



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**

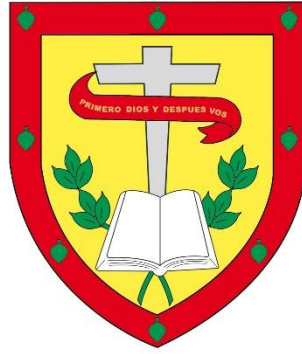
AUTOR: CRISTHOFER JONATHAN GOMEZ PINOS

DIRECTOR: LCDA. ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES, MGS.

CUENCA-ECUADOR

2021

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN

CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA

AUTOR: CRISTHOFER JONATHAN GOMEZ PINOS

DIRECTOR: LCDA. ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES, MGS.

CUENCA-ECUADOR

2021

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Universidad
Católica
de Cuenca

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yo, **Cristhofer Jonathan Gomez Pinos** portador de la cédula de ciudadanía **0705846418**. Declaro ser el autor de la obra: **Deshumanización en la atención de enfermería. Revisión bibliográfica**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **07 de abril de 2022**

F:.....

Cristhofer Jonathan Gomez Pinos

C.I. 0705846418.

www.ucacue.edu.ec

Certificación del tutor/director

Reciba un atento y cordial saludo, yo **ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES** con cédula de identidad No **0302440755** en calidad de Directora del Trabajo de Titulación, con el tema: **“Deshumanización en la Atención de Enfermería. Revisión Bibliográfica”** presentado por el estudiante **Cristhofer Jonathan Gomez Pinos** para optar por el grado de Licenciado en Enfermería; certifico que: el Trabajo de Titulación reúne los requisitos y méritos suficientes para la sustentación y defensa ante el Tribunal que se designe.

CUENCA, 06 de abril de 2022



.....

Lcda. Erika Michelle Carchi Flores, Mgs.

Tutor/Director

Dedicatoria

El presente artículo sin duda se lo dedico primero a Dios y a la Virgen María, porque sin miedo a equivocarme Ellos me han sostenido toda esta etapa de mi vida muy importante y lo siguen haciendo día a día. Sin Ellos nada de esto hubiese ocurrido.

En segundo lugar, quiero dedicar cada minuto de esta etapa y proyecto concluido a las personas más importantes en esta tierra, a mi padre Guido Gomez, a mi madre Marianela Pinos y a mi hermana Paulina Gomez, ya que ellos han sido ese motor y columna principal en mi vida y que la tenacidad, perseverancia, oraciones y amor desmedido han logrado que hoy culmine este meta tan importante en mi vida.

Cristhofer Gomez Pinos

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad y a cada docente que han sabido inculcar y ha sido pieza fundamental para mi desarrollo académico, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de esta profesión. Gracias Lcda. Lilia Jaya y a mi docente tutora Lcda. Michelle Carchi por acompañarnos en este proceso de titulación.

ÍNDICE

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad	III
Certificación del tutor/director	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Metodología.....	3
Resultados y discusión.....	7
Factores asociados a la deshumanización en el cuidado de enfermería.....	7
Áreas de salud donde se presenta mayor deshumanización.....	8
Consecuencias de la deshumanización en el cuidado de enfermería.....	9
Prevención de la deshumanización en el cuidado de enfermería.....	10
Utilidad de los modelos de enfermería en la deshumanización en la atención de enfermería	12
Conclusión	14
Referencias bibliográficas	16
Anexos	26

Deshumanización en la atención de enfermería. Revisión bibliográfica

Autor: Cristhofer Jonathan Gomez Pinos

Director: Lcda. Erika Michelle Carchi Flores, Mgs.

RESUMEN

La deshumanización en la atención de enfermería surge del modelo biomédico que manejan actualmente los sistemas de salud en los que la asistencia está tecnificada y se da poco o nulo valor al cuidado cálido, cercano y humano. **Objetivo:** Describir la deshumanización en la atención de enfermería a través de una revisión bibliográfica. **Metodología:** se trata de un trabajo de revisión bibliográfica de tipo narrativa, la cual fue estructurada con documentos encontrados en plataformas de información científica como: PubMed, Taylor & Francis, Scielo, Scopus, Medline, LILACS, Science Direct, Research Gate y Dialnet mediante las siguientes estrategias de búsqueda: “Dehumanization + Nursing care”, “Humanization + nursing care”, “Healthcare Models + Nursing care + Dehumanization”. **Resultados:** Tras la revisión bibliográfica se pudo conocer que todos los factores asociados a la deshumanización en la atención de enfermería son de tipo personal y organizacional, las áreas en donde se presenta mayor deshumanización son UCI, obstetricia y Gerontología, las consecuencias de la deshumanización se dan tanto a nivel de pacientes como en los profesionales de la salud, la prevención se basa en el diseño o adaptación de estrategias estructuradas y contextualizadas, la aplicación de los modelos de enfermería como el de Watson son de gran utilidad para evitar la deshumanización asistencial porque brindan premisas sobre cómo mejorar el cuidado. **Conclusión:** La deshumanización en la atención de enfermería puede considerarse como indicador de baja calidad por su elevado impacto en las tasas de morbilidad, mortalidad y los altos costes que ello representa para el sistema de salud.

Palabras clave: atención de enfermería, deshumanización, humanización, modelos de enfermería.

ABSTRACT

Dehumanization in nursing care arises from the biomedical model currently used by health systems in which assistance is technical and minor, or no value is placed on warm, close, and humane care. **Objective:** To describe dehumanization in nursing care through a literature review. **Methodology:** this is a narrative literature review, which was structured with documents found in scientific information platforms such PubMed, Taylor & Francis, Scielo, Scopus, Medline, LILACS, Science Direct, Research Gate, and Dialnet using the following search strategies: "Dehumanization + Nursing care", "Humanization + nursing care", "Healthcare Models + Nursing care + Dehumanization". **Results:** After the literature review, it was possible to know that all the factors associated with dehumanization in nursing care are personal and organizational. The areas where the greatest dehumanization occurs are ICU, obstetrics, and gerontology. The consequences of dehumanization occur both at the level of patients and health professionals. Prevention is based on the design or adaptation of structured and contextualized strategies. Applying nursing models such as Watson's is beneficial to avoid care dehumanization because they provide premises for improving care. **Conclusion:** Dehumanization in nursing care can be considered an indicator of low quality due to its high impact on morbidity and mortality rates and the high costs to the health system.

Keywords: nursing care, dehumanization, humanization, nursing models.

