

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Concepciones de profesionales del cuidado sobre humanización y expectativas ante Humanitude®

Care professionals' views on humanisation and their expectations regarding Humanitude®

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25sI.6436

Vianey Reyes García [1]
Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo [2]
João Pärtel Araújo [3]
María del Pilar Sosa Rosas [4]
Laura Móran Peña [5]
Virginia Reyes Audiffred [6]

Correspondencia: Vianey Reyes García. Dirección postal: Universidad Nacional Autónoma México. El Rosario, Lúcio Blanco D-104 Alcaldía Azcapotzalco. C.P 02100, Ciudad de México.
Correo electrónico: vianeyreyes@iztacala.unam.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Maestra en Ciencias. Profesora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[2] *PhD. Profesor de la Escuela Superior de Enfermeria de Coimbra. Coimbra. Portugal.*
[3] *Máster en Gestión Sanitaria. Estudiante de Doctorado. Universidad de Coimbra. Coimbra. Portugal.*
[4] *Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[5] *Doctora en Educación. Profesora. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[6] *Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*

Vianey Reyes García
Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo
João Pärtel Araújo
María del Pilar Sosa Rosas
Laura Móran Peña
Virginia Reyes Audiffred



Resumen

Objetivo: Describir las concepciones de los profesionales del cuidado sobre la humanización y las expectativas atribuidas a Humanitude® antes de una formación.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo descriptivo realizado con 11 profesionales de dos estructuras residenciales para personas mayores en Portugal, seleccionados mediante muestreo intencional por criterio. Se aplicó, antes de la formación, un cuestionario escrito con cinco preguntas abiertas. El corpus de 55 respuestas se examinó mediante un análisis cualitativo de contenido inductivo y una matriz manual de trazabilidad.

Resultados: El análisis permitió identificar cuatro categorías principales: reconocimiento de la persona antes que la tarea; la relación como espacio de humanización; la tensión entre la intención de cuidar y los obstáculos para sostener la humanización; y Humanitude como recurso para traducir valores en prácticas concretas. Los participantes asociaron la humanización con dignidad, respeto, autonomía, empatía y singularidad, pero señalaron dificultades derivadas de la presión asistencial, la escasez de tiempo, la mecanización de las acciones y la complejidad relacional. Manifestaron la expectativa de adquirir herramientas concretas para materializar los valores humanísticos en el trabajo cotidiano.

Conclusiones: Los resultados evidencian una brecha entre el reconocimiento de los principios del cuidado humanizado y su aplicación sostenida en la práctica. Los participantes anticiparon Humanitude como una herramienta potencial para acortar esta brecha, sin reemplazar el fundamento ético del cuidado.

Palabras Claves: Humanización de la atención; Humanitude; Cuidadores; Relaciones interpersonales; Investigación cualitativa.

Abstract

Objective: To describe care professionals' conceptions of humanization and the expectations attributed to Humanitude® before training.

Materials and Methods: A qualitative descriptive study was conducted with 11 professionals from two residential care facilities for older people in Portugal, selected through criterion-based purposive sampling. Before training, participants completed a written questionnaire containing five open-ended questions. The corpus of 55 responses was examined using inductive qualitative content analysis and a manual audit matrix.

Results: The analysis identified four main categories: recognizing the person before the task; the relationship as a space for humanization; the tension between the intention to care and the obstacles to sustaining humanization; and Humanitude as a resource for translating values into concrete practices. Participants associated humanization with dignity, respect, autonomy, empathy, and recognition of individual uniqueness, while also identifying difficulties related to workload pressure, limited time, the mechanization of care actions, and relational complexity. They expressed expectations of acquiring practical tools to translate humanistic values into everyday care.

Conclusions: The findings reveal a gap between recognizing the principles of humanized care and sustaining their application in practice. Participants anticipated Humanitude as a potentially useful approach for narrowing this gap without replacing the ethical foundations of care.

Keywords: Humanization of care; Humanitude; Caregivers; Interpersonal relations; Qualitative research.

• Fecha de recibido: 14 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 10 de noviembre de 2026
• Fecha de publicación: 11 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Introducción

Cuidar no es solo resolver una necesidad concreta ni hacer bien un procedimiento. En el fondo, cuidar es un encuentro entre personas. En ese encuentro, la historia, la identidad y la particularidad de quien recibe atención importan, aunque la enfermedad o la dependencia limiten su autonomía. Cada vez que cuidamos, adoptamos una postura ética. Podemos ver a la otra persona como un cuerpo en el que intervenir o como alguien con voz y camino propios. Esta diferencia, aunque parezca pequeña, cambia la experiencia tanto de quien cuida como de quien recibe el cuidado[1,2].

La humanización no depende únicamente de la disposición individual de quien cuida. La evidencia identifica dimensiones relacionales, organizacionales y estructurales: vínculo, comunicación, respeto, continuidad, condiciones laborales y una organización que permita atender a la persona y no solo completar tareas[3,4]. Por ello, el problema no consiste únicamente en afirmar valores como la dignidad, la empatía o la autonomía, sino en comprender cómo se expresan o se debilitan en situaciones concretas de cuidado.

La Metodología de Cuidado Humanitude, se inscribe en este problema práctico. Su fundamento filosófico sitúa la conexión relacional y la preservación de la condición humana en el centro del cuidado, especialmente cuando la dependencia, las alteraciones cognitivas o las dificultades para comunicarse incrementan la vulnerabilidad[5,6,8]. La metodología organiza la aproximación a través de la mirada, la palabra, el toque y la verticalidad, e integra estos pilares en una secuencia estructurada que comprende la preparación del encuentro, el establecimiento de la confianza, el desarrollo del cuidado, la consolidación emocional y el reencuentro[5,6,7,8].

