

Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Perception of Humanized Nursing Care in Patients with Chronic Renal Failure

Vilma Beatriz Herrera Herrera¹, Bertila Maruja Tandazo Ágila², Mariela Alexandra Idrovo Vallejo³.

¹ Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-5979-9940bachita0890@gmail.com>

² Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería Clínico Quirúrgica, Universidad Nacional de Loja, Ecuador https://orcid.org/0000-0001-6376-4030_bmtandazo@hotmail.com

³ Doctora en Bioquímica y Farmacia, Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Universidad Nacional de Loja, Ecuador. https://orcid.org/0000-0002-5555-0099_maiv_8@hotmail.com

Resumen: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo fue describir la percepción de cuidado humanizado de enfermería en un grupo de pacientes con IRC que asistían a la Unidad de Diálisis del Hospital General de Machala Ecuador. Se confeccionó un cuestionario de 43 enunciados en escala Likert de 5 opciones, basado en las 10 dimensiones de la Teoría Transpersonal de Watson. La muestra estuvo conformada por 72 pacientes (57 hombres, 15 mujeres), mayoritariamente con edades comprendidas entre 40 y 60 años, y con estudios de secundaria completos en 45,8 % de los casos. Los resultados indicaron una alta percepción de cuidado humanizado. Las puntuaciones más bajas se encontraron en el Fomento de la fe y esperanza ($M = 3,56$; $DT = 0,19$) y Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos ($M = 2,07$; $DT = 0,25$), por lo cual, se concluye que las dimensiones relacionadas con la expresión de emociones y los aspectos espirituales del cuidado representan una oportunidad de mejora en la atención de enfermería que se ofrece a estos pacientes, desde la perspectiva de la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson.

Palabras clave: enfermería, cuidado humanizado, percepción de los pacientes, insuficiencia renal crónica

Abstract: A descriptive, cross-sectional study was conducted, whose objective was to describe the perception of humanized nursing care in a group of patients with Chronic Kidney Insufficiency who attended the Dialysis Unit of the General Hospital of Machala, Ecuador. A questionnaire of 43 statements on the Likert scale of 5 options was made, based on the 10 dimensions of the Watson Transpersonal Theory. The sample consisted of 72 patients (57 men, 15 women), mostly between the ages of 40 and 60, with full secondary studies in 45.8 % of cases. The results indicated a high perception of humanized care. The lowest scores were found in Promotion of faith and hope ($M = 3.56$; $SD = 0.19$) and Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings ($M = 2.07$; $SD = 0,25$), so it is concluded that the dimensions related to emotional expression and spiritual aspects of care represent an opportunity for improvement in nursing care offered to these patients, from the perspective of Watson's Human Care Theory.

Keywords: Nursing, Humanized Care, Patient Perception, Chronic Renal Failure

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) constituye un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su creciente incidencia en la población y el alto impacto que tiene en los pacientes, sus familiares y los sistemas de salud (Ángel, Duque y Tovar, 2016). En Ecuador, es una de las 10 principales causas de mortalidad, pues se estima que 1.500.000 personas sufren algún grado de IRC, cifra que sigue en aumento desde 2010 (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2018).

Los principales tratamientos para la IRC son la diálisis peritoneal y la hemodiálisis. La primera puede llevarse a cabo de manera ambulatoria, mientras que la segunda requiere que los pacientes se conecten a una máquina durante varias horas de manera periódica. En ambos casos, se trata de intervenciones que interfieren en el funcionamiento físico y el desempeño de las actividades diarias de los pacientes (Galache, 2004; Castro-Serralde y Cadena-Antonio, 2017; Gómez, Gómez, Castro y Tasipanta, 2018).

Se estima que, en Ecuador, entre 10.000 y 12.000 pacientes reciben hemodiálisis en centros de salud públicos y privados (Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, 2015; MSP, 2015), lo que demuestra la importancia de realizar estudios que permitan identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la atención de enfermería que reciben estos usuarios.