Introducción

Los cambios y transformaciones sociales de la era actual han llevado a una mayor necesidad de prestaciones de servicio eficientes, por ello, los sistemas de salud gestionan cuidados de calidad para lo cual deben dar cumplimiento a indicadores de logro e impacto, pero estos han desencadenado la pérdida de la esencia de lo que representa verdaderamente cuidar al paciente en el campo de Enfermería, donde a criterio de Florence Nightingale debe superar barreras normativas y estructurales para ejercer un cuidado ético basado en la persona y su entorno (1).

Las instituciones guiadas por el patrón biomédico en el cual se aborda a la enfermedad y sus implicaciones exclusivamente, reduce la particularidad del cuidado humano apartando la integralidad del rol de enfermería, situación que emporá con la existencia de sistemas de salud protocolizados; en los cuales los resultados se reflejan en el número de pacientes atendidos y actos médicos, realizados quedando ensombrecida la relación cercana con el paciente, lo que lleva a la percepción de un trato poco humano (2).

De allí que, la enfermera/o tiene la función de entregar cuidado humanizado, que en la mayoría de ocasiones es deficiente debido a que el cuidado se brinda sin tomar en cuenta al paciente sino más bien en los procesos y técnicas, además que, las exigencias laborales diarias convierten al profesional en un instrumento mecánico para poder concluir con todas las actividades asignadas lo que hace que, el aspecto humano quede para segundo plano (3).

Mundialmente se reconocen los retos de la globalización en todas las esferas y de las exigencias para alcanzar excelencia en los procesos asistenciales, no obstante, esto implica un alto riesgo de deshumanización en el cuidado de enfermería que se hace evidente no solo en la insatisfacción de los usuarios sino además en las elevadas tasas de patologías y muertes (4), así por ejemplo en una investigación turca se demostró que tres cuartas partes de los profesionales de enfermería no aplicaban cuidado humanizado con los pacientes debido a la tecnificación de sus habilidades y destrezas(5).

En el contexto latinoamericano, varios autores han abordado la deshumanización del cuidado en enfermería; en México se encontró una reducción en los indicadores de

calidad asistencial sobre todo en el aspecto de trato digno puesto que en el año 2012 fue del 97% y en la actualidad del 96%, producto de la insatisfacción respecto al cuidado humano de enfermería lo que perjudica la calidad de atención en el país (6). Así también, una investigación colombiana reportó un deficiente cuidado humanizado percibido por la mayoría de pacientes (55,4%), situación que no es ajena a lo encontrado en un estudio peruano donde se obtuvo una percepción de cuidado humanizado global del 55,9% lo que constituye una verdadera preocupación porque demuestra las falencias existentes en el cumplimiento del rol de enfermería (3).

En efecto, el escenario de cuidados en enfermería se ha transformado debido a la inclusión tecnológica en el hacer diario, transformaciones demográficas, variantes epidemiológicas y entre otros factores que han provocado una diversificación de la asistencia clínica por ello es necesario que se equilibren las destrezas técnicas y humanas para no cosificar al paciente ya que de acuerdo a Watson precursora del cuidado humano cuando existe un riesgo de deshumanización por factores estructurales e innovaciones es imprescindible volver al cuidado humano para su continuidad y eficacia (7).

Con base a lo expuesto, la humanización en el cuidado de enfermería es clave para dar cumplimiento a las políticas de salud pública y un tema prioritario de estudio dada la creación de varias iniciativas en torno al cuidado humanizado en las que consta el Plan Mundial de Humanización, el cual detalla acciones para crear una cultura humanizada siendo necesario mejorar la información emitida, acompañamiento, asistencia oportuna en los primeros años de vida, atención integral en emergencias, unidades críticas, atención mental, oncología y; así como también en los últimos días de vida (8).

Una vez expuesta la importancia de la humanización asistencial a nivel de enfermería es menester mencionar que humanizar va más allá de ser amable o sobrellevar eficazmente obstáculos clínicos, “humanizar es un compromiso activo que va más allá del aspecto físico y corporeidad, es comprender que la persona tiene una parte única, emocional, familiar, que es singular y que intima de acciones contextualizadas para satisfacer requerimientos específicos (9).

La humanización de la atención respecta a la acción de cuidado tanto para la persona como para el ámbito familiar y colectivo que implica características como la

igualdad, el respeto y mesura, además de la concientización de las necesidades para una asistencia ética, recuperación pronta y autocuidado (10). Por otra parte, la deshumanización, se refiere a la privación de las características humanas como la razón, coherencia y civilización o cualquier otro indicador de humanismo que envuelve la emotividad y afectividad (11).

Dentro de este campo, se debe considerar los postulados de Watson dentro del campo de enfermería donde destaca la importancia de brindar un cuidado cálido y humano, se enfatiza la importancia de la interacción humana que lleva a establecer conexiones en el campo espiritual a través de los cuales se puede lograr sanación porque esta dimensión rebasa los límites de espacialidad y tiempo, logrando mayores beneficios en el campo físico y psicológico (12).

La lógica del pensamiento propuesta por Watson propone manejar las dimensiones humanísticas necesarias en este escenario estancado y puramente técnico de enfermería, en este sentido sistematizó en su teoría el cuidado humano en diez factores considerando las necesidades asistenciales específicas de las experiencias humanas y que deben ser abordadas por la enfermera, estas son: sistema de valores altruistas, fe y esperanza, sensibilidad hacia uno mismo, propiciación de ayuda, confianza, emisión de sentimientos y emociones positivas y negativas, una asistencia creativa e individualizada para hacer frente a necesidades, educación transpersonal y aprendizaje, ámbito nutricional, conductas correctivas y protectoras en mente y cuerpo, entorno social y anímico, abordaje de requerimientos básicos y los aspectos inmateriales (13).

Contrastando lo expuesto por Watson con la problemática de la deshumanización del cuidado de enfermería se hace necesario llevar a cabo una profunda reflexión de la prestación de servicios asistenciales para clarificar y entender el paradigma que se viene sosteniendo en los sistemas de salud, desde los cuales se reclama la adopción de estrategias efectivas en las que se considere el aspecto biopsicosocial y espiritual de la persona para garantizar un trato compasivo.

Ante lo expuesto, el presente trabajo de revisión bibliográfica aborda la deshumanización en la atención de enfermería para lo cual se identificó en primera instancia ¿Cuáles son los factores asociados a la deshumanización en la atención de

enfermería? y ¿Cuáles son las áreas de la salud en donde se presenta mayor deshumanización en la atención de enfermería?, para posteriormente establecer ¿Cuáles son las consecuencias de la deshumanización en la atención de enfermería?, y a partir de allí poder reconocer ¿Cuáles son los mecanismos de prevención de la deshumanización en la atención de enfermería? y ¿Cuál es la utilidad de los modelos de enfermería en la deshumanización en la atención de enfermería?.

