

Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de hospitales de Lima

Knowledge and attitudes about humanized care in nurses in hospitals in Lima

Amabilia Arriaga-García¹
Martha Obregón-De La Torre¹

Resumen

Objetivo: determinar la asociación entre conocimientos y actitudes del cuidado humanizado en enfermeros de hospitales de Lima. **Materiales y métodos:** el estudio fue no experimental descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 licenciados en enfermería de dos hospitales de Lima que laboraron en los servicios de hospitalización adultos. Las variables que se tomaron en cuenta fueron los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeros medidas por cuestionarios autodirigidos. Asimismo, se consideraron otras variables sociodemográficas y laborales. Se emplearon análisis univariados y bivariados con la prueba de Chi-cuadrado y t de Student. **Resultados:** la media del conocimiento sobre cuidado humanizado de enfermeros fue 6.3 y el 60% tuvieron una actitud negativa. Además, se asociaron los conocimientos y la actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras ($p=0.04$). Asimismo, los factores que se asociaron al conocimiento sobre cuidado humanizado fueron el sexo y la docencia. Por otro lado, los factores que se asociaron con las actitudes sobre cuidado humanizado fueron la religión, la docencia y la condición laboral. **Conclusión:** los enfermeros tienen un promedio medio de conocimientos sobre cuidado humanizado y una actitud negativa sobre el mismo. Los conocimientos están asociados con las actitudes sobre cuidado humanizado de los enfermeros. Frente a estos hallazgos, es necesario que se fomente y brinde un cuidado de calidad al paciente por parte del profesional de enfermería y que se tomen en cuenta los factores que estén relacionados con el mismo.

Palabras clave: Cuidados de enfermería; Empatía; Espiritualidad; Actitud del Personal de Salud (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: to determine the association between knowledge and attitudes of humanized care in hospital nurses in Lima. **Materials and methods:** the study was non-experimental descriptive correlational cross-sectional. The population consisted of 80 nursing graduates from two hospitals in Lima who worked in adult hospitalization services. The variables that were taken into account were knowledge and attitudes about humanized care in nurses measured by self-directed questionnaires. Likewise, other sociodemographic and labor variables were considered. Univariate and bivariate analyzes were used with the Chi-square test and Student's t test. **Results:** the average knowledge on humanized care in nurses was 6.3 and 60% had a negative attitude. In addition, knowledge and attitudes about humanized care in nurses were associated ($p=0.04$). Likewise, the factors that were associated with knowledge about humanized care were sex and teaching. On the other hand, the factors that were associated with attitudes about humanized care were religion, teaching and working status. **Conclusion:** nurses have an average average of knowledge about humanized care and a negative attitude about it. Knowledge is associated with attitudes about humanized care of nurses. Faced with these findings, it is necessary to promote and provide quality care to the patient by the nurse and take into account the factors that are related to it.

Keys words: Nursing Care; Empathy; Spirituality; Attitude of Health Personnel (Source: DeCS).

Para citar:

Arriaga A, Obregón M. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de hospitales de Lima. CASUS. 2019;4(2).102-110.

DOI: 10.35626/casus.2.2019.213

¹ Hospital Nacional Cayetano Heredia. Estudiante de Enfermería.
Correo electrónico: amabiliaarriaga@gmail.com



Fecha de recepción: 09-12-18
Fecha de envío a pares: 11-12-18
Fecha de aprobación por pares: 29-06-19
Fecha de aceptación: 30-06-19

INTRODUCCIÓN

El arte del cuidado es la esencia de enfermería que se distingue por la atención a todas las dimensiones del ser humano ya sea biológica, psicológica, social y espiritual (1). Cuidar es el cimiento moral donde se fundamenta la praxis profesional del enfermero como resultado de análisis y pensamiento crítico, con elevado nivel de habilidades técnicas, conocimientos científicos y gran sensibilidad humana para centrarse en el respeto a la unicidad de cada persona y responder a sus necesidades propias sin generalizarse (1). La teorista de enfermería Virginia Henderson afirmó que *la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario* (2). Asimismo, la teorista Jean Watson menciona que la ciencia del cuidado tiene una base moral, teórica y filosófica para la enfermería (2).