Mirar a los ojos, hablar con respeto, tocar para brindar seguridad y ayudar a mantener una postura erguida son acciones que, juntas, hacen que el cuidado sea más digno. Cuando estas prácticas se sistematizan, dejan de ser meros gestos espontáneos y pasan a formar parte del trabajo profesional. Así, ayudan a mantener el trato humano incluso en la rutina[5,7].

En la atención sanitaria actual, se observa una paradoja. La tecnología avanza y se busca mayor eficiencia, mientras se habla mucho de dignidad y empatía. Sin embargo, la forma de organizar el trabajo fragmenta la relación y antepone la tarea al trato personal. La humanización no depende solo de lo que cada persona quiera. También influyen factores de la organización y de las relaciones, que pueden ayudar o poner trabas[3,4].

El debate sobre la humanización pasa de la teoría a la práctica. Reconocer la necesidad de dignidad, empatía o autonomía no basta. El reto es llevar estos valores a gestos y acciones diarias. Hay que buscar cómo acercarse a quien rechaza el cuidado. También hay que ver cómo lograr una participación real. La distancia entre lo que se dice y lo que se hace es uno de los grandes retos del cuidado humanizado[5].

La secuencia estructurada de Humanitude hace que el cuidado siga un proceso claro: se prepara el encuentro, se genera confianza, se cuida el ambiente sensorial y se busca terminar la interacción con

Licencia CC-By-NC-ND

un recuerdo positivo. Estas técnicas no reemplazan la ética; la hacen concreta, enseñable y visible en el trabajo diario de los equipos de salud[5,7].

Es clave entender que Humanitude no es lo mismo que la humanización. Humanitude es una forma concreta de acercar ese ideal ético a lo que ocurre en la vida diaria. Da un lenguaje y herramientas para que la relación no dependa solo de la buena voluntad o de la improvisación, y siga adelante aun cuando hay presión, rutina o límites en el trabajo diario[1,5].

La evidencia, que se desarrolló primero en Portugal y luego en otros lugares, ayudó a comprender mejor esta metodología. Los primeros estudios en Portugal mostraron que los profesionales consideran importantes los procedimientos de Humanitude[8]. Cuando después se compararon las prácticas que los profesionales decían aplicar con lo observado directamente, se vio que pensar que se brinda un cuidado humanizado no siempre implica que ciertas conductas relacionales se observen realmente durante el cuidado[5,9]. Esta diferencia importa porque muestra que no se puede medir la humanización únicamente por la intención del profesional. También hay que preguntar qué ocurre realmente en la interacción.

Los estudios de implementación han documentado posibles beneficios en la relación, la aceptación del cuidado, la satisfacción profesional y la organización de la atención[7,10,11]. También han señalado problemas en la apropiación de las técnicas, la resistencia al cambio, la continuidad de la formación y las condiciones institucionales[10,11]. La investigación acción en Portugal mostró que incorporar Humanitude no se logra solo con una capacitación puntual. Hace falta acompañar a los equipos, reflexionar sobre las prácticas y cambiar las formas de organización que antes se centraban en cumplir tareas[5,7]. Estudios con estudiantes y profesionales en otros lugares también han examinado si puede ayudar a desarrollar habilidades relacionales y la empatía[12,13]. La evidencia actual no permite considerar a Humanitude como la única respuesta al problema de la humanización[14]. Pero sí la señala como una opción relevante para analizar cómo profesionalizar la dimensión relacional del cuidado.

Humanizar, en definitiva, no es renunciar a la técnica ni enfrentarse a la razón y la sensibilidad. El desafío está en unir el saber técnico y el saber relacional, reconociendo que la calidad del cuidado depende tanto de la competencia profesional como de la capacidad de estar presente y reconocer al otro en su singularidad[1,2].

Aunque gran parte de la investigación sobre Humanitude se ha realizado en contextos de dependencia, deterioro cognitivo y cuidados de larga duración, su base conceptual no se limita a una etapa de la vida ni a un diagnóstico específico. La literatura documenta su aplicación tanto en la formación de estudiantes de ciencias de la salud como en contextos geriátricos, y la presenta como una forma de trabajo centrada en la relación con personas en situación de vulnerabilidad[12,13]. Por eso, el escenario residencial en el que se realizó este estudio debe entenderse como el contexto empírico desde el cual se examina un fenómeno más amplio. Se trata de la posibilidad de hacer realidad la humanización del cuidado.

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Documentar esta experiencia también es importante para ampliar la discusión iberoamericana sobre la humanización. La producción científica sobre Humanitude ha crecido mucho en Portugal y, posteriormente, en otros países[6,14]. Sin embargo, su presencia en el debate sanitario hispanohablante sigue siendo menos visible[3,5]. Por eso, es necesario analizar no solo sus posibles resultados, sino también los aspectos previos y fundamentales. Es decir, cómo entienden los propios profesionales qué significa humanizar el cuidado, qué dificultades encuentran para hacerlo y qué oportunidades ven en una metodología que busca convertir principios humanísticos en acciones concretas.

En este contexto, el estudio parte de la siguiente pregunta: ¿cómo entienden los profesionales del cuidado la humanización del cuidado y qué aporte le atribuyen a la Metodología de Cuidado Humanitude para hacerla posible en la práctica diaria? Por eso, su objetivo fue describir las concepciones de los profesionales del cuidado sobre la humanización y las expectativas que depositan en la Metodología de Cuidado Humanitude para operacionalizarla en la práctica.