Metodología

El actual estudio es de revisión bibliográfica de tipo narrativo, se estructuró con documentos encontrados en plataformas de información científica de alto impacto como: PubMed, Taylor & Francis, Scielo, Scopus, Medline, LILACS, Science Direct, Research Gate y Dialnet mediante descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) como: “Deshumanización”, “Atención de enfermería”, “Humanización”, “Modelos de enfermería” y “Modelos sanitarios”, mismos que se utilizaron en idioma español, inglés y portugués.

Como principales estrategias de búsqueda se plantearon: “Dehumanization + Nursing care”, “Humanization + nursing care”, “Healthcare Models + Nursing care + Dehumanization”, “Desumanização + Cuidados de Enfermagem”, “Modelos de Enfermagem + humanização”, “Atención de enfermería + humanización”, “Deshumanización + atención de enfermería”.

En el estudio se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios de caso, guías y libros afines a la deshumanización y a las preguntas planteadas. Fueron excluidos documentos publicados fuera del periodo 2017-2021, que no cumplieron con la calidad requerida, que estuvieron en un idioma diferente al español, inglés o portugués, aquellos pagados, duplicados y los que no aportaron al cumplimiento de los objetivos de estudio.

La búsqueda bibliográfica se realizó en 3 fases: búsqueda, selección y elegibilidad, en la primera fase se registró el número de documentos que apareció en cada motor de búsqueda, en la segunda se procedió a leer el tema y resumen de las investigaciones, se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y en la tercera se

eligieron los artículos más relevantes tras una lectura crítica del texto completo para su inclusión en la investigación. Este proceso se muestra en el siguiente flujograma:

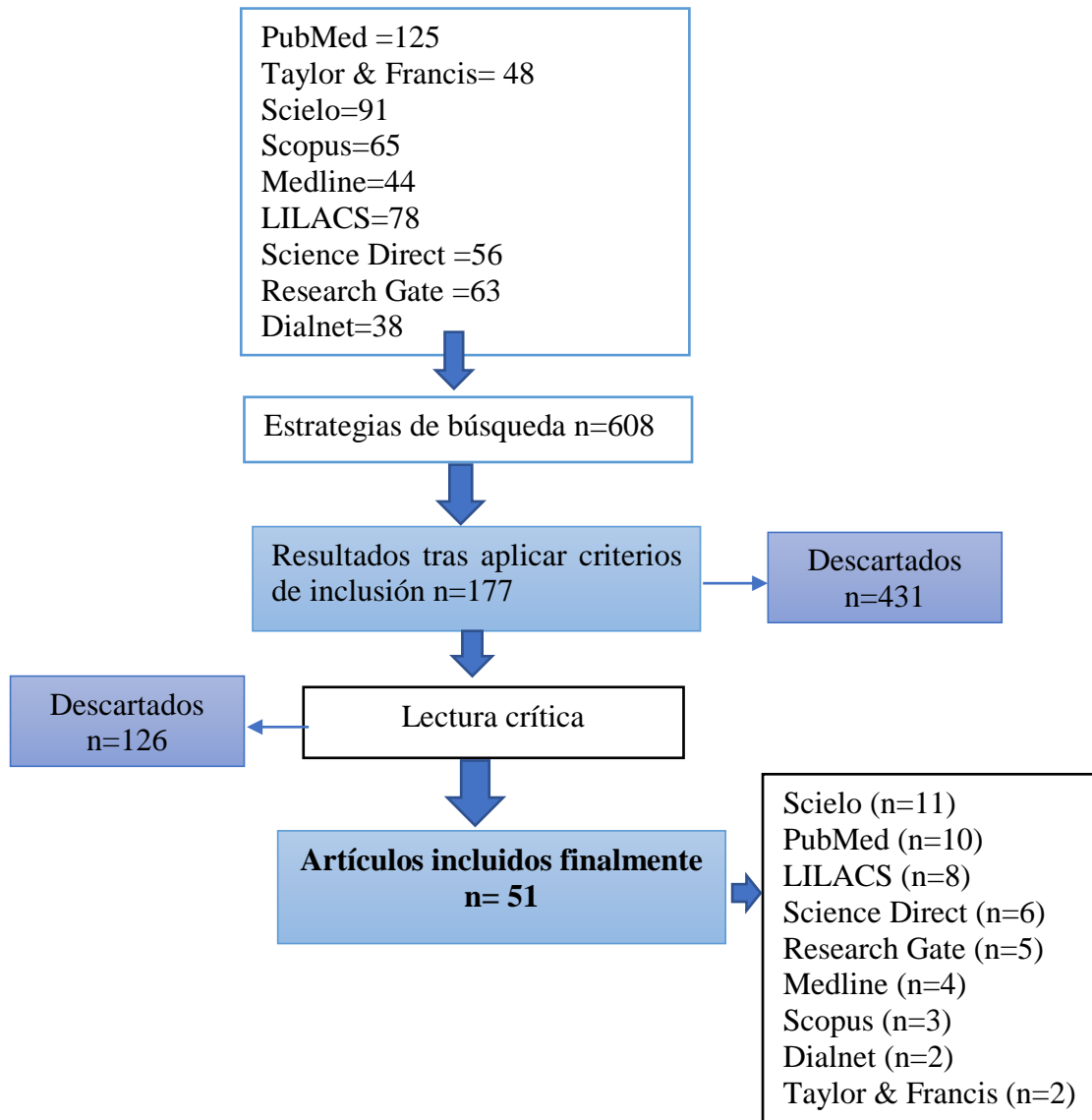


Figura 1

Flujograma de búsqueda y selección de documentos

Resultados y discusión

La revisión bibliográfica se realizó con 51 fuentes, de las cuales 31 fueron de campo, 16 fueron de revisión bibliográfica, 2 estudios de caso, 1 guía y 1 libro. Los

resultados y discusión de los mismos se presentan en apartados temáticos con los que se pudo dar contestación a las interrogantes planteadas:

Factores asociados a la deshumanización en el cuidado de enfermería

En la génesis de la relación enfermero – paciente está el cuidado cercano, ético y humano, sin embargo, las transformaciones en la prestación asistencial que se han dado en los últimos años ha llevado a que se cambie la manera de brindar cuidado, pues ahora, la calidad sanitaria está dada por el cumplimiento de estrictos estándares y protocolos (6). Además la inclusión de la tecnología en el ámbito de la salud ha supuesto una eminente exigencia para los profesionales lo que en su conjunto genera demasiada tecnificación en los procesos clínicos y junto con ello un quebrantamiento en los sistemas de salud porque los cuidados de salud pierden su esencia (14).

