

Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería

Perception of hospitalized patients in medical surgical units on humanized nursing care

Percepção de pacientes internados em unidades médico-cirúrgicas sobre o cuidado humanizado de enfermagem

*Angélica Melita-Rodríguez*¹, ORCID 0000-0002-8026-7295

*Patricia Jara-Concha*¹, ORCID 0000-0003-1580-39761

*Maria Guadalupe Moreno-Monsiváis*², ORCID 00000-0002-7152-0244

¹ *Universidad de Concepción, Chile*

² *Universidad Autónoma de Nuevo León, México*

Recibido: 02/03/2021

Aceptado: 20/05/2021

Resumen: En el contexto de las sociedades actuales, sumado la tecnologización de la atención y el predominio del paradigma tradicional, paternalista y biomédico, para enfermería se hace necesario el rescate de un cuidado más humano por parte de los profesionales de la disciplina. Por esta razón surge el interés de medir la percepción de cuidado humanizado brindado por enfermeras/os a personas hospitalizadas en unidades médico-quirúrgicas de tres centros asistenciales de una región de Chile. Estudio descriptivo, transversal y correlacional, para el cual previamente se adaptó y validó la escala de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado para ser utilizada en Chile. Este instrumento fue aplicado a una muestra de 150 personas hospitalizadas. Los resultados evidenciaron que se presentaba una buena percepción del cuidado humanizado otorgado por las enfermeras, destacando la dimensión calidad del quehacer de enfermería, como la mejor evaluada; mientras que la dimensión comunicación fue la más débilmente percibida. A su vez, no se encontraron relaciones significativas entre variables sociodemográficas y la percepción del cuidado humanizado. Si bien existe una adecuada apreciación del cuidado humanizado y de la calidad del trabajo de enfermería, se debe reforzar un pilar muy importante en la interrelación enfermera/o-paciente, sobre todo en la esfera comunicativa. Así, se evidencia la importancia de seguir trabajando en el fomento y fortalecimiento de un cuidado humanizado, holístico y parsimonioso por parte de enfermería.

Palabras clave: humanización de la atención; enfermería holística; calidad de la atención de salud; atención de enfermería.

Abstract: In the context of current times, along with the technologization of care and the predominance of the traditional, paternalistic, and biomedical paradigm, it is necessary for nursing profession to rescue a more humane care by professionals in the discipline. For this reason, the interest in this article is focused on measuring the perception of humanized care provided by nurses to people hospitalized in medical-surgical units of three healthcare centers in a region of Chile. Descriptive, cross-sectional, and correlational study, where the Perception of Humanized Care Behaviors scale was previously adapted and validated to be used in Chile. This instrument was applied to a sample of 150 hospitalized people. The results showed that there was a good perception of the humanized care provided by nurses, highlighting the dimension quality of nursing work as the best evaluated. However, the dimension of communication was the weakest point perceived. No significant relationships were found between sociodemographic variables and the perception of humanized care. Although there is an adequate appreciation of humanized care and the quality of nursing work, a very important pillar in the nurse-patient relationship must be reinforced, especially in the communicative sphere. So, the importance of a continuous work on the promotion and strengthening of humanized, holistic, and parsimonious care by nursing is evidenced.

Keywords: humanization of assistance; holistic nursing; quality of health care; nursing care.

Resumo: No contexto das sociedades atuais, somada à tecnologização do cuidado e ao predomínio do paradigma tradicional, paternalista e biomédico, é necessário que a enfermagem resgate um cuidado mais humano por parte dos profissionais da disciplina. Por isso, surge o interesse em medir a percepção do cuidado humanizado prestado pela enfermagem às pessoas internadas em unidades médico-cirúrgicas de três centros de saúde de uma região do Chile. Estudo descritivo, transversal e correlacional, para o qual foi adaptada e validada a escala de Percepção de Comportamentos de Cuidado Humanizado para ser usado no Chile. Esse instrumento foi aplicado a uma amostra de 150 pessoas hospitalizadas. Os resultados mostraram que houve uma boa percepção da assistência humanizada prestada pelos enfermeiros, destacando-se a dimensão qualidade do trabalho de enfermagem como a melhor avaliada. Porém, a dimensão comunicação foi a mais fraca percebida. Por sua vez, não foram encontradas relações significativas entre as variáveis sociodemográficas e a percepção do cuidado humanizado. Embora haja uma valorização adequada do cuidado humanizado e da qualidade do trabalho da enfermagem, um pilar muito importante na relação enfermeiro-paciente deve ser reforçado, principalmente na esfera comunicativa. Assim, evidencia-se a importância de continuar trabalhando para promover e fortalecer o cuidado humanizado, holístico e parcimonioso pela enfermagem.

Palavras-chave: humanização da assistência; enfermagem holística; qualidade da assistência à saúde, cuidados de enfermagem.

Correspondencia: Patricia Jara-Concha, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: pjara@udec.cl

Introducción

El avance del conocimiento y la tecnología han modificado la atención que se brinda en el sector de la salud, esta se vuelve cada vez más sofisticada y especializada, siendo una preocupación permanente por los profesionales sanitarios, fundamentalmente de enfermería (1).