El cuidado integra la conservación, preservación a la atención y el seguimiento de cada paciente para la sanación cuando sea posible (3). Entonces el cuidado entendido en su esencia no podría limitarse solo a la ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, pues comprende el establecimiento de una relación enfocada en la gestión del cuidado (3). Por lo tanto, el cuidado humanizado no sólo presupone la capacidad técnica del profesional de enfermería en el ejercicio de sus funciones, sino la capacidad de percibir y comprender al paciente en su experiencia existencial, respondiendo a sus esencias intrínsecas y extrínsecas. Con el fin de favorecer un afrontamiento positivo en el momento vivido del paciente y preservar su autonomía, es decir, el derecho a decidir qué quieren para sí mismos, su salud y su cuerpo cuando se enferman (4, 5).

Se ha señalado, sin embargo, que el cuidado se está inclinando hacia la deshumanización, donde el conocimiento del cuidado está centrado solo en el desarrollo de habilidades, técnicas limitadas,

aplicación de protocolos y guías de procedimientos que en ocasiones no responden en su totalidad a las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente (3). Incluso, se ha demostrado que el profesional tiene una mayor formación científica, pero a veces insuficiente delicadeza para poder atender a una persona enferma (3).

La formación académica del profesional de enfermería con escasos contenidos de valores humanísticos influye en la deshumanización del cuidado y el conocimiento del mismo, por ende, no será capaz de utilizar y gestionar todos los medios posibles para satisfacer las necesidades del paciente (4). Así mismo, la actitud, se define como la forma de reacción, respuesta afectiva adecuada o inadecuada que se ha aprendido y es relativamente estable (4). Respecto a la actitud del enfermero se refiere a la conducta encaminada hacia el cuidado del ser humano (2). Sería falso decir que la enfermera(o) brinda un adecuado cuidado humanizado a un paciente sin antes tener previos conocimientos y actitudes positivas sobre este cuidado, entre otros factores como personales y laborales (3, 5, 6).

Teniendo en cuenta lo anterior donde el cuidado humanizado de enfermería, que tiene en su pasado histórico la protección de la vida del ser humano, contribuye a la comprensión de la recurrencia de algunas actitudes y conocimientos del cuidado de las enfermeras(os). Asimismo, una serie de características tanto sociodemográficas como laborales de profesional de enfermería podrían estar involucradas en el cuidado que brinda al paciente, por ello, se propuso como objetivo del estudio determinar la asociación entre los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de hospitales de Lima.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental descriptivo correlacional de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se efectuó un censo a una población de 80 licenciados en enfermería, de dos establecimientos de salud pública y privada en Lima Norte en el año 2018. Los cuales 42

Tabla 1. Descripción de las variables principales y sociodemográficas

Factores	n	%
Conocimiento sobre el cuidado humanizado (media± DE)		6.3± 2.5
Actitud sobre el cuidado humanizado		
Positiva	32	40
Negativa	48	60
Edad (media±DE)		38.9±9.2
Sexo		
Masculino	11	13.9
Femenino	68	86.1
Procedencia		
Costa	40	50.6
Sierra	33	41.7
selva	36	7.5
Residencia		
Rural	8	10.13
Urbano	71	89.87
Religión		
Católica	61	76.2
Evangélica	11	14
Otros	8	10
Estado civil		
Soltero	23	29
casado	35	44
Conviviente	19	22
Viudo	3	4
Docente		
Sí	21	26.2
No	59	74
Posgrado		
Sí	69	88.4
No	9	12
Tiempo de servicio (media±ds)		10.3 ± 8
Número de paciente (media±ds)		13.1±5.4
Condición laboral		
Nombrado	40	50
Contratado	40	50
Sistema de turno		
Mañana	1	1.25
Tarde	1	1.25
Noche	1	1.25
Mixto	77	96.25
Tipo de hospital		
Público	42	53
Privado	38	48

Tabla 1. continúa

Factores	n	%
Capacitación		
Sí	42	53.16
No	37	47
Tiempo que tarde su casa al hospital		
		37.3 ± 29.3
		(media±ds)
Tipo de servicio		
Traumatología	13	16.25
Neumología	17	21.25
Medicina	36	45
Cirugía	14	17.50
Actitud sobre el cuidado humanizado		
Positiva	32	40
Negativa	48	60