Materiales y Métodos

Se realizo un estudio cualitativo descriptivo[15], orientado a describir las perspectivas de profesionales del cuidado sobre la humanización y el papel atribuido a la Metodología de Cuidado Humanitude en la práctica cotidiana. El análisis se realizó mediante un análisis cualitativo de contenido con un enfoque inductivo[18,19,20]. El objetivo, el diseño, la recolección, el análisis y la presentación de los hallazgos se reportaron siguiendo los Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)[16].

El estudio se desarrolló en dos estructuras residenciales para personas mayores (ERPI) en Portugal. Estos servicios ofrecen cuidados de larga duración a personas con distintos grados de dependencia, incluidas situaciones de deterioro cognitivo y cambios de comportamiento. Este contexto puede orientar la atención de los profesionales hacia la autonomía, la comunicación, el rechazo al cuidado y las restricciones de tiempo; por ello, se consideró al interpretar los resultados y al delimitar su transferibilidad.

Los cuestionarios se respondieron entre el 11 y el 14 de noviembre de 2025, inmediatamente antes de una formación de cuatro días sobre Metodología de Cuidado Humanitude. Se cumplimentaron en papel y se remitieron para su transcripción y análisis. No se realizó la comparación entre centros porque el identificador institucional no se conservó en la base analítica.

Participaron 11 profesionales vinculados directamente al cuidado y pertenecientes a las instituciones incluidas en el estudio. Los participantes formaban parte del grupo de formación en Metodología de Cuidado Humanitude.

El muestreo intencional obedeció a la pertinencia de los participantes respecto del fenómeno en estudio. El criterio fundamental fue su participación directa en actividades de cuidado y su integración

en el proceso formativo de Humanitude. La participación voluntaria estuvo precedida de información detallada sobre los objetivos y las condiciones éticas de la investigación.

La muestra se caracterizó por su diversidad en términos de edad, nivel educativo y profesión, e incluyó auxiliares de acción directa y personal de enfermería. Esta heterogeneidad amplió las posiciones desde las que se abordó la humanización, con un denominador común: la interacción cotidiana con personas en situación de cuidado.

El grupo de formación constituía una cohorte delimitada; por ello, el reclutamiento no fue iterativo ni estuvo orientado a alcanzar la saturación. En consecuencia, las categorías se presentan como una síntesis analítica de este corpus y no como una representación exhaustiva de todas las concepciones posibles. La suficiencia del material se valoró en relación con el objetivo acotado, la especificidad de los participantes y la estrategia descriptiva, sin afirmar saturación de datos[21].

Se empleó un cuestionario escrito, autoadministrado y elaborado ad hoc. Las preguntas se derivaron del objetivo y de cinco ejes conceptuales: el significado de la humanización, la práctica declarada, la empatía, las dificultades y las expectativas ante Humanitude.

La secuencia de las preguntas siguió una progresión conceptual: primero, se exploró el significado atribuido a la humanización y su manifestación en la práctica diaria; luego, se profundizó en la empatía como dimensión relacional y en los obstáculos para una atención humanizada; finalmente, se introdujo la referencia a Humanitude para indagar en las expectativas sobre su potencial en la práctica del cuidado.

Las preguntas fueron: 1) ¿Qué entiende por “humanización de los cuidados”?; 2) ¿De qué forma procura prestar cuidados humanizados en su práctica diaria?; 3) ¿Qué significa para usted la empatía y cómo ser empático con la persona que cuida?; 4) ¿Qué dificultades o desafíos encuentra para prestar cuidados humanizados?; y 5) ¿Cómo puede contribuir la formación en Humanitude a prestar cuidados más humanizados? El formulario incluyó sexo, edad, profesión, escolaridad y estado civil. Al ser un cuestionario escrito, no hubo preguntas de seguimiento ni se registró el tiempo de respuesta individual.

El análisis se realizó mediante un análisis de contenido cualitativo, convencional en la fase de codificación y dirigido en la fase interpretativa, mediante un proceso progresivo de lectura reiterada, identificación de unidades de significado, codificación inicial, agrupamiento conceptual e interpretación reflexiva[17,18].

En la primera etapa, se realizó una lectura exhaustiva y reiterada del corpus, lo que facilitó la familiarización con el contenido y la comprensión del sentido global de las respuestas. Este acercamiento permitió identificar expresiones sobre la comprensión de la humanización, acciones para concretarla, elementos vinculados a la empatía, dificultades experimentadas y expectativas respecto de Humanitude.

Licencia CC-By-NC-ND

Posteriormente, se identificaron unidades de significado, segmentos discursivos con ideas relevantes para los objetivos del estudio, de los cuales 18 fueron codificados procurando mantener la proximidad semántica con el lenguaje original de los participantes. Se privilegió una lógica inductiva, lo que permitió que los códigos emergieran del material empírico, sin imponer estructuras derivadas del marco conceptual de Humanitude[17].

Los códigos conceptualmente afines se agruparon progresivamente en subcategorías y categorías más abstractas, en un proceso iterativo de retorno constante a las respuestas originales para asegurar que las interpretaciones conservaran el sentido y la riqueza de los discursos. Se prestó atención tanto a los elementos compartidos como a las particularidades y tensiones emergentes, evitando reducir la relevancia de los hallazgos a su frecuencia de aparición[18].

Una vez construidas las categorías emergentes a partir de los datos, los hallazgos se pusieron en diálogo con los principios de la humanización y con la Metodología de Cuidado Humanitude. Este enfoque permitió, primero, mantener una aproximación inductiva y, luego, analizar cómo las perspectivas de los participantes se acercaban, se complementaban o se ponían en tensión entre sí en torno a conceptos como la dignidad, la autonomía, la singularidad, la relación y la comunicación[17].