Si bien este proceso ha ayudado a la pesquisa temprana y control de ciertas enfermedades, ha generado a su vez una atención más fragmentada del ser humano, hecho que se evidencia en los usuarios de los sistemas de salud que se sienten vulnerables ante profesionales que se encuentran más centrados en técnicas y procedimientos clínicos que en la persona misma (1-3). Este fenómeno también afecta a enfermería, ya que las características estructurales y organizativas de los sistemas de salud generan una brecha que desvía de su esencia que es el cuidado holístico e integral de las personas, aspecto que se encuentra íntimamente relacionado con la humanización del cuidado (4), cualidad demandada por la práctica de enfermería en la actualidad (5-6). Es por ello que en los últimos años ha surgido con mayor fuerza el término *cuidado humanizado*, y la necesidad de analizar y eliminar las barreras que se presentan en el ejercicio actual del cuidado (7), como respuesta a hechos totalmente contrarios a este y que se relacionan más bien con distanciamiento y la despersonalización de los profesionales de la salud (6). A su vez, las acciones generadas a partir de un cuidado impersonal e indiferenciado pueden afectar más profundamente a personas que atraviesan un estado de vulnerabilidad, como son las personas enfermas, ya que estas muchas veces enfrentan un proceso caracterizado de ansiedad, temor y dolor (8).

En relación con estas evidencias, enfermería cumple un rol fundamental, porque está reconocido globalmente que es la disciplina del cuidado y su eje central se basa en otorgar una atención integral a la persona, familia y comunidad (9). Es así como muchas teóricas de enfermería consideran el cuidado como base práctica de la profesión (10-12), cuidado que hace alusión a la interacción y adaptación entre la enfermera/o y la persona cuando se ejerce la acción de asistir, acto que se inserta en la concepción de totalidad e integralidad (13-14). Desde esta perspectiva el marco teórico que sustenta este estudio corresponde a la teoría de cuidado transpersonal de Jean Watson (10), la cual nace por su inquietud de entregar un nuevo significado y dignidad al mundo de enfermería y al cuidado de las personas; donde establece que:

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de las enfermeras y enfermeros (15).

De la teoría de Watson (10) derivó el instrumento de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE; 16-17) que contiene tres componentes implícitos en los 10 factores caritas de esta, los cuales son: calidad, disposición de la atención y comunicación (16-17). Este instrumento se basa en la visión humanista del mundo, en donde el acto de cuidar no es un mero procedimiento, sino un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre el paciente y la/el enfermera(o). Desde este enfoque, es la/el enfermera(o) quien debe ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, cuerpo y alma (10). La dimensión calidad del quehacer de enfermería se integra en los 10 factores caritas de la teoría de Jean Watson, ya que las acciones contempladas en estos apuntan a la entrega de cuidado integral que considera al ser humano como un todo, por lo cual al comprender el cuidado desde esa perspectiva la entrega de este se torna un cuidado de

excelencia (18). A su vez, la dimensión disposición de la atención también se encuentra integrada en estos factores de cuidado y se puede apreciar a través de los reactivos del instrumento, el cual presenta acciones a evaluar como: permitir la expresión de sentimientos de la persona enferma, el preocuparse por el estado de ánimo de esta, el entregar un cuidado cálido y acogedor, entre otras, las cuales están presentes en el factor 5 y 8 del proceso caritas: “promoción y aceptación de sentimientos” y en “provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual” (10,18). La dimensión comunicación efectiva del instrumento se relaciona directamente con el factor 8 del proceso caritas, donde los 8 reactivos van dirigidos a evaluar tanto el medio externo como el interno, en aspectos tan importantes para la persona que está en condición de enferma y hospitalizada, como son la seguridad, confort, abrigo y específicamente la comunicación misma, así como la oportunidad para satisfacer un requerimiento que hubiere presentado, si le respondieron preguntas con claridad, si se identificaron con su nombre y cargo antes de realizarle algún procedimiento, si le dedicaron tiempo para aclarar sus inquietudes, si le dieron explicaciones cuando el paciente las solicitó, si lo miraron a los ojos cuando le hablaban y si le proporcionaron información suficiente para tomar decisiones por sí mismo (16, 18).

Estudios científicos avalan las características o factores que comprenden un cuidado humanizado, donde principalmente se identificaron como relevantes la escucha, el diálogo, la presencia verdadera, el acogimiento, el vínculo y la incorporación de la familia (15, 19-23). Así mismo se relacionan la percepción del cuidado humanizado de enfermería según variables como edad, sexo, procedencia, nivel educacional e ingresos mensuales por persona y condición de pareja (21, 23-24).

Frente a esta realidad se consideró de suma importancia indagar sobre este fenómeno en el ámbito de la atención cerrada en instituciones públicas de salud en Chile, específicamente recopilando información desde la perspectiva de personas hospitalizadas donde la enfermedad, las intervenciones, exámenes, procedimientos, entre otros, los mantienen alejados de sus familias y da origen a sentimientos como la frustración y la incertidumbre, que también pueden provocar ansiedad y rechazo (4).

Por lo cual, el objetivo de este estudio fue analizar la percepción de pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos sobre el cuidado humanizado de profesionales de enfermería, y de manera secundaria identificar la dimensión más relevante en cuanto al cuidado humanizado y relacionar la percepción de este con variables bio-sociodemográficas.

