formativa. Las limitaciones estuvieron referidas al autoinforme del cuestionario, la falta de observación de la ejecución de cada conducta durante la atención pediátrica; al diseño,

que no permite alternar o establecer relaciones causales; a la ausencia de puntos de corte que clasifiquen los niveles.

CONCLUSIONES

La caracterización del perfil sociodemográfico y profesional exhibió a una participación bastante marcada por las mujeres adultas jóvenes, vinculadas a su vez a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y que participaron en las sesiones de prácticas pediátricas desarrolladas en largas jornadas matutinas. Con la configuración de la práctica se delimitaba el contexto sobre el cual se realizaron las prácticas pediátricas y permitió visualizar que la experiencia evaluada estuvo vinculada a una etapa formativa de incorporación gradual a las responsabilidades asistenciales.

En la valoración del conocimiento de las prácticas de acompañamiento, del trato personalizado, de la confianza y de la diferenciación se observó que fue positiva y de nivel posterior o de un trato respetuoso con el niño e involucrándose a la familia. De igual forma permanecieron divergencias en cuanto a las prácticas de presentación profesional, la valoración del dolor o del miedo, el control de las interrupciones, la incorporación de preferencias y la verificación del consentimiento. Estas prácticas reunieron componentes de interacción y de seguridad que requieren un compromiso en cada intervención, por lo que su manifestación depende de rutinas clínicas que logren incorporar la dimensión afectiva con los procedimientos.

En el caso del conocimiento sobre la enseñanza, la expresión emocional y la dimensión espiritual se observó que el compromiso del receptor y el apoyo emocional estaban presentes en los internos o internas de enfermería. La asistencia espiritual presentó menor regularidad, especialmente en las prácticas de valoración de las creencias, en el acompañamiento religioso o en la coordinación con los referentes del servicio. En el caso del aprendizaje de la entrega de materiales de acompañamiento, de las indicaciones para el hogar o de las expresiones de apoyo también se observó que todo esto requiere una mejora.

En la evaluación general el conocimiento de cuidado humanizado en pacientes pediátricos mantiene una tendencia positiva; las diferencias se

descubrieron en la práctica de las conductas técnico-relacionales, educativas, emocionales y espirituales. Las prácticas de la pediatría llevadas a cabo fueron la de acompañamiento, la atención personalizada y la confianza que tuvieron una buena extensión, mientras que la atención a las preferencias, a los temores y a las necesidades espirituales fue escasa.

RECOMENDACIONES

Se sugiere a la dirección de enfermería del servicio de pediatría realizar una lista de verificación en las prácticas, con presentación profesional, valoración del dolor y el miedo, identidad, consentimiento, preferencias e interrupciones, como también que el tutor dé retroalimentación al final del día con el fin de dar continuidad a las prácticas.

Se plantea a las prácticas de enfermería pediátrica simular educación al cuidador, validación emocional y atención espiritual; además de los materiales para el hogar y las vías de derivación, como manera de preparar al interno para poder responder con respeto ante los miedos, creencias y necesidades familiares.

Se plantea a futuras investigadoras volver a realizar el estudio en otros servicios pediátricos, si la escala sería autoadministrada u observacional y la calificación de evaluadores independientes. Se propuso revisar la variación de respuestas y validar criterios interpretativos antes de clasificar los resultados, a fin de dar más amplitud a la comparabilidad entre ámbitos y períodos formativos.