Esta situación ha llevado a la percepción de un trato deshumanizado en el que están inmersos varios factores, entre ellos, la mecanización de los procesos asistenciales impuestos por la organización, que si bien ha permitido la resolución de problemas clínicos graves, pero ha quebrantado el vínculo paciente-enfermera al convertirla en un sistema mecánico alejado del contacto interpersonal con un claro cambio en la atención al paciente, escasa comunicación y empatía; así como la falta de moral profesional (11), debido a la gran cantidad de tareas encomendadas que han cambiado la esencia del cuidado para atender mayor número de pacientes (3).

Sarwar et al (15) y Hernández et al (16) apoyan de cierto modo lo antes expuesto, pues asumen que el trato deshumanizado tiene raíces en la estructura organizacional, además, mencionan que muchas instituciones de salud sobrecargan de trabajo al personal de enfermería, no reconocen su importancia sino que lo consideran un instrumento fácilmente reemplazable y que debe producir cada vez más y los obligan a dar cumplimiento a procedimientos y normativas de manera estricta, lo que afecta significativamente su bienestar psicológico, conduce al entumecimiento emocional y estrés laboral lo que se traduce en un trato deshumanizado producto de conductas desviadas.

A estos factores se añaden la sobrecarga de servicios, demanda excesiva, problemas de estructuración de la malla profesional, falta de gestión estructural, carestía

y desajustes en el dimensionamiento de los recursos humanos, la escasez de recursos materiales así como la gravedad y riesgo eminente de muerte de los pacientes (17).

Bajo estos argumentos, se puede afirmar que la estructura, dinámica y gestión organizacional son importantes factores asociados a la asistencia deshumanizada, no obstante, se debe considerar que el cuidado humano sobrepasa la calidad asistencial cualquier tipo de procedimiento moderno porque involucra una actitud cercana con el paciente (18). Esto es apoyado por autores como Rojas (19) y Radosta (20) quienes han declarado que no solo los factores externos al personal de enfermería interfieren en esta problemática pues muchas veces la deshumanización es intrínseca y tiene relación con la preparación educativa del profesional de salud en el cual está enraizado el patrón medicalizado enfocado a aspectos diagnósticos y de tratamiento propios de una patología dejando en segundo plano la empatía, comunicación, compasión y bienestar del paciente.

Gómez et al (21) también mencionan que la deshumanización tiene que ver con factores propios del profesional, tales como la formación, el género o los años de experiencia, pues de acuerdo a su estudio, los profesionales más jóvenes y con mayor preparación muestran un mayor dominio del método científico, enfoque multiprofesional y actitud de humanización en la atención lo que permite una mayor comprensión, interpretación y solución de los problemas relacionados a su actividad sanitaria, así también se ha demostrado que las mujeres prestan una mejor actitud de cuidado humano que los hombres debido a sus características emocionales.

Áreas de salud donde se presenta mayor deshumanización

De acuerdo a Valvidares (22) la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es la que mayor percepción de deshumanización tiene debido a la elevada tecnificación de los procedimientos, la estructura cerrada de estas unidades (pacientes aislados) y la priorización de los cuidados técnicos dada la gravedad de los pacientes, situación que hace que el esfuerzo de los profesionales se centre en la aplicación estricta de protocolos dejando en un segundo plano el trato humano hacia el paciente y sus familiares.

Mena et al (23) aseguran que obstetricia es el área más crítica de una unidad de salud y donde se ha percibido mayor deshumanización en el trato pues aproximadamente un 30% de las experiencias de parto pueden considerarse traumáticas y/o violentas en

todo el mundo y muchas de estas intervenciones están tan normalizadas que es posible que el personal de salud ni siquiera considere de que está participando en prácticas deshumanizadas al realizar procedimientos médicos invasivos e innecesarios, administrar medicación para acelerar el proceso, no respetar la privacidad e intimidad de la mujer, impedir la participación familiar, abandonar o retener a parturientas por falta de ingresos o por cualquier condición socioeconómica.

Contrario a lo expuesto, para Miron et al (24) el área sanitaria históricamente deshumanizada es la geriátrica debido a la vulnerabilidad de este grupo humano, la atención general que se le brinda al adulto mayor carece de empatía, es nihilista, mecánica, no toma en cuenta los sentimientos, pensamientos y necesidades específicas de la tercera edad lo que es preocupante si se toma en cuenta las múltiples necesidades físicas, psicológicas y emocionales que se presentan en esta etapa de vida. Además, se asume que en geriatría la deshumanización es mucho más marcada cuando existen padecimientos mentales o cognitivos donde se ha reportado discriminación y maltrato. Este argumento es apoyado por Fontesse et al (25) quienes mencionan que la deshumanización está muy extendida entre las enfermeras del área psiquiátrica pues quienes padecen enfermedades mentales reciben un trato deshumanizado que se hace evidente en abuso y negligencia sobre todo cuando el personal de mayor jerarquía inicia o mantiene este tipo de tratos.

Por lo tanto, las áreas donde la deshumanización ha sido mayormente percibida son: Unidad de Cuidados Intensivos, Obstetricia y Gerontología, todas ellas tienen como denominador común la elevada vulnerabilidad del paciente y la necesidad urgente de asistencia que lleva a que el personal de salud actúe rápidamente y bajo protocolos y normas estrictas o que debido a la elevada demanda y falta de recursos subestime las necesidades específicas del paciente.

Consecuencias de la deshumanización en el cuidado de enfermería

El brindar un trato deshumanizado carente de interacción, racionalidad, calidez y profundidad emocional trae graves consecuencias sobre todo para el paciente porque la estandarización excesiva de la asistencia no logra curar al paciente y por el contrario

genera padecimientos como depresión, agitación, desánimo, desmotivación e incluso empeoramiento de la situación de salud (26,27).

Pero a más de estas consecuencias, recibir un trato deshumanizado provoca un mayor riesgo de mortalidad, larga permanencia hospitalaria y mayor necesidad de apoyo para volver a las actividades de la vida diarias tras el alta, esto debido a consecuencias físicas y psicológicas, entre las primeras se destacan: el dolor persistente, debilidad, trastornos del sueño, necesidad de utilización de ciertos dispositivos, trastornos prevalentes y en las psicológicas: la ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático (28). Dentro de este contexto se ha llegado incluso a documentar el padecimiento de trastornos pos-hospitalización que se presentan en alrededor del 30-50% de pacientes sobre todo aquellos en condición crítica, quienes debido a la falta de una asistencia humana no logran una recuperación integral y son dados de alta sin que se solucionen cabalmente sus necesidades provocando complicaciones clínicas, nuevos ingresos hospitalarios y procedimientos (29).