Metodología

Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, que se llevó a cabo durante 8 meses, en 3 hospitales públicos de la Octava Región de Chile, durante el año 2017. La población de estudio correspondió a personas (hombres y mujeres), adultas (mayores de 18 años), hospitalizadas en unidades médico-quirúrgicas de dichos establecimientos de salud. La muestra fue probabilística, aleatoria y simple. El universo era conocido ya que correspondía al número total de pacientes hospitalizados en medicina y cirugía de los 3 centros asistenciales participantes en esta investigación, el cual correspondió a 250 personas, con este dato aplicado a la fórmula estadística para cálculo de muestra donde se trabajó con un alfa de un 5 % y un nivel de confianza de un 95 %, se obtuvo un tamaño muestral de 152, la cual quedó finalmente constituida por 150 personas, ya que 2 no accedieron a participar en el estudio, distribuidas proporcionalmente en los 3 establecimientos. La muestra estuvo conformada por personas enfermas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: con más de 3 días de hospitalización, mayores de 18 años y habilitadas intelectual y físicamente para poder dar respuesta al instrumento. Esto se cotejó con la aplicación de 3 preguntas que debían estar

correctamente respondidas de parte de los usuarios antes de comenzar con la aplicación de la encuesta, estas eran: ¿qué día es hoy?, ¿cuál es su nombre? y ¿dónde se encuentra? A su vez, que no presentaran dolor y que su participación fuese voluntaria en relación con el consentimiento informado y firmado. Para la selección de la muestra se utilizó el software Random Number, que permite obtener números de forma aleatoria, con el cual se pudo seleccionar a las personas participantes en el estudio y los días en que se aplicaría la encuesta.

El instrumento utilizado fue Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería, previa autorización de sus autores (16-17), el cual se basa en la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson (10). Antes de su aplicación, se realizó una adaptación cultural y lingüística (25) para su posterior validación de constructo por convergencia (26), con el objetivo de evitar sesgos derivados del lenguaje (27) y de esta forma facilitar la claridad y comprensión del instrumento por parte de los usuarios chilenos. Así este quedó constituido por 32 reactivos, los cuales tributaban a las mismas tres dimensiones del instrumento original (17-18): calidad del quehacer de enfermería, la cual contempla 7 reactivos; disposición para la atención, con 17 reactivos, y comunicación efectiva, con 8 reactivos (25). Para la interpretación de los resultados del instrumento se clasificaron las respuestas en 4 categorías de medida: *siempre*, *casi siempre*, *algunas veces* y *casi nunca*, de acuerdo con las calificaciones dadas por los participantes en cuanto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado, estas son tanto para la percepción general (global) como para cada una de sus dimensiones (Tabla 1).

Tabla 1 - Categorías de medida según puntaje para las tres dimensiones del instrumento PCHE

Medida de percepción	Rango
Cualidad (calidad) del hacer de enfermería	
Siempre	28-27
Casi Siempre	26-25
Algunas Veces	24-20
Nunca	19-7
Comunicación enfermera(o)-paciente	
Siempre	32-30
Casi Siempre	29-27
Algunas Veces	26-21
Nunca	20-8
Disposición para la atención	
Siempre	68-65
Casi Siempre	64-59
Algunas Veces	58-50
Nunca	49-17
Percepción general	
Siempre	128-121
Casi Siempre	120-112
Algunas Veces	111-96
Nunca	95-32

Fuente: Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería.

En la recolección de datos se acudió a cada uno de los centros asistenciales donde se verificó los criterios de inclusión y se invitó a participar de manera voluntaria, dando explicación del consentimiento informado a cada participante antes de solicitar la información requerida para esta investigación. En este proceso participó un grupo de estudiantes de último año de la carrera de Enfermería, previamente inducidos en el protocolo de investigación, quienes aplicaron la encuesta de manera personalizada; este proceso tuvo una duración de 6 meses. Para perfilar a los participantes se utilizó una cédula de datos previamente elaborada, la cual estipulaba las variables sociodemográficas que se iban a requerir para el estudio. El control de calidad de los datos se resguardó a través de la medición de la confiabilidad del instrumento, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,96, considerado como excelente, el cual evidenció que los elementos de la escala eran homogéneos y los promedios de las correlaciones entre los ítems eran consistentes, otorgándole fiabilidad a la escala. Para todas sus dimensiones también presentó valores aceptables, según criterios de George y Mallery (28; Tabla 2).

Tabla 2 - Alfa de Cronbach del instrumento PCHE global y por dimensiones

Dimensión	α	Valoración
Calidad	0,88	Bueno
Comunicación	0,84	Bueno
Disposición	0,95	Excelente
Global	0,96	Excelente

Fuente: Validación de PCHE para Chile.

También se realizó previamente una adaptación lingüística transcultural del instrumento PCHE versión 2014 Colombia (17), con el fin de que los ítems contemplados en este fueran claros y de fácil comprensión para la población chilena, evitando sesgos derivados del lenguaje (25). Además, se evaluó la validez del constructo por convergencia al aplicarlo en conjunto con otro instrumento (Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas; 29) que medía el mismo fenómeno de estudio, esta etapa de la investigación se llevó a cabo a través de una prueba piloto. Con la validación por constructo, los resultados demostraron que el nuevo cuestionario era muy claro y comprensible para las personas chilenas, presentando una correlación positiva con el otro instrumento (29) que fue sometido a evaluación de 0.73, evidenciando una convergencia positiva, determinando una adecuada validez de constructo o contenido del instrumento PCHE versión adaptada a población chilena (25).