El rigor metodológico se sustentó en los criterios de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad, en concordancia con los estándares de la investigación cualitativa[19].

Para favorecer la credibilidad, el análisis se mantuvo cercano a las expresiones de los participantes y la construcción de categorías se fundamentó en fragmentos textuales representativos. La interpretación requirió lecturas y comparaciones reiteradas entre las respuestas originales, las unidades de significado, los códigos y las categorías emergentes.

La confirmabilidad se procuró mediante la preservación de la trazabilidad del proceso analítico, lo que permitió identificar el recorrido desde el material original hasta las interpretaciones finales. Las decisiones sobre codificación, agrupamiento y denominación de categorías se mantuvieron ancladas en el contenido de los participantes y se contrastaron reiteradamente con el corpus.

La transferibilidad se promovió mediante una descripción detallada del contexto de producción de datos, de las características de los participantes y de las condiciones de la investigación.

En cuanto a la reflexividad, el equipo de investigación reúne experiencia en enfermería, docencia y en la Metodología de Cuidado Humanitude, lo que facilitó la comprensión del fenómeno y exigió vigilancia para no proyectar el marco metodológico sobre las respuestas. Por ello, la codificación se mantuvo cercana al lenguaje de los participantes y el marco de Humanitude se reservó para la fase interpretativa. La formación fue impartida por formadores certificados de Humanitude Portugal ajenos al equipo de investigación; ningún autor participó en ella ni mantuvo relación jerárquica con los participantes.

Licencia CC-By-NC-ND

Resultados

Participaron once profesionales dedicados directamente al ámbito del cuidado, con edades entre 23 y 56 años y predominio femenino. Los perfiles profesionales incluyeron auxiliares de acción directa y personal de enfermería. Esta heterogeneidad permitió aproximarse al fenómeno del cuidado desde distintas posiciones, pero con un denominador común: la interacción cotidiana con personas en situación de dependencia.

El análisis cualitativo permitió identificar cuatro categorías interrelacionadas: (1) reconocer a la persona antes que la tarea; (2) la relación como espacio donde se encarna la humanización; (3) la tensión entre la intención de cuidar y las condiciones que desafían la humanización; y (4) Humanitude como recurso para traducir valores humanísticos en prácticas concretas. Estas categorías reflejan las concepciones, experiencias y expectativas previas a la formación, sin constituir efectos derivados de la misma.

1. Reconocer a la persona antes que la tarea

La primera categoría revela que la humanización fue entendida, ante todo, como el reconocimiento del otro como persona, más allá de su condición, de su nivel de dependencia o de las tareas asignadas. Los discursos reiteran conceptos como la dignidad, el respeto, la singularidad, la autonomía y la valoración de la historia individual. Para los participantes, el cuidado humanizado implica considerar a la persona en su totalidad, evitando fragmentarla en términos de necesidades físicas, diagnósticos o procedimientos. Una participante expresó que la humanización consiste en escuchar, comprender y cuidar para que la persona se sienta "valorada y segura", y enfatizó que implica verla como "un ser humano completo" (C1).

Esta idea de totalidad se relaciona con la historia, las necesidades y lo que hace única a cada persona. Una cuidadora dijo que humanizar es dar prioridad a "cada persona individualmente", promover el bienestar, la autonomía y el respeto, y tener en cuenta sus necesidades y su historia (C4). Otra participante dijo que hay que integrar elecciones, creencias y particularidades, y no reducir el cuidado únicamente a atender las demandas funcionales (C8).

La dignidad apareció como un principio que atraviesa todo, sin depender ni de la capacidad funcional ni de la condición clínica. Una participante lo dijo con claridad: "cada persona tiene su dignidad y voluntad de ser respetada" (C6). Otra señaló que humanizar implica cuidar "teniendo siempre en cuenta la dignidad y el respeto", apoyar la autonomía y ver a la persona "como un todo" (C9). El respeto no se entendió solo como cortesía, sino también como el reconocimiento de la capacidad de decisión de la persona. Una participante describió la práctica humanizada como tomar en cuenta "la opinión y la voluntad del otro", fomentar la autonomía y respetar sus necesidades (C9).

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Desde este punto de vista, la humanización transforma el cuidado para que se centre en la persona y no solo en la tarea. No quita valor a la acción, sino que incluye la subjetividad y la capacidad de decisión de quien recibe el cuidado en el centro de la relación. Una frase resume bien esta tensión: "Tratar a los usuarios no por obligación, sino como seres humanos completos" (C7). Esta frase muestra una diferencia clave: hacer una tarea no siempre es lo mismo que cuidar de manera humana. Para los participantes, humanizar significa seguir viendo al otro como alguien único, con emociones, preferencias y dignidad.

2. La relación como lugar donde el cuidado se humaniza

El segundo eje analítico sitúa la humanización en la relación entre quien cuida y quien recibe el cuidado. Escuchar, hablar, llamar por el nombre, transmitir calma, respetar las emociones y establecer contacto surgieron como formas concretas de brindar un cuidado humanizado.

Una participante contó que su práctica se basa en "pequeños gestos": escuchar con atención, llamar a la persona por su nombre, entender cómo se siente y mostrar respeto y empatía (C1). Otra participante relacionó la humanización con la comunicación, el contacto y la escucha, que buscan crear "un ambiente agradable" (C11). Las respuestas muestran que el lado humano del cuidado no se limita a decisiones clínicas o éticas importantes, sino que se manifiesta en acciones cotidianas: cómo recibir, hablar, escuchar o incluir a la persona en las decisiones sobre su propio cuerpo.