Lo expuesto, es apoyado por Alonso et al (30) quienes mencionan que un trato deshumanizado en pacientes críticamente enfermos tiene consecuencias físicas, psicológicas y cognitivas que imposibilitan su recuperación total y reinserción a la vida normal después de un largo periodo de tiempo, incluso de por vida y no solo en el paciente sino en el vínculo familiar, por ello asumen que, la humanización en el cuidado reduce significativamente la morbilidad, estancia hospitalaria y mortalidad.

Las consecuencias de una asistencia deshumanizada no solo se dan en pacientes que han cursado momentos críticos o que han permanecido por largos periodos de tiempo en hospitalización, pues muchos pacientes que demandaron de poca estancia hospitalaria para procedimientos como el parto no recibieron atención humanizada y fueron sometidos a intervencionismo excesivo con procedimientos invasivos (uso de medicación, cesáreas, patologización de procesos naturales) que llevan a que las mujeres tengan experiencias negativas e incluso traumáticas, presenten más complicaciones durante y posterior al parto, así como un mayor riesgo de muerte materno-fetal (31-34).

Para Hui et al (35) la enseñanza, aprendizaje y práctica deshumanizada no solo afecta al paciente y su entorno sino al mismo profesional de salud en el que se ha podido

percibir mayores niveles de estrés que llevan a respuestas psicofisiológicas como la ansiedad o depresión por las situaciones clínicas que se manejan y que deben ser sobrellevadas con naturalidad incluida la muerte que debe enfrentarse día con día.

Llanes et al (36) y De Sousa et al (37) en sus investigaciones enfocadas a la deshumanización en el profesional enfermero asienten lo anteriormente citado ya que consideran que, deshumanizar la atención afecta tanto al paciente como al profesional de salud y a la organización pues si bien se ha expuesto que un trato inadecuado repercute en una mayor estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad, en el profesional de salud también se puede percibir insatisfacción, desmotivación laboral por las exigencias y quejas, en la organización una asistencia sanitaria descalificada causa percepciones negativas de los profesionales que ahí laboran y de la entidad en general, por cuanto la eliminación de barreras por el cumplimiento estricto de protocolos clínicos permitirá mayor productividad y eficiencia además de mayor prestigio.

Prevención de la deshumanización en el cuidado de enfermería

Aplicar un cuidado humano promueve y protege la salud, alivia la enfermedad, permite obtener un entorno agradable para una recuperación integral a nivel biológico, psicológico, emocional y social, por cuanto para alcanzar una atención humanizada requiere el reconocimiento de la esencia de la humanidad y lo que ello implica, razón por la cual, la prevención de la deshumanización no debe incluir solo buenas iniciativas sino compromisos genuinamente éticos para la comprensión de la vulnerabilidad humana (19).

Bajo esta línea de argumentación Hermosilla et al (38) mencionan que la deshumanización se puede prevenir con la puesta en marcha de 3 aspectos fundamentales; una buena relación interpersonal, atención de necesidades básicas y atención del aspecto afectivo. En el primer campo se alude a la necesidad de entablar una relación que favorezca una comunicación efectiva, en el segundo es imprescindible abordar y satisfacer las necesidades integrales u holísticas con una visión completa de los requerimientos del paciente considerando su entorno lo cual implica de una atención eficiente, finalmente en el tercer campo es necesaria la empatía y el acompañamiento para hacer frente al sufrimiento y angustia del paciente y su entorno familiar.

Según De la Fuente et al (39) las acciones preventivas no deben ser aisladas sino que deben contemplar el diseño y aplicación de un Plan anual de humanización que incluya capacitación, evaluación profesional, retroalimentación, motivación para promover valores tales como sensibilidad, solidaridad, generosidad y empatía, escucha activa, respeto y compasión, básicos para un cuidado humanizado porque solo de esta forma se reforzarán las habilidades y conocimientos necesarios para un correcto hacer de enfermería.

Dentro de este campo también se pueden considerar las 160 buenas prácticas del cuidado humano como las planteadas en el Plan HU-CI (Cuidado Humanizado en Cuidados Intensivo) descrito en el estudio de Velasco et al (40) en el que se menciona que este puede servir para transformar casi cualquier entorno con la aplicación de los 8 elementos: el primero y el cuarto que implican la creación de políticas respecto a las visitas así como la participación familiar, el segundo se refiere a la comunicación entre profesionales así como con el paciente y sus familiares, el tercero es la búsqueda de bienestar del paciente ante la enfermedad, dolor, molestia o procedimiento, el quinto es el abordaje del personal asistencial para que su labor cumpla sus expectativas y se evite la presencia de alteraciones de salud como la fatiga emocional, Burnout, estrés y otros trastornos psicológicos.

El sexto elemento implica minimizar el riesgo de síndromes pos-hospitalización que perturban la calidad de vida de quienes padecen alguna enfermedad y sus familias mediante el manejo y seguimiento de las alteraciones del paciente, el séptimo elemento se enfoca en el diseño de infraestructura humanizada donde se respete la intimidad, privacidad en ciertos procedimientos y que permita la interacción con familiares y profesionales por lo tanto en esta línea se propone y promueve la creación de espacios en los que la eficacia técnica esté ligada a la eficiencia asistencial y el bienestar de los pacientes y finalmente el octavo elemento constituye el cuidado al final de la vida cuando es imposible restaurar la salud y se debe reconsiderar los objetivos asistenciales para enfocarlos reduciendo el sufrimiento para una muerte tranquila y digna (40).

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (41) apoya de cierta manera estos argumentos pues si bien estas acciones sirven para mejorar el cuidado del paciente es necesario la creación de una verdadera cultura de humanización que incluya: el

planteamiento de una misión, visión y valores institucionales específicos, escuchar la voz del usuario y de los profesionales, alinear la asistencia a las necesidades del paciente, aplicar un proceso de humanización a cada uno de los procedimientos y medir el alcance de objetivos mediante indicadores.

Desde una perspectiva diferente, para Borges et al (42) la mejor forma de prevenir la deshumanización es desde las aulas universitarias donde se brinde una instrucción humana en la que no solo se impartan bases teóricas sino además se trabajen campos humanos para que el cuidado del enfermo se de en todos sus aspectos. Para este fin, las acciones que se deben considerar son: la inclusión de conceptos de humanización, cuidado y enseñanza humanizada, formación docente en enseñanza humanizada y currículum y formación ética pues cuando desde la instrucción profesional se conduce, entrena y modela la conducta de los estudiantes se logran cuidados integrales y buenas prácticas de enfermería en el hacer diario (18).