REFERENCIAS

1. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised edition ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.
2. Ghanbari-Afra L, Adib-Hajbaghery M, Dianati M. Human caring: A concept analysis. *Journal of Caring Sciences*. 2022; 11(4): p. 246-254. DOI: 10.34172/jcs.2022.21.
3. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva.; 2018. Report No.: 978-92-4-156555-4.
4. Sillero Sillero A, Ayuso Margañon R, Marques-Sule E, Gil Poisa M. Child-centered care: A qualitative study exploring pediatric hospitalization through children's perspectives. *Nursing Reports*. 2024; 14(4): p. 3138-3149. DOI: 10.3390/nursrep14040228.
5. Hodgson CR, Mehra R, Franck LS. Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: A systematic review. *Children*. 2024; 11(8): p. 949. DOI: 10.3390/children11080949.
6. Khan A, Patel SJ, Anderson M, Baird J, Johnson A, Liss M. Implementing a family-centered rounds intervention using novel mentor-trios. *Pediatrics*. 2024; 153(2): p. e2023062666. DOI: 10.1542/peds.2023-062666.
7. Sutil-Rodríguez E, Liébana-Presa C, Martín-Vázquez C, Ortega-Donaire L, Bermejo-Martínez D, Fernández-Martínez E. Humanization and empathy in undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Professional Nursing*. 2025; 59: p. 20-26. DOI: 10.1016/j.profnurs.2025.04.005.
8. Zhang J, Tian Y. Final-year nursing students' perceptions of humanistic education in nursing: A cross-sectional descriptive study. *BMC Medical Education*. 2024; 24: p. 392. DOI: 10.1186/s12909-024-05377-3.
9. Kocaağalar Akince E, Maraş Baydoğan G, Sürme Y, Mucuk S. The effect of nursing students' practice readiness on humanistic practice

- ability and lifelong learning. *BMC Nursing*. 2025; 24: p. 1041. DOI: 10.1186/s12912-025-03666-w.
10. Rabiei Vaziri M, Jaramillo J, Almagharbeh WT, Khajehhasani T, Dehghan M. Spiritual care competency and spiritual sensitivity among nursing students: A cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2025; 24(1): p. 884. DOI: 10.1186/s12912-025-03549-0.
 11. García-Fernández J, Romero-García M, Benito-Aracil L, Delgado-Hito P. Humanisation in paediatric intensive care units: A narrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2024; 85: p. 103725. DOI: 10.1016/j.iccn.2024.103725.
 12. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi;; 2008.
 13. Congreso Nacional del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia. Quito;; 2003.
 14. Cruz-Riveros C, Lay Lisboa SL. Humanización del cuidado desde la perspectiva de niños-niñas y adolescentes hospitalizados: revisión integrativa. *Ciencia y Enfermería*. 2022; 28: p. 34. DOI: 10.29393/CE28-34HCCS20034.
 15. Hu X, Yuan J, Jiao M, Chen J, Hu Y. Association between spiritual care competency and spiritual health among nursing interns: A cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2025; 24: p. 168. DOI: 10.1186/s12912-025-02809-3.
 16. Quintana Honores MJ, Canova-Barrios CJ. Autoeficacia percibida para proveer cuidados humanizados por parte de estudiantes de Enfermería de Buenos Aires, Argentina. *Revista Española de Educación Médica*. 2025; 6(3): p. 666101. DOI: 10.6018/edumed.666101.
 17. Yurquina LG, Ramos-Cruz LP, Gómez JC, Canova-Barrios CJ. Autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes del último año de Enfermería. *Revista Española de Educación Médica*. 2024; 5(3): p. 616661. DOI: 10.6018/edumed.616661.

