



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA



TEMA

**CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN PACIENTES GINECOLÓGICAS ATENDIDAS EN
EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO, 2024**

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Salud Pública Mención en
Enfermería Familiar y Comunitaria**

AUTOR: Betsy Karina Tarapués García

DIRECTOR: MsC. María Ximena Tapia Paguay

ASESOR: MsC. Katty Cabascango Cabascango

IBARRA - ECUADOR

2025

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi madre Aida, quien me ha entregado su vida y me ha enseñado a no rendirme pese a las adversidades, quien ha sido mi ejemplo de lucha y fortaleza, y a quien agradezco infinitamente por brindarme su amor incondicional y estar presente siempre, dispuesta y firme para mí, a pesar de mis errores y equivocaciones, enseñándome lo bueno y lo malo de la vida y ofreciéndome siempre lo que ha estado a su alcance, quien nunca me hizo falta y a quien voy a agradecer siempre haberme hecho lo que soy ahora, una persona con valores y corazón.

A mi hermana Fer y sobrino Isma, por su amor y apoyo incondicional y demostrarme que mis metas y triunfos son motivo de alegría también para ustedes.

Betsy Karina Tarapués García

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento profundo a Dios por brindarme una nueva oportunidad de empezar otra vez y ver la vida de una manera diferente y enseñarme a valorar más todo lo que disponga en mi camino.

Mi eterno agradecimiento a mi madre Aida, por su apoyo, por cuidarme siempre y permanecer a mi lado sin importar las condiciones, gracias por darme su vida, su tiempo, su salud, su paciencia y su infinito amor. A mi padre Jorge por enseñarme a ser responsable y grabar en mi mente que mientras sea educación cualquier inversión es buena.

A mi hermana Fer, por brindarme su apoyo y estar pendiente de mí, por su ayuda en todos los sentidos, por tenerme paciencia y siempre tener la voluntad de ir al fin del mundo si es necesario por ayudarme, por siempre estar conmigo. A mi niño Isma, que, aunque no comprender totalmente todo, está conmigo, demostrándome su amor y su apoyo, por ayudarme y estar dispuesto a regalarme un abracito cuando más alivio necesito.

Mi agradecimiento infinito a mi Cris, por impulsarme a seguir estudiando, por su apoyo incondicional, por estar para mí brindándome su ayuda, acompañándome, desvelándose conmigo, cuidándome y estando pendiente de que nada me falte. Gracias por protegerme, por no dejarme sola, por tu amor y tu paciencia. Mil gracias.

A mí ángel, Kalé, por entregarme su vida y acompañarme siempre durante mi formación profesional, por su compañía, su entrega y cuidado, por no dejarme sola nunca. Fuiste ese apoyo fundamental en mi preparación y en mi vida.

A la Universidad Técnica del Norte, gracias por brindarme la oportunidad de concluir un nuevo escalón profesional, por abrirme las puertas y ofrecerme satisfactorias experiencias.

Gracias a mi tutora de tesis, Magister Ximena Tapia, quien con sus conocimientos y experiencia supo guiarme de la manera más adecuada en mi trabajo de titulación, gracias por su apoyo, paciencia y dedicación, su acompañamiento en este proceso investigativo, ha sido fundamental para obtener excelentes resultados. A mi asesora de tesis Magister Katty Cabascango, por su colaboración en la revisión de mis avances, por sus acertadas sugerencias que me permitieron concluir mi trabajo de titulación.

Un agradecimiento a la Institución de Salud que me permitió realizar este estudio en sus instalaciones y a las pacientes ginecológicas que tuvieron la predisposición de colaborar en este trabajo de investigación, por su voluntad y buenos deseos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE

LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1003519079		
APELLIDOS Y NOMBRES	Tarapués García Betsy Karina		
DIRECCIÓN	Alpachaca, Colibrí 12 50 y Machala		
EMAIL	bktarapuesg@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	062 602 664	TELÉFONO O MÓVIL:	0984238779
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	Cuidado humanizado de enfermería relacionado con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia de un Hospital Público, 2024		
AUTOR (ES):	Betsy Karina Tarapués García		
FECHA: DD/MM/AAAA	14/07/2025		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA DE POSGRADO	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magíster en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria		
DIRECTOR	MsC. María Ximena Tapia Paguay		

CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 02 días del mes de septiembre del año 2025

EL AUTOR:

Firma _____

Betsy Karina Tarapués García

APROBACIÓN DEL TUTOR Y ASESOR

Ibarra, 14 de julio de 2025

Dr. Jorge Gordón



Decano (a)Facultad de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que, revisado el Trabajo final de Grado “Cuidado humanizado de Enfermería relacionado con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia de un Hospital Público, 2024” del/de la maestrante Betsy Karina Tarapués García, de la Maestría de Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	MSc. María Ximena Tapiaaguay	 Firmado electrónicamente por: MARIA XIMENA TAPIA PAGUAY Validar únicamente con FirmaEC
Asesor/a	Lic. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango Mgtr.	 Firmado electrónicamente por: KATY ELIZABETH CABASCANGO CABASCANGO Validar únicamente con FirmaEC

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA	v
CONSTANCIAS.....	vi
APROBACIÓN DEL TUTOR Y ASESOR.....	vii
INDICE DE CONTENIDOS.....	8
INDICE DE TABLAS	12
RESUMEN.....	13
ABSTRACT	14
CAPITULO I.....	15
EL PROBLEMA	15
1.1. Problema de investigación.....	15
1.2. Interrogantes de la investigación	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4. Justificación	19
CAPÍTULO II	22
MARCO REFERENCIAL.....	22
2.1. Antecedentes.....	22
2.2. Marco Teórico	24

2.2.1. Cuidado humanizado de enfermería	24
2.2.2. Humanización de la Salud.....	25
2.2.3. Cuidado humanizado y transpersonal de Jane Watson	25
b. Teoría del Cuidado Transpersonal.....	27
2.2.4. Características del rol del profesional de enfermería.....	29
a. Comunicación	29
b. Empatía	30
c. Atención a los detalles:.....	30
d. Habilidad para resolver problemas:	31
e. Respeto:	31
f. Aprendizaje constante.....	31
2.2.5. Dimensiones del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” 3ra versión	31
a. Cualidades del hacer de enfermería	32
b. Apertura de la comunicación enfermera – paciente.....	32
c. Disposición para la atención	32
2.2.6. Población de estudio	32
a) Atención Ginecológica	32
b) Atención ginecológica en el contexto hospitalario.....	33
c) Pacientes ginecológicas atendidas en emergencia.....	33
2.3. Marco Legal.....	34
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador 2008	34
2.3.3. Ley Orgánica de Salud.....	35

2.3.4. Código de Ética de CIE para las Enfermeras	37
CAPITULO III	38
MARCO METODOLÓGICO	38
3.1. Descripción del área de estudio / Descripción del grupo de estudio	38
3.2. Enfoque y tipo de investigación.....	38
3.2.1. Enfoque	38
3.2.2. Tipo de Investigación.....	39
3.3. Procedimiento de investigación.....	40
3.3.1. Hipótesis	40
3.3.2. Definición y operacionalización de las variables.....	40
3.3.3. Métodos.....	42
d) Criterios de Inclusión y de exclusión.....	44
3.3.4. Técnicas	44
3.3.5. Instrumentos.....	45
3.3.6. Procesamiento de los datos	46
3.1. Consideraciones bioéticas.....	47
CAPÍTULO IV	48
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
4.1. Resultados.....	48
CAPÍTULO V	58
PROPUESTA	58
5.1. Introducción.....	58
5.2. Contexto del problema.....	59

5.3.	Justificación	60
5.4.	Objetivos de la propuesta	61
5.4.1.	Objetivo general	61
5.4.2.	Objetivos específicos.....	61
5.5.	Metodología.....	62
5.5.1.	Talleres de Sensibilización y Capacitación	62
5.6.	Mesas de Trabajo.....	65
5.6.1.	Estructura	65
5.7.	Adaptación e Implementación	65
5.7.1.	Adaptación arquitectónica.....	66
5.7.2.	Materiales de apoyo – Kit Intercultural por Sala	66
5.7.3.	Enfermeras/os “Enlaces Culturales”	66
5.8.	Participantes clave	66
5.8.1.	Personal de enfermería y auxiliares del servicio de emergencias ginecológicas	66
5.8.2.	Pacientes atendidas en el hospital	67
5.8.3.	Líderes comunitarios y parteras tradicionales	67
5.8.4.	Equipo de salud intercultural.....	67
5.8.5.	Organizaciones No Gubernamentales (ONG).....	67
5.8.6.	Instituciones educativas.....	67
5.9.	Cronograma	67
5.10.	Financiamiento.....	68
5.10.1.	Fondos Gubernamentales	68
5.10.2.	Organizaciones No Gubernamentales	68

5.10.3. Donaciones de empresas u organizaciones privadas	68
5.10.4. Eventos comunitarios	68
5.11. Evaluación.....	69
5.11.1. Monitoreo continuo	69
5.11.2. Encuestas post intervención	69
5.12. Conclusiones	69
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS	73
ANEXOS.....	80
Anexo 1. Operacionalización de variables	80
Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
Anexo 3. ENCUESTA.....	83

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.....	48
Tabla 2. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión	49
Tabla 3. Correlación entre el rango de edad y la puntuación total del test Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión.....	51
Tabla 4. Correlación entre la autoidentificación étnica y la puntuación total del test Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión.....	52

RESUMEN

CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN PACIENTES GINECOLÓGICAS ATENDIDAS EN EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO, 2024

Autor: Betsy Karina Tarapués García

Tutor: María Ximena Tapia Paguay

El cuidado humanizado de enfermería es la capacidad de brindar atención más allá de la mirada biomédica, promoviendo la comunicación, respeto y empatía, ayudando a personas sanas o enfermas a mejorar su condición física, mental y emocional. **Objetivo:** Determinar el cuidado humanizado de enfermería en relación con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia en un Hospital Público, 2024. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo, correlacional y transversal, la muestra finita estuvo conformada por 132 pacientes, se estableció un muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento validado que se utilizó “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ª versión, mostró alta fiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,96. **Resultados:** Se identificó mayor concentración de pacientes entre los 26 y 32 años (39,4%), mayoritariamente con estado civil unión libre (36,4%), predominando la instrucción secundaria (59,1%), en su mayoría mestizas (75%), de nacionalidad ecuatoriana (91,7%). En relación al total del PCHE, se evidenció que la mayoría siempre percibió estos comportamientos (40,9%), mientras que, por dimensiones se observó que mayoritariamente perciben las cualidades del hacer de enfermería (72%), la apertura a la comunicación también es percibida por más de la mitad de participantes (56,1%) y finalmente la disposición para la atención revela que solo el (33,3%) percibieron este comportamiento, siendo la dimensión más crítica. **Conclusiones:** La edad y la puntuación total del test mostró una asociación positiva muy débil, con un coeficiente ($r=0,149$), revela que no existe una correlación estadísticamente significativa y podría deberse al azar. Sin embargo, el análisis reveló que entre la autoidentificación étnica y percepción del cuidado humanizado existe una correlación estadísticamente significativa ($r=0,197$, $p=0,024$), lo que sugiere, a mayor identificación de grupos étnicos específicos, tiende a existir una percepción más favorable hacia los comportamientos del cuidado humanizado.