Prías (43) y Silva et al (44) están de acuerdo con lo expuesto pues mencionan que los enfermos son individuos frágiles que necesitan de profesionales vastamente preparados que reciban educación continua porque actualmente no solo se requieren conocimiento y pericia sino un comportamiento ético basado en buenas prácticas asistenciales para así satisfacer los requerimientos básicos de la persona para lograr una recuperación óptima.

Dentro de este campo, Rodosta (45) añade que para prevenir la deshumanización asistencial se requiere una profunda reflexión sobre la esencia del cuidado que debe llevar a cambios importantes en el accionar y la postura de los prestadores de atención de salud, pues humanizar la atención no impide la utilización de habilidades y destrezas cognitivas, sino que por el contrario intenta mejorar la ciencia al mejorar el cuidado de las personas para que sea integral, competente y compasiva.

Utilidad de los modelos de enfermería en la deshumanización en la atención de enfermería

En la evolución de la profesión de enfermería han surgido varias teorías con aporte humano, entre los principales están las de Paterson, Zderad y Katie Erikson en las cuales se concibe a la otra persona como alguien que tiene sentimientos y necesidad de

comprensión para lo cual es necesario aplicar acciones como acompañamiento, escucha activa y empatía (46). Otro de los modelos que orientan el cuidado de enfermería hacia una práctica más humanizada son los de Peplau y Travelbee cuyos fundamentos epistemológicos del cuidado de enfermería se centran en la subjetividad y experiencia de la persona en su proceso salud-enfermedad, donde se debe favorecer el desarrollo de las relaciones interpersonales, atender las necesidades de la persona / paciente, dándole un significado como ser humano para una atención holística e integrada que permita alcanzar mejores los resultados de salud y mayor satisfacción (47).

Pese a lo expuesto, Allande et al (46) menciona que a lo largo de las décadas se han propuesto varias teorías humanistas pero la de Jean Watson es la más importante dentro de este campo pues todos sus postulados se enfocan al cuidado de la persona enferma en su globalidad. Según esta teoría, el cuidado humanista sobrepasa las acciones ordinarias habituales del personal de enfermería pues incluye habilidades intangibles que marcan la diferencia por cuanto, humanizar la atención implica la puesta en marcha de conocimiento y habilidades como la interacción cercana y la inclusión del aspecto espiritual que son básicos en la recuperación (48).

Según este modelo humanista, el accionar de enfermería debe incluir un sistema de valores humanista-altruista, buscar un vínculo de apoyo y cordialidad, proporcionando apoyo mental y protección, la corrección del entorno físico, sociocultural y espiritual, y ayudar a satisfacer las necesidades humanas a través de la creación de un ambiente amigable, cuidado holístico, empatía, individualización, autonomía, participación en la toma de decisiones, prestación de asistencia específica, así como el uso de herramientas de evaluación de la opinión y percepción de los pacientes (49).

Estos modelos humanistas son de gran utilidad en la práctica de enfermería, esto se ha demostrado en varias investigaciones como la de Ramos et al (50) en la que se encontró una elevada cantidad de pacientes que percibieron una adecuada entrega de cuidado humano de acuerdo a los procesos “Caritas” planteados por Watson que con: diseño de un procedimiento humano, vinculación de aspectos como la fe, esperanza y sensibilidad, formación de un vínculo de comunicación, aplicación del conocimiento teórico para dar solución a dificultades, aplicación de educación, promoción de un ambiente adecuado, satisfacción de requerimientos y autorización para uso de fuerzas

sobrenaturales, aspectos que pueden llevar al padecimiento de riesgos o efectos psicosociales por el excesivo esfuerzo que se debe ofrecer en el cuidado para obtener mejores resultados de salud.

Esta afirmación concuerda con lo reportado en la investigación de Echavarría (51) en la que se destaca que adoptar la teoría de Watson permite no solo la mejoría del paciente sino que también permite “infinitas posibilidades de milagros” basados en las creencias culturales y vida subjetiva del mundo interno tanto de las enfermeras, pacientes y sus familias lo que permite “curas milagrosas”, de allí que en esta investigación se recomienda incluso que el instrumento denominado percepción de cuidado humanizado en el campo de Enfermería que es ampliamente utilizado en este campo incluya la categoría “espiritualidad y enseñanza-aprendizaje” acorde a los 10 factores del proceso “Caritas” de Watson, categoría que debe ser visualizada en el trabajo del cuidado enfermero dado que la profesión debe estar comprometida con el cuidado holístico integral desde la esencia de potencialidades que tiene la persona.

Allande et al (43) asienten lo expuesto pues de acuerdo a su estudio en el que se abordó la atención humana en el marco de la actual pandemia se expresa que los fundamentos del cuidado de enfermería descritos por Watson permiten un mejor abordaje del paciente ya que dentro de este contexto su aplicación permitió guiar la práctica de enfermería y permitió incluso detectar nuevos diagnósticos, el más novedoso y frecuente fue el “riesgo de sufrimiento espiritual” que amerita una nueva proyección de la asistencia.

De ahí que, la aplicación de los fundamentos de Watson permitirá mejorar el hacer de enfermería pues al dar protagonismo al paciente, se puede lograr una mejor participación en el planteamiento y ejecución de su cuidado con lo que se pueda atender integralmente sus necesidades para una pronta recuperación y bienestar.

Conclusión

Los factores asociados a la falta de cuidado humanizado son de tipo personal y organizacional, los primeros abarcan: la formación académica, género y años de experiencia y en los organizacionales están: normativas estrictas, cumplimiento de protocolos, elevada demanda de pacientes, escasez y desajustes en el dimensionamiento

de los recursos humanos, escasos recursos materiales y problemas de estructuración de la malla asistencial que llevan a la mecanización de la atención.

Las áreas de salud donde mayor percepción de deshumanización del cuidado de enfermería se ha reportado son: Unidad de Cuidados Intensivos, Obstetricia y Gerontología, debido a los procedimientos técnicos y la aplicación de protocolos y normas estrictas de cuidado para asistir condiciones clínicas complejas que intiman atención urgente y priorización de necesidades.

Las consecuencias de la deshumanización en el cuidado de enfermería se dan tanto a nivel del paciente como en el profesional, en el paciente se eleva el riesgo de mortalidad, se requiere mayor estancia hospitalaria, intervencionismo excesivo, mayor uso de recursos humanos y materiales para su recuperación e inserción en la vida diaria y laboral, y en el profesional de enfermería se puede provocar mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión e insatisfacción laboral.