La empatía fue clave. No solo se trató de sentir lo que siente el otro, sino también de entender sus necesidades y sentimientos, aceptar lo diferente y permitirle participar en las decisiones. La expresión "ponerse en el lugar del otro" apareció con frecuencia y adquirió sentidos tanto prácticos como éticos. Una participante dijo que ser empático es "saber escuchar al otro", ponerse en su lugar y dejar que decida cómo quiere ser cuidado y que participe en las decisiones sobre su atención (C9).

Esta forma de entender la empatía destaca porque la lleva de la mera imaginación de lo que siente otra persona a un plano concreto: el reconocimiento de su voz y de su derecho a participar. Otra participante dijo que la empatía es ponerse en el lugar del otro, entenderlo por completo, "mirar sin juzgar" y escuchar de verdad (C10). Así, escuchar va más allá de la comunicación y se convierte en una forma de reconocer al otro. En resumen, no vieron la relación como algo extra al procedimiento, sino como parte esencial del cuidado: escuchar, comprender y crear un vínculo son lo central.

3. Entre la intención de cuidar y las condiciones que amenazan la humanización

Si bien los participantes demostraron una comprensión humanística del cuidado, reconocieron las dificultades para sostener estos principios en la práctica cotidiana. La falta de tiempo, la presión asistencial, la diversidad de comportamientos, la resistencia al cambio y la mecanización de las acciones emergieron como factores que tensan la relación de cuidado.

Licencia CC-By-NC-ND

La falta de tiempo fue una de las dificultades más evidentes. Una participante dijo que uno de sus mayores retos era "el poco tiempo y el ritmo del trabajo", y contó que, aunque trabajaba bajo presión, trataba de que la persona sintiera que seguía siendo valorada (C1). Otra señaló que le resultaba difícil prestar a todos la atención que quería "porque el tiempo no siempre lo permite" (C11). En otra respuesta, una persona asoció la falta de tiempo con la presión de atender a muchas personas y con la necesidad de terminar las tareas del servicio (C5).

Estas expresiones muestran una tensión clara. Los profesionales saben que escuchar, acompañar e individualizar requieren presencia. Sin embargo, tienen que construir esa presencia dentro de organizaciones en las que el tiempo se reparte entre múltiples demandas.

También mencionaron problemas en encuentros de cuidado difíciles: agresividad, cambios de comportamiento, rechazo al cuidado y la necesidad de buscar cómo tratar a personas con alteraciones cognitivas (C1, C6, C8). Estos relatos no muestran la relación de cuidado como perfecta. Humanizar también implica enfrentar problemas como la comunicación interrumpida, el rechazo, la imprevisibilidad o la falta de la respuesta esperada.

Se encontró algo importante sobre la mecanización del cuidado. Una participante señaló como problema "la mecanización de nuestros actos" (C10). Según ella, cuidar de forma humana implica prestar atención tanto a las necesidades físicas como a las emocionales y considerar la personalidad, sin caer en el "modo piloto automático" (C10). Esto muestra la tensión entre hacer todo bien, tanto en lo técnico como en lo humano, que puede perderse si el cuidado se vuelve automático y siempre igual. El riesgo de deshumanización, desde este punto de vista, no siempre se debe a una mala intención del cuidador. Puede aparecer por la repetición, la presión por cumplir, el cansancio o porque la organización del trabajo hace que la tarea vaya reemplazando, poco a poco, la relación.

A esto se sumaron problemas de índole grupal. Una participante mencionó que la falta de comunicación y la "resistencia a los cambios, a lo nuevo y a lo desconocido" dificultan la prestación de cuidados humanizados (C9). Así, las respuestas muestran que la humanización no solo depende de la sensibilidad o de la actitud de cada persona. También está limitada por los ritmos de trabajo, la forma en que se dan los encuentros y la capacidad de los equipos para cambiar las formas habituales de cuidar.

4. Humanitude como posibilidad para traducir valores en prácticas de cuidado

La última categoría incluye las expectativas de los participantes respecto a la formación de Humanitude. Muchos esperaban adquirir conocimientos, técnicas y herramientas que les ayudaran a aplicar la humanización en su trabajo diario. Una participante dijo que Humanitude daba "conocimientos, técnicas y otras herramientas para poner en práctica en el día a día" (C4). Otra esperaba encontrar recursos para "valorar más los cuidados" (C9).

Licencia CC-By-NC-ND

Esta expectativa es importante porque demuestra que los participantes ya poseían valores humanísticos. Hablaron de dignidad, respeto, escucha, autonomía y empatía. Querían aprender a mantener y aplicar estos valores en situaciones reales de cuidado.

Algunas respuestas ya mencionaban aspectos clave de la metodología. Una participante esperaba que la formación ayudara a cuidar con más respeto y empatía, mediante la comunicación, la mirada, el toque y la postura (C1). Otra confiaba en comprender mejor la importancia de la comunicación, del tacto y de la relación entre el usuario y el cuidador (C11). Estas respuestas indican que la expectativa iba más allá de la mera teoría. Humanitude se veía como una forma de profesionalizar las partes relacionales del cuidado, que muchas veces se dan por sentadas y, por eso, pasan desapercibidas.

La formación también se relacionó con la capacidad de enfrentar situaciones difíciles. Una participante buscaba orientación para intervenir en momentos de cuidado ante comportamientos agresivos o al interactuar con personas con alteraciones cognitivas (C6). Otra pensó que la formación podía sensibilizar y preparar al equipo, lo que mejoraría la calidad de los cuidados (C8).