Palabras clave: Cuidado humanizado, pacientes ginecológicas, factores sociodemográficos, correlación

ABSTRACT

HUMANIZED NURSING CARE RELATED TO SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS IN GYNECOLOGICAL PATIENTS SEEN IN THE EMERGENCY CARE UNIT OF A PUBLIC HOSPITAL, 2024

Author: Betsy Karina Tarapués García
Tutor: María Ximena Tapia Paguay

Humanized nursing care is the ability to provide care beyond the biomedical perspective, promoting communication, respect, and empathy, helping healthy or sick people improve their physical, mental, and emotional condition. Objective: To determine humanized nursing care in relation to sociodemographic factors in gynecological patients seen in the emergency unit of a public hospital, 2024. Methodology: This study was quantitative, non-experimental, descriptive, correlational, and cross-sectional. The finite sample consisted of 132 patients, and a non-probability convenience sample was used. The validated instrument used, "Perception of Humanized Nursing Care Behaviors (PCHE) 3rd version, showed high reliability with a Cronbach's alpha of 0.96. Results: A higher concentration of patients between 26 and 32 years old (39.4%) was identified, mostly with civil union status (36.4%), predominantly secondary education (59.1%), mostly mestizo (75%), of Ecuadorian nationality (91.7%). In relation to the total of the PCHE, it was evident that the majority always perceived these behaviors (40.9%), while, by dimensions, it was observed that they mostly perceive the qualities of nursing practice (72%), openness to communication is also perceived by more than half of the participants (56.1%), and finally, the willingness to care reveals that only (33.3%) perceived this behavior, being the most critical dimension. Conclusions: Age and the total score of the test showed a very weak positive association, with a coefficient ($r=0.149$) reveals that there is no statistically significant correlation and it could be due to chance. However, the analysis revealed a statistically significant correlation between ethnic self-identification and perception of humanized care ($r=0.197$, $p=0.024$), suggesting that the greater the identification with specific ethnic groups, the more favorable the perception of humanized care behaviors.

Keywords: Humanized care, gynecological patients, sociodemographic factors, correlation

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Problema de investigación

De acuerdo a la autora Jean Watson representante de la teoría del cuidado humano el campo de la salud es un entorno dinámico y flexible el cual requiere premisas preventivas para evitar la desestabilización de sus bases humanas y científicas que pueden generar problemas en la humanización de la atención, por lo que es necesario que se rescate la cualidad humana en el profesional de enfermería (Escobar & Cid, 2018, pág. 2).

Méndez, (2025), destaca que el cuidado humanizado mejora la calidad y experiencias del paciente mediante empatía y comunicación efectiva, pero enfrenta barreras como la sobrecarga laboral y falta de formación continua en habilidades socioemocionales. Santos Holguín & Lascano Espinoza, (2023), señalan que la atención humanizada debe ir más allá de la mirada biomédica, promoviendo la comunicación, el respeto y la empatía como ejes fundamentales para una práctica integral y centrada en el paciente. Por ello es relevante conocer si los profesionales de enfermería aplican el cuidado humanizado en la atención sanitaria. El Consejo Internacional de Enfermería CIE, (2020), refiere que la enfermera tiene la función de evaluar las respuestas ante la situación actual de salud y ayudar en el cuidado de las personas sanas o enfermas, enfocándose en contribuir en la recuperación del estado de salud o a una muerte digna

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), señala que los profesionales de enfermería lideran de la prestación de servicios de salud y desempeñan un papel vital en la atención centrada en las personas y la comunidad. En muchos países, son figuras clave en equipos médicos multiprofesionales y multidisciplinarios. El Consejo Internacional de Enfermería CIE, (2020), define la enfermería, como parte del sistema de atención integral de salud, sus actividades se enfocan en promover la salud, prevenir enfermedades y cuidar a pacientes con patologías físicas, mentales y discapacidades, en todos los ciclos de vida, entornos de atención y ámbitos comunitarios.

En Latinoamérica, Gutiérrez Vásquez & Lázaro Alcántara, (2019) en Perú, destacan que, aunque el cuidado corresponde a todo el equipo de salud, el personal de enfermería es quien permanece más tiempo en contacto con el paciente. La enfermera que brinda cuidado directo requiere poseer cualidades empáticas y capacidad de comprensión, para establecer una interacción individualizada con objetivos compartidos. Este cuidado debe ser de calidad y con calidez humana y afecto, contribuyendo no solo a la mejora del estado físico, sino también del bienestar emocional y espiritual, con la finalidad de trascender la enfermedad para priorizar a la persona.

A nivel nacional, Vásquez et al., (2022), señalan que el cuidado humanizado es esencial en enfermería, al integrar compromiso científico, ético y moral para garantizar trato digno, escucha activa y mayor confort del paciente. Tras aplicar el instrumento Evaluación de comportamientos de cuidado, los resultados mostraron un elevado porcentaje (97,1%) de atención óptima y en menor porcentaje (2,9%) moderada, por lo que concluyen que el personal

de enfermería mantiene estándares homogéneos y de calidad en los servicios evaluados.

Además, destacan que el paciente posee capacidad de decisión y requiere acompañamiento activo, no solo recepción pasiva de información. Este enfoque permite al individuo identificar soluciones a su situación particular, ya que actualmente, la creciente deshumanización en enfermería y atención sanitaria no solo erosiona el cuidado humanizado, sino que genera conflictos éticos en decisiones complejas, afectando directamente la evolución y recuperación del paciente en los servicios de salud

En la actualidad de acuerdo con lo mencionado por Cruz Riveros, (2020, pág. 24), los sistemas de salud intentan brindar un cuidado de calidad y con calidez en todos los ámbitos: “directo (cambios del estado de salud), indirecto (relacionado a los recursos), percibida (basado en la percepción del individuo y familia) y demostrada (basada en indicadores), medido en variados sistemas con el indicador satisfacción usuaria”, por lo que las necesidades sanitarias de la población se rigen bajo las normativas de los sistemas de salud de cada país, lo que quiere decir que se establece de acuerdo al contexto político y social de dicha nación, garantizando los derechos de las personas, dignidad, respeto por la vida, entre muchas características.

La evidencia indica que el cuidado humanizado en enfermería depende fundamentalmente de competencias profesionales como empatía, comunicación efectiva, escucha activa que contribuyan a mejorar las necesidades sanitarias de la población, por esta razón la problemática que se pretende resolver es: ¿Cuál es la relación del cuidado

humanizado de enfermería y los factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia en un Hospital Público, 2024?

1.2. Interrogantes de la investigación

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las pacientes ginecológicas atendidas en emergencia en un hospital público, 2024?

2. ¿Cuál es la dimensión del cuidado humanizado de enfermería otorgado a pacientes que reciben atención ginecológica en emergencia en un Hospital Público, 2024?

3. ¿Cuáles son las estrategias de enfermería que favorecerían el cuidado humanizado en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el cuidado humanizado de enfermería en relación con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia de un Hospital Público, 2024

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los factores sociodemográficos de las pacientes ginecológicas atendidas en Emergencia.
- Evaluar dimensiones del cuidado humanizado de enfermería otorgado a pacientes que recibe atención ginecológica en Emergencia.
- Proponer estrategias de enfermería que favorezcan el cuidado humanizado en pacientes

ginecológicas atendidas en Emergencia.

1.4. Justificación

El presente estudio, contribuyó científicamente con datos que permitieron analizar la importancia de la relación del cuidado humanizado de enfermería y los factores sociodemográficos en pacientes que ingresaron a emergencia para atención ginecológica, es importante reiterar que la disciplina enfermera posee la particularidad de la atención basada en el humanismo. En la actualidad se han realizado varias investigaciones relacionadas al cuidado humanizado a nivel nacional, sin embargo, en la ciudad no existen estudios realizados con este enfoque, por lo que fue de valor significativo recolectar evidencia sobre la práctica del cuidado humanizado del personal enfermero.

Además, el estudio fortaleció la relación entre el profesional de enfermería y el paciente, analizando las características sociodemográficas como factor relevante. Mejoró la calidad del cuidado humanizado al vincularlo con los modelos y teorías de enfermería, reforzando su importancia en la formación académica inicial y en la práctica profesional. Logrando preservar la esencia del arte del cuidado en enfermería dentro del terreno profesional, incrementando así esta esencia de la enfermería en el arte del cuidado.

Este estudio abordó desde una perspectiva social y sanitaria la necesidad de brindar atención integral con equidad. Se centró en el cuidado humanizado de enfermería como base para mejorar la calidad asistencial y holística que considere al paciente en su dimensión física, emocional y espiritual. La realidad actual muestra un deterioro en la humanización de la

atención sanitaria debido a diversos factores: escasez de personal que impide brindar una atención personalizada, carencia de empatía, falta de insumos básicos, deficiente implementación tecnológica y pérdida progresiva del enfoque humanístico en el cuidado directo del paciente.

Las pacientes ginecológicas atendidas en emergencia de un Hospital Público constituyeron la población directamente beneficiaria. Se seleccionó una muestra representativa durante un período específico, considerando la elevada afluencia de casos que requerían atención inmediata, esta característica facilitó la recolección de numerosas experiencias tanto de pacientes como de familiares. El estudio permitió analizar la relación entre el cuidado humanizado de enfermería y los factores sociodemográficos en dicho contexto institucional.

El estudio sobre cuidado humanizado de enfermería y su relación con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia es factible desde el punto de vista técnico - científico, al basarse en evidencia previa que respaldó la importancia del cuidado humanizado de enfermería dentro de los servicios de alta vulnerabilidad como son las emergencias ginecológicas. Además, el diseño metodológico cuantitativo, permitió evaluar de manera sistemática variables como edad, estado civil, nivel de instrucción, autoidentificación étnica y nacionalidad, y como estas pueden influir en la percepción del cuidado humanizado de enfermería.

Es viable debido a la accesibilidad de la población objetivo y la disponibilidad de recursos. El hospital público seleccionado cuenta con un flujo constante de pacientes

ginecológicas en el servicio de emergencia, lo que facilitó la colaboración de las participantes. Además, el tiempo estimado para la recolección de datos es realista, no implicó costos elevados, ya que se utilizó un instrumento validado Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3^a versión como escala de evaluación. La combinación de estos factores garantizó que la investigación se ejecute con rigurosidad y aportó resultados relevantes para mejorar la calidad de la atención.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

En América Latina se han realizado diversos estudios, que han mejorado la capacidad de brindar cuidados humanizados en atención hospitalaria y la percepción de los usuarios de la misma. Estas investigaciones se han enfocado en obtener datos cuantitativos en cuanto a la percepción del cuidado desde el observar del paciente con la finalidad de evaluar el actuar enfermero dentro de este ámbito.

Fernández-Silva et al., (2022), menciona en su estudio realizado en Chile, “percepción de los pacientes hospitalizados respecto al cuidado de enfermería”, que la atención humanizada o el cuidado humanizado significa el interactuar entre conocimientos, ciencia y valores de cada ser humano para poder brindar una asistencia de calidad que dirigido exclusivamente al individuo, reconociendo al otro como igual a sí mismo.

Fernández-Silva et al., (2022) demostró que el cuidado humanizado en enfermería resultó fundamental para la recuperación tanto del paciente en situación vulnerable como de la familia, generando mejoras significativas en los ámbitos físico, emocional y psicológico. Por su parte Delgado & Pérez, (2020), destacaron que la atención de enfermería debe preservar la salud y la vida de las personas, por lo tanto, cuando estas necesidades no se cubren adecuadamente, se afecta integralmente al individuo. Por ello, el personal de enfermería debe trascender el enfoque curativo, ofreciendo una atención holística que promueva el bienestar físico, mental y espiritual

del paciente.

En un estudio realizado en Bogotá, Joven et al., (2019), sobre el cuidado humanizado dentro de la unidad de cuidados intensivos, señaló que la interacción entre tecnología, personal de salud y paciente puede debilitar la conexión humana. La necesidad de dominar competencias técnicas, cognitivas, habilidades y prácticas en el manejo de equipos y nuevas tecnologías, reduce el contacto directo con el usuario, priorizando procedimientos sobre la atención integral, esto genera un enfoque deshumanizado, donde el paciente se percibe como una serie de tareas por ejecutar, en lugar de un ser humano con necesidades físicas y emocionales.

Actualmente, a nivel nacional existen varias investigaciones realizadas desde la misma perspectiva y el mismo enfoque que han buscado obtener datos reales de la situación en varias instituciones y servicios en el país, como mencionó Castelo Rivas et al., (2020), en su estudio realizado en Santo Domingo. Ecuador, el cuidado humanizado se basa en la calidad de cuidado que el personal de enfermería brinda al paciente, mostrando sensibilidad, responsabilidad, con ética, respeto, incrementando así el valor y la dignidad de la vida humana, mientras que Vásquez et al., (2022), en su estudio realizado en Milagro, Ecuador, evidenció que el cuidado humanizado que recibieron los pacientes hospitalizados por parte del personal de enfermería fue óptimo, demostró que existe interés personal de la enfermera para brindar dichos cuidados, compartir con los usuarios, proporcionar ayuda y apoyo, demostrando empeño y satisfacción en su desempeño.