La deshumanización en el cuidado de enfermería se puede prevenir con el diseño o adaptación de estrategias estructuradas y contextualizadas dentro de un plan que incluya capacitación, evaluación profesional, retroalimentación y motivación hacia el cumplimiento de buenas prácticas pues todo ello permitirá la creación de una verdadera cultura de cuidado humanizado. Dentro de este aspecto también es sustancial trabajar desde las aulas universitarias para que los discentes reciban una enseñanza humanizada y formación ética dentro de la instrucción profesional para modelar su conducta y lograr un mejor cuidado.

Los modelos de enfermería son de gran utilidad para evitar la deshumanización en la atención porque brindan premisas sobre cómo mejorar el cuidado con lo que no solo se reduce las consecuencias negativas que pueden darse sino que se mejora la calidad de atención al proporcionar diagnósticos y tratamientos efectivos basados en la persona y no en la enfermedad con lo que se devuelve la esencia al cuidado de enfermería.

La principal limitante de la presente investigación fue la gran cantidad de información generada en la búsqueda pues al abordar a la falta de humanización en los

cuidados de enfermería sin un área específica se obtuvo una gran cantidad de resultados que fueron complejos de procesar para seleccionar las fuentes más relevantes.

A lo largo de la revisión bibliográfica se pudo corroborar cómo la humanización dentro del campo de salud y en especial de enfermería ha crecido en interés, sin embargo, existe poca evidencia de cómo la aplicación de los modelos de enfermería han contribuido a mejorar los cuidados en este campo, de ahí que este aspecto debe ser tomado en cuenta para futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

1. Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2020; 19(1): 21-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000100021&script=sci_arttext
2. Gutiérrez D, Lázaro E. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicio de medicina. *Chiclayo.2018.ACC Cietna.2019*; 6(2): 68-82. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/258/687>
3. González P, Pérez M, Jiménez E, Martínez L. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel. *Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud*. 2017; 1(1): 17-22. Disponible en: https://www.ecorfan.org/republicfperu/Research:journals/Revista_de_la_Enfermería_y_Salud_VI_N1.pdf#page=2
4. Ruiz L, Molina L. Cuidado Humanizado del profesional de enfermería. *Cina Research*.2018; 2(1): 39-43. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/87>
5. Yanez M, Vargas I. Cuidado humanizado en pacientes con limitaciones del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. *Pers. Bioét*.2018;22(1): 56-75. Disponible en:<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.pdp/personaybiotica/article/view/8516>

6. Hernández L, Díaz A, Martínez J, Gaytan D. Educación de Enfermería en el cuidado humanizado. Esc Anna Nery. 2018; 22(1): e20170275. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8yn8wSD33fZvjJN9kTsrzqs/?lang=es&format=pdf>
7. Monje P, Miranda P, Oyarzín J, Seguel F, Flores E. Percepción del cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Ciencia y Enfermería. 2018; 24(5). Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-5.pdf>
8. Ribeiro M, Gollner R, Piexoto G, Goncalves K, cristine K, Figueiredo M. Humanization in the Word of nursing faculty. Rev Bras Enferm. 2019; 73(1): 1-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KhXGTRCJvQjvhV9vVVbWCp=formar=pdf&lang=en>
9. Consejería de sanidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia sanitaria 2016-2019. Primera ed. Sanitaria. DGdCd1AacyHd1A, editor. Madrid; 2019. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
10. Díaz A, Villanueva L, Martínez J. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. Esc. Anna Nery. 2020; 24(2): e20190238. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pjh385M4RQfKqxrPRmJg/?format=psf&lang=es>
11. Jiménez L, Gamboa R, Márquez M. Deshumanización en la atención de la salud ¿Son las TICs el problema o la solución?. Mundo Fesc. 2019; 9(17): 76-84. Disponible en: <https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/mundofesc/article/view/405/503>
12. Rosas E, Valenzuela S, Jimenez M. Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson. Cuidados Humanizados. 2020; 9(2): 149-159. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech\(v9n2/2393-6606-ech-9-02-149.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech(v9n2/2393-6606-ech-9-02-149.pdf)
13. Riegel F, Siquiera D, Controbution of Jean Watsons theory to hoslistic critical thinking of nurses. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(4): 2072-2076. Disponible en:

- <https://www.scielo.br/j/reben/a/gqdYgYnsbMSRrPxTKc8XPhb/?lang=en&format=pdf>
14. Castelo W, García S, Viñan J. Cuidado Humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del hospital General Santo Domingo-Ecuador. Arch. Méd. Cmaguey.2020;24(6):e7169. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/biblio-1152899>
 15. Sarwar A, Khan J, Muhammad L. Mubarak N, Jaafar M. Relationship between organizational dehumanization and nurse deviant behaviors: A moderated mediation model. Journal of Nursing Management. 2021; 29(5): 1036-1045. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/edpf/10.1111/jonm.13241>
 16. Hernández J, Durán A, Castro P, Orjuela T. Experiencias de tele-surgimiento en el contexto del COVID-19: alianza entre academia y prestadores públicos de salud. Investigación Científica Multidisciplinaria.2021:39-52. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Naydu-Acosta-Ramirez/publication/354058319_EXPERIENCIA_DE_TELE-SEGUIMIENTO_EN_CONTEXTO_DEL_COVID-19_UNA_ALIANZA_ENTRE_ACADEMIA_Y_PRESTADORES_PUBLICOS_DE_SALUD/links/6121a4590c2bfa282a604439/EXPERIENCIA_DE_TELE_SEGUIMIE
 17. Jardel K, Carvalho C, Pinheiro C, Macedo J, Assuncao M. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Rev. Gaucha Enferm.2019;40:1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188988/>
 18. Castillo S, Bacigalupo J, García G, Lorc A. Aspeed P, Gortari. Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formulación de enfermería. Cienc.Enfer.2020;26(2): 1-13. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/biblio-1055726>
 19. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes.2019; 30(2): 120-125. Disponible en: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240>
 20. Radosta D. El cuidado hospice como un cuidado humanizado en el final de la vida. Salud Colectiva.2021; 17: 1-3. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3108/1803>