Esta perspectiva, que aparece en una de las respuestas, amplía el sentido que se le da a Humanitude. No es solo un recurso individual. También puede ser un lenguaje que el equipo comparte y que ayuda a mostrar y organizar las formas de acercarse y comunicarse.

Discusión

Los resultados muestran que los participantes atribuyen al cuidado humanizado un significado complejo, sustentado en la dignidad, el respeto, la singularidad, la escucha, la empatía y la autonomía. Estas concepciones expresan una comprensión del cuidado que no se limita a la ejecución de tareas, sino que reconoce a la persona como sujeto con historia, preferencias y capacidad de participación. No obstante, los discursos también evidencian una distancia entre lo que los profesionales consideran deseable y las posibilidades que reconocen de sostenerlo en su práctica cotidiana. Esta tensión ha sido descrita en la literatura sobre humanización y cuidado relacional, donde se señala que la dificultad no siempre reside en desconocer los principios éticos, sino en traducirlos en acciones dentro de contextos organizados por rutinas, presión asistencial y tiempos limitados[1,3,4].

El significado de humanizar, como "reconocer a la persona antes que la tarea", coincide con planteamientos que advierten sobre el riesgo de reducir a quien recibe cuidados a un diagnóstico, un procedimiento o una categoría asistencial[1,2]. En las respuestas, la humanización se vincula con el reconocimiento de la identidad, la experiencia y la voluntad de cada persona. Esta comprensión rebasa una noción paternalista del "buen trato", pues no se limita a actitudes de amabilidad o afecto, sino que incluye la participación, el respeto a las decisiones y la consideración de las necesidades particulares. Desde esta perspectiva, escuchar, explicar y permitir que la persona intervenga en su propio cuidado adquieren un significado ético, pues expresan el reconocimiento de su autonomía y singularidad.

Licencia CC-By-NC-ND

Los participantes también situaron la relación entre quien cuida y quien recibe el cuidado como un componente central de la humanización. Acciones como escuchar, conversar, mirar, comprender o transmitir seguridad fueron descritas como formas concretas para hacer visible el reconocimiento de la persona. Estos hallazgos no permiten afirmar que tales acciones se desarrollen de manera sistemática ni evaluar su presencia en la práctica observada; más bien, muestran los significados que los profesionales les atribuyen y el lugar que ocupan en su concepción del cuidado humanizado.

En este marco, Humanitude fue percibida por los participantes como una posible fuente de conocimientos, estrategias y recursos para fortalecer la dimensión relacional del cuidado. Dado que la información fue recogida antes de la formación, no es posible sostener que la metodología haya modificado las prácticas, reducido la separación entre lo técnico y lo relacional o convertido efectivamente los valores en acciones. Los datos permiten afirmar que los profesionales esperaban que la formación les ayudara a otorgar mayor intencionalidad a componentes como la mirada, la palabra, el tacto, la postura y la comunicación. Esta expectativa es congruente con la forma en que Humanitude ha sido descrita en la literatura: una metodología que organiza procedimientos relacionales y propone incorporarlos de manera deliberada al encuentro de cuidado[5,6,7].

La diferencia entre esta descripción teórica de la metodología y los hallazgos del estudio debe quedar clara. Los resultados no evalúan la implementación de Humanitude, sino las concepciones previas de los participantes y el valor potencial que le atribuyen. Por ello, las referencias a la metodología deben interpretarse como expectativas, no como evidencia de su efectividad. En este sentido, el estudio aporta información sobre el punto de partida desde el cual los profesionales se aproximan a la formación: reconocen valores humanísticos en su práctica, identifican dificultades para sostenerlos y esperan encontrar herramientas que les permitan afrontar situaciones relacionales complejas.

Los participantes señalaron que la falta de tiempo, la presión laboral y las dinámicas institucionales dificultan personalizar el cuidado y mantener una relación atenta. Estas percepciones coinciden con estudios que han identificado barreras organizacionales y personales en los procesos de humanización e implementación de Humanitude, entre ellas, la resistencia al cambio, la centralidad de las tareas, la carga laboral y la dificultad para incorporar nuevos procedimientos[3,4,10,11]. Sin embargo, en el presente estudio estas condiciones no fueron observadas ni medidas directamente; corresponden a la manera en que los participantes explican los obstáculos que experimentan en su contexto laboral.

La referencia a la mecanización de las acciones y al "piloto automático" resulta especialmente significativa. Estas expresiones sugieren que los profesionales perciben la rutina como una condición que puede debilitar la atención a la singularidad de la persona. No obstante, no puede concluirse que exista una deshumanización efectiva ni establecerse una relación causal entre la rutina y la calidad del cuidado. Los discursos permiten señalar que, desde la perspectiva de los participantes, la repetición de tareas y la presión asistencial pueden favorecer una práctica menos reflexiva y limitar el tiempo disponible para escuchar, explicar o adaptar el cuidado.

Licencia CC-By-NC-ND

La literatura sobre humanización ha advertido que la estandarización y la eficiencia, aunque necesarias para la seguridad, pueden generar tensiones cuando se convierten en el único criterio organizador de la atención[1,2,3,4]. En este sentido, los resultados invitan a considerar que la humanización no depende únicamente de actitudes individuales, sino también de las condiciones en las que se desarrolla el trabajo. Sin embargo, esta interpretación debe entenderse como una lectura situada de las percepciones recogidas y no como una demostración de las dinámicas institucionales de los centros participantes.