Los profesionales de enfermería son el primer contacto de los pacientes con IRC que acuden a los servicios de salud, por lo que sus cuidados deben abordar tanto los diagnósticos de enfermería, como el autocuidado, apoyo emocional y educación en salud a los pacientes y sus familiares (Rosales, Díaz, Molina y Chávez, 2016). Por este motivo, el tratamiento de la IRC requiere una atención que vaya más allá de la ejecución de técnicas y procedimientos, que esté basada en una relación que responda con sensibilidad frente a las necesidades de los pacientes y promueve su bienestar físico y emocional (Rodríguez y Lappann, 2009).

A su vez, Ángel et al. (2016) proponen que el cuidado de los pacientes con IRC demanda del profesional de enfermería una adecuada integración de conocimientos y actitudes profesionales, para lograr un impacto positivo en la vida de los usuarios y mantener el verdadero sentido de la profesión, que es el cuidado humano.

En relación con lo anterior, Watson (1979), autora de la Teoría del Cuidado Humanizado, plantea que el cuidado es la esencia de la práctica de enfermería y que la empatía, la comprensión e intencionalidad son factores fundamentales para que los profesionales de enfermería y sus pacientes formen un vínculo humano que trascienda la medicalización y el control terapéutico. En este contexto, aunque se produzca o no la curación, se brinda un cuidado humanizado que se caracteriza por velar siempre por la dignidad humana (Olivé-Ferrer e Isla-Pera, 2015).

Watson alertó una posible deshumanización del cuidado debido a los cambios estructurales y tecnológicos, por lo que pone el énfasis de su teoría en los aspectos humanos, espirituales y transpersonales por parte del profesional de enfermería (Monje, Miranda, Oyarzún, Seguel y Flores, 2018).

Sus planteamientos han tenido gran impacto y aceptación en la práctica, formación e investigación en enfermería, y se utilizan en países como Australia, Suecia, Finlandia y Canadá para mejorar la atención de pacientes crónicos, familiares y cuidadores (Zavala-Pérez, Hernández-Corrales, Olea-Gutiérrez, y Valle-Solís, 2014).

En el contexto latinoamericano, en los últimos años se ha estudiado la percepción de cuidado humanizado ofrecido por profesionales de enfermería hospitalares de tercer y cuarto nivel (Bautista-Rodríguez et al., 2015), en servicios de medicina (Monje et al., 2018;

Guerrero-Ramírez, Meneses-La Riva y De la Cruz-Ruiz, 2015), en pacientes sujetos a quimioterapia (Grisales-Naranjo y Arias-Valencia, 2013), en pacientes con VIH/SIDA (Ugarte-Chang, 2016), en gestantes (Herrera-Zuleta et al., 2016), en padres de niños prematuros hospitalizados (Acosta, Cabrera, Basante y Jurado, 2016), y en pacientes atendidos en servicios de radiodiagnóstico (Farfán-Pesante, 2016). Los estudios referidos han sido realizados en Colombia, Perú y Chile, por lo que llama la atención que este fenómeno ha sido poco estudiado en el contexto ecuatoriano.

Por su parte, Romero, Contreras y Moncada (2016) realizaron un estudio para determinar la relación entre el servicio de hospitalización y la percepción de cuidado humanizado en 132 pacientes de un hospital universitario en Colombia. Los resultados arrojaron que 90 % de los participantes percibía el cuidado como bueno o excelente, y que los pacientes de la sala general y de cuidados intermedios percibían un mayor cuidado humanizado que los de las salas médica y quirúrgica.

Como indican estos hallazgos, el cuidado humanizado que perciben los pacientes puede variar significativamente entre los diferentes servicios hospitalarios. Por este motivo, es importante extender el estudio de este fenómeno a unidades de diálisis, pues, de acuerdo con Brewer y Watson (2015), estudiar las percepciones de los pacientes con respecto al cuidado recibido permitiría mejorar la práctica profesional de enfermería a partir de las experiencias subjetivas de los propios usuarios. Por este motivo, considerando que el Cuidado Humanizado ha sido un fenómeno poco estudiado en pacientes con IRC que reciben tratamiento de hemodiálisis, la presente investigación busca aportar conocimientos que permitan comparar la atención percibida por estos pacientes con los de otros grupos poblacionales.