Todos los trabajos considerados en esta investigación, evidencian el valor significativo del tema de estudio desde el presente enfoque, los cuales con la obtención de resultados han

buscado garantizar una mejor búsqueda, análisis de información y obtener mejores conocimientos, para así lograr obtener resultados confiables y de esta manera poder proporcionar estrategias que favorezcan a mejorar la calidad de la atención y del cuidado humanizado.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Cuidado humanizado de enfermería

Carreto Cordero et al., (2021), menciona que el cuidado humanizado de enfermería es un enfoque integral de atención, se concibe como una acción que va más allá de lo técnico, manifestando una genuina dedicación por el otro. Este enfoque trasciende la atención a la enfermedad, por lo que busca comprender a la persona en su integridad, se centra en la dignidad, respeto y necesidades emocionales, físicas y espirituales del paciente, basándose en la empatía, compasión y relación terapéutica, lo que le otorga un sentido profundo y distintivo a la labor enfermera.

Borges et al., (2021), explica el cuidado humanizado como la esencia de la enfermería, misma que sustenta el Proceso de Atención de Enfermería como método científico, pero busca restablecer el equilibrio del paciente a través de satisfacer sus necesidades, integrando dimensiones humanas. Esta práctica reconoce al ser humano como un eje en el proceso de salud – enfermedad, fusionando ciencia y humanismo, enfocándose de manera individual de forma que garantice una atención holística que da la misma importancia tanto a necesidades físicas como emocionales del individuo, además este considera que debe existir un acompañamiento, escucha activa y trato digno, que se centren en favorecer el confort y la recuperación del paciente.

La enfermería cumple un papel esencial al ser reconocida globalmente como la disciplina centrada

en el cuidado, cuyo objetivo principal es brindar atención integral a individuos, familias y comunidades, posicionando al cuidado como un fundamento de la práctica profesional, definido como un proceso interactivo y adaptativo entre el profesional y el paciente. (Melita-Rodríguez et al., 2021)

2.2.2. Humanización de la Salud

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, (2022), menciona que la humanización en salud es un fenómeno multifactorial que abarca desde las dimensiones políticas y culturales hasta los procesos organizativos del sistema sanitario, este incluye la capacitación de los profesionales, un diseño de intervenciones personalizadas y los mecanismos de garantía de calidad, este proceso trasciende lo operativo convirtiéndose en una postura más ética que demanda una atención permanente sobre los modelo de atención, impulsando la asistencia sanitaria a priorizar las necesidades reales del paciente, reconociendo la inherente vulnerabilidad de las personas durante su enfermedad, buscando preservar la dignidad mediante prácticas clínicas adecuadas.

2.2.3. Cuidado humanizado y transpersonal de Jane Watson

a. Jane Watson

Margaret Jean Watson, nació en 1940 en Estados Unidos de América, inició su formación en enfermería en la escuela Lewis Gale en Virginia, donde se graduó en 1961. Posteriormente continuó sus estudios en la Universidad de Colorado, obteniendo su título de licenciada en enfermería en 1964, una

maestría en salud mental y psiquiatría en 1966, y un doctorado en psicología educativa y asesoramiento en 1973. A lo largo de su carrera fundó Center for Human Caring en Colorado y Feu Fellow de la American Academy of Nursing, y en 2007 estableció el Watson Caring Science Institute, organización sin fines de lucro dedicada a promover la ciencia del cuidado humano. Reconocida a nivel internacional con varios doctorados honoris causa en países como Suecia, Reino Unido, España y Canadá, autora y coautora de 14 libros sobre enfermería y cuidado humanizado (Valencia Contrera & Melita Rodríguez, 2022).

Valencia Contrera & Melita Rodríguez, (2022), destacan que la evolución de la teoría de Watson sobre cuidado humanizado se refleja en sus obras. Su primera publicación, *Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado* 1997, queda sentado las bases de su enfoque, inspirándose en los factores curativos de Yalom para desarrollar 10 factores caritativos que considera fundamentales en la práctica enfermera. En 1985, profundizó en los aspectos filosóficos y conceptuales del cuidado en su segundo libro. En 1999, presentó un modelo contemporáneo para la enfermería del siglo XXI, influenciado por experiencias personales que fortalecieron su visión humanista y espiritual, destacando la importancia de la empatía y la conexión profunda en la atención clínica.

Watson, además, diseñó instrumentos para evaluar el cuidado en enfermería, que recopiló en su libro en 2002, con la finalidad de mejorar la práctica profesional. En 2005, su obra *Cuidar la ciencia como ciencia sagrada* exploró la dimensión espiritual del cuidado, promoviendo el desarrollo personal y la comunicación consciente entre profesionales. La teoría de Jane Watson se centra en 10 factores caritativos, que han evolucionado hacia el proceso caritas, manteniéndose dentro de un contexto del cuidado como práctica integral, ética y espiritual. Es lo que diferencia a la enfermería de la medicina, resaltando la importancia del amor, la atención afectuosa y la vocación en la relación entre enfermero y paciente, fundamentos de la ciencia del cuidado humano propuesta por Watson (Valencia Contrera & Melita Rodríguez, 2022).

b. Teoría del Cuidado Transpersonal

Gutiérrez Berríos & Gallard Muñoz, (2019), destaca que Watson menciona que el cuidar es el eje principal de la función de enfermería, que tiene la finalidad de mantener o restaurar la salud y apoyar en el proceso de la vida y en el momento de la muerte. La teoría del cuidado humano guía el compromiso profesional bajo normas éticas, que se consideran un factor esencial de motivación en el proceso de tratamiento, la calidad del trabajo de enfermería se basa en la relación que tiene la enfermera y el paciente y el conocimiento humano que se rige en respuesta a las necesidades, esfuerzos y limitaciones, además de brindar consuelo y empatía al momento de brindar atención.

Además se menciona que Watson considera a la enfermería como una ciencia y un arte humano, que implica amor incondicional y cuidado que son necesarios para el desarrollo y mantenimiento de la salud humana, que el amor y el cuidado por uno mismo precede al amor y cuidado por los demás, que el aspecto curativo de la actividad de la enfermera no es un fin en sí mismo pero forma parte del tratamiento; además Watson toma en consideración que el objetivo de la enfermería, según el enfoque de cuidados, es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad, brindando cuidados personalizados de calidad y con calidez, enfocado en la recuperación del individuo de una manera holística, que permita verlo como un todo, es decir, un ser constituido de mente cuerpo y espíritu (Gutiérrez Berríos & Gallard Muñoz, 2019).

Vera et al., (2020) menciona en su estudio que la teoría del cuidado transpersonal de Jane Watson, favorece a incrementar la sensibilidad del profesional hacia aspectos humanos. Implementar y ejecutar la esencia de la teoría, debe iniciarse desde el proceso de formación de todo enfermero, ya que, a partir de la preparación universitaria es en donde el estudiante fortalece

las competencias profesionales, buscando autonomía, compromiso social, pensamiento crítico con la finalidad de contribuir al desarrollo de la profesión.

- Supuestos básicos de la teoría de Watson

En el estudio de Valencia Contrera & Melita Rodríguez, (2022), se menciona la propuesta de Watson de 10 factores del cuidado, que fueron trasladados al Proceso Caritas de Cuidados, donde se ofrece un lenguaje más claro, que permitan comprender de manera más sencilla las experiencias humanas y procesos de vida y facilitar el comprender de los cuidados de enfermería como ciencia y arte de cuidar. Estos supuestos se enfocan en la espiritualidad de las personas y la vida, la capacidad a la adaptación al crecimiento y cambio, el respeto y estima por las personas y la vida, la libre toma de decisiones y la importancia de la interacción enfermera/o – paciente, dando significado a las emociones y sentimientos que permitan una estadía compartida.

En este contexto, se menciona que los supuestos básicos de la ciencia del cuidado de enfermería según Watson son:

Nº1 El cuidado solo puede demostrarse y practicarse efectivamente interpersonalmente; Nº2 El cuidado consiste en factores cautelares que resultan en la satisfacción de ciertas necesidades humanas; Nº3 El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento individual o familiar; Nº4 Las respuestas afectuosas aceptan a una persona no solo como son ahora, sino como lo que él o ella pueden llegar a ser; Nº5 Un ambiente de cuidado es aquel que ofrece desarrollo de potencial mientras le permite a la persona elegir la mejor acción para sí misma, en un momento dado; Nº6 El cuidado es más saludable que el curar; Nº7 La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Valencia Contrera & Melita Rodríguez, 2022).

- Metaparadigmas

Watson en relación al metaparadigma plantea los conceptos fundamentales de enfermería, salud persona y entorno, mismos que están interconectados y muestran una interacción dinámica entre ellos dentro de su teoría. Define la persona como un ser espiritual que existe en el mundo, mientras que la salud se entiende como la integración y equilibrio entre mente cuerpo y alma. El entorno abarca el ambiente mental, físico, social y espiritual que brinda apoyo, protección o corrección. Por su parte, la enfermería se concibe como una ciencia humana que estudia a las personas y las experiencias de salud y enfermedad, medidas por relaciones profesionales, personales, científicas, estéticas y éticas centradas en el cuidado humano (Valencia Contrera & Melita Rodríguez, 2022)

2.2.4. Características del rol del profesional de enfermería

El profesional de enfermería debe poseer como eje fundamental para el desempeño de su profesión ciertas características que lo hacen diferente, el hecho de permanecer en mayor contacto con el paciente y no solo durante el tratamiento, sino que además en el trayecto de recuperación de la salud o a su vez durante el proceso de pérdida de la vida o muerte, hace que el personal encargado de brindar cuidados dentro de todas las etapas y en todos los ámbitos sanitarios tenga la habilidad de establecer una conexión más profunda con el individuo que está recibiendo el cuidado, las características que se mencionan son las siguientes:

a. Comunicación

La habilidad de comunicarse que tenga el personal de enfermería es uno de los requisitos más

importantes dentro de su rol de cuidador, ya que es necesario para cumplir instrucciones, comunicarlas al paciente y comunicarse con el mismo y la familia si es necesario, refiriéndose con lo mencionado anteriormente a personas que se encuentren en un estado de salud delicado y no tengan las condiciones adecuadas para expresarse, en este sentido, la enfermera brinda apoyo y un cuidado eficaz que permita anticiparse a posibles problemas y complicaciones posteriores (Home, 2021).

b. Empatía

La empatía se define como la capacidad de una persona de escuchar y entender los sentimientos de otra persona, en el ámbito enfermero es importante prestar atención a lo que el paciente refiere y tratar de entender las causas del malestar, ya que no solo puede ser físico y causado por la enfermedad, esto no quiere decir que el personal de enfermería debe permanecer en total acuerdo con lo que el paciente o su familiar soliciten o piensen, tampoco es necesario apoderarse del dolor y sufrimiento hasta llegar a extremos, evitando que esto afecte de manera personal, todo esto, con la finalidad de hacer sentir al paciente escuchado e importante sin lugar a ser juzgado y reconociendo a cada individuo como un ser con su propio conjunto de valores, perspectivas y experiencias (Home, 2021).

c. Atención a los detalles:

En el servicio de salud, el prestar atención a los detalles juega un papel fundamental, ya que, el personal de enfermería debe prestar atención a las instrucciones y cumplirlas como se debe, además que este profesional debe estar en la capacidad de percibir los cambios bruscos y sutiles en el estado de salud del paciente que permita alertar al resto de personal de salud y evitar un evento adverso grave posterior y eventualmente una hospitalización prolongada innecesaria (Home, 2021).

d. Habilidad para resolver problemas:

El personal de enfermería necesita poseer un criterio propio y juicio clínico, además de la capacidad de pensar y resolver los obstáculos rápidamente, nunca los pacientes son iguales por más que las condiciones y patologías sean las mismas, por lo que una enfermera/o permanece constantemente resolviendo de manera individual los problemas que se presenten, debe tener la capacidad de decidir bajo presión y responder de manera adecuada y oportuna a sucesos inesperados de la mejor manera y que sea efectiva (Home, 2021).

e. Respeto:

El respeto es esencial en enfermería puesto que resulta de mucha relevancia respetar los límites establecidos para el cuidado, esta cualidad se observa en el cumplimiento de órdenes médicas, la confidencialidad, el cuidado de la intimidad, entre varias más (Home, 2021).

f. Aprendizaje constante

Los cambios en cuanto a tecnología y avances médicos cada vez están avanzando con mayor rapidez, por lo que el personal de enfermería debe poseer la curiosidad que haga que se desarrollen habilidades y destrezas en cuanto a avances tecnológicos y que le permita aprender cosas nuevas (Home, 2021).