Los mayores desafíos estuvieron asociados a situaciones de rechazo al cuidado, agresividad, cambios de comportamiento y dificultades de comunicación. Estos significados son consistentes con estudios que describen la complejidad relacional presente en determinados escenarios asistenciales y la necesidad de desarrollar estrategias para responder sin reducir la interacción a la mera imposición del procedimiento[5,10,14,20]. En el presente estudio, los participantes expresaron la expectativa de que Humanitude pudiera ofrecerles recursos para manejar dichas situaciones; no obstante, no se evaluó si la formación produjo cambios ni si esas expectativas se cumplieron.

Algunos estudios de implementación han reportado resultados favorables asociados a Humanitude en personas cuidadas, profesionales y organizaciones[11,21]. No obstante, tales antecedentes corresponden a diseños y contextos distintos y no deben utilizarse para atribuir efectos al presente estudio. Su utilidad radica en demostrar que las expectativas expresadas por los participantes se relacionan con dimensiones previamente exploradas, como la comunicación, la aceptación del cuidado, la satisfacción profesional y el cambio organizacional. La evidencia disponible continúa siendo heterogénea y requiere diseños comparativos, seguimiento longitudinal y evaluación directa de las prácticas[14,20].

Los resultados también permiten distinguir entre humanización y Humanitude. La primera constituye un marco ético y relacional amplio, mientras que la segunda es una metodología específica que propone organizar determinadas dimensiones del encuentro de cuidado[5,6]. Los participantes ya reconocían valores como la dignidad, el respeto y la autonomía antes de la formación. Por tanto, no puede afirmarse que Humanitude introduzca dichos valores; más bien, los profesionales le atribuyeron la capacidad de ofrecer una forma estructurada de trabajar en aspectos relacionales que consideraban importantes.

Esta interpretación debe situarse en las características particulares del estudio. Los participantes procedían de dos centros residenciales portugueses y formaban parte de un grupo vinculado a un programa de formación de Humanitude. Esta selección intencional pudo favorecer una disposición positiva hacia la metodología y limitar la diversidad de posturas. Asimismo, los significados expresados se construyeron en contextos dedicados al cuidado de personas en situación de dependencia, por lo que no deben trasladarse automáticamente a otros servicios, profesiones o culturas organizacionales.

El estudio no alcanzó ni se afirmó saturación de la información. El corpus estuvo delimitado por el grupo disponible y por once cuestionarios de preguntas abiertas, algunos de los cuales permitían respuestas breves. Esta condición redujo la posibilidad de profundizar en las contradicciones, las experiencias concretas y los significados emergentes. La ausencia de entrevistas de seguimiento impidió explorar cómo cada participante construyó sus respuestas o aclarar expresiones ambiguas.

Licencia CC-By-NC-ND

Otra limitación importante es que el análisis se realizó sobre discursos escritos y no sobre prácticas observadas. Por ello, los hallazgos reflejan concepciones y expectativas, pero no permiten establecer una correspondencia entre lo declarado y lo realizado. Tampoco se efectuó una comparación antes y después de la formación, por lo que cualquier afirmación relativa a cambios, efectos o la incorporación de la metodología excedería el alcance del estudio. La codificación inicial realizada por una investigadora, sin un análisis independiente paralelo ni una evaluación de concordancia, puede haber aumentado la influencia interpretativa de la investigadora en la construcción de las categorías.

La procedencia de los participantes, provenientes de sólo dos instituciones, también limita la transferibilidad. Las características de la organización del trabajo, la formación previa, la composición de los equipos y la cultura institucional pudieron influir en los significados expresados. Además, la proximidad de las investigadoras al campo de la humanización y a Humanitude pudo favorecer una lectura orientada hacia determinados conceptos. Aunque se procuró mantener la codificación cercana a los datos, esta posición debe reconocerse como parte del proceso interpretativo.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una aproximación inicial a cómo un grupo de profesionales comprende la humanización antes de participar en una formación específica. Su aportación no consiste en demostrar la efectividad de Humanitude, sino en mostrar que los participantes llegan a ella con concepciones previas, dificultades percibidas y expectativas concretas. Estos elementos pueden ser relevantes para diseñar futuras investigaciones que incluyan la observación de la práctica, entrevistas en profundidad, comparaciones posteriores a la formación y la participación de profesionales de distintos contextos.

En síntesis, los hallazgos muestran que los participantes atribuyen a la humanización un significado ético y relacional, pero reconocen dificultades para sostenerlo en las condiciones cotidianas del cuidado. Humanitude fue percibida como una posible herramienta formativa para abordar estas dificultades; sin embargo, dicha valoración se basó en expectativas previas y no en efectos comprobados. Futuras investigaciones deberán examinar si dichas expectativas se traducen en cambios observables, cómo se mantienen en el tiempo y qué condiciones institucionales favorecen o limitan su incorporación.

Conclusiones

Los participantes entendieron la humanización del cuidado como una práctica basada en la dignidad, el respeto, la autonomía, la empatía y el reconocimiento de la singularidad de cada persona. Sin embargo, señalaron que resulta difícil mantener estos principios en el día a día, sobre todo por la presión asistencial, la falta de tiempo, la rutina de las acciones y las relaciones complejas.

En este contexto, los participantes pensaron que Humanitude podía ofrecer recursos concretos para traducir los valores humanísticos en prácticas relacionales con una intención clara. Según esta expectativa, no se trata de reemplazar el sentido ético del cuidado, sino de ayudar a que la mirada, la palabra, el toque y la verticalidad formen parte, de manera deliberada, del encuentro asistencial.

Licencia CC-By-NC-ND

Los hallazgos muestran que poner en práctica la humanización requiere reducir la brecha entre el ideal de un buen cuidado y lo que realmente se hace. Humanitude puede servir como herramienta en este proceso, pero hacen falta más estudios que analicen sus efectos tras la formación y si puede aplicarse en distintos entornos de atención.