Tabla 2. Asociación entre la actitud y variables sociodemográficas con los conocimientos

Variables	Conocimientos sobre el cuidado humanizado	
	media ± DE	p
Actitud sobre el cuidado humanizado		0.04
Positiva	7±2.10	
Negativa	5.8±2.68	
Edad*	0,01	0.88
Sexo		0.03
Masculino	5±2.32	
Femenino	6.54±2.54	
Procedencia		0.27
Costa	6.6±2.25	
Sierra	6.09±2.7	
selva	5.83±3.43	
Residencia		0.79
Rural	57.37±9.47	
Urbano	59.9±8.41	
Religión		0.19
Católica	6.4±2.32	
Evangélica	5.45±3.14	
Otros	6.3±3.42	
Estado civil		0.25
Soltero	66.39±2.55	
casado	6.22±2.56	
Conviviente	6.15±2.81	
Viudo	7.3.±57	
Docente		0.03
Sí	7.19±2.71	
No	5.98±2.43	

* Correlación de Spearman

Tabla 2. continúa

Variables	Conocimientos sobre el cuidado humanizado	
	media ± DE	p
Posgrado		0.78
Sí	6.17±2.52	
No	6.8±2.97	
Tiempo de servicio	0.15*	0.17
Número de paciente	-0.13*	0.23
Condición laboral		0.80
Nombrado	6.05±2.61	
Contratado	6.55±2.5	
Sistema de turno		0.87
Mañana	5±0	
Tarde	6±0	
Noche	8±0	
Mixto	6.29±2.59	
Tipo de hospital		0.68
Público	6.16±2.74	
Privado	6.44±2.35	
Capacitación		0.07
Sí	6.71±2.60	
No	5.86±2.47	
Tiempo que tarda de su casa al hospital*	0.05	0.62
Tipo de servicio		0.42
Traumatología	6.38±2.02	
Neumología	6.94±2.3	
Medicina	5.8±2.5	
Cirugía	6.64±3.17	

* Correlación de Spearman

Tabla 3. Asociación bivariado entre las variables sociodemográficas con la actitud sobre el cuidado humanizado

	Actitud		p-valor
	Positiva n(%)	Negativa n(%)	
Edad	37.68±9.87	39.76±8.85	0.17
Sexo			
Masculino	3(27.27)	8(72.73)	0.33
Femenino	29(42.65)	39(57.35)	
Procedencia			0.70
Costa	18(45.0)	22(55.0)	
Sierra	12(36.36)	21(63.64)	
Selva	2(33.3)	4(66.66)	
Residencia			0.34
Rural	2(25.0)	6(75.0)	
Urbano	30(42.25)	41(57.75)	
Religión			0.00
Católica	31(50.82)	30(49.18)	
Evangélica	1(9.09)	10(90.91)	
Otros	0(0.00)	8(100.0)	

Tabla 3. continúa

	Actitud		p-valor
	Positiva n(%)	Negativa n(%)	
Estado civil			0.56
Soltero	11(47.839)	12(52.17)	
Casado	12(34.29)	23(65.719)	
Conviviente	7(36.84)	12(63.16)	
Viudo	2(66.67)	1(33.33)	
Docente			0.02
Sí	4(19.05)	17(80.95)	
No	28(47.46)	31(52.54)	
Posgrado			0.30
Sí	26(37.68)	43(62.32)	
No	5(55.56)	4(44.4)	
Tiempo de servicio			0.14
	9.18±8.17	11.13±7.63	
Número de paciente			0.19
	12.37±5.9	13.72±5.11	
Condición laboral			0.00
Nombrado	9(22.50)	31(77.50)	
Contratado	23(57.50)	17(42.50)	
Sistema de turno			0.41
Mañana	1(100)	0(0.00)	
Tarde	0(0.00)	1(100)	
Noche	0(0.00)	1(100.0)	
Mixto	31(40.26)	46(59.74)	
Tipo de hospital			0.08
Público	13(30.95)	29(69.05)	
Privado	19(50.0)	19(50.0)	
Capacitación			0.64
Sí	16(38.10)	26(61.90)	
No	16(43.24)	21(56.76)	
Tiempo que tarda de su casa al hospital	39.25±31.83	35.95±27.85	0.73
Tipo de servicio			0.27
Traumatología	5(38.46)	8(61.54)	
Neumología	10(58.82)	7(41.18)	
Medicina	11(30.56)	25(69.44)	
Cirugía	6(42.869)	8(57.14)	