18. Manzur KM, Robledo P, Zarate K, Sánchez Urbano R, Fernández OG, Canova-Barrios CJ. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes de enfermería. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*. 2024; 4(2): p. 40-49. DOI: 10.33326/27905543.2024.2.1909.
19. Ortega López MI, Morán Asencio RP, Martínez Vizuite WR, Alvia López MA. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la formación académica de la humanización de los cuidados. *Polo del Conocimiento*. 2024; 9(9): p. 1718-1733. DOI: 10.23857/pc.v9i9.8019.
20. Moncayo Barragan JS, Arteaga Paredes DR, Meléndez Chileno CS, Gaibor González MI. Impacto de estrategias pedagógicas innovadoras en el desarrollo de competencias para el cuidado humanizado en estudiantes de enfermería. *Polo del Conocimiento*. 2026; 11(2): p. 1758-1770. DOI: 10.23857/pc.v11i2.11192.
21. Rea Parco FA, Velasco Acurio EF. Evaluación de prácticas clínicas en estudiantes de enfermería mediante la aplicación de la escala CIBISA. *Ibero-American Journal of Health Science Research*. 2026; 6(1): p. 156-166. DOI: 10.56183/iberojhr.v6i1.862.
22. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*. 2024; 11: p. 1446701. DOI: 10.3389/fmed.2024.1446701.
23. Choi HJ. Defining caring efficacy for nursing students in South Korea: A mixed-method analysis. *SAGE Open Nursing*. 2024; 10: p. 23779608241281296. DOI: 10.1177/23779608241281296.
24. Valle Dávila MF, Vaca Orellana CF, Acosta Balseca SL, Urrutia Rojas YE. Experiences of humanizing care in nursing students: A phenomenological study. *Healthcare*. 2025; 13(20): p. 2569. DOI: 10.3390/healthcare13202569.
25. Jiang Y, Gao Y, Li S, Zhong H, Xia H, Lin L. Humanistic nursing curriculum needs: A cross-sectional survey in Shenzhen, China.

- Frontiers in Medicine. 2025; 12: p. 1654340. DOI: 10.3389/fmed.2025.1654340.
26. Xue M, Sun H, Xue J, Zhou J, Qu J, Ji S. Narrative medicine as a teaching strategy for nursing students to developing professionalism, empathy and humanistic caring ability: A randomized controlled trial. BMC Medical Education. 2023; 23: p. 38. DOI: 10.1186/s12909-023-04026-5.
 27. Napolitano F, Calzolari M, Di Pietro S, Pagnucci N, Zanini M, Catania G. Pedagogical strategies to improve emotional competencies in nursing students: A systematic review. Nurse Education Today. 2024; 142: p. 106337. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106337.
 28. Byma EA, Lycette L. An integrative review of humanities-based activities in baccalaureate nursing education. Nurse Education in Practice. 2023; 70: p. 103677. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103677.
 29. Zhang Y, Li S, Huang Y, Song C, Li J, Chen W. Correlation between ethical sensitivity and humanistic care ability among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. BMC Nursing. 2024; 23: p. 863. DOI: 10.1186/s12912-024-02532-5.
 30. Lee T, Lee SJ, Yoon YS, Ji H, Yoon S, Lee S. Personal factors and clinical learning environment as predictors of nursing students' readiness for practice: A structural equation modeling analysis. Asian Nursing Research. 2023; 17(1): p. 44-52. DOI: 10.1016/j.anr.2023.01.003.
 31. Ersoy E, Ayaz-Alkaya S. Academic self-efficacy, personal responsibility, and readiness for professional practice in nursing students: A descriptive and correlational design. Nurse Education Today. 2024; 132: p. 106007. DOI: 10.1016/j.nedt.2023.106007.
 32. Hu J, Chen X, Khoshnood K, Luo E, Muramatsu T, Yang M. A survey of ethical sensitivity among nursing students and its influencing factors. Nursing Ethics. 2024; 31(8): p. 1467-1480. DOI: 10.1177/09697330231225399.

33. Ponce Varela YM, Contreras Briceño JI. El cuidado humanizado de enfermería en un hospital del sur ecuatoriano. *Arandu*. 2024; 11(2): p. 1718-1739. DOI: 10.69639/arandu.v11i2.367.
34. Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Quito; 2006.
35. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Quito; 2021.
36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma técnica para la implementación del internado rotativo en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria. Quito; 2015.
37. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index de Enfermería*. 2016; 25(4): p. 273-277.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de solicitud de autorización de la Carrera de Enfermería



Facultad de Ciencias
de la Salud

CARRERAS:

Medicina

Odontología

Enfermería

Nutrición, Dietética y Estética

Terapia Física

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 07 de Agosto del 2026

Srta. Cañar Santana Hellen Aurora
Srta. Iñiguez Parrales María Fernanda
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: "Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos," ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Lcda. Lcda. Geny Margoth Rivera Salazar.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINES
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Cc: Archivo

Anexo 2. Formulario de encuesta

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA ENCUESTA

Tema: Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado de los internos de enfermería en pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil.