Para la caracterización demográfica y para el análisis de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado otorgados por enfermeras/os, se utilizó una estadística paramétrica inferencial, descriptiva, haciendo uso de medias, desviación estándar, valor mínimo, máximo y utilización de porcentajes. Para comprobar las diferencias significativas entre los grupos de estudios (variables sociodemográficas) con las dimensiones del instrumento se utilizó Anova, y para la identificación de los grupos en los que existían mayores diferencias se trabajó con el post test de Tukey. Para realizar la correlación de los datos se debió establecer normalidad, en primer lugar a través de la utilización del test de Shapiro–Wilk, dando por resultado que los datos no se distribuían de manera normal, teniendo que recurrir a una estadística no paramétrica, por lo cual para las correlaciones se trabajó con la Rho de Spearman. Este análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico de las ciencias sociales SPSS versión 24.0.

Los aspectos éticos se resguardaron con la presentación y aprobación del proyecto por Comité de Ética de la Universidad de Concepción Chile, resolución 014-16 y por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Chile; Acta n.º 49 2016, entidad de la que dependen los 3 establecimientos públicos, con los cuales se trabajó en la investigación. Posteriormente se realizó la colecta de datos, previo firma de consentimiento informado, conteniendo los requisitos éticos de Ezekiel Emanuel. Se cumplieron normas y pautas de la Asociación Médica Mundial, así como la Declaración de Helsinki, para resguardar los derechos y el respeto a la dignidad humana en estudios científicos.

Resultados

En relación con la información sociodemográfica que caracteriza a la población de estudio, la muestra se conformó por una proporción equilibrada de mujeres y hombres, donde el porcentaje correspondió a un 52 y 48 %, respectivamente. La edad promedio fue de 55 años, el 78 % presentaba estudios básicos y medios que no superaban la educación técnica ni universitaria. Respecto del nivel de ingresos, más de la mitad de este grupo de personas recibía una remuneración mensual inferior a 300 mil pesos chilenos (380 dólares aproximadamente) y la mayoría se encontraba en condición de pareja, 54 % de la muestra. Según la distribución de pacientes por tipo de unidad, esta se presentó de manera bastante equilibrada siendo un 54 % de pacientes en unidades médicas y un 45 % en unidades quirúrgicas. La mayoría de ellos se encontraban con una estadía de una semana hospitalizados, con un mínimo de 3 días y un máximo de 3 meses.

Los resultados globales de la aplicación del instrumento (Tabla 1) fueron los siguientes: el puntaje promedio del comportamiento de cuidado humanizado de las(os) enfermeras(os) fue de 117,6, que corresponde al concepto *casi siempre*. Al apreciar el resultado de la categorización de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, se evidencia que el concepto que predominó fue el de *siempre*, por lo cual la percepción de los pacientes fue favorable a favor de la praxis de cuidado humanizado.

En relación con la percepción de comportamientos de cuidado humanizado por servicios clínicos, se pesquisó que esta fue similar para ambas unidades, con un puntaje promedio para medicina de 117,5 y 117,8 para cirugía; valores que se encuentran dentro de la categorización de *casi siempre* (Tabla 3).

Tabla 3 - Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por hospital y total

Hospital	Clasificación	Media	Frecuencia	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
1	Casi siempre	118	50	78	128	13
2	Siempre	123	50	52	128	12
3	Algunas veces	112	50	52	128	20
Total	Casi siempre	118	150	52	128	16

Fuente: Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería.

Según las dimensiones del instrumento PCHE, calidad del quehacer de enfermería, disposición para la atención y apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente, los resultados encontrados fueron los siguientes:

Si bien estas tres dimensiones fueron mayoritariamente evaluadas con una percepción positiva de comportamientos de cuidado humanizado, predominando la categoría *siempre* con un 69,3 % para la calidad del quehacer de enfermería; un 66,7 % para la atención; y un 56,7 % para apertura a la comunicación, cabe destacar que esta última obtuvo el menor porcentaje de percepción positiva, a su vez fue la que presentó una mayor proporción de respuestas de connotación negativas en relación con las otras dimensiones (16 % *algunas veces* versus un 14 % para la atención y un 7,3 % para la calidad del quehacer de enfermería; Tabla 4).

Tabla 4 - Dimensiones categorizadas del instrumento PCHE

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Calidad		
Nunca	12	8,0
Algunas Veces	11	7,3
Casi Siempre	23	15,3
Siempre	104	69,3
Total	150	100,0
Comunicación		
Nunca	11	7,3
Algunas Veces	24	16,0
Casi Siempre	30	20,0
Siempre	85	56,7
Total	150	100,0
Disposición		
Nunca	11	7,3
Algunas Veces	21	14,0
Casi Siempre	18	12,0
Siempre	100	66,7
Total	150	100,0

Fuente: Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería.

En cuanto a las relaciones entre PCHE y variables sociodemográficas: no se encontró relación significativa entre edad y la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, solo se evidencia que esta es directa, pero no estadísticamente significativa (coeficiente de correlación Rho de Spearman 0,099; $p=0,227$).

Respecto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería y la variable sexo, hombres y mujeres presentaron promedios de 116 y 119,1 puntos, respectivamente. Valores que se encuentran dentro de la categorización: *casi siempre*, variables en las que no se encontró una relación significativa ($p=0,229$). Al analizar la información en base a las dimensiones del instrumento PCHE y la variable sexo, se pudo apreciar que los puntajes promedio de todas ellas en relación con hombres y mujeres se encontraban dentro una percepción positiva; tras aplicar Anova no se encontraron diferencias significativas (Calidad $p=0,3189$; Comunicación $p=0,343$; Disposición= 0,191).