enfermeros trabajaron en un hospital público y 38 en el sector privado. Según los criterios de inclusión establecidos se tomaron en cuenta profesionales de enfermería que laboraron sólo en los servicios de hospitalización adultos: medicina, cirugía, traumatología y neumología. Se excluyó el personal técnico de enfermería.

La variable principal fue el conocimiento sobre el cuidado humanizado medida por un cuestionario que consta de 11 interrogantes. Cada una de ellas tiene cuatro alternativas de respuestas, donde solo

una es la correcta y equivale a un punto. Asimismo, para determinar la confiabilidad del instrumento se calculó un alfa de Cronbach de 0.97 y la validez fue 0.89. Por último, el tiempo de respuesta al cuestionario fue de 20 minutos aproximadamente (4).

Respecto a la variable actitud sobre el cuidado humanizado la técnica de medición fue por una escala de Likert relativa a 16 enunciados. Se calificó como actitud positiva cuando se obtuvo resultados entre 64 y 80 puntos y negativa cuando se obtuvo entre 1 y 63 puntos. La misma obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87 para la validez y 0.89 para la confiabilidad. Por último el tiempo de respuesta a esta escala fue de 10 minutos aproximadamente (2).

A través de una ficha de datos se tomaron en cuenta los siguientes factores sociodemográficos: edad, variable cuantitativa discreta (años de vida); sexo, variable cualitativa, dicotómica y nominal (masculino y femenino); lugar de residencia, variable cualitativa, dicotómica (rural y urbano); docencia, variable cualitativa dicotómica (sí y no); estudios de posgrado, variable cualitativa dicotómica y nominal (sí y no); estado civil, variable cualitativa, politómica y nominal (soltero, casado, conviviente y otros); religión, variable cualitativa, politómica (católico, evangélico y otros); procedencia, variable categórica, politómica y nominal (costa, sierra y selva); tipo de hospital, variable cualitativa dicotómica (público y privado); capacitación, variable categoría dicotómica (sí y no); tiempo de servicio, variable cuantitativa discreta (años laborados en el servicio); números de pacientes, variable cuantitativa discreta (cantidad de pacientes atendidos en el día); lugar de residencia, variable categórica dicotómica (rural y urbano); tiempo de traslado, variable numérica discreta (tiempo que tarda de su casa al hospital); condición laboral, variable categórica dicotómica (nombrado y contratado); sistema de turno, variable cualitativa politómica nominal (matutino, vespertino, nocturno y mixto); tipo de hospital, variable dicotómica (público y privado); capacitación,

variable dicotómica (sí, no); tipo de servicio, variable cualitativa politómica (traumatología, neumología, cirugía, medicina).

Una vez recolectados los datos se usó el programa estadístico Stata versión 14. En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Así mismo, para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencias central y dispersión (media y desviación estándar). Por otro lado, en el análisis inferencial se empleó las pruebas de Chi cuadrado, t de Student, y Correlación de Spearman mediante tablas de contingencia con una significancia menor o igual a 0.05.

El estudio fue aprobado por un Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Durante las mediciones de las variables mediante los instrumentos se respetó decisión de participación de cada enfermero, la confidencialidad y anonimato de los datos de los mismos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que de los 80 enfermeros la edad media fue 38.9 años, el 86.1% correspondía al sexo femenino. Asimismo, la mayoría fue católico (76.2%) y procedente de la costa (50.6%). Respecto a los factores laborales el 74% no ejerció la docencia, el 88.4% tuvo estudios de postgrado, la media del tiempo de servicio fue de 10.3 años y la media en el número de pacientes fue el 13.1, el 96.25% trabajó en un turno mixto, el 53% trabajó en un hospital público, el 53.16% recibió capacitación, y la media de tiempo que tardó de su casa al hospital fue de 37.3 minutos y el 21.25% trabajó en el servicio de neumología. La media del conocimiento sobre el cuidado humanizado fue de 6.3, teniendo en cuenta que el rango de puntaje de esta variable fue de 0 a 11. Por último, se observó que el 60% de las enfermeras tuvo una actitud negativa sobre el cuidado humanizado (ver tabla 1).