2.2.5. Dimensiones del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” 3ra versión

a. Cualidades del hacer de enfermería

En el artículo de González-Hernández, (2015), describe este concepto como las cualidades y valores esenciales que debe poseer el personal de enfermería al proporcionar cuidados. Entre estos aspectos destaca la capacidad de generar en el paciente sensaciones de bienestar y confianza, lo que permite establecer una relación basada en el respeto mutuo entre enfermera y pacientes.

b. Apertura de la comunicación enfermera – paciente

González-Hernández, (2015), describe esta categoría como la capacidad del personal de enfermería para abrirse a un proceso dinámico esencial para el desarrollo y la modificación de conductas. Esta apertura facilita la interacción con el paciente mediante la comunicación y las habilidades necesarias para fortalecerla, enfocándose en la escucha activa, diálogo fluido, presencia constante y comprensión profunda de las personas que reciben el cuidado.

c. Disposición para la atención

Esta dimensión enfatiza la actitud proactiva y la capacidad de atender las necesidades expresadas por el paciente, superando la simple observación. Requiere una inmersión auténtica en la experiencia del individuo para identificar sus requerimientos y fortalecer la conexión entre el profesional de enfermería y el paciente (González-Hernández, 2015).

2.2.6. Población de estudio

a) Atención Ginecológica

La atención ginecológica se encarga del cuidado del aparato reproductor femenino, en su estado completo, que abarca desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento de diversas patologías. Carvajal & García, (2025), en el Manual de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile mencionan que esta disciplina incluye evaluaciones clínicas, técnicas avanzadas de imagen y métodos diagnósticos para conocer condiciones como alteraciones menstruales, infecciones, endometriosis, cáncer y diferentes estados ginecológicos, además, perfiles genéticos y hormonales incluyendo todo lo relacionado con el embarazo, parto y puerperio, lo que permite adaptar los tratamientos a las características individuales de cada mujer que es atendida, con efectividad y seguridad. Considerando abordar aspectos emocionales y sociales con la finalidad de ofrecer una atención integral que cubra la salud sexual y reproductiva en todas las etapas de la vida.

b) Atención ginecológica en el contexto hospitalario

En el ámbito hospitalario la atención ginecológica se fundamenta en protocolos respaldados por evidencia científica actualizada, que garantice la calidad y el respeto hacia las pacientes ginecológicas, en el Manual de Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco – obstétrica Ministerio de Salud Pública, (2023), se establece normas para brindar un trato digno y libre de violencia, conforme a estándares nacionales e internacionales.

c) Pacientes ginecológicas atendidas en emergencia

Loaiza & Floreano, (2025) destaca que la atención de pacientes ginecológicas en emergencia constituye un aspecto importante dentro de la ginecología hospitalaria, puesto que, al presentarse diversas complicaciones requieren una intervención rápida y efectiva con la finalidad de evitar mayores

complicaciones. Lo que se ve respaldado por la Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna semana 24 Ministerio de Salud Pública, (2025) que señala que las emergencias ginecológicas constituyen una proporción significativa de las consultas hospitalarias, aunque las cifras varían de acuerdo a la región y el tipo de urgencia, lo que hace a esta población un objetivo de importancia para la realización del presente estudio para contribuir a mejorar la calidad del servicio y a su vez la calidad del cuidado.

2.3. Marco Legal

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución de la República del Ecuador es el principal sustento legal del Estado, misma que consagra los derechos a la vida y a la salud, derechos económicos y socioculturales que acogen a todos los ecuatorianos y ecuatorianas.

Se menciona en el 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”(Asamblea Nacional de la Republica del Ecuador, 2008, pág. 17).

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 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 (Asamblea Nacional de la Republica del Ecuador, 2008).

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

La última reforma de la Ley Orgánica de Salud. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2022), establece:

Capítulo I del Derecho a la Salud y su Protección

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 (pág. 2).

Capítulo II de la Autoridad Sanitaria Nacional, sus Competencias y

Responsabilidades

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo a sus condiciones particulares.

Capítulo III Derechos y Deberes de las Personas y del Estado en Relación con la Salud

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

h) (Sustituido por la Disp. Reformatoria Tercera de la Ley s/n, R. O. 53-2s, 29-IV-2022).

- Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento informado por escrito, o por cualquier otro medio adecuado y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en las cosas de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona o para la salud pública. Las niñas, adolescentes, mujeres y personas de la diversidad sexogenérica con posibilidad de gestar pueden expresar de manera libre y autónoma, su deseo de

interrumpir voluntariamente el embarazo en caso de violencia, según lo establecido en la Ley de la materia.

2.3.4. Código de Ética de CIE para las Enfermeras

El Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2021), define cuatro deberes clave para los profesionales de enfermería: las enfermeras y los pacientes u otras personas que requieran cuidados o servicios, las enfermeras y la práctica, las enfermeras y la profesión, las enfermeras y la salud global. Estas responsabilidades guían acciones para promover la salud, prevenir enfermedades, restaurar el bienestar y aliviar el sufrimiento.

a) Las enfermeras y los pacientes u otras personas que requieran cuidados o servicios

El personal de enfermería debe brindar cuidados que respeten los derechos humanos y reconozcan las creencias culturales y espirituales de individuos, familias y comunidades. Es imprescindible conceder información clara, suficiente y adecuada culturalmente, que garantice el consentimiento a la aplicación de cuidados y el tratamiento correspondiente, la confidencialidad de la información debe protegerse rigurosamente, y la enfermera debe manejar con discreción cualquier dato compartido. Este compromiso ético asegura una atención digna, humanizada y centrada en la (CIE, 2021).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio / Descripción del grupo de estudio

El Hospital Público en el que se realizó el estudio en el contexto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2017), tiene como misión “Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia social” (Pág. 9). Y como visión, “Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente” (Pág. 8)

3.2. Enfoque y tipo de investigación

3.2.1. Enfoque

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, no experimental.

Según (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, 2014), el enfoque cuantitativo se caracteriza por ser un método estructurado y sistemático de análisis e interpretación de datos

que busca comprobar hipótesis, cuantificar fenómenos y reflejar la realidad de manera precisa, mediante la recolección de datos numéricos sobre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia y como los factores sociodemográficos pueden influir en la experiencia del cuidado recibido, mediante la aplicación de un instrumento validado aplicado a la muestra en estudio, mismo que permitió cuantificar el problema y comprender las dimensiones de una manera integral.

De diseño no experimental porque consiste en observar y analizar las variables en su estado natural, es decir, sin que exista una modificación o manipulación deliberada de variables, sin intervenir en el contexto ni alterar los factores que influyen en el fenómeno de la percepción del cuidado humanizado (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, 2014).

3.2.2. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y transversal

- a) Descriptivo. – Se basa en describir los fenómenos, situaciones, sucesos y contextos, relacionados con la influencia que pueden tener los factores sociodemográficos en la percepción del cuidado humanizado de enfermería, es decir, puntualizar como son y se manifiestan, pacientes ginecológicas en relación a los factores sociodemográficos. Este estudio permitió describir la experiencia de las pacientes conforme se desarrollan en la atención clínica diaria (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, 2014).
- b) Correlacional. – Tiene como finalidad asociar variables, responder preguntas de investigación y conocer la relación o de qué manera pueden asociarse la percepción del cuidado humanizado con la edad y que influencia posee la autoidentificación étnica en

la percepción del cuidado recibido, es decir, dos o más variables en una muestra o contexto en particular (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, 2014).

- c) **Transversal.** – Se realizó la recolección de datos en un espacio y tiempo determinado, con la finalidad de describir las variables y realizar la interrelación en un momento dado (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, 2014). Por lo que se logró establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la percepción del cuidado humanizado de enfermería en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia.

3.3. Procedimiento de investigación

3.3.1. Hipótesis

- a) H_i: Los factores sociodemográficos se relacionan con el cuidado humanizado de enfermería
- b) H₀: Los factores sociodemográficos no se relacionan con el cuidado humanizado de enfermería
- c) H específica 1: Existe una relación significativa entre la edad y la percepción del cuidado humanizado de enfermería.
- d) H específica 2: Existe una relación significativa entre la autoidentificación étnica y la percepción del cuidado humanizado de enfermería

3.3.2. Definición y operacionalización de las variables

a) **Definición conceptual de las variables**

- **Factores sociodemográficos**

Martínez Fierro et al., (2018) refiere que los factores sociodemográficos “ son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de familia”.

- **Cuidado humanizado de enfermería**

“El campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consiste en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo” (Gutiérrez Berríos & Gallard Muñoz, 2019, pág. 131).

b) **Definición operacional de variables**

- **Factores sociodemográficos**

Se considerará los siguientes factores: edad, etnia, nacionalidad, estado civil e instrucción, además de años de experiencia que se aplicará solo para el personal de enfermería

- **Cuidado humanizado de enfermería**

Para esta investigación se usó el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ra versión, que evalúa las características de la atención de enfermería en el ámbito hospitalario, el mismo que posee tres dimensiones para obtener los resultados, como son: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera/o – paciente y disposición para la atención; este instrumento es válido y confiable para su aplicación dentro del ámbito hospitalario.

c) Operacionalización de variables

Ver Anexo 1.

3.3.3. Métodos

a) Universo

La población a la que se realizó el estudio está comprendida por aproximadamente 200 pacientes que ingresaron a un Hospital Público al servicio de emergencia para atención ginecológica entre el mes de octubre, noviembre y diciembre del 2024, de acuerdo a revisión de ingresos del año 2021, 2022 y 2023 de las cuales se obtuvo una muestra finita específica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

b) Muestra

Se realizará el siguiente cálculo para obtener la muestra finita:

$$n = \frac{Na^2Z^2}{(N-1)e^2 + o^2Z^2}$$
$$n = \frac{200(0,5)^2(1,96)^2}{(200-1)(0,05)^2 + (0,5)^2(1,96)^2}$$
$$n = \frac{200(0,25)(3,84)}{199(0,0025) + (0,25)(3,84)}$$
$$n = \frac{200(0,96)}{0,49 + 0,96}$$
$$n = \frac{192}{1,45}$$
$$n = 132,41$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

o = desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene, se toma en relación al 95% de confianza equivalente al 1,96 (como más común) o en relación al 99% de confianza equivalente al 2,58, valor que queda a criterio del encuestador.

e = límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no existe valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y el 9% (0,09), mismo valor que decide el encuestador.

c) Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo que se consideró para esta investigación es no probabilístico y por conveniencia, puesto que se tomó la muestra seleccionada por fácil accesibilidad a las pacientes que ingresan a emergencia para atención ginecológica (Hernández-Sampieri, 2018).

d) Criterios de Inclusión y de exclusión

- **Criterios de inclusión**

Pacientes con un nivel de conciencia de 15 puntos en la escala de Glasgow.

Pacientes que otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio.

Pacientes que ingresen al servicio de emergencia para atención ginecológica.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes que no otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio.

Pacientes que ingresen al servicio de emergencia por motivos distintos a la atención ginecológica.

3.3.4. Técnicas

La encuesta es una de las técnicas más empleadas para recolectar información respecto a características de un determinado grupo (*La Encuesta y El Cuestionario - Investigalia*, n.d.). Se aplicó como método la encuesta, mediante un instrumento de evaluación de la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería a cada mujer que ingresa a

emergencia para atención ginecológica, a través de un cuestionario para recolección de información.

3.3.5. Instrumentos

Se utilizó el cuestionario como instrumento con el nombre de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ra versión elaborado por González-Hernández, (2015), mismo que está conformado por 32 preguntas tipo Likert, que evalúan las características de la atención de enfermería en ambientes hospitalarios, instrumento que obtuvo como índice de acuerdo o aceptabilidad de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 luego de la revisión por el grupo de expertos, mediante la valoración de consistencia interna. En el análisis factorial con base en la prueba de Kaiser Meyer Olkin, KMO para medición de adecuación de la muestra se obtuvo 0,956 y una prueba de esfericidad de Barthel de 0,0, indicadores que han permitido determinar estadísticamente el constructo del instrumento que ha llevado a definir teóricamente las tres dimensiones o categorías a conocer: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera/o – paciente y disposición para la atención. Además se determinó que el instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,96, lo que lo hace confiable en su nueva versión (González, 2015).