Al analizar la variable servicio clínico, se identificó que no existían diferencias relevantes para la percepción global de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería ($p=0,912$) y sus dimensiones (Calidad $p=0,719$; Comunicación $p=0,864$; Disposición $p=0,805$).

En relación con los días de hospitalización, tampoco se pesquisaron asociaciones significativas entre esta variable y la percepción global de comportamientos de cuidados humanizados (coeficiente de correlación Rho de Spearman $-0,093$, $p=0,256$) ni de sus dimensiones.

Para el nivel educacional no se pesquisaron asociaciones significativas entre esta variable y la PCHE global (coeficiente de correlación Rho de Spearman $-0,132$, $p=0,108$). Sin embargo, al analizar las dimensiones del instrumento en base al nivel educacional, se pesquisó una sutil diferencia entre los distintos grupos, donde fue posible apreciar que para comunicación efectiva se presenta la más baja percepción en el grupo que presenta mayor nivel educacional. Es importante destacar que aun obteniendo significancia estadística, el número de participantes con educación universitaria fue muy reducido en relación con los otros.

Para el ingreso mensual tampoco se encontraron relaciones entre esta variable y la PCHE (coeficiente de correlación Rho de Spearman $0,106$, $p=0,199$), ni para sus dimensiones. En cuanto a la condición de pareja no se encontraron diferencias significativas, tanto para la PCHE global como para sus dimensiones.

Discusión

El estudio permitió caracterizar la muestra de personas hospitalizadas en unidades médico-quirúrgicas de tres hospitales públicos de la Octava Región de Chile. De la muestra, cerca de la mitad correspondieron a mujeres y la otra a hombres, conformando un grupo proporcionalmente equilibrado respecto al sexo, lo cual fue relevante para evitar un sesgo de percepciones influenciadas por el sexo predominante de los participantes. Resultados similares se encontraron en otras investigaciones donde los grupos distribuidos por sexo presentaban una división bastante homogénea (21-24). Respecto a la edad, el promedio se ubicó en 55 años, coincidiendo con lo pesquisado por otra investigación, que indagó en la percepción del cuidado humanizado entregado por enfermería (21). El predominio de edad en el presente estudio puede atribuirse a que este se llevó a cabo con pacientes que presentaban patologías médico-quirúrgicas, dentro de estas últimas muchas cirugías eran electivas, por lo cual involucraron principalmente a personas más jóvenes (30).

En relación con la posible incidencia de las variables sociodemográficas en la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, no se encontraron asociaciones significativas, por lo cual las variables: días de hospitalización, sexo, edad, nivel de ingresos económicos y nivel educacional no estarían influyendo en la percepción de comportamientos de cuidado humanizado por parte de los pacientes involucrados en este estudio, hallazgos similares se encontraron en otras investigaciones (24, 31-32). Estas condiciones no son variables que permitan diferenciar la percepción, ya que todos tenían una alta percepción del cuidado humanizado y es posible que la condición de estar enfermo, hospitalizado y sentirse vulnerable no permita marcar una diferencia y puede hacer que toda ayuda sea percibida como humanizada (19). Tal vez hacer un seguimiento con estos pacientes cuando ya están de alta y en su casa podría entregar una variación en esta percepción, lo cual se sugiere para investigaciones futuras.

Si bien las variables bio-sociodemográficas no presentaron significancia estadística en relación con la percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería, toda la información emanada de la caracterización sociodemográfica de esta población surge como un aspecto de gran interés para enfermería, principalmente por su aporte a la etapa de valoración. Ya que se debe contar con herramientas que permitan comprender la realidad social de la que proviene la persona objeto de cuidado y las implicancias que estas características tienen en el plan de cuidados que se le debe ofrecer a esta y a su familia.

De esta forma el estudio reveló que el nivel socioeconómico de esta población era medio-bajo (33), evidenciado por el nivel de ingresos, donde más de la mitad del grupo recibía una remuneración mensual inferior a 300 mil pesos chilenos (380 dólares aproximadamente). Este hallazgo coincide con lo reportado por otras investigaciones en donde la mayoría pertenecían al estrato 1, es decir clase baja (20-21). Otro estudio, de resultados cercanos al de esta investigación, muestra la predominancia de la clase social perteneciente al estrato bajo-bajo y al estrato bajo (34). Relacionado con este aspecto se encuentra el nivel educacional, donde cabe destacar que el 79 % de la muestra señaló estudios que no superaban la educación técnica ni universitaria, esto evidencia un nivel bajo de instrucción. Sin embargo, todos eran alfabetos, aspecto importante a considerar por las dificultades y la vulnerabilidad que presenta este grupo de personas en relación con su proceso de enfermedad y el cuidado requerido. Pesquisas similares en otros estudios señalan que la mayoría de los participantes en investigaciones de percepción de cuidados humanizados brindados por enfermería no terminaron la primaria o no habían concluido la secundaria (20-21).