Población: internos de enfermería en rotación por pediatría.

Participante: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

Datos sociodemográficos del interno de enfermería

Ítem	Indicador	Categorías registradas
1	Edad	Menor de 20; 20–25; 26–30; 31–35; 36–40; mayor de 40 años
2	Género	Mujer; Hombre; Otro
3	Horas de turno	6; 8; 12; 24 horas
4	Turno	Matutino; Vespertino; Nocturno
5	Universidad	Institución de procedencia

Manifestaciones de cuidado humanizado vinculadas al acompañamiento

Escala: N = Nunca; CN = Casi nunca; AV = A veces; CS = Casi siempre; S = Siempre.

Nº	Conducta	N	CN	AV	CS	S
1	Se presenta con nombre y función antes de intervenir.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Explica la situación de salud al niño y a la familia con palabras acordes a la edad.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Indaga por dolor, miedos o molestias antes de un procedimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Permanece cercano durante procedimientos que generan angustia	☐	☐	☐	☐	☐
5	Facilita la presencia del cuidador principal cuando es posible	☐	☐	☐	☐	☐
6	Respetar tiempos, pausas y señales no verbales del niño.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ofrece alternativas de confort acordes a preferencias conocidas	☐	☐	☐	☐	☐
8	Cierra cada intervención confirmando si el niño desea añadir algo.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Verifica identidad del paciente y consentimiento correspondiente.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Realiza higiene de manos en momentos indicados.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Explica el procedimiento paso a paso antes de iniciar.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ajusta técnica y material al desarrollo del niño y su condición.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Protege privacidad física durante la atención.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Evalúa dolor y aplica medidas de alivio según indicación.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Reevalúa signos y confort después del procedimiento.	☐	☐	☐	☐	☐

Nº	Conducta	N	CN	AV	CS	S
16	Documenta en forma completa la atención brindada.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Llama al niño por su nombre y mantiene contacto visual.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Usa un tono de voz sereno y respetuoso en todo momento.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Responde preguntas con claridad y sin evasivas.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Muestra disponibilidad cuando la familia solicita apoyo.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Evita interrupciones innecesarias durante la interacción.	☐	☐	☐	☐	☐
22	Reconoce preferencias del niño y las incorpora cuando procede.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Mantiene coherencia entre lo que informa y lo que realiza.	☐	☐	☐	☐	☐
24	Involucra al cuidador en decisiones del cuidado cotidiano.	☐	☐	☐	☐	☐
25	Prioriza intervenciones según necesidades singulares de cada caso.	☐	☐	☐	☐	☐
26	Gestiona recursos y tiempo para asegurar continuidad del cuidado	☐	☐	☐	☐	☐

Dimensiones afectiva, educativa y espiritual del cuidado humanizado

Escala: N = Nunca; CN = Casi nunca; AV = A veces; CS = Casi siempre; S = Siempre.