Marco teórico

En el ámbito de enfermería se han desarrollado diversas teorías y modelos, con la finalidad de generar y documentar un cuerpo de conocimiento que guíe la práctica profesional y mejore la calidad de los cuidados (Marriner-Tomey y Alligood, 2007). Al respecto, Urrea et al. (2011) distinguen dos paradigmas: el de la *totalidad*, que se centra en el fenómeno biomédico, y el de la *simultaneidad*, que concibe la enfermería como una ciencia humana.

Dentro de este último, se enmarca la teoría de Jean Watson, "de corte existencialista, humanista y con una profunda influencia de la teoría de la alteridad levinasiana" (Urrea et al., 2011, p. 12), que no propone distinciones entre un cuidado profesional y uno natural; al contrario, considera que este se fundamenta en un vínculo terapéutico basado en la empatía, comprensión e intencionalidad. A partir de este vínculo humano, se desarrolla un cuidado que puede contribuir a la curación u ocurrir independientemente de esta (Olivé-Ferrer e Isla-Pera, 2015).

La teoría de Watson se desarrolla en torno a diez premisas, que en un principio denominó Factores Caritativos, y más tarde, el Proceso Cáritas o Proceso de Cuidar (PC), que se desarrollan a continuación de acuerdo con lo planteado por Urrea et al. (2011):

1. *Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.* Watson plantea que el cuidado requiere una constante reflexión sobre el propio desarrollo moral, como base para comprender los sistemas morales de los pacientes. De esta forma, asigna una gran importancia a la comprensión de las dinámicas sociales, culturales y psicológicas para brindar un cuidado amoroso y ecuánime.

2. *Inculcación de la fe-esperanza.* Este factor plantea la importancia de permitir el cultivo de un sistema de creencias que promuevan la fe en sí mismos, como un elemento asociado a la curación, al mantenimiento de la salud, y como componente fundamental del cuidado.
3. *Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.* Watson manifiesta que los humanos son, ante todo, seres sintientes, por lo que el cuidado también implica reconocer las emociones propias y mostrar sensibilidad frente al sufrimiento y la vulnerabilidad.
4. *Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.* Este factor se relaciona con la honestidad y congruencia que permiten el desarrollo de una relación cercana y auténtica entre quien ofrece y quien recibe los cuidados.
5. *Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.* En este factor, Watson plantea que es parte de la labor de enfermería permitir que los pacientes expresen libremente sus emociones, con la finalidad de evitar el aumento de estrés y ansiedad que conlleva reprimirlas.
6. *Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.* Watson señala la importancia de la toma de decisiones en base al método científico y plantea que la sistematización de los procedimientos no debe convertirse en un proceso mecánico que impida el establecimiento de la relación terapéutica.
7. *Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.* En este factor de cuidado, la autora expresa que los usuarios tienen un rol activo en la toma de decisiones que afectan su salud, y resalta la importancia de la educación para la salud en la promoción de cambios positivos en los pacientes.
8. *Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.* Este factor hace referencia a las acciones de enfermería encaminadas a la protección de la dignidad de los pacientes.
9. *Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.* En este factor, Watson manifiesta que el cuidado conlleva la búsqueda de satisfacer las necesidades humanas, tanto físicas, como psicosociales e intra/interpersonales.
10. *Permición de fuerzas existenciales-fenomenológicas.* Esta última dimensión hace referencia a la responsabilidad de las enfermeras en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.

Materiales y métodos

De acuerdo con Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2010), se trató de un estudio descriptivo, pues tenía como objetivo describir la percepción de los pacientes sobre el Cuidado Humanizado en enfermería. En cuanto al diseño, fue transversal, debido a que se efectuó en un único periodo de tiempo, comprendido entre octubre de 2018 hasta abril de 2019. El entorno donde se llevó a cabo el estudio corresponde a la Unidad de Diálisis del Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Machala, Ecuador.

Se confeccionó un cuestionario de 43 enunciados, en escala Likert de 5 opciones de respuesta (*Siempre, La mayoría de las veces sí, Algunas veces, La mayoría de las veces no, y Nunca*), basado en las 10 dimensiones de la Teoría Transpersonal de Watson (Véase Anexo 1).