Conflicto de interés

Uno de los autores es instructor certificado de la Metodología de Cuidado Humanitude; no participó en la formación analizada ni en la recogida de datos. Los demás autores declaran no tener conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue evaluado y aprobado por la Comisión de Ética de la Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) de la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra (Dictamen Nº P1229_10_2025).

Antes de la recogida de información, los participantes fueron informados sobre el propósito del estudio, la voluntariedad de su participación, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse sin consecuencias. La participación se formalizó mediante el consentimiento informado.

Durante el tratamiento de los datos, se protegió la identidad de los participantes, evitando incluir información que permitiera su identificación. Para la presentación de resultados, los discursos se identificaron mediante códigos alfanuméricos consecutivos (C1 a C11), utilizados únicamente con fines de organización y trazabilidad.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: V.R.G., R.C.C.P.M., J.P.A., M.P.S.R., L.M.P., V.R.A.; Curación de datos: V.R.G.; Análisis formal: V.R.G.; Adquisición de Financiamiento: V.R.G.; Investigación: V.R.G.; Metodología: V.R.G., R.C.C.P.M., J.P.A., M.P.S.R., L.M.P., V.R.A.; Administración del proyecto: V.R.G.; Recursos: V.R.G.; Software: V.R.G.; Supervisión: R.C.C.P.M., J.P.A., M.P.S.R., L.M.P., V.R.A.; Validación: V.R.G., R.C.C.P.M., J.P.A., M.P.S.R., L.M.P., V.R.A.; Visualización: V.R.G., R.C.C.P.M., J.P.A., M.P.S.R., L.M.P., V.R.A.; Redacción–borrador original: V.R.G.; Redacción–revisión y edición: V.R.G., R.C.C.P.M., J.P.A., M.P.S.R., L.M.P., V.R.A.

Financiamiento

El estudio no recibió financiación externa.

Referencias

1. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research. Int J Qual Stud Health Well-being. 2009;4(2):68-77. Doi: https://doi.org/10.1080/17482620802646204

2. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227-31. Doi: https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300

3. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. Patient. 2019;12(5):461-74. Doi: https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1

4. Biquand S, Zittel B. Caregiving and nursing, work conditions and humanitude®. Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation. 2012;41 Suppl 1:1828-31. Doi: https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0392-1828

5. Henriques LVL, Dourado MARF, Melo RCCP, Tanaka LH. Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3123. Doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123

6. Melo RCCP, Queirós PJP, Tanaka LH, Salgueiro NRM, Alves RE, Araújo JP, et al. State-of-the-art in implementing the Humanitude care methodology in Portugal. Rev Enferm Ref. 2017; IV(13):53-62. Doi: https://doi.org/10.12707/RIV17019

Licencia CC-By-NC-ND

7. Melo RCCP, Costa PJ, Henriques LVL, Tanaka LH, Queirós PJP, Araújo JP. Humanitude in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):825-9. Doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363

8. Simões M, Rodrigues M, Salgueiro N. Importância e aplicabilidade do método de Cuidados de Humanitude Gineste-Marescotti® aos cuidados de enfermagem. Rev Enferm Ref. 2011;III(4):69-79. Doi: https://doi.org/10.12707/RIII1157

9. Simões M, Salgueiro N, Rodrigues M. Cuidar em Humanitude: estudo aplicado aos cuidados continuados. Rev Enferm Ref. 2012;III(6):81-93. Doi: https://doi.org/10.12707/RIII1177

10. Figueiredo AMG, Melo RCCP, Ribeiro OP. Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. Rev Enferm Ref. 2018; IV(17):53-62. Doi: https://doi.org/10.12707/RIV17063

11. Fonseca C, Luz H, Melo R. Metodologia de Cuidado Humanitude: benefícios e desafios da sua implementação na prática. Rev Port Investig Comportamental Social. 2021;7(1):14-24. Doi: https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.1.200

12. Melo RCCP, Queirós PJP, Tanaka LH, Henriques LVL, Neves HL. Nursing students' relational skills with elders improve through Humanitude care methodology. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(22):8588. Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17228588

13. Fukuyasu Y, Kataoka HU, Honda M, Iwase T, Ogawa H, Sato M, et al. The effect of Humanitude care methodology on improving empathy: a six-year longitudinal study of medical students in Japan. BMC Med Educ. 2021;21(1):316. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-021-02773-x

14. Giang TA, Koh JEJ, Cheng LJ, Tang QC, Chua MJ, Liew TM, et al. Effects of Humanitude care on people with dementia and caregivers: a scoping review. J Clin Nurs. 2023;32(13-14):2969-84. Doi: https://doi.org/10.1111/jocn.16477

15. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health. 2000;23(4):334-40. Doi: https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G

16. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51. Doi: https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388
6t65
17. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88. Doi: https://doi.org/10.1177/1049732305276687

Licencia CC-By-NC-ND

18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

19. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. SAGE Open. 2014;4(1):1-10. Doi: https://doi.org/10.1177/2158244014522633

20. Araújo JP, Luz H, Melo R, Van Son C. Effectiveness of Humanitude Training on Care Refusal in Dementia: A Pre-Post Study. J Long Term Care. 2025;(2025):182-193. Doi: https://doi.org/10.31389/jltc.425

21. Kim S, Kim J, Lim JY, Chung SW, Sim JY. Multiple perspectives on Humanitude care for people with dementia: a qualitative study. Geriatr Nurs. 2026; 70:104002. Doi: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2026.104002

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/