De acuerdo con (González, 2015) la interpretación de los resultados del instrumento PCHE 3ª versión, se debe tomar en cuenta las categorías planeadas para esta versión: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera/o – paciente y

Disposición para la atención, mismas que al analizar las respuestas del instrumento en total, el rango real del instrumento es de 32 a 128, clasificadas en cuatro rangos relacionados con la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio: Siempre de 128 a 121; Casi siempre de 120 – 112; algunas veces de 111 a 96 y Nunca de 95 a 32.

Al realizar el análisis por categorías se debe tener en cuenta:

Dentro de la categoría de Cualidades del hacer de enfermería se incluyen los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15, 17, de la cual el rango real es de 7 a 28 y se clasifican de acuerdo a la medida de percepción del instrumento aplicado en: Siempre de 28 a 27; Casi siempre de 26 a 25, Algunas veces de 20 a 24 y Nunca de 19 a 7. Así mismo, la categoría de Apertura a la comunicación enfermera/o – paciente está compuesta por los ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19 y su rango real va desde 8 a 32, clasificándose en: Siempre de 32 a 30; Casi siempre de 29 a 27; Algunas veces de 26 a 21 y Nunca de 20 a 8 y finalmente la categoría Disposición para la atención incluye los ítems 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32, clasificándose al igual que las anteriores en los siguientes rangos: Siempre de 68 a 65; Casi siempre de 64 a 59; Algunas veces de 58 a 50 y Nunca de 49 a 17 (González, 2015).

3.3.6. Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos del estudio organizaron en una base de datos del programa Microsoft Excel, y fueron procesados en IBM SPSS V. 25, los resultados se expresaron a través de las tablas de frecuencia que contribuyeron a evidenciar el análisis de la problemática, mientras que para comprobar la hipótesis se aplicó pruebas de inferencia estadística.

En este estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman que se define como una medida paramétrica de la correlación de rango, para analizar la relación entre las variables: edad y autoidentificación étnica con la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, de manera independiente. Permitted medir la fuerza y la dirección entre dos variables clasificadas, este coeficiente, ρ , puede tener un valor entre +1 y -1, en el que si el valor de +1 en ρ significa perfecta asociación del rango; 0 en ρ significa que no existe asociación alguna de rangos; -1 en ρ significa perfecta asociación negativa en los rangos y si el valor ρ está cerca de 0, la asociación es más débil entre los rangos. Se debe tener en cuenta una adecuada clasificación de datos antes de su aplicación, es fundamental observar que, si incrementa una variable, la otra sigue una relación monótona (Ortega, 2021).

3.1. Consideraciones bioéticas

La confiabilidad del presente estudio se dio por el manejo de los datos de manera anónima, con códigos alfanuméricos, que fueron almacenados en un CD exclusivamente de uso de la investigadora y se conservarán durante 5 años, para posteriormente ser destruido al finalizar este periodo de tiempo. La investigadora declaró no poseer conflicto de interés, se comprometió a considerar las normativas nacionales e internacionales en seres humanos y cumplirlos, y guardó los principios de bioética que amerita la propuesta de investigación actual.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rango de edad	12 a 18	9	6,8%
	19 a 25	30	22,7%
	26 a 32	52	39,4%
	33 a 39	23	17,4%
	Mayor a 40	18	13,6%
Estado civil	Soltera	40	30,3%
	Unión libre	48	36,4%
	Casada	41	31,1%
	Divorciada	2	1,5%
	Viuda	1	0,8%
Nivel de instrucción	Ninguna	2	1,5%
	Primaria	21	15,9%
	Secundaria	78	59,1%
	Tercer nivel	26	19,7%
	Cuarto nivel	5	3,8%
Auto identificación étnica	Mestiza	99	75,0%
	Indígena	13	9,8%
	Afrodescendiente	19	14,4%
	Otra	1	0,8%
Nacionalidad	Ecuatoriana	121	91,7%
	Colombiana	4	3,0%
	Venezolana	7	5,3%

La edad de pacientes ginecológicas atendidas en emergencia dentro del periodo mencionado muestra una mayor concentración en el rango de edad de entre 26 y 32 años y con un

menor porcentaje el grupo de pacientes entre 12 a 18 años, mayoritariamente con estado civil unión libre, seguido de solteras y casadas y un porcentaje minoritario de mujeres divorciadas y viudas, con predominio en instrucción secundaria, autoidentificadas en su mayoría como mestiza con una presencia menor de afrodescendientes e indígenas de nacionalidad ecuatoriana en mayor porcentaje y con menor relevancia venezolanas y colombianas.

Tabla 2

Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Puntuación total del instrumento PCHE 3ª versión	Siempre	54	40,9%
	Casi siempre	24	18,2%
	Algunas veces	39	29,5%
	Nunca	15	11,4%
Puntuación de la dimensión 1: Cualidades del hacer de enfermería	Siempre	95	72,0%
	Casi siempre	20	15,2%
	Algunas veces	8	6,1%
	Nunca	9	6,8%
Puntuación de la dimensión 2: Apertura a la comunicación enfermera/o - paciente	Siempre	74	56,1%
	Casi siempre	25	18,9%
	Algunas veces	22	16,7%
	Nunca	11	8,3%
Puntuación de la dimensión 3: Disposición para la atención	Siempre	44	33,3%
	Casi siempre	22	16,7%
	Algunas veces	40	30,3%
	Nunca	26	19,7%

La puntuación total del instrumento PCHE 3ª versión, revela que el mayor porcentaje de pacientes ginecológicas atendidas en emergencia percibe que siempre reciben un cuidado humanizado de enfermería, mientras que un menor porcentaje indica que solo algunas veces perciben este comportamiento, seguido por las pacientes que indican, casi siempre se les brinda

un cuidado humanizado y con un porcentaje minoritario de pacientes que refieren que nunca perciben los comportamientos de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

El estudio revela que dentro de la dimensión de cualidades del hacer de enfermería la mayoría de las participantes perciben que las acciones de enfermería se realizan con elevada frecuencia, evidenciando un desempeño consistente y confiable. Sin embargo, existe una minoría que señala que solo algunas veces perciben estos comportamientos, lo que sugiere presencia y de irregularidades y la oportunidad para reforzar la calidad en ciertos aspectos.

La dimensión 2 referente a la apertura a la comunicación enfermera/o – paciente destaca que, más de la mitad de las respuestas indican que siempre la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes es frecuente y fluida. No obstante, un segmento relevante percibe que esta interacción no siempre ocurre, lo que podría reflejar barreras ocasionales en la atención o diferencias en las experiencias de los pacientes.

Y la dimensión 3, disposición para la atención es la que presenta una distribución más diversa, con un grupo significativo que considera que la disposición del personal es constante, seguido por las pacientes que percibe que solo algunas veces percibe esta disposición y con un porcentaje minoritario pero relevante de participantes que nunca perciben esta disposición. Esto podría indicar falencias ocasionales o incluso frecuentes y variabilidad en la actitud del personal de enfermería o influencia de factores externos que afecten la atención

Tabla 3

Correlación entre el rango de edad y la puntuación total del test Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión

Correlaciones		Rango de edad	Puntuación total del test
Rango de edad	Coefficiente de correlación de Spearman	1,000	,149
	Sig. (bilateral)	.	,089
	N	132	132
Puntuación total del test	Coefficiente de correlación de Spearman	,149	1,000
	Sig. (bilateral)	,089	.
	N	132	132

El análisis de la correlación de Spearman entre el rango de edad y la puntuación total del test de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, mostró una asociación positiva muy débil, con un coeficiente $r = 0,149$, lo que revela que, aunque existe una tendencia mínima hacia una percepción más favorable del cuidado en personas de mayor edad, esta relación es prácticamente irrelevante en términos prácticos. Además, el valor de significancia estadística $p = 0,089$ supera el umbral convencional de $p = 0,05$, lo que sugiere que la correlación observada no es estadísticamente significativa y podría deberse al azar.

Estos datos no respaldan la existencia de una relación clara entre la edad y la percepción del cuidado humanizado en esta muestra, por lo tanto, aunque el coeficiente apunta a una dirección positiva, su magnitud reducida y falta de significancia estadística implica que la edad no es un factor determinante en la evaluación del cuidado humanizado por parte de los pacientes, recomendando explorar otras variables con mayor potencial explicativo.

Tabla 4

Correlación entre la autoidentificación étnica y la puntuación total del test Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión

Correlaciones		Auto identificación étnica	Puntuación total del test
Auto identificación étnica	Coeficiente de correlación de Spearman	1,000	,197*
	Sig. (bilateral)	.	,024
	N	132	132
Puntuación total del test	Coeficiente de correlación de Spearman	,197*	1,000
	Sig. (bilateral)	,024	.
	N	132	132

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El análisis reveló una correlación estadísticamente significativa ($r = 0,197$, $p = 0,024$) entre la autoidentificación étnica y la percepción del cuidado humanizado de enfermería en una muestra de 132 participantes. Este resultado indica una asociación positiva débil pero significativa, lo que sugiere que, a mayor identificación con grupos étnicos específicos, tiende a haber una percepción ligeramente más favorable hacia los comportamientos de cuidado humanizado, sin embargo, dado que el coeficiente es bajo, la fuerza de esta relación es limitada, implicando que la etnicidad explica solo una pequeña parte de la variabilidad en las percepciones.

La significancia estadística ($p < 0,05$) respalda que esta asociación no es producto del azar, pero su escasa magnitud sugiere que otros factores culturales como: experiencias previas, calidad de la atención, etc., podrían influir más en la percepción. Se recomienda profundizar en como variables socioculturales interactúan con la etnicidad para entender mejor estas diferencias.

4.2. Discusión

Los datos sociodemográficos analizados como la edad, el estado civil, nivel de instrucción y nacionalidad no mostraron influencia significativa en los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en el presente estudio, debido a que, las categorías como las cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera/o – paciente y disposición para la atención dependen de factores profesionales y actitudinales más que de estas características. La homogeneidad de la muestra, con predominio de adultas jóvenes, con educación secundaria, mestizas y ecuatorianas, refuerzan que estas variables no son determinantes. No obstante, aspectos como la empatía, habilidades técnicas y enfoque humanizado del personal de enfermería resultan clave independientemente de las diferencias sociodemográficas.

La OMS, (2023) señala que las mujeres en edad reproductiva activa son las principales usuarias del servicio ginecológico debido al aumento en las demandas por control prenatal, prevención de cáncer cervicouterino y enfermedades de transmisión sexual. La mayor concentración en edad de mujeres atendidas en emergencia en este estudio se encuentra entre los 26 y 32 años, con 36,4% (48), que coincide con el estudio de Díaz, (2025), sobre “Factores sociodemográficos asociados a calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultas atendidas por consultorio externo de Ginecología del Hospital San Juan de Lurigancho, noviembre, 2024”, en el que se destaca que el grupo etario más relevante se encuentra entre las edades de 26 y 42 años con un 42,9% del total de la muestra, de las cuales el 47,4% de las participantes corresponde a mujeres convivientes, seguido por el 31,6% de solteras y el 19,% casadas, coincidiendo con el presente estudio en el que existe un predominio de mujeres en unión

libre con 36,4% (48), seguido por el 31,1% de pacientes casadas y con menor proporción de solteras con el 30,3%, lo que podría representar una mayor inestabilidad socioeconómica que las pacientes casadas, y limitar acceso a seguros médicos o seguimiento continuo.

El nivel de instrucción relevante dentro del estudio con el 59,1% (78) cuenta con educación secundaria, y con menor porcentaje de 3,8% (5) posee estudios de cuarto nivel, lo que refleja diferencia en el acceso a la educación, mismo fenómeno que ha sido abordado desde otro contexto por Etienne et al., (2024), en el estudio sobre “El conocimiento de las mujeres sobre el examen de Papanicolau”, quien menciona que mujeres con menor escolaridad y bajos ingresos tienen menos conocimiento sobre el tema y sus factores de riesgo, lo que las hace más vulnerables, por ello es fundamental implementar iniciativas educativas que promuevan el acceso equitativo a información en salud, adaptándose a todos los niveles educativos para asegurar una correcta difusión y comprensión de la información. Sin embargo, se debe incluir a todos los estratos educativos para abarcar una población diversa, de manera que brinden y garanticen información precisa, confiable y transformadora.