Los datos fueron analizados mediante el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 25.0 para Windows. Se agruparon las preguntas por dimensión y se

obtuvieron las puntuaciones promedio para cada una de ellas. De igual forma, la Percepción de Cuidado Humanizado se obtuvo mediante el promedio de las puntuaciones en las 10 dimensiones.

La muestra estuvo conformada por 72 pacientes; 57 hombres y 15 mujeres, de los cuales, 88,9 % tenía entre 40 y 60 años de edad. Predominaron los casados (65,3 %) y solteros (20,8 %), con estudios de secundaria completos (45,8 %) y educación superior (34,7 %). La mayoría tenía entre 1 y 5 años de tratamiento (87,5%), con una frecuencia de tres veces por semana (97,2%) (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

		<i>f</i>	%
Género	Masculino	57	79,2
	Femenino	15	20,8
Edad	51 a 60 años	39	54,2
	41 a 50 años	25	34,7
	30 a 40 años	8	11,1
Estado civil	Casado	47	65,3
	Soltero	15	20,8
	Separado	5	6,9
	Unión libre	3	4,2
	Viudo	2	2,8
Escolaridad	Secundaria completa	33	45,8
	Educación superior	25	34,7
	Secundaria incompleta	6	8,3
	Primaria incompleta	4	5,6
	Primaria completa	2	2,8
	Ninguno	2	2,8
Tiempo de tratamiento	1 a 5 años	63	87,5
	1 a 11 meses	4	5,6
	6 a 10 años	3	4,2
	11 a 15 años	2	2,8
Frecuencia de tratamiento	Tres veces por semana	70	97,2
	Dos veces por semana	2	2,8

Resultados

En el total del cuestionario se encontró un promedio de 4,25 ($DT = 0,15$), lo que puede interpretarse como un indicador de alta percepción de Cuidado Humanizado, considerando que las puntuaciones del cuestionario oscilaban entre 1 y 5 puntos (Véase Tabla 2).

Las dimensiones en las que se encontraron puntuaciones promedio más altas fueron *Uso del método científico para la resolución de problemas* ($M = 4,95$; $DT = 0,17$); *Desarrollo de una relación de ayuda y confianza* ($M = 4,93$; $DT = 0,17$); *Creación de un entorno de apoyo y protección mental, física, sociocultural y espiritual* ($M = 4,93$; $DT = 0,26$); y *Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas* ($M = 4,93$; $DT = 0,25$).

También se encontraron puntuaciones promedio considerablemente altas en *Aceptación de fuerzas existenciales/fenomenológicas* ($M = 4,92$; $DT = 0,26$); *Promoción de sensibilidad hacia uno mismo y los demás* ($M = 4,88$; $DT = 0,16$); y *Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas* ($M = 4,78$; $DT = 0,15$).

De igual manera, las dimensiones de *Promoción de enseñanza y aprendizaje transpersonal* y *Fomento de la fe y esperanza* mostraron puntuaciones promedio de 4,51 ($DT = 0,20$) y de 3,56 ($DT = 0,19$), respectivamente.

Por último, en la *Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos*, se encontró la puntuación promedio más baja ($M = 2,07$; $DT = 0,25$).

Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de la Eficacia del Cuidado en Enfermería y sus dimensiones.

	Media	Mediana	DT	Mín	Máx
D1: Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas.	4,78	4,86	0,15	4,43	5,00
D2: Fomento de la fe y esperanza.	3,56	3,67	0,19	3,00	3,67
D3: Promoción de sensibilidad hacia uno mismo y los demás.	4,88	4,88	0,16	4,25	5,00
D4: Desarrollo de una relación de ayuda y confianza.	4,93	5,00	0,26	4,00	5,00
D5: Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.	2,07	2,00	0,25	2,00	3,00
D6: Uso del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.	4,95	5,00	0,17	4,33	5,00
D7: Promoción de enseñanza y aprendizaje transpersonal.	4,51	4,56	0,20	3,78	4,56
D8: Creación de un entorno de apoyo y protección mental, física, sociocultural y espiritual.	4,93	5,00	0,26	4,00	5,00
D9: Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas.	4,93	5,00	0,25	4,00	5,00
D10: Aceptación de fuerzas existenciales/fenomenológicas.	4,92	5,00	0,26	4,00	5,00

Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería	4,25	4,31	0,15	3,74	4,39
--	------	------	------	------	------

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo describir la percepción de los pacientes sobre el Cuidado Humanizado en enfermería, en la Unidad de Diálisis del Hospital General de Machala, Ecuador. Se encontró que los usuarios consideran recibir altos niveles de cuidado transpersonal por parte del personal de enfermería, lo que coincide con lo reportado en las investigaciones de Monje et al. (2018) y Bautista-Rodríguez et al. (2015).

A partir de las dimensiones con puntuaciones promedio más altas, se puede concluir que la atención ofrecida por el personal de la Unidad de Diálisis se caracteriza por manejar adecuadamente los procedimientos técnicos, ofrecer un trato igualitario, amable y cercano a los pacientes, y por desarrollar acciones encaminadas a proteger su dignidad.

Por otra parte, se encontró una percepción alta de Cuidado Humanizado, pero menor que en las dimensiones anteriores, en la *Promoción de enseñanza y aprendizaje transpersonal*, la dimensión relacionada con la escucha de las opiniones del ser cuidado y la educación que transmite la enfermera para ayudar al paciente a realizar cambios de hábitos y estilo de vida.

Al respecto, la *Registered Nurses Association of Ontario* (2011) planteó que, debido a que los pacientes con IRC deberán tomar muchas decisiones a lo largo de sus vidas, es importante que la enfermera constantemente aclare dudas, evalúe las lagunas de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, e incorpore a los pacientes en la toma de decisiones. De esta manera, estarán en capacidad de decidir con respecto a su salud de manera autónoma y bien informada.

Se encontró un nivel intermedio de *Promoción de la fe y esperanza*, lo que coincide con los hallazgos del estudio realizado por Guerrero-Ramírez et al. (2016) en un servicio de medicina en Perú, quienes encontraron que 87 % de los participantes percibían que este aspecto del cuidado era regular. Esto se puede explicar según lo planteado por Zehtab y Adib-Hajbaghery (2014), quienes manifestaron que, aunque suele considerarse que los aspectos espirituales forman parte de las responsabilidades de enfermería, no hay claridad sobre cuál debe ser el rol de la enfermera al respecto, lo que se ve reflejado en la escasa difusión de guías prácticas sobre la incorporación de la fe y esperanza en el cuidado de enfermería.

Finalmente, se encontró una baja percepción en la *Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos*, la dimensión relacionada con la aceptación de lo que le sucede al paciente más allá de su enfermedad, y la promoción de un espacio para que exprese sus emociones. Esto contrasta con los resultados de los estudios de Ugarte-Chang (2016) y Bautista-Rodríguez et al. (2015), quienes encontraron que esta era una de las categorías mejor evaluadas por los pacientes.

Estos hallazgos podrían indicar una tendencia a esconder, negar o disimular los sentimientos, posiblemente como un intento de proteger al paciente de experimentar emociones negativas, como el llanto o la ansiedad. Este hallazgo llama la atención, considerando la abundante literatura sobre el impacto positivo de la expresión de los sentimientos en el manejo de enfermedades crónicas (Suárez Löcher y Pérez, 2011).

Al respecto, la Teoría del Cuidado Humanizado plantea que es importante fomentar la expresión de emociones de cualquier índole, lo que permitirá a los pacientes aceptar y trabajar

sentimientos que son parte de la vida (Urrea et al., 2011), considerando, además, que la relación terapéutica moviliza emociones y sentimientos tanto en quien cuida como en quien recibe los cuidados.

Por este motivo, es importante evaluar la pertinencia de programas de educación continua, que ofrezcan herramientas a las enfermeras para facilitar a los usuarios un espacio terapéutico que fomente la expresión de sus emociones y promueva la fe y esperanza, a modo de contribuir a mejorar la atención de calidad desde una mirada holística de los pacientes.