Es así como la información emanada en base al nivel de ingresos y educacional de los participantes se considera de gran relevancia para el conocimiento de enfermería, ya que esta condición está asociada a la vulnerabilidad que presentan los usuarios de los sistemas públicos de salud. Esto es consistente a lo reportado por la CEPAL (35), en donde se establece que los determinantes sociales, como el no tener acceso a educación y el trabajo precario relacionado con los bajos ingresos se vinculan a la vulnerabilidad social (35). A su vez, esta condición puede generar que las necesidades de este grupo de personas sean mayores a las presentadas por las de estratos sociales más altos, por lo cual, la/el enfermera(o) debe tener conocimiento de la realidad social de estas personas y una sensibilidad especial para poder identificar de manera oportuna y eficaz las necesidades reales de esta población.

Respecto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería, se pesquisó que esta era alta por parte de las personas hospitalizadas, lo cual evidenciaba una buena prestación de cuidados humanizados de enfermería, considerando que esta variable se midió en cuatro criterios de clasificación (muy buena, buena, regular y mala). Resultados similares se encuentran en investigaciones donde la percepción general de los comportamientos de cuidado humanizado por enfermería fue percibida como excelente (20-21, 24, 36). Este hecho podría estar dado porque en condición de vulnerabilidad toda ayuda recibida puede ser considerada como un cuidado humanizado, lo cual es transversal a toda persona o familia que cursa por el proceso de hospitalización (19), ya que por encontrarse hospitalizado en una unidad de adultos no existe menor sensibilidad por valorar esta relación directa de cuidado humanizado (19). Lo anterior, en relación con uno de los estudios realizado en una unidad pediátrica (36), donde se concluye que existe gran sensibilidad sobre aspectos que tienen relación directa con la humanización de los cuidados.

Los hallazgos por dimensión del cuidado humanizado evidenciaron que la calidad del cuidado y disposición a la atención fueron las dimensiones mejor evaluadas por los participantes, mientras que la comunicación efectiva obtuvo una menor apreciación. Este resultado puede estar influenciado por la tendencia actual que existe a nivel nacional e

internacional sobre la preponderancia de procesos acreditativos, dándole relevancia a la calidad técnico-administrativa (37). Lo anterior podría estar incidiendo de manera favorable en la calidad del cuidado que se entrega y en la disposición para la atención. Sin embargo, estos mismos procesos que implican una alta demanda para la/el enfermera/o pueden impactar de manera directa en la praxis profesional, lo cual podría estar influyendo en el menor tiempo que tiene la/el enfermera(o) para poder establecer una comunicación efectiva con las personas que tiene a su cuidado (36, 38-40).

A su vez, la calidad del quehacer del cuidado y disposición para la atención que obtuvieron una alta percepción positiva de parte de las personas hospitalizadas, a la luz de la teoría, los reactivos evaluados apuntan al trato recibido, al sentirse persona cuando es atendido, a sentir que está bien cuidado y tranquilo (25), los cuales son elementos que en la teoría de Watson están integrados en los factores del proceso caritas (10). Esto sugiere que las/los enfermeras/os en su quehacer diario realizan acciones que tributan a la mantención de una relación interpersonal de calidad con la persona que tienen a su cuidado. Sin embargo, no se debe dejar de considerar que, en este estudio, si bien fue en un porcentaje menor, existieron personas que presentaron una baja percepción a estas dimensiones. Esto podría estar dado por la sobrecarga laboral de enfermeras y enfermeros (6), por lo cual es importante velar por bienestar laboral para que este aspecto no afecte de manera negativa en la entrega de cuidados humanizados. De la misma forma, este hecho podría estar influyendo de manera negativa en la percepción de la dimensión comunicación efectiva, ya que esta, sin tener una apreciación baja, resultó ser la dimensión con mayor percepción negativa de parte de las personas hospitalizadas. Este es un aspecto que debe ser analizado en profundidad, ya que la comunicación, según la teoría de Watson (10), es el aspecto fundamental y central de la interrelación enfermera(o)-paciente (10, 18).

En el desglose por dimensiones, se logró pesquisar que se presentaba una orientación entre edad y percepción de la calidad del cuidado entregado por enfermería y aun cuando esta resultó tener leve significación estadística, la relación directa no fue potente ($r=0,175$ $p=0,033$). Este hecho impide su generalización, por lo cual este hallazgo coincide con los resultados de otro estudio en donde no se logró establecer relación entre variables sociodemográficas y la percepción de calidad del cuidado. Este fenómeno estaría dado porque el usuario, independientemente de su edad, presenta necesidades y expectativas que influyen en la percepción de la calidad del cuidado que recibe (41).

A la luz de los resultados de esta investigación, se considera de suma importancia el fortalecimiento de los aspectos más humanos, como la comunicación, en el trabajo de enfermería, ya que esta dimensión, al haber sido la de menor aprobación, revela una debilidad que debe ser abordada. Como lo plantea Watson (10), la comunicación es el pilar fundamental para fortalecer la relación enfermera-paciente, sobre todo su envoltura afectiva y comunicativa (10, 18). Aspecto destacado por los usuarios, quienes le otorgan gran importancia a la relación de cordialidad que se establece entre ellos y las/los enfermeras/os encargadas(os) de su cuidado (42-43). Esta dimensión del cuidado emerge como relevante, por lo cual es fundamental fortalecerla en el ambiente de trabajo, para que de esta forma se favorezca la entrega de cuidados humanizados por parte de la/el enfermera(o).