La mayoría de pacientes se identifican como mestizas con el 75,0%, (99) seguida de afrodescendientes con el 14,6% (19) e indígenas con un porcentaje mínimo de 10% (13), y tan solo un 0,8% (1) en otra, denominada Awa. Esto refleja una composición étnica diversa en la atención de salud, sin embargo, la mención del pueblo Awa resalta a este grupo como minoritario, la Organización Panamericana de la Salud, (2023), menciona que asegurar un enfoque intercultural y abordar los determinantes sociales es de vital importancia para garantizar la salud de las poblaciones indígenas que se enfrentan a enormes desigualdades en cuanto a salud

respecta, ya que, al no tener fácil acceso por varios factores se ven expuestos a múltiples enfermedades y a su vez se ven desproporcionadamente afectadas por la mortalidad materna e infantil, para lo cual los gobiernos nacionales y locales deben “intensificar sus esfuerzos para trabajar con los pueblos indígenas, con la finalidad de abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad”.

La mayoría de pacientes ginecológicas atendidas en emergencia son ecuatorianas con el 91,7% (121), seguido de una población inferior de venezolanas con 5,3% (7) y mínimamente con el 3,0% (4) de colombianas, reflejando una población mayoritariamente local, que al tener homogeneidad no representan un determinante relevante.

Por otro lado, el resultado global de la Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, revela que, el 40,9% (54) de las participantes percibieron que siempre reciben un cuidado humanizado, seguido por el 29,5 (39)% que indicaron que solo algunas veces percibieron este comportamiento, y 11,4% (15) nunca lo percibieron, lo que difiere de los resultados obtenidos en el estudio de Borges et al., (2021), “Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto”, que evidencia que el 96,6% percibió solo algunas veces la relación de cuidado humanizado, seguido por el 88,42% que lo percibió casi siempre, considerando el cuidado como un aspecto importante de enfermería, que reúne el conocimiento biológico y físico con la conducta humana, por lo que, la atención en salud comprende y respeta los sentimientos, formas de vivir, culturas, valores y creencias de personas y comunidades para contribuir a la salud y brindar ayuda a las personas enfermas de manera holística.

Monje et al., (2018) en su estudio sobre “Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería desde la Perspectiva de Usuarios Hospitalizados” en Chile, reportó que la asociación entre variables sociodemográficas como la edad y la percepción del cuidado humanizado no fue significativa, lo que sugiere que la edad no influye de manera determinante en como los pacientes valoran la atención recibida. Así mismo, Melita et al., (2021) en su estudio en Uruguay sobre “Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería” hizo referencia a la calidad del vínculo enfermero – paciente, la empatía y el respeto como factores más relevantes para la percepción del cuidado que la edad del paciente, lo que coincide con el actual estudio en el que se evidenció una correlación positiva muy débil ($r = 0,149$, $p = 0,089$), que aunque apunta a una dirección positiva, su magnitud reducida y falta de significancia estadística, implica que la edad no es un factor determinante en la evaluación del cuidado humanizado por parte de los pacientes.

Además, estudios como “Cuidado humanizado de enfermería en pacientes geriátricos”, destacaron que, aunque la edad avanzada implica mayores necesidades emocionales y de acompañamiento, la percepción del cuidado humanizado se ve más vinculada a la calidad de la comunicación y la relación interpersonal que a la edad (Encalada et al., 2023). Esto complementa el análisis actual, que recomienda explorar otras variables con mayor potencial explicativo para comprender la percepción del cuidado. Además, existe evidencia que menciona que el personal de enfermería señala que la experiencia y formación pueden influir en la capacidad para brindar un cuidado humanizado, pero no necesariamente la edad del paciente modifica significativamente la percepción de este cuidado (Holguín et al., 2023).

Así mismo, el estudio sobre “ Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios, Hospital General de Macas” de Holguín et al., (2023) en Ecuador, mostró que gran parte del personal de enfermería reconoce la importancia del cuidado humanizado, sin embargo, existen deficiencias relacionadas con un enfoque técnico – científico que a veces ignora el aspecto humano, lo que puede afectar la percepción del cuidado por parte de pacientes de diferentes grupos étnicos, lo que coincide con el presente estudio que muestra una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa ($r = 0,197$, $p = 0,024$) entre la autoidentificación étnica y la percepción del cuidado humanizado de enfermería, que evidencian una influencia limitada pero relevante de la etnicidad en la experiencia del cuidado. Esto revela que la etnia puede influir en la percepción, pero su efecto es modesto y debe considerarse dentro de un marco más amplio de factores socioculturales y de calidad de atención.

Además, estudios recientes enfatizan en la complejidad de la interacción entre variables culturales y la percepción del cuidado humanizado. La sensibilidad cultural y la competencia del personal de enfermería son factores clave para mejorar la experiencia del paciente, más allá de la simple autoidentificación étnica (Requelme et al., 2025), que concuerda con lo mencionado en el estudio “Cuidado a mujeres indígenas en trabajo de parto como fortaleza de la humanización de Enfermería”, que resalta la necesidad de mantener una conexión culturalmente respetuosa para asegurar un cuidado efectivo y satisfactorio (Rojas-espinoza & Borges, 2025), lo que lleva a sugerir que la etnicidad solo explica una pequeña parte de la variabilidad en la percepción del cuidado humanizado y que variables como la calidad de la comunicación, las experiencias previas y el contexto cultural del paciente podrían tener un impacto más profundo.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

Fortalecimiento del Cuidado Humanizado Intercultural de Enfermería

5.1. Introducción

Actualmente, el cuidado humanizado de enfermería se entiende como una perspectiva global que coloca en primer plano el respeto, la empatía y la dignidad de los pacientes, enfocándose en el cuidado de manera integral, considerando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales como un todo. López et al., (2023), define al cuidado humanizado como una cualidad fundamental del profesional de enfermería, tomando el cuidado del paciente como enfoque principal para cubrir las necesidades del mismo, de manera coherente y aplicando los valores esenciales del profesional de enfermería.

Zapata-Ramos & Vizcacho-Jimenez, (2021), menciona que, la humanización está presente en cada procedimiento realizado por el profesional de enfermería, tomando en cuenta que esta esencia forma parte del cuidado, siendo primordial enfocarse en las características de cada paciente de forma individual y no solo actuar de manera práctica, con la finalidad de brindar un trato humano y a su vez fomentar en el profesional el desarrollo de la habilidad de comunicarse y brindar educación continua, manteniendo el humanismo en el trascurso en el que se otorga el cuidado. Requelme et al., (2025) destaca que esta práctica no solo conlleva el aplicar conocimientos científicos y técnicos, sino que además es fundamental el establecer una relación

cercana y de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería que le brinda el cuidado, lo que aportará a favorecer la satisfacción, el bienestar y la recuperación del paciente.

5.2. Contexto del problema

En la actualidad, diversos estudios enfatizan en la necesidad de poseer habilidades socioemocionales, comunicación efectiva y sensibilidad cultural para brindar un adecuado cuidado humanizado (Pilatasig & Mora, 2025). Aspectos considerados como elementos fundamentales al otorgar un trato digno y personalizado, de manera especial en el contexto hospitalario o de elevada vulnerabilidad.

La enfermería, en su proceso de transformación, enfrenta el desafío de incorporar la interculturalidad en su labor, considerando la creciente diversidad cultural derivada de la migración y globalización. Todo esto ha puesto en manifiesto la carencia del sistema de salud al dar respuesta de manera adecuada a las necesidades de grupos culturalmente diversos, sugiriendo la urgencia de preparar al profesional de una manera específica, el adquirir competencias interculturales permite brindar un cuidado integral y contribuye además a la humanización en la atención, promoviendo el respeto y la valoración de las diferentes culturas. El cuidado intercultural se convierte así en un elemento esencial para alcanzar un cuidado verdaderamente humanizado, implica adaptar la formación y la práctica profesional a las características y expectativas de las comunidades atendidas. En este sentido, ofrecer una atención culturalmente pertinente exige un compromiso ético y una actitud sensible de los profesionales ante la pluralidad cultural presente en su entorno laboral (Cardenas et al., 2025).

5.3. Justificación

El cuidado humanizado de enfermería debe garantizar una atención de calidad que integre no solo las necesidades clínicas, sino también las emocionales, espirituales integrando las características culturales de las pacientes. El hospital público donde se realizó el presente estudio, la diversidad cultural y lingüística de la población atendida (mestizas, indígenas, afrodescendientes, incluyendo migrantes internacionales), genera diferencias significativas en creencias de salud, expresiones emocionales, preferencias en el trato y comunicación. Estas diferencias pueden convertirse en barreras invisibles que impactan en la percepción del cuidado recibido, la adherencia al tratamiento e incluso los resultados clínicos.

Sin embargo, el personal de enfermería enfrenta desafíos complejos en entornos de emergencia ginecológica como: la alta demanda de pacientes, estrés laboral, limitaciones de tiempo y recursos, entre otros. Estos factores destacados pueden llevar, de manera involuntaria, a un trato mecanizado o despersonalizado, donde la dimensión humana y cultural del cuidado quedan en segundo plano. Por ello, capacitar al personal de enfermería en competencias interculturales y adaptar protocolos de la atención permitirá reconocer y respetar las prácticas culturales y fortalecer las habilidades y competencias del personal de enfermería, ofreciendo un trato más empático, respetuoso y efectivo, mejorando la adherencia al tratamiento y la experiencia global de las pacientes en emergencias ginecológicas.

La educación continua del equipo de enfermería no solo es una necesidad ética, sino una

estrategia práctica para mitigar el impacto de las dinámicas laborales adversas, sino que, un profesional capacitado en interculturalidad podrá optimizar el tiempo, identificando de manera efectiva las necesidades culturales y actuar con empatía sin sacrificar eficiencia, logrará reducir conflictos derivados de diferencias culturales que retrasan la atención y humanizar en contextos críticos, manteniendo un trato respetuoso incluso bajo presión, mejorando la satisfacción en las pacientes y su confianza en el sistema.

Esta propuesta busca transformar los desafíos de la diversidad y la alta demanda en oportunidades para fortalecer el cuidado humanizado, asegurando que ninguna paciente vea comprometida su atención por factores culturales o limitaciones propias del entorno hospitalario.

5.4. Objetivos de la propuesta

5.4.1. Objetivo general

Fortalecer la calidad del cuidado humanizado de enfermería mediante estrategias interculturales, que respeten las identidades étnicas, culturales, lingüísticas, tradiciones y necesidades específicas de las pacientes.

5.4.2. Objetivos específicos

- Capacitar al personal de enfermería en competencia intercultural, comunicación efectiva y empática, creencias y prácticas tradicionales y autoidentificación relacionadas con la salud ginecológica.
- Implementar herramientas de comunicación inclusiva como guías visuales multilingües o apoyo de intérpretes de lenguaje, además de lenguaje no verbal y empatía cultural para el

personal de enfermería.

- Desarrollar protocolos de atención intercultural con representantes de cada grupo étnico.
- Establecer un sistema de evaluación continua, a través de encuestas anónimas o reuniones mensuales de diferentes grupos étnicos con la finalidad de evaluar la percepción del trato recibido.

5.5. Metodología

La propuesta es multidimensional, participativo, con enfoque teórico-práctico, basado en casos reales y que integra estrategias educativas, operativas y evaluativas. Los siguientes puntos, son compendios esenciales de la propuesta a implementar.