En la tabla 2 se muestra que hubo asociación significativa entre la actitud y el

conocimiento sobre el cuidado humanizado en enfermeros de dos hospitales de Lima ($p=0.04$). Es decir, los enfermeros que tuvieron una actitud negativa presentaron menores valores de puntuación en el conocimiento sobre cuidado humanizado (media= 5.8). En cambio los enfermeros con actitud positiva tuvieron mayores valores de puntuación de conocimiento sobre cuidado humanizado (media= 7). Estos resultados se observan en la tabla 2.

En la tabla 3 respecto a los factores sociodemográficos y laborales se evidenció que el sexo ($p=0,031$) y la docencia ($p=0,03$) se asociaron con el conocimiento sobre el cuidado humanizado. Donde las enfermeras conocen más sobre el cuidado (media \pm DE 6.54 \pm 2.54) en comparación de los enfermeros (media \pm DE 5 \pm 2.32). Asimismo, los enfermeros que ejercieron la docencia (media \pm DE 7.19 \pm 2.71) obtuvieron alta puntuación de conocimiento sobre el cuidado humanizado en comparación de los que no ejercieron (media \pm DE 5.98 \pm 2.43). El resto de asociaciones no fue significativa.

En la tabla 4 se observa una asociación significativa entre el factor religión y la actitud sobre el cuidado humanizado ($p=0.002$). El 50.82% de enfermeros que son católicos tienen una actitud positiva sobre el cuidado humanizados y el 100.00% de aquellos que no pertenecen a ninguna religión tienen una actitud negativa. También se evidenció asociación entre ser docente y la actitud sobre el cuidado humanizado ($p=0.02$). Mostrando que aquellos que son docentes tienen una actitud negativa (80.95%) en comparación con los que no son (52.54%). La condición laboral también se asoció con la actitud sobre el cuidado humanizado ($p=0.001$) evidenciando que el 77.50% de los nombrados tienen una actitud negativa en comparación con los contratados ($p=0,001$).

DISCUSIÓN

Se encontró relación significativa entre el conocimiento y la actitud sobre el cuidado humanizado, evidenciando que mayores valores de

puntuación de conocimiento se asocian con actitud positiva sobre el cuidado humanizado. Por otro lado, los factores: docente, sexo se asociaron significativamente con los conocimientos sobre el cuidado humanizado. Asimismo, los factores sexo, docente y religión se asociaron significativamente con la actitud sobre el cuidado humanizado.

La actitud sobre el cuidado humanizado se asoció con conocimientos sobre el mismo. Un estudio realizado en enfermeros evidenció un resultado similar, demostrando que un nivel alto de conocimiento sobre el cuidado humanizado, repercute positivamente en la calidad de trato brindado al paciente (7). Esto podría explicarse porque el conocimiento sobre la integridad y la humanización de la atención al individuo, en base a valores como el respeto a las singularidades (8). Es, sin duda, uno de los valores de gran importancia para el actuar profesional del enfermero, ya que confiere a los profesionales seguridad en la toma de decisiones en función al cuidado holístico del paciente. Así, la iniciativa para asumir conductas y actitudes está íntimamente relacionada al conocimiento que el profesional posee, pues éste da a los enfermeros la certeza de estar actuando de la manera más correcta y adecuada (9). El cuidado de enfermería integra todos estos estándares de conocimiento y es considerado tanto arte como ciencia porque integra la originalidad, la observación atenta, la empatía, el conocimiento científico y la experiencia que llevan al enfermero a la elaboración de juicios profesionales centrándose en la necesidad de cada paciente, para que el cuidado se desarrolla en la interacción con el otro, tratando siempre de minimizar el sufrimiento respondiendo a las necesidades prioritarias, trascendiendo la visión reduccionista de solo cumplir con procedimientos y administración de medicamentos (10).