A su vez, se resalta la importancia que las personas hospitalizadas le otorgan a la entrega de cuidados humanizados por parte de enfermeras/os. Si bien en este estudio la percepción de este ámbito fue bien evaluado, aún existen aspectos que se visualizan como áreas de oportunidad para enfermería, como lo son buscar estrategias que mejoren los procesos de comunicación con los pacientes y fortalecer los ambientes de cuidado, tal como lo menciona Watson (10), desde una perspectiva tanto física como espiritual (10, 43). A través de este

estudio se pudo apreciar que predomina en el ser humano la necesidad de ser tratado dignamente y recibir cuidados humanizados por parte de enfermería, lo cual realza la necesidad de entregar un cuidado humano, ético y digno a todos los pacientes sin distinción. Esto plantea un desafío a enfermería frente a las desigualdades sociales que existen hoy en día en salud (41).

Conclusión

El estudio permitió evidenciar una buena percepción acerca del cuidado humanizado por parte de enfermeras/os de las personas hospitalizadas en unidades médico-quirúrgicas de tres centros hospitalarios de la Octava Región en Chile.

A su vez, se pesquisó que de las tres dimensiones que presenta el instrumento en relación al cuidado humanizado la que obtuvo mayor puntaje promedio fue la calidad del quehacer de enfermería. Esto podría estar influenciado por los actuales procesos de acreditación por los cuales han pasado los hospitales chilenos, lo cual ha exigido una entrega de cuidados de alta calidad, lo cual también puede estar afectando de manera positiva la dimensión disposición a la atención.

Sin embargo, la dimensión que obtuvo un menor promedio de percepción positiva fue la comunicación. Llama la atención que siendo esas características básicas de la comunicación el eje de los currículos de formación de enfermeras/os, parte del principio de enfermería de mantener la individualidad del ser humano y eje del proceso caritas de la teoría de Watson, alcance solo un 56,7 % de estar siempre presente. Si bien la interpretación de la escala es global, esta dimensión al sumar la categoría *siempre* y *casi siempre* alcanzó cerca de un 80 % de presencia de cuidado humanizado, no es menor que un 20 % de los pacientes declare como percepción de este cuidado solo *algunas veces* o *nunca*. Lo cual evidencia que esta es un área que debe ser fortalecida por las/os enfermeras/os, ya que es fundamental en la entrega de cuidados integrales e individualizados, pues permite una adecuada valoración y planificación de cuidados efectivos. Además, en las sociedades actuales, cada vez más individualizadas, la comunicación se convierte en una habilidad social necesaria para interactuar con el otro, lo cual es fundamental en el quehacer de enfermería, de esta forma se abre una oportunidad de mejora en relación con este ámbito.

Esta investigación ha logrado profundizar en la temática del cuidado humanizado, permitiendo tener una mayor comprensión del fenómeno de estudio y a su vez entrega información que es susceptible de poder ser profundizada en futuras investigaciones.

Como limitación del estudio se puede mencionar como aspectos a considerar el tiempo que se empleó en la presentación del proyecto de investigación a los distintos comités de ética, y el tiempo empleado en presentar este proyecto a las directivas de los tres centros asistenciales en donde se llevó a cabo el estudio.

Referencias

1. Arredondo-González C, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería* [Internet]. 2009 [citado 9 agosto 2020]; 18(1):32-36. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962009000100007>
2. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 9 agosto 2020]; 20(4):499-503. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
3. Gálvez M, Gómez J, Martín M, Ferrero M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo* [Internet]. 2017 [citado 9 agosto 2020]; 63(247):103-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es
4. Salazar O. Humanized Care: A Challenge for Nursing. *International Archives of Nursing and Health Care* [Internet]. 2018 [citado 9 agosto 2020]; 4(2). Disponible en: doi.org/10.23937/2469-5823/1510092
5. De Souza Corbani N, Passarela Brêtas A, Cassuli Matheus M. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2009 [Citado 9 agosto 2020]; 62(3):349-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>
6. Beltrán-Salazar O. Cuando las enfermeras están ausentes. *Index de Enfermería* [Internet]. 2010 [Citado 9 agosto 2020]; 19(4):240-244. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300002&lng=es
7. Beltrán-Salazar O. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 9 agosto 2020]; 34(1):18-28. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a03>
8. Pezoa M. ¿Qué elementos de la atención en salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho? Santiago: Superintendencia de Salud [Internet]. 2012 [citado 9 agosto 2020]. Disponible en: www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7392_recurso_1.pdf
9. Moreno-Fergusson M. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2013 [citado 10 agosto 2020]; 13(2):146-147. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515>
10. Watson J. *The philosophy and science of caring*. 1ª ed. Colorado: University Press of Colorado; 2008.
11. Raile M, Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
12. Eriksson K. The Theory of Caritative Caring: A Vision. *Nursing Science Quarterly*. 2007; 20(3): 201-2.