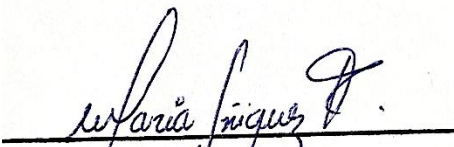
Nº	Conducta	N	CN	AV	CS	S
27	Valora conocimientos previos del cuidador sobre el manejo en casa.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Entrega indicaciones claras sobre confort, medicación y señales de alerta.	☐	☐	☐	☐	☐
29	Verifica comprensión mediante repetición o demostración.	☐	☐	☐	☐	☐
30	Proporciona material educativo o rutas de contacto del servicio	☐	☐	☐	☐	☐
31	Valida emociones del niño y de la familia sin minimizar su vivencia.	☐	☐	☐	☐	☐
32	Ofrece palabras de apoyo frente al dolor, el miedo o la incertidumbre.	☐	☐	☐	☐	☐
33	Evita expresiones que generen culpa o descalificación.	☐	☐	☐	☐	☐
34	Detecta signos de angustia y solicita apoyo psicosocial cuando procede.	☐	☐	☐	☐	☐
35	Indaga si se desea acompañamiento espiritual o rituales de su tradición.	☐	☐	☐	☐	☐
36	Facilita prácticas o coordina con el referente espiritual del servicio.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 3. Consentimiento informado

Estimado usuario, de nuestras consideraciones.

Nosotras, Cañar Santana Hellen Aurora e Iñiguez Parrales María Fernanda, estudiantes de enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, solicitamos su colaboración con un cuestionario sobre el tema: **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**. La información será confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos.

Agradecemos profundamente su colaboración.

 Cañar Santana Hellen Aurora C.I. 0924246192	 Iñiguez Parrales María Fernanda C.I. 0950625889
--	--

Yo _____ acepto participar en la encuesta solicitada,
previa explicación del uso de información obtenida.

Firma

C.I.: _____

Anexo 4. Aplicación del instrumento de recolección de datos a internos de enfermería sobre conocimientos del cuidado humanizado en pacientes pediátricos.



Fuente: Elaboración propia



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cañar Santana, Hellen Aurora**, con C.C: # **0924246192** autor/a del trabajo de titulación: **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**, previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de septiembre del 2026**

f. Hellen Cañar S.

Nombre: **Cañar Santana, Hellen Aurora**

C.C: **0924246192**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Iñiguez Parrales, María Fernanda**, con C.C: # **0950625889** autor/a del trabajo de titulación: **Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos**, previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de septiembre del 2026**

f. _____

Nombre: **Iñiguez Parrales, María Fernanda**

C.C: **0950625889**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Conocimientos de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos		
AUTORAS	Cañar Santana, Hellen Aurora Iñiguez Parrales, María Fernanda		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rivera Salazar, Geny Margoth PhD		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS:	60 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermería, Atención al Paciente, Apoyo Emocional, Cuidado del Niño.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Atención de Enfermería, Estudiantes de Enfermería, Humanización de la Atención, Pediatría, Práctica Profesional.		
Introducción: El conocimiento en prácticas humanizadas pediátricas integra aspectos como la presencia, trato individual, educación, apoyo emocional y respeto espiritual. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de los internos de enfermería sobre el cuidado humanizado en pacientes pediátricos en un hospital de Guayaquil. Metodología: Se efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal con 67 internos que otorgaron consentimiento. Se aplicó un cuestionario autoadministrado de 36 reactivos con cinco opciones de Likert; se calcularon frecuencias y porcentajes. Resultados: El 87% fueron mujeres y 52% tenía de 20 a 25 años. Respecto al conocimiento, en acompañamiento, atención personalizada y confianza, 86% de las respuestas reflejó aplicación habitual y 14% aplicación ocasional o ausente; las variaciones incluyeron presentación profesional, valoración del malestar e incorporación de preferencias. En cuanto al conocimiento en diferenciación, educación, expresión emocional y espiritualidad, 87% indicó aplicación habitual y 13% aplicación ocasional o ausente; la consideración espiritual reunió 22% de respuestas problemáticas. Conclusión: Los conocimientos de las prácticas de cuidado humanizado mostraron una orientación favorable, con menor constancia en la exploración y coordinación de necesidades espirituales.			
ADJUNTO PDF:	SI ☒	NO ☐	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 939345002 +593 982897036	E-mail: maria.iniguez02@cu.ucsg.edu.ec hellen.canar@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Geny Margoth Rivera Salazar, PhD. Teléfono: +593-993095069 E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			