21. Gómez S, García I, Aguada m, Yañez B. Nursing Perspective of the humanized care of the neonate and Family: A Systematic Review. *Children*.2021; 8(1):35. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/348388204_Nursing_Perspective_of_the_humanized-acare_of_the_neonate_and_Family_A_Systematic_Riview](https://www.researchgate.net/publication/348388204_Nursing_Perspective_of_the_humanized-care_of_the_neonate_and_Family_A_Systematic_Review)
22. Valdivares M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*:2017; (116): 51-57. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=6126514>
23. Mena D, Cercera A, Alemany M, Andreu I, González V. Design and validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *Int. J Environ Res Public Health*.2020; (30): 8022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33143368/>
24. Miron A, Schmidt B, Schlueter A, Petterson M, O Connell S. Improving nursing students perspective taking, perception of humanness and attitudes toward older adults. *Gerontol Geriatr Edu*. 2019; (25): 1-14. Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31130108/>
25. Fontesse S, rimez X, Pierre M. Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Arch. Psychiatr Nurs*.2021; 35(2):153-161. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33781393/>
26. Díaz M, Alcántara L, Aguilar D, Puertas E, Cano M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*. 2019; (58): 640-653. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/392321>
27. Diniz E, Castro P, Bousfield A, Figueira S. Classism and dehumanization in chronic pain: A qualitative study of nurses inferences about women of different socio-economic status. *Br J Health Psychol*. 2020; 25(1): 152-170. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31811704/>
28. García A, Heras G, Serrano A. Narrative review of pediatric critical care humanization: Where we are? *Medicina Intensiva*.2019; 43(5):290-298.

- Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572719300827>
29. Francisco M, Andrade I, Rodríguez S, Ferreira M, Aymar D, Simoes E. Humanização da assistência ao parto: opinião dos acadêmicos de Enfermagem. *Revista Nursing*.2020; 23(270):4897-4902. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1026/1190>
 30. Alonso A, Heras G. Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Medicina Intensiva*.2020; 44(2): 122-124. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572720300047>
 31. Curtin M, Savage E, Murphy M, Leahy P. A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women and Birth*.2021: 1-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221001165>
 32. Nogueira F, Rocha M, Barbosa A, Pino I, Scotini P, Alves C. Care Humanization in an obstetric nursing residency program: possibilities and challenges. *Cuidados Humanizados*.2020; 9(2): 114-128. Disponível em: https://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/en_2393-6606-ech-9-02-114.pdf
 33. Camata K, Nunes A, De Sousa P. Foto voz: experiência reflexiva da Enfermagem na humanização do parto cesariana. *Brazilian Journal of Health Review*.2021; 4(4): 15441-15455. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Adriana-Partelli/publication/353453123_Brazilian_Journal_of_Health_Review_Foto_voz_experiencia_reflexiva_da_enfermagem_na_humanizacao_do_parto_cesariana_Photovoice_reflective_experience_of_nursing_in:the_humanization_o
 34. Oliveira L, Trindade R, Santos A; Araújo B, Pinto L, Silva L. Violência obstétrica em serviços de Saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. *Rev. Enferm. UERJ*.2019: (27): e38575. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.pdp/enfermagemuerj/article/view/38575>
 35. Hui L, Yen L, Kuen L. The influence of humanised anatomical pedagogy on psychophysiological responses and academic achievement in nursing student.

- Journal of Professional Nursing.2020; 36(4): 240-250. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722319301826>
36. Llanes G, Márquez L, Ponce, C, Martínez R. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2018; 8(1): 18-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536488>
37. De Sousa I, Martins A, Da Costa N, Da Costa S, Mala D, Gomes A. Percepcao do enfermeiro da atencao primaria acerca do parto humanizado. *Enferm Foco*.2020; 11(6): 1-7. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagen/article/view/3303/1053>
38. Hermosilla A, Sanhueza O, Chaparro L. Cuidado humanizado en pacientes con cáncer avanzado: Una perspectiva desde la diada paciente-familia. *Enfermería Clínica*.2021; 31(5): 283-293. Disponible en: https://sci-hub.se/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862121000796?dgcid=rss_sd_all
39. De la Fuente C, Rojas M, Gómez M, Lara P, Morán E, Aguilar E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Medicina Intensiva*. 2018; 42(2): 99-109. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572718300213>
40. Velasco J, Heras G. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*.2020; 32(2): 135-147. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/abs/pii/S0899588520300137>
41. Consejería de Sanidad. Plan de Humanization de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Comunidad de Madrid; 2019. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
42. Borges L, Sixto P, Sánchez R. Influencia del desempeño de los profesionales de Enfermería en la atención humanizada al parto. *Revista Cubana de Enfermería*.2018; 34(2): 409-420. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n2/1561-2961-enf-34-02-e1426.pdf>
43. Prías H. Cuidado Humanizado: un desafío para el profesional de Enfermería. *Revisalud.Unisuvre*.2017;3(1). Disponible en: <https://www.metarevistas.org/Record/oai:revistas.unisucre.edu.co:articleojs-575/Description#tabnav>

44. Silva J, De Sousa J, Rodríguez V, Silva P. Humanizacão do parto na perspectiva da equipe de Enfermagem de um Centro de parto normal. *Enfer Foco*.2020; 11(3): 202-208. Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/3256/908>
45. Rodosta D. El cuidado hospice como un cuidado humanizado en el final de la vida. *Salud Colectiva*. 2021; (17): 3108. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3108/1803>
46. Allande R, Navarro C, Porcel A. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería clínica*.2020; /31(1): 62-67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862120303156>
47. Valenzuela M, Sanjuan A, Ríos M, Valenzuela C. Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses' experiences. *Humanización dos cuidados de Saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*.2019; (239): 59-68. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338135615_Humanization_of_healthcare_at_the_emergency_department_a_qualitative_analysis_based_on_nurses_experiences_Humanizacao_dos_cuidados_de_saude_no_servico_de_urgencia_analise_qualitativa_baseada_nas_expe
48. Vialart N. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. *Revista Cubana de Enfermería*.2019; 35(4):3059. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n4/1561-enf-35-04-e3059.pdf>
49. Ali M, Esmaeili M, Salsali M. Seeking Humanizing Care in patient-Centered Care Process: A Grounded Theory Study. *Holistic Nursing Practice*. 2017; 31(6): 359-368. Disponible en: https://www.researchgate.net/publications/320391493_Seeking_Humanizing_Care_in_Patient_Centered_Care_Process_A_Grounded_Theory_Study
50. Ramos S, Ceballos P. Cuidado Humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería: Cuidados*

Humanizados. 2018; 7(1): 12-25. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=S2393-66062018000100003>

51. Echavarría H. Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima. Cuidado Y salud/KAWSAYNINCHI.2017; 3(1): 239-248. Disponible en:
http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/articles/view/1421/1316

Anexo 1

Autorización de publicación en el repositorio institucional

CRISTHOFFER JONATHAN GOMEZ PINOS portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0705846418**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **07 de abril de 2022**

F: 

CRISTHOFFER JONATHAN GOMEZ PINOS

C.I. 0705846418