13. Duran M, Gutierrez E, Pino N, Sanchez B, Vasquez E, Villagra L. Dimensiones del cuidado. 1ª ed. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1998; p. 103-108.
14. Busch I, Moretti F, Travaini G, Wu A, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The Patient* [Internet]. 2019 [citado 10 agosto 2020]; 14(1):461–474. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
15. Beltran-Salazar O. Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2015 [citado 10 agosto 2020]; 33(1):17-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100003&script=sci_arttext&tlng=es
16. Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2007 [citado 10 agosto 2020]; 25(1):56-68. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>
17. González-Hernández O, Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado 10 agosto 2020]; 15(3):381-392. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.6>
18. Urra M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2011 [citado 9 agosto 2020]; 17(3):11-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
19. Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 10 agosto 2020]; 23(4):234-238. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>
20. Bautista-Rodríguez L, Parra-Carrillo E, Arias-Torres K, Parada-Ortiz K, Ascanio-Meza K, Villamarin-Capacho M. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3º y 4º nivel de atención. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2015 [citado 9 agosto 2020]; 12(1):105-118. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.331>
21. Romero E, Contreras I, Moncada A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2016 [citado 9 agosto 2020]; 21(1):26-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>
22. González D. Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Estudiantes de Enfermería. *Actualizaciones en Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 9 agosto 2020]; 17(2):14-21. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-172/percepcion-comportamientos-humanizado/>
23. Castelo-Rivas W, García-Vela S, Viñan-Morocho J. Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital General Santo Domingo-Ecuador. *Archivo Médico Camagüey* [Internet]. 2020 [citado 8 diciembre 2020]; 24(6):801-813. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7169>

24. Monje P, Miranda P, Oyarzún J, Seguel F, Flores E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2018 [citado 8 agosto 2020]; 24(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
25. Melita-Rodríguez A, Jara-Concha P, Pereira DI, Luengo Machuca L. Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población chilena. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2018 [citado 8 enero 2021]; 9(2):2245-56. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.531>
26. Cardona-Arias J, Ospina-Franco L, Eljadue-Alzamora A. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del whoqol-bref y el mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 14 agosto 2020]; 33(1):50-57. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/15865>
27. Ramada-Rodilla J, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México* [Internet]. 2013 [citado 10 agosto 2020]; 55(1):57-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>
28. Frías-Navarro D. Análisis de fiabilidad de las puntuaciones de un instrumento de medida. Alfa de Cronbách: un coeficiente de fiabilidad. [Internet] España: Universidad de Valencia; 2014 [citado 14 agosto 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/22648856-Apuntes-de-spss-dolores-frias-navarro-universidad-de-valencia-2014.html>
29. Hermosilla A, Mendoza R, Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm* [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Mayo 16] ; 25(4): 273-277. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&lng=es.
30. Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía* [Internet]. 2015 [citado 8 agosto 2020]; 67(2):207-213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000200017>
31. Reis C, Sena E, Fernandes M. Humanization care in intensive care units: integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2016 [citado 8 agosto 2020]; 8(2):4212-4222. Disponible en: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4212-4222>
32. Silva-Fhona J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodrigues R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015 [citado 8 agosto 2020]; 12(2):80-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>
33. Departamento de estudios sociales. Estratificación Socioeconómica en Encuestas de Hogares [Internet]. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2011 [citado 14 marzo 2020]. Disponible en: historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/estudios_y_documentos/documentostrabajo/estratificacion_socioeconomica_encuestas_hogares.pdf

34. Jiménez M, Fuentes-González N. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes diabéticos hospitalizados. *Revista Investigación en Salud Universidad De Boyacá* [Internet]. 2018 [citado 14 marzo 2020]; 5(2): 219-245. Disponible en: <https://doi.org/10.24267/issn.2389-7325>
35. Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina [Internet] Santo Domingo: CEPAL; 2016 [citado 14 marzo 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40668/4/S1600946_es.pdf
36. González-Ruiz G, Oviedo-Córdoba H, Bedoya-Idrobo L, Benavides-Peñaloza G, Dalmero-Arvilla N, Vergara-Ascanio C. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Fernando Troconis en Santa Marta. *Memorias*. 2013; 11(20):31-39.
37. Kafruni N, Castro Del Toro M. Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European foundation for quality management y el Balanced Scorecard. *Prospectiva* [Internet]. 2018 [citado 14 marzo 2020]; 16(1):91-99. Disponible en: <https://doi.org/10.15665/rp.v16i1.1468>
38. Hernández R, Moreno M, Cheverría S, Landeros M, Interrial M. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Index de Enfermería* [Internet]. 2017 [citado 9 agosto 2020]; 26(3):142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005
39. Hernández-Valles J, Moreno-Monsiváis M, Interrial-Guzmán M, Vázquez-Arreola L. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 9 agosto 2020]; 24(2817). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>
40. Germán Bes Concha, Orkaizagirre Gómara Aintzane, Huércanos Esparza Isabel, Hueso Navarro Fabiola. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad? a propósito del caso de María. *Index de Enfermería* [Internet]. 2015 [citado 14 marzo 2020]; 24(3):139-143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200005>
41. Lenis-Victoria C, Manrique-Abril F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichán* [Internet]. 2015 [citado 9 agosto 2020]; 15(3): 413-425. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.9>
42. Sanz M, Garrido L, Caro C. Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2017 [citado 9 agosto 2020]; 20(1): 66-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100009&lng=es
43. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2016 [citado 9 agosto 2020]; 7(2):1297-1309. Disponible: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

Cómo citar: Melita-Rodríguez A, Jara-Concha P, Moreno-Monsiváis MG. Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2021; 10(1): 89-105. Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2481>

Contribución de los autores: a) Concepción y diseño del trabajo, b) Adquisición de datos, c) Análisis e interpretación de datos, d) Redacción del manuscrito, e) Revisión crítica del manuscrito.

AMP ha contribuido en a, b, c, d; PJC ha contribuido en a, e.; MGMM ha contribuido en e.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.