5.5.1. Talleres de Sensibilización y Capacitación

El contenido educativo y de capacitación dirigido al personal de enfermería, se dividirá en módulos que aborden temas clave en el cuidado humanizado intercultural de enfermería:

- a) **Módulo 1: Interculturalidad en Salud**, tiene la finalidad de entender como la cultura influye en la percepción del cuidado y romper estereotipos
 - Conceptos fundamentales
 - Cultura vs. Cosmovisión Indígena, Afro, Montubio, etc.
 - Determinantes sociales de la salud en las diversas poblaciones.
 - Bioética intercultural: autonomía vs. paternalismo médico
 - Mitos y estereotipos
 - Abatiendo el “atraso” de la medicina ancestral

- El mito de la “resistencia genética” al dolor en grupos étnicos
- Criminalización de prácticas tradicionales
- Legislación aplicada
 - Derechos colectivos (Constitución 2008, Art. 57)
 - Normativas MSP sobre parto intercultural
 - Protocolo de Nagoya sobre conocimientos tradicionales

b) Módulo 2: Comunicación Intercultural, con el fin de desarrollar habilidades para superar barreras idiomáticas y no verbales

- Comunicación no verbal, diferencias culturales y significado de:
 - Contacto visual (evitarlo demuestra respeto en algunas culturas)
 - Silencios (respeto vs. rechazo)
 - Proxemia (distancias personales en distintas culturas)
 - Gestos tabú (ej.: señalar con los labios en comunidades indígenas o tocar la cabeza en población afro)
- Estrategias lingüísticas
 - Frases básicas en Kichwa para atención primaria: ej.:”¿Maypi nanakunki? (¿Dónde le duele?); “Shukllata unuyachina” (Tome la pastilla)
 - Uso de metáforas culturales para explicar enfermedades
- Barreras institucionales
 - Lenguaje burocrático vs. lenguaje comunitario
 - Diseño de formularios bilingües (kichwa - español)

c) **Módulo 3: Creencias y Prácticas Tradicionales**, para integrar saberes ancestrales al cuidado clínico sin riesgos

- Medicina ancestral segura
 - Interacciones peligrosas entre plantas y medicamentos (ej.: ayahuasca + antidepresivos; plantas hepatotóxicas vs. medicamentos)
 - Protocolo de registro de terapias tradicionales en historia clínica
- Rituales en contexto hospitalario
 - Manejo de limpiezas con huevo o cuy
 - Baños espirituales
 - Uso de humo (sahumerios) en espacios cerrados
- Nutrición cultural
 - Alimentos tabú en el transcurso de la enfermedad
 - Dietas postparto tradicionales
- Parto intercultural
 - Técnicas tradicionales (parto vertical, uso de reboso, acompañamiento familiar)
 - Protocolo Hospitalario: como integrar estas prácticas sin riesgo

d) **Módulo 4: Autoidentificación étnica y Sesgos Inconscientes**, con el objetivo de reducir prejuicios en la atención sanitaria

- Microagresiones cotidianas

- Frases que estigmatizan (ej.: aquí se atiende con ciencia)
- Impacto en la adherencia a tratamientos
- Herramientas anti – sesgos
 - Test de asociación implícita adaptado a contexto ecuatoriano
 - Algoritmos de decisión clínica libres de estereotipos
- Interseccionalidad
 - Mujer indígena + pobreza + analfabetismo
 - Migrante + discapacidad + barrera idiomática

5.6. Mesas de Trabajo

5.6.1. Estructura

- a) Sesión 1: Presentación de hallazgos del diagnóstico
- b) Sesión 2: Priorización de problemas
- c) Sesión 3: Diseño de soluciones
- d) Sesión 4: Desarrollo de protocolos
- e) Ejemplo de resultado
 - Protocolo para aplicación de rituales espirituales
 - Designar un espacio en el hospital para que familias Kichwa realicen rituales conforme a su creencia y necesidad
 - Horarios flexibles para visitas de chamanes

5.7. Adaptación e Implementación

Los resultados del estudio destacan la necesidad de adaptar e implementar estrategias y escenarios que contribuyan a mejorar la atención de calidad con enfoque intercultural. Este considera implicar:

5.7.1. Adaptación arquitectónica

- a) Espacios para rituales
- b) Señalética intercultural (símbolos universales + lengua Kichwa)

5.7.2. Materiales de apoyo – Kit Intercultural por Sala

- a) Autogüías en Kichwa explicando los procedimientos comunes (grabadas por líderes comunitarios)
- b) Muñecas étnicas para niños y niñas Afrodescendientes/Kichwas se identifiquen en juegos terapéuticos

5.7.3. Enfermeras/os “Enlaces Culturales”

- a) Personal bilingüe (Kichwa - español)
- b) Badge identificador: uso de chalecos con bordados tradicionales para ser fácilmente reconocibles

5.8. Participantes clave

Garantizarán el éxito del cumplimiento de la propuesta y la implementación de las estrategias establecidas

5.8.1. Personal de enfermería y auxiliares del servicio de emergencias ginecológicas

Son parte fundamental para el cumplimiento de las intervenciones y adaptar los cambios

en la percepción del cuidado.

5.8.2. Pacientes atendidas en el hospital

Considerando diversidad étnica, cultural y usuarios migrantes. Su participación es crucial para identificar los aspectos o características que interfieren en la percepción del cuidado humanizado.

5.8.3. Líderes comunitarios y parteras tradicionales

Para contextualizar creencias locales y conocimientos culturales.

5.8.4. Equipo de salud intercultural

Participación de antropólogos, intérpretes de kichwa / español y de lenguaje no verbal, que contribuyan a lograr una correcta interpretación de conceptos y sugerencias.

5.8.5. Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

Pueden brindar apoyo ofreciendo recursos y financiamiento adicional en la implementación de actividades específicas dentro del programa.

5.8.6. Instituciones educativas

Universidades, centros educativos e instituciones idiomáticas, pueden contribuir con voluntarios expertos en lenguas que favorezcan a llevar a cabo la estrategia.

5.9. Cronograma

El cronograma para implementar esta propuesta se dividirá en fases:

Actividad	Meses 2025											
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
1. Talleres de Sensibilización y Capacitación												
Desarrollo de módulos de capacitación para personal de enfermería												
2. Mesas de Trabajo												

Presentación de hallazgos del diagnóstico, Priorización de problemas, Diseño de soluciones y Desarrollo de protocolos												
3. Adaptación e Implementación												
Adaptación arquitectónica, Materiales de apoyo – Kit Intercultural por Sala, Enfermeras/os “Enlaces Culturales”												
Fase 4: Monitoreo y evaluación												
Encuestas post intervención a pacientes												

5.10. Financiamiento

Para lograr implementar esta propuesta se consideran diversas fuentes de financiamiento:

5.10.1. Fondos Gubernamentales

Solicitar financiamiento al Ministerio de Salud Pública o programas gubernamentales enfocados en la salud y la interculturalidad.

5.10.2. Organizaciones No Gubernamentales

Buscar alianzas con ONG que destinen su labor a áreas relacionadas a la atención ginecológica y la interculturalidad.

5.10.3. Donaciones de empresas u organizaciones privadas

Solicitar donaciones al sector privado o patrocinios para financiar personal capacitado en idiomas y lenguaje no verbal.

5.10.4. Eventos comunitarios

Planificar eventos y programas recreativos benéficos, con la finalidad de recaudar fondos para apoyar a la propuesta planteada.

5.11. Evaluación

5.11.1. Monitoreo continuo

- a) Auditorías interculturales periódicas

5.11.2. Encuestas post intervención

- a) Indicadores cuantitativos
- b) Indicadores cualitativos

5.12. Conclusiones

La propuesta planteada busca transformar el cuidado humanizado en un modelo intercultural, donde la enfermería no solo atienda necesidades médicas, sino también se enfoque en las necesidades culturales y emocionales. Al reconocer la diversidad étnica y cultural de la población que acude a esta casa de salud, se busca brindar un cuidado más humano, en el que se respeten etnias, costumbres y tradiciones de las pacientes a quienes se les brinda atención, buscando mejorar la confianza, adherencia al tratamiento, satisfacción de las pacientes y la percepción del cuidado humanizado que estas reciben, reduciendo barreras invisibles al brindar dicho cuidado.

CONCLUSIONES

- Los hallazgos sociodemográficos revelaron que las pacientes ginecológicas atendidas en emergencia son predominantemente mujeres adultas jóvenes, de estado civil unión libre, de instrucción secundaria en su mayoría, con mayor proporción de mestizas y de nacionalidad ecuatoriana. La escasa presencia de mujeres indígenas y afrodescendientes, además de población migrante sugiere posibles barreras de acceso a los servicios de salud para estos grupos.
- El estudio muestra que la mayoría de las pacientes percibieron un cuidado de enfermería humanizado, con comunicación efectiva y atención oportuna. No obstante, una minoría reportó falta de humanización, inconsistencias en el trato, el hacer de enfermería y fallas esporádicas en la comunicación, siendo la disposición para la atención la dimensión más crítica. Aunque el desempeño general es positivo, estas brechas exigen protocolos que garanticen equidad, capacitación en empatía y monitoreo continuo para fortalecer la calidad del cuidado y cerrar las disparidades en la atención.
- En el estudio no se encontró relación significativa entre edad y la percepción del cuidado humanizado, pero sí una correlación débil con la autoidentificación étnica, aunque su impacto fue mínimo. Esto sugiere que, si bien la etnicidad no es determinante, su influencia justifica analizar su interacción con otros factores como experiencias previas, calidad asistencial, etc., para mejorar la atención en contextos multiculturales, por lo que es necesario investigar otros aspectos socioculturales con mayor peso en la percepción del cuidado.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- A la Universidad Técnica del Norte, impulsar estudios dirigidos a poblaciones con diversidad étnica, incluyendo migrantes, enfocados en identificar barreras culturales, lingüísticas, geográficas y administrativas que limitan el acceso a la salud. Esto permitirá recopilar datos más diversos, analizar factores como discriminación o desconocimiento de servicios, y generar evidencia para diseñar intervenciones inclusivas que garanticen una atención equitativa y adaptada a contextos multiculturales.
- A las autoridades, implementar sistemas de monitoreo mediante encuestas digitales post atención, con alertas inmediatas ante evaluaciones negativas, realizar auditorías mensuales a los casos reportados como no humanizados, identificando patrones comunes como turnos, procedimientos o profesionales específicos, ya que las pacientes denuncian disparidades en la predisposición del equipo para brindar atención cálida de calidad y con enfoque transpersonal, lo que permitirá corregir falencias y estandarizar un trato humanizado consistente.
- Al personal de enfermería, crear e implementar un protocolo estandarizado de comunicación, con capacitación obligatoria en comunicación terapéutica y escucha activa, para superar barreras idiomáticas y culturales. Incluir pautas de verificación durante la atención garantizará una comunicación clara, empática y efectiva para todas las pacientes.
- A los estudiantes de pregrado y postgrado, investigar mayor diversidad en factores socioculturales, organizacionales como carga laboral, tiempo por paciente y formación y relacionales como empatía, comunicación no verbal que influyan en el cuidado humanizado, usando metodología mixta. Al priorizar estas variables se podrá diseñar

intervenciones más efectivas para mejorar la percepción del cuidado.

- A la Institución de Salud, desarrollar un modelo intercultural de atención que integre la autoidentificación étnica, experiencias previas, expectativas culturales e interacción personal – paciente, complementando con capacitaciones en competencia cultural para enfermería, además, implementar indicadores mensuales de disposición actitudinal vinculados a reconocimientos institucionales y espacios de descompresión laboral para reducir el estrés y mejorar la calidad del cuidado humanizado. Estas estrategias buscarán estandarizar la excelencia en el trato y garantizar una atención sensible a la diversidad.

REFERENCIAS

Asamblea Nacional de la Republica del Ecuador. (2008). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008 Decreto Legislativo 0 Registro Oficial. *Constitución Del Ecuador*, 136. www.lexis.com.ec

Borges, L., Sánchez, R., Gladys, A., González, A., & Sixto, A. (2021). Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(2), 1–16.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cardenas, J., Jiménez, M., Cedeño, M., & Delgado, A. (2025). Cuidado transpersonal en áreas críticas: un enfoque holístico. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 5(2), 318–326. <https://doi.org/10.62305/BIOSANA.V5I2.548>

Carreto-Cordero, B., De León-Ramírez, M. S., Torres-Reyes, A., Morales-Castillo, F. A., Tenahua-Quitl, I., De Avila-Arroyo, M. L., Morales-Morales, F. L., & Soto-Carrasco, A. A. (2021). Percepción del cuidado humano del profesional de enfermería a través de los días de estancia hospitalaria. *Journal Health NPEPS*, 6(1), 218–231.