Otro hallazgo del estudio fue que la variable sexo se asoció con el conocimiento sobre el cuidado humanizado, evidenciando que las enfermeras tienen mayor conocimiento sobre el cuidado humanizado en comparación de los enfermeros. La

literatura no menciona un resultado similar, no obstante se menciona que el conocimiento sobre el cuidado de la profesión de enfermería tiene un origen observable, donde las mujeres enfermeras, tienen ventaja demostrada a través de todos los tiempos, porque aportaron sus conocimientos y sabidurías de cuidadoras con enfoque humanístico y sensibilidad empática enfocadas en buscar el alivio, consuelo y armonía del ser humano (11). Una explicación del hallazgo pudiese ser que en el estudio la mayoría fueron enfermeras. Sin embargo, cabe resaltar que actualmente el rol de cuidado que tiene el profesional de enfermería es de ambos sexos donde se deben tener en cuenta los conocimientos científicos relacionados con la práctica (12).

Asimismo, otro resultado importante del estudio fue que los enfermeros docentes tuvieron mayores niveles de conocimiento sobre el cuidado humanizado en comparación de los que no ejercen docencia. Este hallazgo se podría explicar desde la realidad del docente enfermero que tiene la responsabilidad de proporcionar conocimientos actuales a los estudiantes y ayudarles con la experiencia a desarrollar habilidades y destrezas, por ello debe tener en cuenta que un docente enfermero, con una formación de postgrado, conoce que el cuidado es un deber por parte de los profesionales de la salud y no solamente en la función asistencial (13-15). Por otro lado, otro hallazgo del estudio fue que el enfermero docente tuvo una actitud negativa sobre el cuidado humanizado (16), esto se debe a que la división social del trabajo y el progreso científico-técnico acelerado en el campo de la salud han transformado el cuidado de enfermería en ejecución de tareas, según protocolos, y estándares en rutina previamente establecidas obstaculizando las relaciones interpersonales más enfáticas entre cuidador y el paciente (17). Hoy en día existe una problemática en los hospitales debió a la alta demanda de pacientes, y la falta de personal en los servicios, esto hace que el profesional no trabaje en su totalidad brindando una atención integral al paciente.

Otro hallazgo mostró que no pertenecer a alguna religión se asoció con una actitud negativa sobre el cuidado humanizado, sin embargo, los enfermeros que fueron católicos tuvieron actitud positiva. La literatura reporta que la religión está ligada a la espiritualidad que tiene que ver con los valores propios de cada persona, su sentido de la vida, experiencias de fe (18), confort en el trabajo, entre otras dimensiones de trascendencia, por ello la competencia espiritual es una exigencia ética para todos los profesionales de la salud (19). Es por ello que el profesional de enfermería debería ayudar al paciente a retomar el sentido de su vida frente a una enfermedad grave. Además de eso, en coordinación con el equipo multiprofesional de salud debe proporcionar confort, apoyo y esperanza de vida para el paciente y su familia.

Se encontró que la condición laboral se asoció con la actitud sobre el cuidado humanizado, donde los que tienen condición nombrado tuvieron actitud negativa. La literatura no reporta hallazgos similares, sin embargo hay un estudio que demuestra que la ocupación laboral está relacionada con la calidad del cuidado del enfermero (20). Lamentablemente las situaciones precarias que vive el personal de enfermería debido a la gran demanda laboral, exigencias de la institución y tareas administrativas impiden que se enfoque con mayor dedicación en el cuidado integral de la persona (21, 22).

Entre las limitaciones del estudio se señalan aquellas propias del diseño del estudio transversal: sesgos de memoria y temporalidad. Igualmente la cantidad de la población que es reducida. Cabe resaltar que este trabajo aporta al conocimiento empírico del profesional de enfermería y que son escasos los estudios respecto a esta temática. Se recomienda profundizar, con poblaciones más amplias, sobre las prácticas del cuidado humanizado realizando comparaciones entre enfermeros de ámbitos laborales públicos y privados.

CONCLUSIONES

La media del conocimiento sobre el cuidado

humanizado en enfermería es de 6.3, y predomina la actitud negativa en un 60% de toda la población. Además, se evidencia que los enfermeros que tienen una actitud negativa sobre cuidado humanizado son hombres y no son docentes con menores promedios de conocimiento sobre el cuidado humanizado. Asimismo, los enfermeros que no pertenecen a una religión, son docentes y son nombrados tienen una actitud negativa sobre el cuidado humanizado.