Conclusiones

- Los pacientes que asisten a la Unidad de Diálisis del Hospital General de Machala perciben un alto nivel de Cuidado Humanizado por parte de los profesionales de enfermería.
- Las dimensiones relacionadas con la expresión emocional y los aspectos espirituales del cuidado representan una oportunidad de mejora en la atención de enfermería que se ofrece a estos pacientes, en el marco de la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Acosta-Romo, M., Cabrera-Bravo, N., Basante-Castro, Y. y Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Rev. Univ. Salud*, 19(1), 17-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.65>
- Ángel, Z., Duque, G. y Tovar, D. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 19(3), 202-213. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003
- Bautista-Rodríguez, L., Parra-Carrillo, E., Arias-Torres, K., Parada-Ortiz, K., Ascanio-Meza, K., Villamarín-Capacho, M. et al. (2016). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Rev. Cienc. Cuidad.* 12(1).105-118. Recuperado de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>
- Brewer, B. y Watson, J. (2015). Evaluation of authentic human caring professional practices. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(12), 622-627.
- Castro-Serralde, E. y Cadena-Antonio, G. (2017). Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(4), 271-278.
- Farfán-Pesante, R. (2016). Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV - Scientia* 8(2), 124-131. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6181531.pdf>
- Galache, A. (2004). Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(3), 158-163. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752004000300003

- Gómez, N., Gómez, N., Castro, F. y Tasipanta, J. (2018). Intervención de enfermería en el estado emocional de pacientes hemodializados en el Hospital General Ambato. *Enfermería Investiga*, 3(3), 142-148. DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n3.2018.06>
- Grisales-Naranjo, L. y Arias-Valencia, M. Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy. *Investigación y Educación en Enfermería*, 3(31), 364-376. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105229159004>
- Guerrero, R., Meneses, M. y De la Cruz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. Servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima-Callao. *Rev enferm Herediana*, 9(2), 133-142. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
- Herrera-Zuleta, I., Bautista-Perdomo, L., López-Reina, M., Ordoñez-Correa, M., Rojas-Rivera, J., Suarez-Riascos, H. y Vallejo-Moreno, J. (2016). Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 13(2), 58-72. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5710340>
- Marriner-Tomey, A. y Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª Ed. Barcelona: Elsevier-Mosby.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Programa Nacional de Salud Renal. (Documento en línea). Recuperado de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica: Guía de práctica clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf
- Monje, P., Miranda, P., Oyarzún, J., Seguel, F. y Flores, E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24(5). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
- Olivé-Ferrer, M. e Isla-Pera, M. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revista Española de Enfermería*, 38(2), 123-128. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65766>
- Registered Nurses Association of Ontario. (2011). Apoyo a la toma de decisiones para adultos con Enfermedad Renal Crónica. (Documento en línea). Recuperado de https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_ATD_EnfermedadRenalCronica_022014.pdf
- Rodrigues, T. y Botti, N. (2009). Providing and receiving nursing care during hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(SPE1), 528-530. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800015&lng=en&nrm=isoyt&lng=en
- Romero, E., Contreras, I. y Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3091/309146733003/index.html>

- Rosales, J., Díaz, J., Molina, B. y Chávez, O. (2016). Ética en los cuidados de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis. *MediSur*, 14(5), 512-515. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500006
- Sociedad Ecuatoriana de Nefrología. (2015). Estimación de diálisis peritoneal y hemodiálisis en el Ecuador (Datos no publicados).
- Suárez-Löcher, T. y Cynthia Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 9(2), 284-307. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612011000200005&script=sci_arttext
- Ugarte-Chang, J. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según opinión de las personas viviendo con Virus de la Inmunodeficiencia Humana en estado de SIDA. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*, 2(1), 40-46. Recuperado de <http://www.cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/28/44>
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*. 17(3). 11-22. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002
- Zavala-Pérez, I., Hernández-Corrales, M., Olea-Gutiérrez. C. y Valle-Solís, M. (2014). Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del *caring* a una mujer con cáncer de mama. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(3), 135-143. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54635>
- Zehtab, S. y Adib-Hajbaghery, M. (2014). The importance of spiritual care in nursing. *Nurs Midwifery Stud*, 3(3). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332997/>