<https://doi.org/10.30681/252610105199>

Carvajal, Jorge; García, K. (2025). Manual Obstetricia y Ginecología. In J. Carvaja (Ed.), *Sustainability (Switzerland)* (Decimosexto, Vol. 16). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2025/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecología-2025-comprimido.pdf>

Castelo Rivas, W. P., García Vela Sandy Valeria, & Viñan Morocho Josselyn Belén. (2020). Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital

General Santo Domingo- Ecuador. *Arch Méd Camagüey*, 24(6), 1–10.

<https://orcid.org/0000-0001-8313-2604>

CIE. (n.d.). *Definiciones de enfermería | ICN - International Council of Nurses*.

2020. Retrieved July 26, 2023, from <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>

Cruz Riveros, C., & Cruz Riveros, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 21–32. <https://doi.org/10.22235/ECH.V9I1.2146>

Delgado, D. C., & Pérez, V. C. (2020). Satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermero. *FACSALUD-UNEMI*, 4(7), 11–22.

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol4iss7.2020pp11-22p>

Ecuador, A. N. del. (2022). Ley Orgánica de Salud. *Asamblea Nacional Del Ecuador*, 423, 1–49. <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>

Encalada Falconí, J. A., Espinoza Guacho, G. E., Guamán Sánchez, L. E., & Piray Inga, M. I. (2023). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes geriátricos. *Anatomía Digital*, 6(4.3), 975–994. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.3.2879>

Enfermería, C. I. E. (2021). Código de ética del CIE para enfermeras. In *Consejo Internacional de Enfermeras*. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

Escobar-Castellanos, B., & Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica*, 24(1), 39–46.

<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

Fernández-Silva, C. A., Mansilla-Cordeiro, E. J., Aravena Flores, A., Antiñirre Mansilla, B., Garcés Saavedra, M. I., Fernández-Silva, C. A., Mansilla-Cordeiro, E. J.,

Aravena Flores, A., Antiñirre Mansilla, B., & Garcés Saavedra, M. I. (2022). Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2635. <https://doi.org/10.22235/ECH.V11I1.2635>

González-Hernández, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión.” *Aquichan*, 15(3), 381–392. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2015.15.3.6>

Gutiérrez Berríos, Z. D., & Gallard Muñoz, E. I. (2019). El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica Enfermera. *Aceptado*, 4(2), 127–135. <https://www.studocu.com/row/document/univerzitet-u-beogradu/antropologija/110-texto-del-articulo-999-4-10-202008-29/16698504>

Gutiérrez Vásquez, D. E., & Lázaro Alcántara, E. (2019). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018. *ACC CIETNA: Revista de La Escuela de Enfermería*, 6(2), 68–82. <https://doi.org/10.35383/cietna.v6i2.258>

Hernández-Sampieri, R. (2018). Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. In *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. shorturl.at/mwS39

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, C. B. M. (2014). Metodología de la investigación. In McGRAW-HILL (Ed.), *Jurnal Penelitian Pendidikan Guru Sekolah Dasar* (Sexta, Vol. 6).

Holguín Macías, M. Á., Encalada Bueno, P. F., & Bermeo Farez, F. C. (2023). Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios. Hospital General de Macas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 1552–

1570. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8792

Home, C. (2021). *Características que debe tener un profesional de enfermería*. 17 Marzo. <https://clinicalhome.pe/blog/caracteristicas-profesional-enfermeria/>

Joven, Z. M., Guáqueta Parada, S. R., Joven, Z. M., & Guáqueta Parada, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances En Enfermería*, 37(1), 65–74.

<https://doi.org/10.15446/AV.ENFERM.V37N1.65646>

La encuesta y el cuestionario - Investigalia. (n.d.). Retrieved July 29, 2023, from <https://investigaliacr.com/investigacion/la-encuesta-y-el-cuestionario/>

Loaiza, N., & Floreano, L. (2025). Morbilidad materna como riesgo para la emergencia obstétrica y su resolución en un Hospital Obstétrico. *Enfermería Investiga*, 10(1), 41–48. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2727/3163>

López, M., Morán, R., Oviedo, R., & Apolinario, E. (2023). Ejes del cuidado humanizado de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Polo Del Conocimiento*, 85(12), 207–222. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i12.6274>

Martinez Fierro, C., Parco Fernández, E., & Yalli Clemente, A. (2018). Factores sociodemográficos que condicionan la sobrecarga en el cuidador primario del paciente pediátrico con leucemia en un instituto especializado - 2018. In *Universidad Peruana Cayetano Heredia*.

[http://forschungsunion.de/pdf/industrie_4_0_umsetzungsempfehlungen.pdf%0Ahttps://www.dfki.de/fileadmin/user_upload/import/9744_171012-KI-Gipfelpapier-online.pdf%0Ahttps://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607 -Bitkom](http://forschungsunion.de/pdf/industrie_4_0_umsetzungsempfehlungen.pdf%0Ahttps://www.dfki.de/fileadmin/user_upload/import/9744_171012-KI-Gipfelpapier-online.pdf%0Ahttps://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607-Bitkom)

Melita-Rodríguez, A., Jara-Concha, P., & Moreno-Mansiváis, M. G. (2021). Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados* [revista en Internet] 2018 [acceso 21 de noviembre de 2021]; 10(1): 89-105. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 89–105.

Méndez, J. (2025). Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 14(September 2024), 1–21.

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

Ministerio de Salud Pública. (2023). Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco - obtétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. In *Salud Intercultural e Igualdad* (Ed.), MSP (Subsecretaria).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *HOSPITAL GENERAL SAN VICENTE DE PAÚL SALA SITUACIONAL ENERO A JULIO – 2017 Ibarra*. 75.
https://salasituacionalhsvp.jimdo.com/app/download/11130155391/hsvp_estado_situacional_septiembre0520564001507923113.pdf?t=1516048326

MSP, M. de S. P. (2025). *Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 24 Ecuador 2025*. SUBSECRETARIA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GACETA-SE-27-MM.pdf>

OMS SALUD, O. M. D. LA. (2023). *Salud Sexual y Reproductiva*.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2022). *Protocolo Iberoamericano De Humanización De La Salud*. www.oiss.org

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Un enfoque intercultural y participativo, clave para garantizar la salud de los pueblos indígenas de las Américas*. PAHO. <https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2023-enfoque-intercultural-participativo-clave-para-garantizar-salud-pueblos-indigenas>

Ortega, C. (2021). ¿Qué es el coeficiente de fricción? *QuestionPro*, 1–5. <https://www.questionpro.com/blog/es/coeficiente-de-correlacion-de-spearman/>

Pablo Monje, V., Paulina Miranda, C., Jéssica Oyarzún, G., Fredy Seguel, P., & Elizabeth Flores, G. (2018). Perception of humanized nursing care by hospitalized users. *Ciencia y Enfermería*, 24, 1–10. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>

Pilatasig, M. C. G., & Mora, G. del P. C. (2025). Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 10785–10811. https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V9I1.16670

Requelme, J. F. Z., Lino, S. C. A., Preciado, A. M. S., Yanza, C. Y. M., Alburqueque, E. B. J., Galarza, F. M. F., Quichimbo, N. de J. R., Alvarado, B. E. M., Angel, N. K. J., & Ponce, M. del R. C. (2025). Cuidado Humanizado: La Esencia de la Enfermería. *Repositorio MAWIL*. <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-81-6>

Rojas-espinoza, J. B., & Borges, S. K. (2025). *Cuidado a mujeres indígenas en trabajo de parto como fortaleza de la humanización de Enfermería Indigenous Women in Labor Care as a Strength for the Nursing Humanization para fortalecer a humanização da Enfermagem*. 211–224.

SALUD, O. M. D. LA. (n.d.). *Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Retrieved July 26, 2023, from <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>

Santos Holguín, S. A., & Lascano Espinoza, C. O. (2023). El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Revista Vive*, 6(16), 93–103. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.209>

Valencia Contrera, M. A., & Melita Rodríguez, A. (2022). Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Benessere. Revista de Enfermería*, 6(1), 1–12. <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>.

Vásquez, G., Clavero, J., Tixi Cujilema, N. del R., León, G., & Echeverría Caicedo, K. P. (2022). Cuidado humanizado de enfermería en los hospitales públicos de Milagro-Ecuador. *Dominio de Las Ciencias, ISSN-e 2477-8818, Vol. 8, N°. 3, 2022 (Ejemplar Dedicado a: Julio-Septiembre 2022)*, 8(3), 126. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i3>

Vera, M., Urdaneta, E., Jiménez, M., Contreras, Z., & Páriaz, N. (2020). Cuidar Desde La Teoría Transpersonal De Jean Watson Y Su Implicación En El Currículo De La Carrera De Enfermería. *Revista Pertinencia Académica*, 4(3), 1–13. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4553491>

Zapata-Ramos, D. W., & Vizcacho-Jimenez, E. M. (2021). Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en un hospital de EsSalud. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 1(2), 163–171. <https://doi.org/10.33326/27905543.2021.2.1234>

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems /preguntas	Respuestas
Vi: Factores Sociodemográficos	Sociales	Edad	Años cumplidos	12 – 18 años 19 – 25 años 26 - 32 años 33 – 39 años > 40 años
		Estado civil	Auto identificación étnica	Mestiza Indígena Afrodescendiente Montubio Blanco Otra (Cual)
		Instrucción	Nacionalidad	Ecuatoriana Colombiana Venezolana Cubana Peruana Otros
	Demográficas	Etnia	Establecido por el registro civil	Soltera Unión Libre Casada Divorciada Viuda
		Nacionalidad	Último año aprobado de educación	Ninguna Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel

Vii: Cuidado humanizado de enfermería	Cualidades del hacer de enfermería	Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ra versión (González-Hernández, 2015)	7 preguntas: 1, 2, 6, 7, 8, 15, 17	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
	Apertura a la comunicación enfermera/o - paciente		8 preguntas: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 19	
	Disposición para la atención		Preguntas: 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante, reciba usted un cordial saludo.

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación que se realizará para la obtención del título de magister en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria dirigido por la Lic. Betsy Karina Tarapués García como autora, y solicitarle su consentimiento para la realización del mismo.

La presente investigación se titula **“Cuidado humanizado de enfermería relacionado con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia de un Hospital Público, 2024”** y tiene como objetivo, **“determinar el cuidado humanizado de enfermería en relación con factores sociodemográficos en pacientes ginecológicas atendidas en emergencia en un Hospital Público”**.

Para ello, se le solicita participar de la encuesta que está estructurada con preguntas de opción múltiple con la posibilidad de elegir una sola respuesta, le tomará aproximadamente 10 minutos. Recuerde que su participación en la investigación es voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento. Se solicita responder con total sinceridad a todas las preguntas, su identidad será tratada de manera anónima y los datos obtenidos serán completamente confidenciales.

Se agradece de antemano su participación.

La participante tiene el derecho a decidir si desea participar en este estudio de manera libre y voluntaria. A continuación, marque la opción que corresponda:

- Acepto participar en el estudio
 No deseo participar en el estudio

Para constancia,

Firma de la participante

Anexo 3. ENCUESTA

1. ¿Cuál es su edad?

- 12 a 18 años
- 19 a 25 años
- 26 a 32 años
- 33 a 39 años
- Más de 40 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Unión libre
- Casada
- Divorciada
- Viuda

3. ¿Cuál es su nivel de estudios

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Tercer nivel
- Cuarto Nivel

4. ¿Cuál es su auto identificación étnica?

- Mestiza
- Indígena
- Afrodescendiente
- Montubia
- Blanca
- Otra

5. ¿Cuál es su nacionalidad?

- Ecuatoriana
- Colombiana
- Venezolana
- Cubana
- Peruana
- Otra

6. Categoría 1. Cualidades del hacer de enfermería

Pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
----------	-------	---------------	--------------	---------

1. Le hacen sentirse como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. Le demuestran respeto por sus creencias y valores.				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
17. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted				

7. Categoría 2. Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente

Pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le indican su nombre y cargo antes de realizarse los procedimientos				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le dedican tiempo para aclarar sus inquietudes				
14. le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				

8. Categoría 3. Disposición para la atención

Pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. Muestra interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
13. Dedicar el tiempo requerido para su atención				
16. Le llaman por su nombre				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				

20. Manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar el dolor físico				
28. Demuestran que son responsables con su atención				
29. Respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				