Los hallazgos de este estudio evidencian una realidad que necesita ser tomada en cuenta por el personal de enfermería, debido a que ellos son los que permanecen más tiempo con el paciente y por lo tanto el cuidado que brindan cada día debe ser de calidad y calidez humana. La realidad reclama humanización de los servicios de salud, por ello, el profesional de enfermería que es el responsable de cuidar con arte y ciencia debe hacer uso de todos los medios para ayudar a las personas en los procesos de promoción, prevención,

recuperación y rehabilitación de la salud. También es necesario que se verifique la calidad de formación que se brinda a las enfermeras(os) en los ámbitos de ciencia, tecnología y experticia en el cuidado humanizado a nivel de postgrado.

AGRADECIMIENTOS

A la Magíster de administración de servicios de salud Julia Velásquez Rosas por el apoyo en la recolección de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navora M. El cuidado enfermero. Un arte. Rev Enferm IMSS. 2000;8(1):1-2.
2. Guerrero R, Rosa, Mónica E. "Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao. 2015." 2016
3. Espíndola, J.A., E. R. M. Valle, and A. A. Bello. "Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud." Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(6): 1229-1236.
4. Van B, Peter t. "The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey." International journal of nursing studies 2013;50(12): 1667-1677.
5. Mazzini M. Marcela. "Encontrar una Isla de Misericordia. Prácticas de Espiritualidad en la "Casa de la Esperanza" del Hospice "San Camilo";2014.
6. Arredondo CP, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index de enfermería. 2009; 18(1):32-36.
7. Escobar B. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta Bioethica. 2018 May 23;24(1):39-46.
8. Ceballos, P. Desde el campo de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería. 2010;16(1):31-5.
9. León L. Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado [tesis de licenciatura]. Lima UNMSM; 2013
10. Hernández L, et al. Educación de enfermería en el cuidado humanizado. Rev Esc Anna Nery. 2018;22(1):1-5.
11. Ariza O, C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enfermería universitaria, 2013;9(1):41-51.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasil. Ministerio da Saude.2001.
13. Silva E, et al. "O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática." Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;1380-1386.
14. Camarillo M,N. "El cuidado enfermero. Un arte." Rev Enferm IMSS. 2000;8(1):1-2.

15. M, et al. "Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México-la reconstrucción del camino." *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2009;13(2): 287-296.
16. Soto P. "Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión." *Aquichan* 2014;14(1):79-99.
17. Melgarejo, Lorena M, and María Nubia Romero Ballén. "Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales." *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*.2010;12(2):55-92.
18. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007 Oct;20(4):499-503.
19. Navora Camarillo M. El cuidado enfermero. *Un arte. Rev Enferm IMSS*. 2000;8(1):1-2.
20. Da Silva F, et al. "Humanization of nursing care in a hospital environment: the user's perception." *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(2):210-218.
21. Rodríguez B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería clínica*. 2003;13(3):164-170.
22. De Arco-Canoles OD, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*.2018; (20)2:171.
23. Lopera Betancur M, et al. "El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga." *Revista Cuidarte*. 2016;7(2) 1262-1270.
24. Navora Camarillo M. El cuidado enfermero. *Un arte. Rev Enferm IMSS*. 2000;8(1):1-2.
25. Rivera Á. Álvaro T. Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Bogotá-Colombia. 2007.
26. Experiencias de las estudiantes de enfermería en el cuidado a la persona al final de la vida Chiclayo, Perú. 2016.
27. Navora M. El cuidado enfermero. *Un arte. Rev Enferm IMSS*. 2000; 8(1):1-2.
28. Romero M, Lorena M, and SOLANYE GALINDO. "Calidad de vida de las (os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado." *Avances en enfermería* 2008;(26)2:59-70.
29. Melgarejo, Lorena M, and María Nubia Romero Ballén. "Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales." *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2010;(12)2:55-92.
30. Da Nóbrega Morais, Gilvânia Smith, et al. "Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado." *Acta Paulista de Enfermagem* 2009;22(3):323-327.
31. León V, María R. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. (2014).